

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES

AVM FACULDADE INTEGRADA

CURSO: SEXUALIDADE HUMANA

Sexualidade Feminina

Vanessa Alves da Silva

Prof: Narcisa

Rio de Janeiro

2015

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES

INSTITUTO A VEZ DO MESTRE

CURSO: SEXUALIDADE HUMANA

Sexualidade Feminina

Vanessa Alves da Silva

Monografia apresentada ao Instituto A Vez do Mestre como requisito parcial para obtenção de título em especialista em Sexualidade Humana.

Prof. Orientador: Narcisa

Rio de Janeiro

2015

O conhecimento amplia a vida. Conhecer é viver
uma realidade que a ignorância impede desfrutar!

(Carlos Pecotche)

RESUMO

Introdução: A sexualidade é um aspecto importante e cada vez mais reconhecido devido como importante devido a longevidade das relações. A sexualidade envolve gênero, identidade, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, reprodução e relacionamentos (Ferreira,ALCG; Souza, AI, et al, 2007). **Objetivo:** Realizar uma revisão integrativa verificando quais são principais disfunções sexuais femininas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, que consiste na construção de uma análise ampla, contribuindo assim para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como para reflexões sobre a realização de futuros estudos. Ela consistiu das seguintes etapas: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão. **Fundamentação:** O sexo até a algum tempo era visto somente como algo ligado a reprodução, o prazer era reprimido, por ser considerado pecaminoso ou moralmente condenável. Hoje, o sexo é parte do cotidiano das pessoas não estando limitado à concepção, já que o prazer humano independe da reprodução, extrapolando também os aspectos orgânicos e associando-se a estes os fatores biopsicossociais. Neste sentido, surge a necessidade da sexualidade ser englobada e estudada. As disfunções sexuais, em contrapartida, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, o que afeta uma ou mais das fases deste. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento. A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente. **Conclusão:** A disfunção sexual é prevalente em mulheres e deve ser estudada no intuito de promover o melhor cuidado melhorando a qualidade de vida delas.

Palavras Chaves: mulher, sexualidade, disfunção sexual

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que consiste na construção de uma análise ampla, contribuindo assim para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como para reflexões sobre a realização de futuros estudos. Ela consistiu das seguintes etapas: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

A questão que norteou este estudo foi:

- Quais são as principais causas de disfunção sexual feminina.

Para tal, foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados *online*: Medline via Pubmed, Lilacs. Foi adotado como descritor inicial “sexualidade” combinado com “mulher” em português, inglês e espanhol. Devido às características específicas de cada base de dados utilizada, as estratégias de busca foram adaptadas de acordo com o objetivo e os critérios de inclusão deste estudo.

A delimitação temporal de 2000 a 2014. O período de coleta de dados foi agosto a setembro de 2014. A definição de descritores controlados foi referenciada nos Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*), termos *MESH* (*Medical Subject Headings*). Assim, para as bases *LILACS*, os seguintes descritores controlados foram utilizados: *Sexualidade / sexuality, mulher / woman, comportamento sexual / sexual behavior*. Para a base *PUBMED*, foram utilizados como termos *MESH* *Sexuality / sexual behavior, woman*. Os operadores booleanos “e” e “ou” foram utilizados na literatura em português, e “and” e “or” na literatura em inglês.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, dissertações e teses nos idiomas inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que não possuíam resumo, que referenciam disfunção sexual na doença renal, obesidade mórbida.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados previamente validado para avaliação das publicações selecionadas. Ele contempla os itens: identificação, características metodológicas, rigor metodológico, rigor das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Os trabalhos foram lidos e os dados foram digitados em um banco de dados em Microsoft Excel 2007 para análise estatística descritiva. Em seguida, foram sintetizados em tabelas para a síntese das informações dos periódicos.

SUMARIO

INTRODUÇÃO	p 8
CAPÍTULO 1: SEXUALIDADE	p 10
CAPÍTULO 2: DISFUNÇÃO SEXUAL	p 19
CAPÍTULO 3: FASES DA SEXUALIDADE FEMININA	p 23
CAPÍTULO 4: DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA	p 26
CAPÍTULO 5: SEXUALIDADE FEMININA E QUALIDADE DE VIDA.....	p 31
CONCLUSÃO	p 34
BIBLIOGRAFIA	p 35

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspecto importante e cada vez mais reconhecido devido como importante devido a longevidade das relações. A sexualidade envolve gênero, identidade, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, reprodução e relacionamentos (Ferreira,ALCG; Souza, AI, et al, 2007).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui um total de 195,243 milhões de pessoas, sendo 51,5% do sexo feminino . As mulheres predominam entre a população acima dos 30 anos. Do total da população feminina, 22,7% têm de 30 a 44 anos; 17,6% estão na faixa dos 45 a 59 anos; 9,4% têm de 60 a 74 anos; e 3,7% têm 75 anos ou mais (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000).

A sexualidade se manifesta em mistura de valores, crenças, atitudes, fantasias e o sexo é parte da vida das pessoas não estando limitado à concepção, já que o prazer humano independe da reprodução, extrapolando também os aspectos orgânicos e associando-se a estes os fatores biopsicossociais. Neste sentido, surge a necessidade da sexualidade ser englobada e não relegada ao assistirmos alguém.

Nos últimos anos, a mulher tem procurado com mais frequência os cuidados médicos, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, sendo a função sexual um dos assuntos discutidos No entanto, menos de 10% dos médicos têm a iniciativa de investigar sobre as queixas sexuais de suas pacientes. Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas em seus consultório.

A relação sexual na espécie humana é uma necessidade básica, não instintiva, razão pela qual o indivíduo decide se quer ou não praticá-la. A ansiedade, o estresse, a sobrecarga de função sem dúvida influenciam na sexualidade feminina.

Este estudo aborda as fases da sexualidade feminina e como acontece as disfunções sexuais nas mulheres no intuito de criar um plano de cuidados para melhorar a qualidade de vida. Partindo desse pressuposto este trabalho tem como objetivo:

Objetivo Geral:

- Realizar uma revisão integrativa verificando quais são principais disfunções sexuais femininas

Objetivo Específicos:

- Caracterizar as disfunções sexuais femininas
- Criar um plano de cuidados multiprofissionais para a mulher com estas disfunções.

Justificativa

Este estudo se justifica pelo fato de que a população feminina é mais prevalente no Brasil e cada vez mais a mulher assume múltiplas funções. Com isso a sexualidade pode ficar prejudica e precisa ser investigada.

Capítulo 1 - Sexualidade

O sexo até a algum tempo era visto somente como algo ligado a reprodução, o prazer era reprimido, por ser considerado pecaminoso ou moralmente condenável. Segundo Ferreira (2007) hoje, o sexo é parte do cotidiano das pessoas não estando limitado à concepção, já que o prazer humano independe da reprodução, extrapolando também os aspectos orgânicos e associando-se a estes os fatores biopsicossociais. Neste sentido, surge a necessidade da sexualidade ser englobada e estudada (Ferreira, ALCG; Souza, AI, et al, 2007).

Sexualidade não se destina apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual (Ferreira,ALCG; Souza, AI, et al, 2007).

Souza (2007) considera-se sexualidade as diversas formas, jeitos, maneiras que as pessoas buscam para obter ou expressar prazer. É basicamente a busca do prazer humano em suas diversas formas. A ideia de prazer irá variar de pessoa para pessoa, levando em conta a realidade de cada indivíduo. Quando uma pessoa está sentindo prazer, ela está vivenciando a sua sexualidade. A busca do prazer se dá de várias formas, em variadas circunstâncias.

Durante séculos, o sexo para a mulher foi visto como forma de reprodução e só. Não restando a ela outra função para o ato, tendo em vista que o prazer feminino era reprimido ao extremo (Ferreira,ALCG; Souza, AI, et al, 2007).

Hoje, graças à informação a qual todos têm acesso, o sexo passou a fazer parte do cotidiano, não ficando limitado apenas à concepção, mas fazendo com que a mulher se sentisse valorizada e que sua auto-estima fosse elevada (Ferreira,ALCG; Souza, AI, et al, 2007).

De acordo Ferreira e Souza (2007) a mulher moderna está em busca de novos elementos que possam contribuir para a qualidade do ato sexual, e, conseqüentemente, de seu prazer.

A mulher possui necessidades emocionais e essenciais como o afeto, respeito, e compreensão que precisam ser apreciadas e supridas. Por uma questão fisiológica a mulher tem condições de possuir um sentimento íntimo bem desenvolvido, o que lhe favorece maior capacidade de vivenciar seu próprio corpo (Ferreira,ALCG; Souza, Al, et al, 2007).

As mudanças hormonais e psicológicas decorrentes do ciclo menstrual fazem com que a mulher estabeleça relações íntimas com seu corpo. Os aspectos subjetivos ligados a condições psíquicas, culturais e sociais estão intimamente ligados a sexualidade feminina.

Os estágios do ciclo de resposta sexual feminina são desejo, excitação, orgasmo e resolução. Para que as mulheres se sintam sexualmente satisfeitas é necessário desenvolver e completar todos esses estágios (Ferreira,ALCG; Souza, Al, et al, 2007).

Nos últimos dez anos, segundo Gozzo (2010) a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com mais frequência, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual. No entanto, menos de 10% dos médicos têm a iniciativa de inquirir sobre as queixas sexuais de suas pacientes. Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas em seus consultórios⁶. Grande parte das mulheres admite que o ginecologista representa um papel fundamental no diagnóstico e manuseio das suas dificuldades sexuais, e gostariam que eles fossem mais qualificados nesta área (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2010).

Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres e têm alguma queixa de disfunção sexual¹⁸. Entre mulheres com queixas, a prevalência de DSH varia de 32 a 58%¹⁹ e a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30%²⁰. A dispareunia tem incidência variável e aumenta com o progredir da

idade da mulher (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

O DSH é a queixa mais comum em mulheres em relacionamentos de longa duração. Segundo Colson et al, embora na idade adulta, metade de homens e mulheres com parcerias refira pensar em sexo com frequência. Na grande maioria das vezes é necessário que haja um estímulo para instigar o engajamento para o ato sexual entre o casal. Isto significa que a busca para a relação sexual partindo da predisposição instintiva, que é mais relacionada com a paixão, diminui com o avançar do relacionamento. Estudos com ressonância magnética funcional evidenciam que as áreas cerebrais ativadas em mulheres apaixonadas são diferentes daquelas ativadas em mulheres em relacionamento de longa duração expostas ao estímulo do parceiro. A expressão clínica deste achado é a queixa de falta de estímulo espontâneo para a relação sexual, interpretado como DSH (Ferreira,ALCG; Souza, AI, et al, 2007; Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

Com o decorrer do tempo, mesmo relacionamentos amorosos não conflituosos podem cursar com redução no interesse por sexo e diminuição ou perda da motivação pela interação sexual, em decorrência da inércia provocada pela rotina sexual que desmotiva a busca. Este fato foi contemplado na última revisão da resposta sexual que inclui, como normal, a mulher ter múltiplas razões para se engajar no ato sexual, além da razão puramente instintiva, e coloca dentro do padrão normal, as mulheres que necessitam de estímulo corporal direto pelo parceiro ou utilizam a fantasia sexual como estímulo para engajar na relação sexual. As mulheres com maior prioridade para sexo e com bom relacionamento afetivo com seus parceiros mesmo em relacionamentos de longa duração, apresentam menos queixas de DSH. Os conflitos relacionais têm impacto significativo na função sexual (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000).

Segundo um levantamento feito pelo Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP (Faculdade de Medicina da USP), ligado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, falta de libido representa o maior número de queixas

registradas no Ambulatório de Sexualidade da Ginecologia, somando 65% das reclamações.

O HC atende entre 150 e 200 pacientes no ambulatório todos os meses. Além de falta de libido, 23% sofrem de ausência de orgasmo (anorgasmia) e 13% se queixam de vaginismo (contração involuntária dos músculos próximos da vagina).

Na maioria dos casos, o desinteresse pelo sexo está ligado a fatores emocionais, sendo a monotonia conjugal o principal motivo.

A falta ou diminuição do desejo sexual afetam 48,5% das mulheres que procuram auxílio médico por conta de disfunções sexuais. Os dados são de um levantamento realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por meio do Cresex (Centro de Referência e Especialização em Sexologia) do hospital estadual Pérola Byington.

A pesquisa, realizada com 455 pacientes do ambulatório de sexologia, também revelou que a grande maioria dos distúrbios teve como causa aspectos psicológicos e socioculturais.

Além das alterações no desejo sexual, 18,2% das pacientes avaliadas apresentavam dificuldade de chegar ao orgasmo, 9,2% tinham dispareunia (dor intensa durante a relação sexual) e 6,9%, inadequação sexual (níveis diferentes de desejo em relação ao parceiro). Vaginismo, disfunção sexual generalizada e distúrbios de excitação também estão entre as principais queixas das mulheres atendidas pelo Cresex. Do total de distúrbios sexuais avaliados, apenas 13% tiveram causas predominantemente orgânicas, como alterações hormonais ou problemas originados por alguma doença.

Entre as mulheres atendidas pelo serviço, 45% têm entre 40 e 55 anos, 36,4% entre 25 e 39 anos e 7,9% estão entre a faixa etária dos 20 aos 24 anos.

A sexualidade faz parte da vida do ser humano apresentando uma dimensão pessoal e humana que vai além de compreender a genitalidade,

caracteriza-se por um fenômeno que satisfaz o instinto, supera os limites do impulso genital, pois, é um aspecto profundo e total da personalidade humana, presente desde a concepção até a morte, incluindo o que somos e o que fazemos (MELO, 2004, p.18).

Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Significa dizer que a palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica da social. O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura (HEILBORN,1997, p1).

Costa (1994) relata que é por meio da sexualidade que nos relacionamos com os outros, conseguimos amar, ter prazer e procriar. Ressel (2003) defende que a sexualidade é universal a todas as pessoas e é produto de uma “construção única”. Para Chauí (1991), a sexualidade envolve nossas relações com o outro, com o nosso corpo, com os objetos e situações que nos agradam e desagradam, nossas esperanças, medos e sonhos reais e imaginários, conscientes e inconscientes.

Melo (2004, p.18) descreve que a sexualidade nos faz relacionar não só com os outros mas também com o nosso corpo, “sendo este o modo pelo qual entramos em contato com o mundo e que nos percebemos como sendo”.

Definições acerca da sexualidade envolvem a história pessoal de cada um e permeia todos os momentos da vida. Considerando as abordagens biológica, psicológica e social, que envolve a grandeza humana, Costa (1994) nos apresenta os componentes da Sexualidade Humana: na abordagem biológica que envolve o corpo físico, que tem sentimento, vê e é visto por outras pessoas estão incluídos os sexos cromossômicos (xx,xy), gonadal (presença de gônadas – ovários/testículos) e genital (órgãos sexuais visíveis) e os caracteres sexuais secundários. Na abordagem psicológica que abrange a

mente, emoções, afetos, desejos, fantasias e sonhos encontram-se a identidade sexual, representada pela identidade genital, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual. A abordagem social diz respeito ao mundo que nos rodeia, estão incluídos os papéis sociais de gênero e o papel afetivo-sexual.

O papel da sexualidade e as alterações no desempenho sexual se desenvolvem a medida com que a pessoa cresce. Cada estágio da vida traz modificações na sexualidade.

Segundo Potter e Perry (2006, p.479) a sexualidade se desenvolve com as diferentes etapas da vida. São elas:

- Lactente (28 dias a um ano): ao nascer o lactente é identificado como do sexo feminino ou masculino. Psicologicamente, ele está desenvolvendo a confiança. A confiança em si mesmo envolve a exploração do corpo, incluindo as sensações agradáveis e desagradáveis. A exploração envolve a descoberta das sensações autotranquilizadoras, como o toque na área genital.

- Infante (um a três anos) e pré-escolar (quatro a seis anos): a criança entre cinco ou seis anos de idade continua a solidificar a sensação da identidade sexual e a diferenciar os comportamentos apropriados para o sexo socialmente definido. Este processo de aprendizado se dá através das interações entre crianças e adultos, a partir de brincadeiras, brinquedos fornecidos e roupas utilizadas. A criança observa o adulto e começa a imitar as ações da mãe ou pai (do mesmo sexo).

- Escolar (sete a 12 anos): nesta idade, as crianças expandem seus horizontes a partir da casa, para incluir a escola e a comunidade. A aprendizagem e o reforço do comportamento apropriado ao sexo originam-se dos pais, professores, porém são mais significativos a partir do grupo de colegas da criança.

Durante essa fase pode ocorrer que as crianças continuem a auto-estimulação. É importante ensinar a criança as diferenças de comportamentos que são aceitos em público e os que precisam ser privados (em relação a

masturbação). Nesta idade a criança necessita de mais privacidade e começam a reivindicar sobre sua independência.

- Adolescente (12 aos 19 anos): as alterações emocionais durante a adolescência são tão significativas quanto as físicas. O adolescente atua dentro de um poderoso grupo de colegas com a ansiedade quase constante de “eu sou normal?” e “eu serei aceito?”.

A introspecção é necessária para estabelecer uma sensação de si própria dentro do contexto da família, comunidade e dos relacionamentos emocionais. O adolescente depara-se com muitas decisões e precisa de informações exatas sobre os temas, como alterações corporais, atividade sexual, respostas emocionais dentro de relacionamentos sexuais íntimos, entre outros.

- Adulto (20 aos 59 anos): o adulto ganhou a maturação física, porém continua a explorar e definir a maturação emocional nos relacionamentos. A atividade sexual é frequentemente definida como uma necessidade básica, mas o desejo sexual pode ser canalizado de maneira saudável para outras formas de intimidade durante toda a vida.

A medida que os adultos que se encontram sexualmente ativos desenvolvem relacionamentos íntimos, precisam aprender técnicas que estimulem o prazer para si próprio e para o parceiro sexual. Quando se formam família é necessário que se ajustem as alterações sociais e emocionais associadas aos filhos. Quando estes, já crescidos saem de casa, pode se tornar para o casal uma renovação na intimidade sexual. A mudança na aparência física, relacionada ao envelhecimento, pode levar a preocupações em relação a atração sexual. O dialogo é extremamente importante para que as dúvidas possam ser tiradas.

- Velhice (60 até o fim da vida): A capacidade para a sexualidade se faz por toda a vida. Teoricamente, as pessoas podem se engajar em sexo até a velhice, caso optem por isso. O melhor indicador para a satisfação sexual

continuada com o envelhecimento é uma vida sexual regularmente ativa durante a fase adulta e até um período mais avançado na vida.

O desenvolver da relação sexual é desenvolvido através de fases. São elas:

Existem três fases do ciclo de resposta sexual: desejo, estimulação e orgasmo. Estas fases são uma consequência da **vasocongestão** e **miotonia**, as respostas fisiológicas básicas da estimulação sexual. Em mulheres, tal reação leva a lubrificação vaginal, tumescência do clitóris e dos pequenos e grandes lábios, assim como ingurgitamento do terço externo da vagina (plataforma orgásmica). Nos homens, a vasocongestão leva a ereção do pênis. A miotonia, ou tensão neuromuscular, aumenta gradualmente por todo o corpo durante as fases de excitação e platô; ela atinge o máximo durante o orgasmo, resultando em contrações involuntárias da vagina da mulher bem como do canal deferente e uretra do homem. Mulheres e homens podem experimentar contrações da musculatura dos braços e pernas, músculos faciais e músculos glúteos. Depois do orgasmo, a vasocongestão e a miotonia retornam aos níveis pré-estimulação. As fases descritas não são absolutas. Os padrões de resposta masculino e feminino são similares (POTTER & PERRY, 1998, p. 480).

A sexualidade (ato sexual) por ser uma necessidade humana básica, deve estar sempre em equilíbrio. A cultura desde muito tempo influencia na sexualidade. A diversidade cultural cria diversas normas sexuais e representa uma ampla abrangência de crenças e valores.

A sociedade desempenha um papel importante na modelagem dos valores e atitudes sexuais. Cada grupo social possui seu próprio conjunto de regras e normas que orientam o comportamento das pessoas que vivenciam. A sexualidade é uma parte significativa de cada ser, possui elementos físicos, psicológicos, sociais e como já foi dito culturais.

Diversos são os fatores que possam vir a causar problemas no ato sexual do indivíduo. O estado civil influencia, pois devido a falta de um parceiro

sexual a pessoa torna-se sexualmente inativa. A idade não interrompe o padrão de sexualidade, porém influencia, pois na velhice, ocorrem modificações no corpo do ser humano que diminui sua capacidade sexual. A religião também afeta a sexualidade, ingressando esta diretamente na cultura. As doenças que acometem o indivíduo podem prejudicar o seu padrão de sexualidade, e os medicamentos para o tratamento dessas doenças podem diminuir a libido em mulheres ou causar impotência sexual em homens.

Melo (2004, p. 23) relata mesmo com a evolução do mundo e a liberação do ato sexual, a religião continua determinando o comportamento de diversas pessoas, podendo acarretar em disfunção sexual de acordo com determinados preceitos morais.

Melo (2004, p.24) diz que a pessoa que apresenta um desvio sexual (denominado de parafilia) pode se sentir perfeitamente adequada e feliz, embora não esteja dentro das normas sociais. Quando uma pessoa, durante a vida, conduz seu padrão sexual considerado por ela e por seu companheiro como normal, isso não deve ser classificado como um problema. Agora quando algo começa a lhe preocupar, influenciando a atitudes, crenças, comportamentos, valores, a pessoa pode entrar num conflito interno, o que resulta em preocupação ou insatisfação ou preocupação da manifestação de sua sexualidade, caracterizando então um problema.

Capítulo 2- Disfunção Sexual

Como já citado anteriormente, a sexualidade é um fenômeno complexo, que abrange três dimensões – biológica, psicológica e social. A alteração em uma destas áreas, conseqüentemente produzirá desequilíbrio das demais, causando assim a disfunção sexual. A exterioridade biológica que envolve a sexualidade diz respeito a capacidade de um indivíduo dar e receber prazer sexual, englobando o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana (MELO, 2004, p.25).

CAVALCANTI (1996, p. 42) relata que o papel sexual é o modo que a identidade de gênero é retratada aos outros e a si mesmo. Nesta relação com o social, é incluído o relacionamento sexual onde é caracterizado por relações interpessoais que o indivíduo tem com os outros, na qual se compartilha a atividade sexual.

Melo (2004, p.33) descreve os quatro estágios da resposta sexual: excitação, platô, orgasmo e resolução. A excitação é caracterizada pelo ímpeto de sensações eróticas e pela obtenção, no homem da ereção e na mulher lubrificação vaginal. O platô é o estado que antecede o orgasmo. O orgasmo é definido como o prazer mais intenso da relação sexual e o estágio da resolução completa este ciclo da resposta sexual.

O desejo sexual, também conhecido com libido, ocorre sob a forma de sensações específicas que levam ao indivíduo buscar ou receber experiências sexuais. A disfunção sexual se caracteriza pela perda desse desejo (CAVALCANTI, 1996, p.36).

Fisiologicamente, o desejo sexual só ocorre pela ação de hormônios sexuais a partir de um estímulo. Melo (2004, p.46) descreve que no homem, esse desejo pode ser despertado pelo odor, visão e outras pistas sensoriais, como o ferormônio. Já na mulher ocorre na presença de um homem sexualmente ativo e interessado. Acredita-se ainda que o desejo sexual deva

estar anatomicamente e/ou quimicamente ligado ao centro da dor, visto que a dor tem a capacidade de inibir o desejo sexual.

As causas de diminuição do desejo sexual podem ser tanto por fatores fisiológicos quanto psicológicos. Os fatores fisiológicos podem ser descritos como: depressão, estados graves de estresse, baixo nível de testosterona, certas drogas (como narcóticos) e algumas doenças (renal crônico, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus). Os fatores psicológicos são caracterizados por situações de perigo ou emergência, focalizações de ideais negativas (por ex. comportamento inaceitável do parceiro), obesidade. Essas características diminuem ou inibem o desejo sexual (MELO, 2004, p.46).

Melo (2004, p.47) diz que existem pacientes que com a inibição do desejo sexual criam uma certa ansiedade e um sentimento de fuga do parceiro sexual. Existem pacientes que começam com carícias brandas e amorosas evocando prazer, porém ao mesmo tempo essas sensações prazerosas são substituídas por sentimentos negativos, tornando-se uma pessoa tensa, nervosa, ansiosa, chegando até mesmo a rejeitar o parceiro.

A excitação é uma das fases da atividade sexual e no homem se manifesta-se através da ereção. Na ereção tem-se um aumento testicular, devido a vasodilatação profunda, constrição do escroto e ereção do pênis. A ereção também envolve mecanismo neuropsíquico, sendo o mecanismo controlado pelo cérebro. (MELO,2004, p.50).

A mesma autora descreve que a disfunção sexual ou impotência também pode ocorrer na excitação e dentre os fatores causadores tem-se problemas cardiovasculares (insuficiência cardíaca), procedimentos cirúrgicos e algumas medicações. Na mulher a falta de excitação segundo a autora manifesta-se por ausência ou diminuição na lubrificação.

As possíveis causas para o aparecimento da disfunção sexual são as doenças crônicas. "... diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doença renal, alcoolismo, distúrbios neurológicos..., efeitos colaterais dos medicamentos também podem contribuir para a disfunção sexual" (POTTER, 1998, p.484).

A doença e sua terapêutica podem comprometer os sistemas do organismo, influenciando na sexualidade. Melo (2004, p.43) expõe que qualquer aspecto do ser humano que conduza ao afastamento do seu padrão de normalidade de saúde pode ter conseqüências de influencias não desejadas pela pessoa na sua área sexual.

Os medicamentos que podem contribuir para a disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca segundo Potter e Perry (1998, p. 496) são: Anti-hipertensivos, Álcool etílico, Antidepressivos, Barbitúricos, Anti-histamínicos, Diuréticos, Antiespasmódicos, Narcóticos, Sedativos e tranquilizantes.

Problemas cardiovasculares, como por exemplo, a Insuficiência Cardíaca (IC), afetam indiretamente a sexualidade, trazendo como conseqüências o surgimento de seqüelas psicossociais que podem afetar a atividade, os papéis e os relacionamentos sexuais. Durante a atividade sexual ocorre uma mudança na frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial, podendo o infarto agudo do miocárdio ser o episódio mais comum. Além disso, pessoas que já sofrem infarto ou outras doenças coronarianas podem sofrer alterações no relacionamento sexual decorrente do medo do esforço físico e da ansiedade. (MELO, 2004, p.61).

MANSO (2010, p.87) relata que do ponto de vista prático, o ato sexual corresponde a subir uma escada com 18 degraus e pode ser realizado se esta atividade não causar grande desconforto. Sintomas cardiovasculares durante o sexo raramente ocorrem em pacientes que não possuem sintomas similares durante o teste de esforço. O aumento do batimento cardíaco e a elevação da pressão arterial durante a relação sexual podem servir de gatilho para outro evento cardíaco. No entanto, após avaliação adequada, o risco absoluto é muito baixo. Vale ressaltar que a manutenção da atividade sexual pode contribuir para aumentar a auto-estima e melhorar a qualidade de vida. O medo de morrer ou desenvolver um infarto durante o ato sexual também são causas da disfunção sexual.

A causa da disfunção sexual deve tentar ser solucionada para proporcionar ao indivíduo uma melhor bem estar em relação a sua vida. A enfermagem possui um papel importante no atendimento de um paciente com disfunção sexual. Promovendo uma sistematização da assistência completa, o enfermeiro é capaz de chegar ao fator causal, e junto com o paciente estabelecer formas para que se estabilize essa disfunção (SILVA, VA; 2011)..

Capítulo 3- Fases da sexualidade feminina

Fase do desejo

É a primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina. Fatores cognitivos emocionais, comportamentais e fisiológicos podem influenciar a fase do desejo. A fisiologia do desejo sexual feminino ainda é pouco compreendida, entretanto, sua mediação hormonal está razoavelmente esclarecida. A base hormonal do impulso sexual feminino está vinculada ao androgênio. A testosterona é capaz de estimular a atividade sexual e baixos níveis da mesma podem prejudicar o desejo, sem necessariamente comprometer toda a resposta sexual feminina. Os baixos níveis de androgênio encontrados na mulher na perimenopausa e naquelas submetidas a intervenções cirúrgicas podem alterar drasticamente seu impulso sexual. Elevados níveis de prolactina interferem na atividade dopaminérgica central, levando à diminuição da libido (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

O papel do estrogênio e do progesterona na modulação da atividade sexual feminina está menos elucidado. Talvez, as oscilações do desejo sexual feminino registradas ao longo do ciclo menstrual estejam relacionadas com o papel antilibidinoso do progesterona. Níveis aumentados de estrogênio podem levar ao aumento da globulina carreadora dos hormônios sexuais (SHBG - *sex hormone binding globulin*), com subsequente aumento da testosterona livre. Algumas teorias mais recentes acerca da resposta sexual feminina afirmam que nos relacionamentos mais estáveis e duradouros, o desejo sexual feminino é estimulado pelo comprometimento e cumplicidade entre os parceiros, tolerância, afetividade, aproximação emocional do casal, que também reforçariam a fase de excitação da resposta sexual feminina, permitindo, dessa forma, que o desejo se mantenha aceso. A intimidade é uma forte reforçadora do desejo sexual na mulher e o estímulo é essencial (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

Fase da excitação

É a segunda fase do ciclo da resposta sexual feminina, fase de preparação para o ato sexual, que é desencadeada pelo desejo. A fase de excitação caracteriza-se por uma reação orgânica generalizada de miotonia, vasocongestão tanto dos vasos genitais locais como da pele e lubrificação vaginal^{2,3}. O sistema nervoso autônomo, através de sua ação parassimpática, conduz ao relaxamento da musculatura lisa vaginal, permitindo, assim, aumento de aporte sanguíneo, tumescência e lubrificação vaginais. Após o estímulo sexual, verifica-se a liberação neurogênica e endotelial do óxido nítrico que, por sua vez, provoca maior fluxo sanguíneo para a artéria clitoridiana, aumento da pressão intracavernosa no clitóris, permitindo a sua turgescência, extravasamento de suas glândulas e aumento na sua sensibilidade (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

À semelhança do que ocorre com o clitóris, há incremento no transudato vaginal, responsável pelo aumento da lubrificação da vagina, que é essencial ao coito prazeroso. O relaxamento na musculatura lisa da vagina possibilita sua dilatação e distensão, especialmente nos seus dois terços inferiores, permitindo a acomodação plena do pênis^{2,3}. A lubrificação vaginal também é um fenômeno fisiológico estrogênio-dependente, isto é, o estrogênio é capaz de modular o fluxo sanguíneo vaginal, assim como de manter a integridade desse tecido. Com referência às reações extragenitais diante da excitação sexual feminina, pode-se realçar o rubor facial, ereção e tumescência dos mamilos, aumento das pulsações e pressão arterial, assim como a respiração da mulher, que se torna mais ofegante (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

Fase do orgasmo

A resposta sexual feminina alcança seu clímax com o orgasmo, que consiste em contrações reflexas ritmadas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais, a intervalos de 0,8 segundos. Essas contrações são particularmente visíveis no terço inferior da vagina, formando a plataforma orgásmica, que consiste nos músculos e tecidos engrossados que circundam a entrada da vagina e também alguns dos músculos pélvico ^{2,3}.

O orgasmo é um reflexo e, como tal, tem um componente sensório e outro motor. A excitação clitoridiana dispara a descarga orgásmica feminina, que é expressa por contrações rítmicas dos músculos vaginais e circunvaginais (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

A fase de resolução da resposta sexual feminina é caracterizada por um período de completo relaxamento e enorme sensação de bem-estar. Além de ser modulada por componentes fisiológicos, anatômicos e endócrinos, a resposta sexual feminina também sofre influências de alguns aspectos psicológicos, uso de medicações, álcool ou drogas, assim como influências socioculturais. Por tratar-se de um complexo fenômeno composto pela sucessão de fases bem definidas e que sofre influências múltiplas, a resposta sexual feminina é passível de várias alterações e qualquer bloqueio em uma de suas fases pode levar ao aparecimento das disfunções sexuais femininas (Gozzo, TO; Fustinoni, SM, et al, 2000; Lara, LAS; Silva, ACJSR; Romão, APMS; Junqueira, FRR, 2008).

Capítulo4- Disfunção sexual feminina

Antes de Kinsey (Kinsey *et al.*, 1948), “normalidade” quanto à atividade sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Os estudos populacionais desse pesquisador revelaram outra realidade: as mais diferentes práticas sexuais ocorriam entre os americanos e envolviam, de forma ampla e irrestrita, os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato (Najjar ABDO, CHN; Fleur, HJ, 2006).

Uma vez reconhecida a multiplicidade dessas manifestações sexuais, critérios foram pouco a pouco sendo estabelecidos, de modo a definir o que seria patológico e o que não, dando origem às primeiras classificações dos transtornos da sexualidade (Najjar ABDO, CHN; Fleur, HJ, 2006).

O processo de atividade sexual é muito complexo, visto que tanto os sistemas orgânicos (neurológico, endócrino e vascular) como os aspectos psicológicos devem estar resguardados. Na maior parte dos casos, os aspectos psicológicos apresentam grande influência através da cultura, educação e religiosidade. A exposição às contingências socioculturais como família, religião e regras aprendidas a respeito do sexo controlam a respostas sexuais tanto de forma adequada quanto de forma aversiva. Apesar da percepção de que as mulheres têm o direito de se satisfazerem sexualmente, a influência sociocultural frequentemente as coloca em uma posição de preencher o papel meramente reprodutivo, retirando, portanto, a permissão do prazer sexual feminino, e com isto trazendo a culpa por sentir tais desejos (PEDROSA, 2011).

De acordo com Pedrosa (2011), o desejo é a *“fase da resposta sexual humana em que estão presentes fantasias sexuais e estímulos visuais, auditivos, olfativos, gustativos e táteis que prepararão o organismo (corpo e mente) para um possível ato sexual”*. Uma relação sexual disfuncional pode acarretar vários desgastes na vida do indivíduo, visto que ocorre entre outros, o comprometimento da autoestima. Em momentos propícios para a relação

sexual, muitas pessoas podem apresentar ansiedade, medo, vergonha ou mesmo fuga desta situação aversiva a elas.

Uma mulher estará apta aos prazeres sexuais não só porque seu corpo está sendo estimulado, mas também porque sua relação consigo mesma e a relação emocional com o outro permitem-lhe desfrutar de tal entrega. (PEDROSA, 2011)

Segundo Pedrosa (2011) As informações inadequadas sobre a relação sexual podem ser aprendidas através da ausência de repertórios ou por emissão de respostas disfuncionais no contexto sexual. Ou seja, cada pessoa apresenta uma história de aprendizagem efetiva, como também sua própria história sexual, na qual qualquer estímulo pode se tornar tanto funcional como disfuncional no controle da resposta sexual.

De outra parte, Masters e Johnson (1984), um casal de terapeutas americanos, desenvolveram, na década de 1960, um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases (excitação, platô, orgasmo e resolução) e comum aos dois gêneros (feminino e masculino). Esse modelo preconizava que o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), bem como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão), promoveria a excitação, identificada pela ereção (no homem) e pela vasocongestão da vagina e da vulva (na mulher).

A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, à qual se seguiria, caso o estímulo perdurasse, o orgasmo, no homem e na mulher. O orgasmo masculino seria acompanhado de ejaculação. Na seqüência, haveria para ambos um período refratário (resolução)– mais definido no homem que na mulher –, quando o organismo retornaria às condições físicas e emocionais usuais, posto que, durante as fases anteriores, a respiração, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar ((Najjar ABDO, CHN; Fleur, HJ, 2006).

Na década de 1970, Kaplan (1977) formulou que, antecedendo à fase de excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente o que conduz ao orgasmo. O novo esquema de respostas sexuais masculina e feminina, então reformulado, compunha-se de três fases: desejo, excitação e orgasmo.

Classificação das disfunções sexuais

A partir da associação entre os modelos de Masters e Johnson (1984) e de Kaplan (1977), estabeleceram-se critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, os quais constam do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (2002), que definiu a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

As disfunções sexuais, em contrapartida, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, o que afeta uma ou mais das fases deste. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento. A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente (Najjar ABDO, CHN; Fleur, HJ, 2006).

A Associação Psiquiátrica Americana (2002) assim classifica as disfunções sexuais (Najjar ABDO, CHN; Fleur, HJ, 2006).

Transtornos do desejo sexual

Transtorno do desejo sexual hipoativo: deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.

Transtorno de aversão sexual: aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.

Transtorno da excitação sexual feminina: incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.

Transtorno do orgasmo feminino: ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.

Transtornos sexuais dolorosos

Dispareunia (feminina e masculina): dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercurso.

Vaginismo: contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espécule.

Disfunção sexual devida a uma condição médica geral: presença de disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Disfunção sexual induzida por substância: disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição à toxina).

Disfunção sexual sem outra especificação: disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer disfunção sexual específica.

- Aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas

À medida que o conhecimento da sexualidade humana avança, melhor se identificam as diferenças entre as características especificamente femininas e as masculinas da resposta aos estímulos sexuais.

Essas diferenças são atribuídas a fatores de ordem biopsicossocial, em especial: hormônios sexuais (estrógenos *versus* andrógenos), educação sexual (repressora *versus* permissiva), ambiente (controlador *versus* estimulante) (Abdo, 2005). Em decorrência desse contexto, a mulher tende à sensualidade e à sedução, enquanto o homem busca a conquista e a posse no exercício da sexualidade. Esse quadro é dinâmico e pode se modificar conforme se

associam os fatores envolvidos, próprios da vida de cada indivíduo (Masters, W.H.; Johnson, V.E. 1984).

Tais fatores são também os responsáveis pelo desenvolvimento e pela manutenção das disfunções sexuais, sejam elas masculinas ou femininas. Também se associam e se superpõem num mesmo caso de disfunção. Ou seja, um quadro disfuncional pode eclodir por causa orgânica, mas será agravado, em boa parte das vezes, por repercussão emocional. Caso a origem seja psíquica, as doenças próprias da idade acentuarão os sintomas da dificuldade sexual, respondendo por sua cronificação (Najjar ABDO, CHN; Fleur, HJ, 2006).

Especialmente no caso das disfunções sexuais femininas, a tentativa de estabelecimento dos fatores etiológicos resulta na evidência da sua multiplicidade.

As sensações sexuais femininas podem ser despertadas por vários tipos de estímulos: fantasias, pensamentos eróticos, carícias, masturbação e coito. Uma vez desencadeada, a resposta sexual feminina se expressa através de uma sucessão de fases que se manifestam fisiologicamente de forma seqüenciada e interligadas entre si, completando-se assim o ciclo da resposta sexual humana (Pablo, C; Soares, C, 2004).

Capítulo 5: Sexualidade Feminina e Qualidade de vida

A qualidade de vida não é um simples modismo, algo passageiro, ela se constitui em um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade. O prolongamento da vida é cada vez menos um desafio técnico para a ciência, haja visto a discussão recente sobre a eutanásia e a vida vegetativa mantida artificialmente. Cada vez mais, valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento do aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitada (NOBRE, MRC. 2010).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, MC. 2000).

Quando vista de forma mais focalizada, *qualidade de vida em saúde* coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO, MC. 2000).

Qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação das necessidades, carências e desejos dos indivíduos, fatores esses, que só podem ser avaliados subjetivamente. Os valores culturais e sociais são construídos diferentemente por povos de culturas distintas. Portanto, seria equivocado afirmar que a qualidade de vida tem pressupostos universais. Mas

a avaliação subjetiva que o indivíduo tem de sua qualidade de vida tem tendências universalizadas (VIANA, HB; MADRUGA, VA. 2008).

Quão satisfeitas as pessoas estão com suas vidas, reflete diretamente como elas percebem sua qualidade de vida. A palavra satisfação comporta vários significados, mas de maneira geral, compreendem-se que a satisfação está relacionada com algum tipo de sucesso, de felicidade, de adaptação, de boas relações entre outros fatores, todos eles subjetivos e que só podem ser mensurados através da percepção individual (VIANA, HB; MADRUGA, VA. 2008).

A autora diz que o sexo e a sexualidade são experiências prazerosas, gratificantes e reconfortantes que realçam os anos vindouros, proporcionando um maior bem-estar individual. Os autores ainda falam que o ato sexual é complexo, abrangendo o corpo, a mente e as emoções (VIANA, HB; MADRUGA, VA. 2008).

A sexualidade é uma condição que envolve toda a vida de uma pessoa. Inicia-se na infância, sendo formada na adolescência e perpassa diferentemente nas várias etapas da fase adulta. A Organização Mundial de Saúde reconhece a sexualidade como um dos pilares da qualidade de vida, sendo um aspecto central que perpassa por toda a vida do ser humano. Ela abrange a relação sexual, o prazer, o erotismo, a orientação sexual e a reprodução (Vale, 2015).

A sexualidade é expressa e percebida por pensamentos, desejos, fantasias, intimidade, comportamentos, valores e relacionamentos. Todos os indivíduos têm garantido o direito à saúde sexual, definida como um estado de bem-estar emocional, físico e social relacionado à sexualidade. Mas para uma boa saúde sexual é importante uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, a qualidade da saúde sexual pode exercer uma enorme influência no bem-estar e na qualidade de vida de uma mulher (Vale, 2015).

Sabe-se que a fisiologia da resposta sexual é complexa, dinâmica e ainda não está completamente esclarecida. A qualidade de vida é essencial para se

manter o equilíbrio. Por isso qualquer alteração deve ser evidenciada e tratada para melhora do bem estar.

CONCLUSÃO

Apesar de já bastante conhecidas, as disfunções sexuais femininas deixam de ser diagnosticadas, muitas vezes, por inibição da paciente (que não apresenta a queixa) ou do médico (que se constrange de investigar).

O diagnóstico desses quadros é de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida, além de estarem geralmente associados a questões de saúde geral. Analisar a função sexual da mulher auxilia, ainda, na identificação da causa de muitos conflitos psíquicos e relacionais e/ou quadros psiquiátricos.

O tratamento das disfunções sexuais femininas é tanto mais difícil quanto mais precoces a instalação do quadro e a fase do ciclo de resposta sexual atingida. Comparativamente com os recursos já existentes para as disfunções sexuais do homem, as mulheres disfuncionais contam com menor número deles e menos critérios terapêuticos estabelecidos para fazer frente à saúde sexual de seus parceiros.

A investigação clínica de rotina traz à tona a relevância da questão e a necessidade de mais pesquisas.

BIBLIOGRAFIA

CAVALCANTI, R, CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 2º ed. São Paulo. Ed Roca. 1996, p.480.

CHAUÍ, M. **Repressão Sexual**. 12º ed. São Paulo. Brasiliense, 1991, p.234

COSTA, RP, **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo. Ed. Gente. 1994, p.207.

FERREIRA,ALCG; SOUZA, AI; ARDISSON, CL; KATZ, L. **Disfunções sexuais femininas**. Revista feminina. Vol 35, n11. 2007.

GOZZO, TO; FUSTINONI, SM; BARBIERI, M; ROHER, WM; FREITAS, IA. **Sexualidade Feminina: compreendendo seu significado**. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 8 - n.3 - p. 84-90 - julho 2000.

KAPLAN, H.S. - **A Nova Terapia do Sexo**. 3.ed. Rio de Janeiro:Nova Fronteira, 1977.

LARA, LAS; SILVA, ACJSR; ROMÃO, APMS; JUNQUEIRA, FRR. **Abordagem das disfunções sexuais femininas**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(6):312-21.

MADRUGA, VA; VIANA, HA. **Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento**. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 6, ed. especial, p. 222-233, jul. 2008

MANSO, CR; CAVALCANTI, ACD. **Enfermagem em insuficiência cardíaca: uma proposta de intervenção através da criação do web site..** Niterói, 2010. 144f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. - **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

MELO, S.A. Tese:**Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidades ineficazes**. Ribeirão Preto, 2004. 251p.

MINAYO, MC. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1) :7-18, 2000.)

NAJJAR ABDO, CHN; FLEUR, HJ. **Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas**. Vol 33, nº 3. 2006.

NOBRE, MRC. **Qualidade de vida**. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas – FMUSP. São Paulo. 2010.

PABLO, C; SOARES, C. **As disfunções sexuais femininas**. Rev Port Clin Geral 2004;20:357-70.

PEDROSA, João Batista. **Terapia comportamental no tratamento da disfunção sexual**.

POTTER PA, PERRY AG, **Grande Tratado de Enfermagem: Clínica e Prática Hospitalar**. São Paulo: Editora Santos. 3 ed. 1998.

RESSEL, LB; JUNGES, CF. SEHNEM,GD; SANFELICE, C. **A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes**. 2011.

SILVA, VA; CAVALNCANTI, AC; SOUZA, RO; MARTINS, W; ROSA, JMC. **Estudio observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crônica**. av.enferm. vol.32 no.2 Bogotá July/Dec. 2014

TRINDADE, WR; FERREIRA, MA. **Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres**. Texto & Contexto Enfermagem. Vol 17,nº03. p. 417-246.

VALE, F. **Sexualidade e qualidade de vida**. Acesso em 12/09/15 disponível em <http://www.hospitalviladaserra.com.br/hospital-vila-da-serra/sexualidade-feminina-e-qualidade-de-vida/>.