

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CLAUDINÉIA GOMES PEREIRA

**REPERCUSSÃO DO VAGINISMO NA VIDA SEXUAL EM MULHERES
HETEROSSEXUAIS NO PERÍODO REPRODUTIVO**

VITÓRIA, ES
2021

CLAUDINÉIA GOMES PEREIRA

**REPERCUSSÃO DO VAGINISMO NA VIDA SEXUAL EM MULHERES
HETEROSSEXUAIS NO PERÍODO REPRODUTIVO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo – HUCAM-UFES, como requisito parcial para obtenção do título de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Prof. Justino Mameri

Co-orientador : Prof. Sergio Ruas

VITÓRIA, ES 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Centro de Ciências da Saúde
Residência Médica

**REPERCUSSÃO DO VAGINISMO NA VIDA SEXUAL EM MULHERES
HETEROSSEXUAIS NO PERÍODO REPRODUTIVO.**

Claudineia Gomes Pereira

Monografia submetida ao Programa de Residência Médica de **GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA** do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo - como requisito para a conclusão do Programa de Residência Médica em **GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**.

Aprovada em 24 de setembro de 2021

Professor Justino Mameri
Orientador

Professor Sérgio Emilio Rua
Co-Orientador

Dr Alexandre Sales Marques dos Santos
Membro da banca

Dr Luiz Frizzera Borges
Membro da banca

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus Pais, sem eles eu nada seria.

"Sou desses românticos a flor da pele que se assemelha a uma rosa fechada cheia de espinhos. Basta um bom adubo de sentimentos, umas regadas de afetividade, que eu, transbordarei amor".

DriuKilberg

RESUMO

Introdução: Pode-se afirmar que a Disfunção sexual, em especial no universo feminino, incorpora uma gama de aspectos que denotam ou conduzem a uma insatisfação do relacionamento sexual, seja por não conseguir obter ou proporcionar prazer. Dentre as mais distintas disfunções, o vaginismo que ocorre entre 0,5 a 1% das mulheres, é caracterizado pela dificuldade da mulher em permitir a penetração na vagina, uma vez que tal ação resulta em dor física e também emocional, sendo importante o seu estudo. **Objetivo:** investigar os aspectos clínicos, psicológicos e tratamento do vaginismo, em mulheres heterossexuais no período reprodutivo. **Metodologia:** A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica e descritiva, tendo por objetivo investigar, os aspectos clínicos, psicológicos e tratamento do vaginismo, em mulheres heterossexuais no período reprodutivo, fundamentando-se para a revisão em materiais acadêmicos e científicos publicados na língua portuguesa e inglesa no período de 2009 a 2021. **Resultados:** A disfunção sexual feminina (DSF) é um transtorno que afeta a sexualidade e pode ser considerado um problema que não põe em perigo a vida das mulheres, mas afeta saúde física, mental e relação com seus pares, família, trabalho e vida social. **Conclusão:** O vaginismo afeta os âmbitos da vida das mulheres, com mais intensidade, a saúde sexual e emocional. Associa-se a multiplicidade de fatores que incluem condições sociais, psicológicas, psiquiátricas, ginecológicas, psicanalíticas e sexológicas. O tratamento inclui técnicas de psicoterapia cognitiva e comportamental, tratamento médico com ansiolíticos e anestésicos tópicos, além de uso de vasodilatadores vaginais. Tratamentos com base em fisioterapia por eletroestimulação vaginal e injeções vaginais de neurotoxina botulínica têm sido propostos, ainda sem evidência científica que os autorize.

PALAVRAS-CHAVE: Vaginismo. Disfunção sexual feminina. Sexualidade.

ABSTRACT

Introduction: It can be said that sexual dysfunction, especially in the female universe, incorporates a range of aspects that denote or lead to dissatisfaction in the sexual relationship, either because it is unable to obtain or provide pleasure. Among the most distinct dysfunctions, vaginismus that occurs between 0.5 to 1% of women, is characterized by the woman's difficulty in allowing penetration into the vagina, since such action results in physical and also emotional pain, being important its study.

Objective: to investigate the clinical, psychological and treatment aspects of vaginismus in heterosexual women in the reproductive period. **Methodology:** The research has a qualitative approach, such as bibliographic and descriptive review, aiming to investigate the clinical, psychological and treatment aspects of vaginismus, in heterosexual women in the reproductive period, based on the review of published academic and scientific materials in the Portuguese and English languages from 2009 to 2021. **Results:** Female sexual dysfunction (DSF) is a disorder that affects sexuality and can be considered a problem that does not endanger women's lives, but affects physical, mental health and relationship with peers, family, work and social life.

Conclusion: Vaginismus affects women's areas of life, with greater intensity, sexual and emotional health. It is associated with the multiplicity of factors that include social, psychological, psychiatric, gynecological, psychoanalytic and sexological conditions. Treatment includes cognitive and behavioral psychotherapy techniques, medical treatment with anxiolytics and topical anesthetics, as well as the use of vaginal vasodilators. Treatments based on physical therapy by vaginal electrostimulation and vaginal injections of botulinum neurotoxin have been proposed, still without scientific evidence to authorize them.

KEYWORDS: Vaginismus. Female sexual dysfunction. Sexuality

LISTA DE SIGLAS

CID 10: Classificação Internacional das Doenças.

DSM 5: Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais.

DSF: Disfunção Sexual Feminina.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

QV: Qualidade de Vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 SEXUALIDADE HUMANA: ASPECTOS GERAIS	9
2.2 SEXUALIDADE FEMININA	12
2.3 QUALIDADE DE VIDA E DISFUNÇÃO SEXUAL	14
2.4 VAGINISMO	17
2.1.1 Conceituação	17
2.4.2 Etiologia	18
2.4.3 Classificação	19
2.4.4 Epidemiologia	21
2.4.5 Incidência, Diagnóstico e Intervenções.	22
2.4.6 Tratamento e Terapia para mulheres com vaginismo	22
2.5 A MULHER E O CASAL HETEROSSEXUAL COM VAGINISMO	24
3 OBJETIVO GERAL	26
4 MÉTODO	27
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	27
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	27
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	37
8 REFERÊNCIAS	38

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, cultural, ética, religiosa e espiritual, no entanto, para alcançar a saúde sexual é necessário que os direitos dos indivíduos sejam reconhecidos e garantidos. A disfunção sexual define-se na Classificação Internacional de Doenças (CID -10) como uma incapacidade frequente, há pelo menos 6 meses, de o indivíduo ter a vida sexual que desejaria e inclui várias categorias, dando ênfase aos fatores físicos que influenciam essa satisfação (RIBEIRO, MAGALHÃES, MOTA, 2013).

Já a Associação Americana de Psiquiatria, através do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-5), apresenta a disfunção sexual como uma desordem psicofisiológica em qualquer fase do ciclo de resposta sexual, numa vertente mais relacional e emocional, considerando ainda a disfunção sexual associada ao consumo de substâncias (RIBEIRO, MAGALHÃES, MOTA, 2013).

É cada vez mais enfatizada a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo, sendo que o aspecto prazeroso do sexo tem demonstrado maior importância do que a sua finalidade reprodutiva (LARA *et al.*, 2008). Disfunção sexual, num contexto geral, engloba todas as formas de vivências insatisfatórias no relacionamento sexual, desde a dificuldade em sentir prazer ou satisfação até a incapacidade em satisfazer a (o) parceiro (GOMES; CARVALHEIRA, 2009).

A sexualidade é uma área complexa, na qual uma multiplicidade de fatores atua de forma inter-relacionada, é dinâmica e mutável, podendo ser abordada por diferentes ângulos da ciência, pelos seus aspectos fisiológicos, psicológicos, e do relacionamento interpessoal e sofre diretamente influência sociocultural e é tema abordado pelas ciências sociais, pelas ciências humanas, em seus aspectos biológicos e genéticos, e pelas ciências políticas (KAISER, 2003).

Fatores internos, como afetividade, intelecto, cognição e emoção, e fatores externos, como área geográfica, religião, sistema econômico, hábitos e costumes, ambiente social e cultural também a influenciam. Constitui assim, a expressão global da personalidade e mesmo variando entre culturas e indivíduos, deve ser entendida

como parte integrante da história global da mulher (KAISER, 2003).

Até hoje, a mulher é representada sob o contexto do papel da maternidade, da mulher reprodutora. O modelo patriarcal de família, em que o mundo masculino é valorizado a todo o tempo, percebe-se que, apesar de timidamente, a mulher conquista espaços dia após dia.

A mulher, mesmo com todas as mudanças comportamentais mundiais e com toda a evolução de pensamento no que diz respeito à questão de gênero, ainda é protagonista de cenas de violência de todo o tipo, repressões de toda ordem, julgamentos infundados e pré-conceitos. A alta prevalência nas disfunções sexuais femininas leva a queixa sexual frequente nos consultórios de ginecologistas, no entanto raramente os profissionais de saúde avaliam a vida sexual de suas clientes.

A sexualidade feminina deve ser vivenciada através de pensamentos, fantasias, bem-estar, e a interação de vários outros aspectos. Neste sentido, uma mulher para sentir-se plena, a sua vida sexual deve envolver completude e magnitude. Quando esta mesma mulher não alcança a almejada plenitude, por motivos diversos, que serão abordados ao longo do trabalho, a sua saúde sexual, é comprometida por multiplicidades de manifestações sexuais, que culminam em distúrbios e transtornos sexuais.

A saúde sexual está intimamente ligada à qualidade de vida, a longevidade das relações afetivas como parte global e bem-estar do indivíduo. Dentre as diversas disfunções o vaginismo interfere consideravelmente no ato sexual causando acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, e por meio deste estudo, foi possível descrever os aspectos clínicos, psicológicos e tratamento do vaginismo, em mulheres heterossexuais no período reprodutivo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. SEXUALIDADE HUMANA: ASPECTOS GERAIS

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. 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. 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 (Abdo, 2005).

Em 1979, Helen Kaplan abordou a importância do desejo, como uma fase cerebral prévia e propôs um modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo.

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 (Abdo, 2004b). 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.

Na Segunda Conferência Internacional sobre Disfunções Sexuais (BASSON et al., 2004), um novo modelo para a resposta sexual feminina foi proposto por Rosemary Basson (BASSON, 2001), que integra aspectos importantes da sexualidade feminina não contemplados no modelo tradicional citado acima.

Uma nova proposta para o ciclo feminino de resposta sexual foi apresentada por Basson (2001), enfatizando o valor da intimidade como motivação feminina para o sexo. Desta feita, entende-se que muitas mulheres iniciam o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse: na verdade, desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva. Com base neste argumento, Basson et al. (2004) propõem um modelo circular para o ciclo de resposta sexual da mulher, em que a ausência de desejo sexual espontâneo (no início do ciclo) não significa disfunção sexual, o que exclui muitas mulheres da categoria de disfuncionais. Esse modelo pode ser didaticamente dividido em cinco fases: 1. Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo. 2. Excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado. 3. Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo. 4. Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico. 5. Satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos .

É um modelo circular ou cíclico (Figura 1), que representa uma mudança de conceito ao considerar que a motivação sexual da mulher pode ser desencadeada por elementos não necessariamente sexuais. Neste caso, o ato frequentemente se iniciaria com uma atitude neutra, não ocorrendo à percepção do desejo, mas sendo a

necessidade de intimidade o que a levaria ao envolvimento sexual (ABDO, 2010).

Figura 1 – Esquema do modelo cíclico de Rosemary Basson.

Fonte: ROSENBAUM; SABBAG, 2020, p. 3.

No Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5), é reconhecido que a resposta sexual nem sempre é um processo linear e uniforme, igual em homens e mulheres, bem como a distinção entre as fases do ciclo (desejo e excitação, por exemplo) pode ser artificial. Uma das características gênero-específicas que o DSM-5 considerou foi combinar o desejo sexual hipoativo e o transtorno de excitação (categorias diagnósticas independentes no DSM-5 em uma única categoria: transtorno de interesse/ excitação sexual feminina) (ABDO, 2014).

A falta de desejo pode vir acompanhada de dificuldade de excitação e dificuldade orgásmica, bem como de dispareunia secundária. Cada uma dessas disfunções deve ser investigada quanto aos subtipos: ao longo da vida ou adquiridas (manifesta-se após um tempo de função sexual adequada); situacionais (ocorrem em determinadas circunstâncias) ou generalizadas (em qualquer situação, independentemente da fase do ciclo menstrual, a fase do ciclo reprodutivo, parceria sexual etc.); fatores contextuais passados, atuais e médicos; grau de desconforto (sofrimento) leve, moderado ou grave (ABDO, 2014).

A etiologia da disfunção sexual feminina (DSF) é frequentemente multifatorial, sendo que, muitas vezes, não é possível identificar uma causa específica isolada para a dificuldade sexual (GOMES; CARVALHEIRA, 2009). Existem vários fatores de risco associados a disfunção sexual, entre eles a doença neurológica, endócrina ou vascular, a cirurgia genital, o abuso sexual, o nível educacional e socioeconômico, fatores psicológicos e interpessoais (depressão, ansiedade, má relação com o parceiro), doenças físicas (câncer, infertilidade), medicação (anticoncepcionais orais e antidepressivos) e alterações hormonais fisiológicas como menopausa e a amamentação (RIBEIRO, MAGALHÃES, MOTA, 2013).

Na ótica de Foucault (1980 apud Cirino, 2007), a sexualidade pode ser compreendida como sendo um dispositivo com característica de uma rede entrelaçada por um agrupamento de diversas práticas, discursos e técnicas voltadas ao estímulo

dos corpos, assim como, do aguçamento dos prazeres e da formação de conhecimentos.

De acordo com Foucault (1980 apud Cirino, 2007), a burguesia nos idos da metade do século XVIII, buscou impor a sua supremacia não somente pelo seu poder econômico, mas também, por uma dominação pelo físico, considerando que “uma das formas primordiais da consciência de classe é a afirmação do corpo; [...] (a burguesia) converteu o sangue azul dos nobres em um organismo são e uma sexualidade sadia (FOUCAULT, 1980 apud CIRINO, 2007, p. 81).

A sexualidade seria, portanto, um dispositivo utilizado pela burguesia para se afirmar em sua superioridade, em que se a nobreza buscava se diferenciar pelo seu sangue, ela buscou ressaltar a sua distinção e hegemonia a posse de um corpo dotado de saúde e higiene. Nesse mesmo sentido, o enaltecimento de seus prazeres e a proteção de seu corpo, além de promover o seu vigor, traços de descendência e longevidade, traziam oportunamente o estigma do respeito e poder social (CIRINO, 2007, p. 81), tornando-se, a sexualidade, indispensável para o processo de criação da verdade e da subjetividade das pessoas no mundo moderno, conforme destaca Foucault (1980 apud CIRINO, 2007, p. 81):

[...] segundo círculos cada vez mais estreitos, o projeto de uma ciência do sujeito começou a gravitar em torno da questão do sexo. A causalidade no sujeito, o inconsciente do sujeito, a verdade do sujeito no outro que sabe, o saber, nele, daquilo que ele próprio ignora, tudo isso foi possível desenrolar-se no discurso do sexo. Contudo, não devido a alguma propriedade natural, inerente ao próprio sexo, mas em função das táticas de poder imanentes a tal discurso.

Segundo Foucault (1984 apud Cirino, 2007, p. 81), o desejo somente é discutido de maneira destacada no âmbito da história da sexualidade, quando se torna objetivo identificar a sua construção genealógica, passando-se a analisar as,

[...] práticas pelas quais os indivíduos foram levados a prestar atenção a eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer e se confessar como sujeitos de desejo, estabelecendo de si para consigo uma certa relação que lhes permite descobrir, no desejo, a verdade de seu ser.

Nos aspectos que compõe o foco de Foucault acerca da sexualidade, tem-se a devida identificação distinta entre o sujeito sexual e o sujeito desejante, em que segundo o estudioso, o desejo não é contínuo, incessante, mas, uma espécie isolada exclusivamente originada pela experiência cristã da carne, como um símbolo surgido

da natureza decaída do indivíduo, e herdada pela moderna vivência da sexualidade, como se fosse uma estrutura inerente ao ser humano (FOUCAULT, 1984 apud CIRINO, 2007).

2.2 SEXUALIDADE FEMININA

A história, por muito tempo não tratou o tema. Os grandes historiadores contam que, por décadas, a sexualidade não tinha importância e não era questionada pelo social, e quando se tratava da sexualidade feminina sua interpretação era anulada, rígida e controlada pela classe masculina (SOUZA, 2011).

A discriminação contra as mulheres baseadas em estereótipos de gênero, estigmas, e normas patriarcais vem cada vez mais questionada pelas mulheres. A história mostra que diversos teóricos por mais de um século estudaram a sexualidade em diferentes áreas de conhecimentos, tornando-se um empreendimento em expansão, ampliando-se para além das pregações advindas de tradições culturais e religiosas (SOUZA, 2008).

A imagem da mulher aparece muitas vezes como um modelo idealizado e com vínculos de padrões culturais voltados para o erotismo, de modo que estimula a percepção da sociedade em ver a mulher como um objeto de apreciação e uso masculino. A mulher na mídia é posta frente à sociedade como um símbolo do prazer e consumo (SOUZA, 2008).

Pesquisas realizadas por Lukavy (2011) revelam que a liberdade sexual das mulheres foi alterada no decorrer da história. Antes elas tinham receio de exercer sua sexualidade de forma liberal, pois necessitavam de vínculos mais seguros. Tais como relacionamentos mais sérios ou casamentos. Atualmente, contudo, apesar de poder exercer uma sexualidade mais livre, estas ainda sentem-se receosas diante da sociedade, que ainda nos dias de hoje acredita em virgindade como se fosse um troféu para os homens.

Lukavy (2011) destaca que o estudo da sexologia mostra que as mulheres se desvincularam do que seria o padrão ideal, para o meio social da felicidade feminina, onde as mulheres só podem ser felizes com o “kit” marido que as sustente, com seus filhos, sendo dona do lar. Falar de sexo no social, ou sexualidade feminina já é bem

comum e com melhor recepção.

A atitude feminina no social, traz uma representação global dos modos como às mesmas se comportam, sejam essas interpretações favoráveis à sociedade ou não. Elas estabelecem uma organização às ideias de conhecimentos que a sociedade tem sobre determinada ação ou posição em meio ao social (SOUZA 2011).

Para Souza (2011) quando se trata de atitudes envolvendo sexualidade na vida das pessoas e ambiente social sexo e sexualidade inter-relacionam, sendo quase impossível diferenciar os conceitos, pois se apresentam conjugados e sobrepostos fortemente nos relacionamentos humanos.

A atitude feminina frente à sexualidade tem uma ampla configuração de interpretação formulada pelos contextos sócio-históricos. Essas atitudes são demonstradas nas relações entre homens e mulheres, nas suas relações amorosas. Para a sociedade a interpretação do sujeito frente ao seu caráter, é o que dá valorização ao modo como cada um exerce sua sexualidade, onde suas diferentes formas de interpretação estão vinculadas aos traços formulados pelos costumes e culturas (ZUCCO; MINAYO, 2009).

Segundo os mesmos autores, esse modo de interpretação vem vinculada a percepção que para os homens o sexo foi associado a sentimentos de presença, quantidade, intensidade e singularidade; para as mulheres, foi relacionado, semanticamente, à satisfação sexual. Entretanto em grau e quantidade comparativamente menores. Quando essa organização na percepção da sexualidade feminina se modificou criou em si um impacto nos relacionamentos entre homens e mulheres no meio social. (ZUCCO; MINAYO, 2009).

Para Zavala et al. (2012) um dos principais obstáculos para a compreensão da sexualidade humana está em ser construída a partir das atitudes sociais e marcas de sociedades passadas sobre sexo, o seu curso, seguindo os mitos sociais, fábulas, ficção formando alegórica um tema e tabus em torno da sexo.

A sexualidade é socialmente construída, complexa e muda ao longo do tempo e em diferentes grupos humanos. Nesta diversidade também deve adicionar variações individuais da sexualidade e da dificuldade de quantificar os diversos aspectos desta (ZAVALA et al., 2012). É parte fundamental da personalidade e deve ser considerada como um processo ao longo da vida, que vai desde a infância até a velhice e tem consequências biológicas, psicológicas e morais. O estudo do processo de

sexualidade estabeleceu diferenças entre fêmea e a função sexual masculina, que começa com a resposta sexual. Por vezes determinar as origens de problemas sexuais é difícil e complexa, Zavala *et al*, (2012).

2.3 QUALIDADE DE VIDA E DISFUNÇÃO SEXUAL

A sexualidade é parte integrante da saúde, qualidade de vida e bem-estar geral do ser humano. A OMS (Organização mundial de saúde) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo e de sua posição dentro do contexto da cultura, do sistema de valores no qual ele vive, em relação a seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. (1993).

Alfonso (2008) frisa que Qualidade de vida (QV) pode ser definida como o estado ou a sensação de bem-estar derivado tanto a avaliação objetiva e subjetiva do grau de satisfação da pessoa em diferentes aspectos da vida.

Para Urzua e Alejandra Caqueo-Urizar (2013) a necessidade de incorporar novos indicadores em saúde pública, um olhar abrangente sobre processo saúde-doença, permitiu a incorporação no campo da avaliação de saúde de novos conceitos, tais como a Qualidade de Vida (QV). Operacionalmente, pode ser entendido como a percepção do nível de bem-estar derivado da avaliação feita por cada pessoa em diferentes dimensões objetivas e subjetivas de seus elementos vida. A resposta para o diagnóstico de uma doença crônica sempre têm implicações psicológicas e sociais complexas. O reconhecimento deste fato levou a cuidadores profissionais estabelecer metas de atenção concomitante: controle de doenças e qualidade de vida (URZUA; CAQUEO-URÍZAR, 2013).

Urzua e Caqueo-Urizar (2013) recordaram que o grande número de aspectos psicossociais que fazem parte dos cuidados na doença crônica resulta de respostas individuais dos usuários, familiares, amigos e sociedade, em comparação ao diagnóstico e prognóstico. Qualquer que seja o resultado da doença, o objetivo é o de melhorar a qualidade de vida. A vida sexual saudável é um fator importante de satisfação e qualidade de vida geral, (THIEL *et al*, 2008).

Zavala *et al*. (2012) explicam que Disfunção sexual feminina (DSF) é um distúrbio que afeta a sexualidade, pode ser considerado um problema de saúde que

não põe em risco a vida das pessoas, mas isso afeta, saúde física e mental relacionamento, trabalho familiar e a vida social. Os autores lembram que em 1992, a OMS através da Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10), a disfunção sexual são formas diferentes onde o indivíduo não pode participar relacionamento sexual como ele ou ela desejaria.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), define as disfunções sexuais como um grupo de transtorno heterogeneo tipicamente caracterizado por perturbações clínicas significativamente na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou sentir prazer sexual. O individuo pode apresentar mais de uma disfunção ao mesmo tempo, causam estresse marcados pela dificuldade interpessoal. Nas definições propostas pela OMS e DSM-IV, assim como outros conceitos publicados, a disfunção sexual é concebida como individual, mas que causa impacto na vida do casal, na vida familiar e no rendimento profissional (ZAVALA et al., 2012).

Pereira et al. (2013) relataram que as disfunções sexuais femininas (DSF) são queixas comuns entre mulheres, e estima-se que 40 a 45% das mulheres adultas sofrem de alguma forma de disfunção sexual. A maioria dos relatos freqüentemente são desejo e disfunção orgásmica.

Segundo Zavala et al. (2012), depois da Segunda Guerra Mundial começa a tomar forma o que se poderia chamar de revolução sexual, e que teria Voltaire em seu "Dicionário Filosófico" desenvolveu o termo "impotência" em ambos homens e mulheres. Frigidez na Mulher carrega o significado de "frieza Sentimental". "Frigidez foi usada em Roma (*Frigidi com maleficiatis*) para o sexo masculino quando ele não podia consumir a relação sexual e gradualmente tornou-se utilizado para designar distúrbios sexuais femininos".

É possível visitar os tratados clássicos de Urologia e Ginecologia do início do século passado, sem encontrar uma única menção a que se refere problemas sexuais. Nos anos 1960, os distúrbios sexuais e outros sintomas foram considerados doenças, em que o modelo era unidimensional: frigidez na mulher e impotência nos homens, mais tarde eles adquiriram o caráter de condições clínica específicas (ZAVALA et al., 2012).

Masters e Johnson propuseram um modelo linear para explicar como os seres humanos respondem a estímulos sexuais. Seu modelo é composto por quatro fases:

excitação, platô, orgasmo e Resolução. Anos mais tarde, o desejo foi considerado um importante elemento no ciclo sexual humano (PEREIRA et al., 2013).

Sobre o mesmo tema, Zavala et al. (2012) frisaram que logo após a resposta sexual descrita pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III) em 1980, foi adotado o modelo de 4 fases de Masters e Johnson, e modificado por Helen Kaplan em um modelo de 3 fases (desejo, excitação e orgasmo). Em 1987, no DSM III, foi autorizado a usar os termos de impotência e frigidez de sinônimos.

Deve-se destacar que o estudo realizado posteriormente no início da década de 2000 por Rosemary Basson, em que a partir de suas observações, especialmente de depoimentos que se vinculavam à falta de desejo espontâneo feminino, resultou na sua proposta de um novo modelo de resposta sexual feminina, fazendo-se uma diferenciação da resposta masculina. Nesse novo modelo apresentado por Rosemary Basson, o pensamento dito linear, foi substituído por um de cunho circular, que considerava as distintas fases de maneira sobrepostas e ordenadas de modo variável.

Quanto ao tratamento das disfunções sexuais propostos, no entender de Pereira et al. (2013), a maioria dos ensaios clínicos foram focados em perturbação do orgasmo. Nos orgasmos primários (orgasmo quando as mulheres nunca tinham experimentado por qualquer meio de estimulação) ou secundários (as mulheres poderiam atingir o orgasmo através da auto-estimulação, mas não no coito).

Um dos fatores importante é a ansiedade, ela exerce um papel predominante nas disfunções sexuais e podem impactar negativamente a função sexual. Com base nessa premissa, o principal objetivo da terapia sexual seria reduzir os níveis de ansiedade relacionada a situações sexuais e melhorar as habilidades sexuais, como também: habilidades de comunicação, exercícios de escuta emocional, expressão e resolução de reflexão de conflitos são partes importantes do tratamento (PEREIRA et al., 2013).

Em estudos posteriores, Zavala et al. (2012) recordam que Master e Jonhson (1966) demonstraram que o declínio da atividade sexual feminina está diretamente influenciada pela diminuição da capacidade de desejar o sexo masculino, como também consideraram outros fatores, tais como alterações morfológicas e alguns aspectos psicológicos como o medo da imagem do próprio corpo, dor e rejeição.

Autores como Verhulst e Heiman (1985) agruparam as causas da disfunção sexual em três categorias, tais como:

- Problemas fisiológicos: estão incluídas algumas drogas e álcool e outras drogas;
- Problemas psicológicos gerais, incluindo fatores de personalidade
- Psicosssexual manifestado por uma preocupação com o desempenho sexual (ZAVALA *et al.*, 2012).

2.4 VAGINISMO

2.1.1 Conceituação

O vaginismo é a contração involuntária do músculo, do primeiro terço da vagina (terço externo) que impede a penetração e realizar a relação sexual, apesar do desejo e grau de excitação de mulheres. Ocorre no momento da penetração, sendo condicionadas por um espasmo e fobia na penetração, geralmente associada à dor cognitivamente (PERFETEI *et al.*, 2014).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição (DSM-5) o vaginismo foi definido como uma contração involuntária da musculatura do terço externo da vagina, causando sofrimento e dificuldade interpessoal. Engloba os dois transtornos (vaginismo e dispareunia) classificando-os como desordem da dor gênito-pélvica, cuja definição baseia-se em cinco dimensões: índice de sucesso da penetração vaginal, dor com a penetração vaginal, medo da penetração vaginal ou dor gênito-pélvica durante a penetração vaginal, disfunção da musculatura do assoalho pélvico e comorbidades médicas. O diagnóstico diferencial dessas duas disfunções não é fácil, sendo a evitação da penetração (própria do vaginismo) o único fator que diferencia os dois transtornos.

Os resultados de estudos empíricos, no entanto, não apoiam o principal critério de espasmo vaginal como sendo uma característica crítica do vaginismo, deve ser enfatizado o papel do medo/ dor e fobia como fatores que interferem neste transtorno. Esse desejo declarado das mulheres em relatar que para experimentar a relação sexual, sentem dor persistente e dificuldades, levaram o DSM 5 a combinar vaginismo e dispareunia entre em "desordem de dor/ penetração genito-pélvica" (MELLES, 2014).

Na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) as disfunções sexuais se definiam pela presença de dor ou alguma alteração em uma ou mais das fases do ciclo linear de resposta sexual (desejo – excitação – orgasmo – resolução).

Já na quinta edição desse manual, o DSM-5 publicada em 2013, as disfunções sexuais foram consideradas gênero-específicas, passando as dificuldades de desejo e de excitação da mulher a constituírem uma única disfunção (do interesse/ excitação sexual). Transtorno de dor genitopélvica/ à penetração também passou para uma só categoria, deixando de ser, respectivamente, dispareunia e vaginismo (como constavam no DSM-4), porque, segundo os especialistas norte-americanos, são condições de difícil distinção (ABDO, 2014).

Borget et al., (2010) citaram que o vaginismo é caracterizado por “persistentes dificuldades para permitir um pênis na entrada vaginal, dedo, ou outro objeto, apesar do desejo da mulher para fazê-lo”. Pode ocorrer em cerca de 0,5-1 % em mulheres em idade fértil, embora faltam estimativas precisas. As queixas de dificuldades de penetração, muitas vezes têm um curso crônico e pode resultar em sofrimento emocional considerável.

2.4.2 Etiologia

A etiologia desta desordem é controversa e em grande parte, desconhecida. No entanto, recentemente concebidas estratégias de tratamento com exposição a temidos estímulos (ou seja, fobia a penetração) 90% da amostra relatou a fobia sobre a relação sexual. Após o tratamento, ainda demonstrou-se falha em atingir níveis de funcionamento sexual “*normal*”. Esses resultados apoiam a ideia de que existem semelhanças importantes entre o vaginismo e desordens de ansiedade.

Segundo Aveiro, Garcia e Driusso (2009) relataram que etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, mas uma das causas para a ocorrência dessa desordem é ansiedade fóbica das mulheres antes da penetração vaginal. Os fatores psicossociais estão geralmente ligados à educação sexual castradora, punitiva e/ou religiosa e a vivências sexuais traumáticas. Dentre outras causas físicas podem-se citar anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica.

Para Moreira (2013) sua etiologia está ligada, principalmente, a traumas sexuais e educação sexual rígida, embora nem sempre essas associações possam ser feitas. É assunto sobre o qual existe grande desconhecimento, inclusive pelos médicos, o que torna sua abordagem difícil, muitas vezes iatrogênica.

Abdo (2014) cita que as origens da disfunção sexual apresentam um quadro disfuncional que 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. Especialmente no caso das disfunções sexuais femininas, a tentativa de estabelecimento dos fatores etiológicos resulta na evidência da sua multiplicidade.

Ferreira et al. (2008) revelam que a etiologia do vaginismo ainda não está bem estabelecida, porém várias condições médicas, assim como fatores psicológicos e interpessoais, concorrem para o aparecimento dessa disfunção sexual. Os autores acreditam haver maior correlação entre vaginismo e fatores etiológicos psicológicos quando se observa maior prevalência de vaginismo nas mulheres com distúrbios psiquiátricos, alterações do humor e usuárias de antidepressivos.

2.4.3 Classificação

As classificações atuais (DSM-5) classificam o vaginismo em não orgânico e psicogênico. Transtornos sexuais dolorosos – 302.76.

Abarca os dois transtornos (vaginismo e dispareunia) classificando os como desordem de dor gênito – pélvica. 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. – 306.51.

A Dispareunia, é a dor ou o desconforto durante a penetração, atinge um número significativo de mulheres embora também atinjam os homens em menor número. A dor na maioria das vezes tem causas orgânicas. Devemos levar em consideração a menopausa ou uso de medicamento que podem diminuir a lubrificação vaginal e causar atrofia vulvovaginal.

Nesse aspecto, se faz importante conhecer os efeitos da menopausa, como o hipoestrogenismo, que ao se manifestar na mulher, promove uma mudança na estrutura vaginal, que tenderá a conduzir na ocorrência de alterações significativas na resposta sexual. Tem-se observado em diversos estudos, o afinamento da parede

vaginal após a menopausa, no entanto, não havendo uma comprovação de cunho morfométrico (LARA, 2008).

De acordo com Lara (2008), as modificações vasculares e das terminações nervosas da genitália causadas pelo hipoestrogenismo, possuem o potencial de prejudicar de sobremaneira a resposta sexual genital. Estudos realizados em rata ooforectomizadas, identificaram a existência de déficit de estrogênico, provocando a disseminação dos axônios das terminações nervosas simpáticas, e de fibras nociceptoras, o que ajudam a conduzir a uma vasoconstrição e, à dor e sensação de queimação vaginal.

No caso específico das mulheres, a redução dos estrogênios circulantes possui uma relação com a manifestação de dor coital, provocada pela redução da circulação sanguínea, da lubrificação, e do relaxamento não satisfatório da região vaginal causada pela perda da elasticidade, e mesmo que não existem evidências de uma possível correlação entre a dor coital e o hipoestrogenismo, alguns autores citam as queixas de mulheres no que se refere a ter uma secura vaginal e dispareunia, que podem estar vinculados à fatores relacionais, que quando associados a outros fatores, podem dificultar a identificação de causa e efeito, denotando-se uma suspeita de que os fatores relacionais podem ser mais relevantes que o status hormonal propriamente dito, na função sexual de mulheres em pós-menopausa (BASSON, 2007).

No que tange o vaginismo, pode-se descrever como sendo a 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 espéculo. Disfunção sexual devida (ABDO, 2014).

O DSM – 5 Transtornos da dor gênito-pélvica/penetração

Critérios de diagnósticos:

- a- Dificuldades persistentes ou recorrentes com um ou mais dos seguintes:
1. Penetração vaginal durante a relação sexual
 2. Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração
 3. Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante ou como resultado de penetração vaginal.
 4. Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal

Com persistência por um período mínimo de aproximadamente seis meses e causa sofrimento clinicamente significativo para a mulher.

A dificuldade marcante para ter relações /penetração vaginal pode variar desde a incapacidade total para experimentar em qualquer situação relação sexual, exame ginecológico, inserção de absorvente interno, A dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou nas tentativas de penetração sexual refere-se à dor que acomete locais diferentes da área genito-pelvica. Medo ou ansiedade da dor vulvovaginal ou pélvica em a, durante ou como resultado da penetração um relato constante das mulheres. A tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal.

Aveiro; Garcia; Driusso (2009) referiram que o vaginismo pode ser classificado em primário e secundário. O primário é definido quando a mulher é incapaz de manter relações sexuais devido às contrações involuntárias da parede da vagina; o secundário ocorre quando a mulher eventualmente teve relações sexuais, porém não é mais hábil a mantê-las devido à mesma etiologia. É geralmente nesses casos que o vaginismo vem acompanhado de dispareunia.

Melles *et al.* (2014) ponderam que o vaginismo pode ser classificado como ao longo da vida ou adquirido. As mulheres com vaginismo ao longo da vida nunca foram capazes de experimentar o coito. Em vaginismo adquirido, as mulheres perdem a capacidade de experimentar o coito após um período.

2.4.4 Epidemiologia

Ferreira et al (2008) recordam que a partir do início deste século, a sexualidade humana foi resgatada pelo conhecimento científico, técnico e social. O seu conceito se legitimou quando a saúde sexual foi considerada parte integrante na definição de consenso de saúde reprodutiva, ratificada pela Conferência Internacional para População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994. Mais do que uma mera função biológica reprodutiva, a sexualidade é uma fundamental experiência humana que engloba o prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas.

2.4.5 Incidência, Diagnóstico e Intervenções.

Segundo Aveiro 2009, a prevalência do vaginismo é 1% a 6% na população geral, porém não é possível determinar sua real prevalência devido à escassez dos estudos. Aproximadamente 15% das mulheres norte americanas relatam a presença de dor recorrente durante a relação sexual. As queixas relacionadas à dor gênitopélvica atingem o ponto máximo durante a fase inicial da vida adulta e no período pós-menopausa. A violência sexual e/ou física, infecções, educação sexual inadequada e à ortodoxia religiosa são fatores predisponentes relacionadas ao diagnóstico de vaginismo.– DSM-5 (2014).

Abdo (2010) revela que a queixa da mulher, aliada à presença de alguns elementos de anamnese, é fundamental. Deve-se considerar que um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção. Além disso, devem-se investigar as condições do(a) parceiro(a), para se afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pela mulher.

Outra relevante consideração para diagnóstico, tratamento e prognóstico é a distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada (presente com qualquer parceria) e situacional (presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias). Devem-se considerar, ainda, a idade da mulher e a sua experiência sexual. Mulheres jovens e/ou principiantes costumam apresentar dificuldade para relaxamento/lubrificação, o que é bastante compreensível e não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente.

Ferreira et al. (2008) relatam que o diagnóstico diferencial entre dispareunia e vaginismo é difícil, visto que a dor, por si própria, pode impedir a penetração vaginal e causar contrações musculares vaginais involuntárias.

2.4.6 Tratamento e Terapia para mulheres com vaginismo

Segundo Moreira (2013) o tratamento inclui técnicas de psicoterapia cognitiva e comportamental, tratamento médico com ansiolíticos e anestésicos tópicos, além de uso de vasodilatadores vaginais. Tratamentos com base em fisioterapia por eletroestimulação vaginal e injeções vaginais de neurotoxina botulínica têm sido propostos, ainda sem evidência científica que os autorize.

Rosenbaum (2011) confirma que a Fisioterapia do assoalho pélvico é reconhecida como um componente importante de tratamento para mulheres com

vaginismo e dispareunia e como adjuvante à terapia sexual e outras intervenções psicoterapêuticas. A terapia cognitivo-comportamental multimodal e fisioterapia tem contribuído com a diminuição da dor e da hiperatividade pélvica .

Aveiro, Garcia e Driusso (2009) indicaram uma série de tratamentos para o vaginismo que incluem combinação de dessensibilização (*in vivo ou in vitro*) associada ao uso de dilatadores; terapia sexual (individual ou de casal) que consiste de educação, tarefas domiciliares e terapia cognitiva. Temos como alternativas de tratamento; farmacoterapia, hipnoterapia, e injeções de toxina botulínica.

Rosenbaum (2011) defendeu a importância da fisioterapia no tratamento primário do vaginismo por meio de técnicas de terapia manual, exercícios para o assoalho pélvico, diferentes modalidades de estimulação elétrica e termoterapia, e biorretroalimentação.

Corroborando com Moreira (2013) e Rosenbaum (2011), Frank, Mistretta e Wil (2008) explicam que é importante que se conheça a etiologia da dispareunia, considerando que sua origem poderá ter como causa: infecção, atrofia vaginal e a endometriose. No entanto, os autores afirmam que independentemente do desconhecimento da etiologia, existe uma relativa facilidade no tratamento e esse deve ser de caráter multidimensional e multidisciplinar, tendo-se como base a interação entre fatores fisiológicos, emocionais e relacionais.

Assim como argumentado por Rosembaum (2011), Frank, Mistretta e Wil (2008) sugerem como terapia a fisioterapia por meio da estimulação elétrica do assoalho pélvico, por exemplo, assim como, da realização de uma ultrassonografia perineal, e a utilização de dilatadores vaginais, que seriam boas opções para se tratar as disfunções provocadoras da dor sexual, em especial o vaginismo.

Quanto a psicoterapia, sua utilização deverá ser realizada de maneira adapta ao contexto individual da utente, devendo-se encorajar a participação do seu eventual parceiro sexual. No caso específico do vaginismo, a psicoterapia envolve a abordagem dos possíveis medos da utente quanto ao ato da penetração vaginal, permitindo dessa maneira, a ocorrência de um aumento do seu conforto em relação ao órgão genital e, por ventura, quanto a penetração vaginal, destacando-se que no caso da terapia cognitiva comportamental, atua sobre a ansiedade quanto a percepção da dor durante a relação sexual e das contrações musculares (CARVALHO, 2014).

Referente a utilização terapêutica de fármacos para as perturbações geradas pela dor sexual, sugere-se tratar as causas subjacentes, como por exemplo, por meio da utilização de estrogênios para a atrofia vaginal ou candidíase vulvovaginal (FRANK; MISTRETTA; WIL, 2008). De acordo com Kaplan, o estrogênio é relevante para que haja uma correta lubrificação vaginal, além de prevenir de possível atrofia dos tecidos vaginas e da vulva, e por esse motivo, é comum ter como prática terapêutica a sua utilização em casos de disfunção sexual feminina, em especial aquelas que possuem relação com a menopausa, como por exemplo, a dispareunia.

Porém, Kaplan (2008) sugere que se deve ter prudência na utilização de estrogênio como opção terapêutica, ao se considerar que poderá promover a diminuição dos níveis de globulina ligadora dos hormônios sexuais, podendo dessa maneira conduzir à redução da libido. Segundo Kaplan (2008), uma indicação é a utilização para o tratamento em mulheres na fase de menopausa, de estrogênios isoladamente ou em conjunto com progestagênios, o que auxilia na melhoria da lubrificação, além de proteger o tecido genital que se encontra afinado e atrofiado.

2.5 A Mulher e o Casal Heterossexual com Vaginismo

Michetti *et al.* (2014) frisaram que o casamento não consumado é a incapacidade de realizar a relação sexual bem sucedida no início do casamento. O Vaginismo pode ser uma das possíveis causas do adoecimento sexual do casal. Este parece ser um problema significativo nos países em desenvolvimento.

Pinheiro (2009) citou que quando a relação do casal não vai bem e/ou o sexo está destituído de prazer ou é considerado insuficiente, ele pode perder a graça e assim, torna-se mais difícil para a mulher ter motivação e desejo para estabelecer uma relação sexual. Ela então, mesmo recebendo as carícias, acaba não se excitando. Como consequência há uma insuficiente lubrificação vaginal, dificultando à penetração do pênis ou mesmo a introdução do dedo no orifício vaginal, causando dor e como consequência a contração (involuntária) da musculatura vaginal.

Outro fator importante é à angústia, culpa e educação religiosa severa, estes também podem interferir no desejo e na excitação sexual, pois a pessoa impregnada destes sentimentos, não se entrega à relação sexual, que aparece como fundo e não como figura. Surgem os mecanismos de defesa e os bloqueios nas fronteiras de contato, dificultando e/ou impedindo a relação sexual (PINHEIRO,

2009).O mesmo autor supracitado, evidencia que nos casos de violência sexual, muitas vezes, o sexo ficou associado à violência: relacionar-se sexualmente traz à tona estas lembranças, que forão vivenciadas, trazendo ansiedade, tensão e medo, um processo de auto regulação do organismo. As várias experiências pelas quais o individuo passa, atuam como um conjunto de forças que influenciam o comportamento, as emoções, ou seja, o psiquismo.

3. OBJETIVO GERAL

Investigar, por meio de uma Revisão bibliográfica, os aspectos clínicos, psicológicos e tratamento do vaginismo, em mulheres heterossexuais no período reprodutivo.

4. MÉTODO

A análise bibliográfica foi feita nas bases de dados, de artigos científicos: Medline; Scielo; Lilacs e Bireme foram utilizados para buscar as referências bibliográficas. A busca foi efetuada englobando trabalhos dos últimos 08 anos, que retratam o uso do tema “disfunção sexual” e “vaginismo”, utilizando-se as seguintes palavras-chave: Vaginismo; Disfunção sexual; Idade Reprodutiva.

A busca foi limitada a estudos publicados em inglês e português, de 2009 a 2021. Foi realizada a pesquisa, com a análise dos artigos e resumos encontrados, a fim de selecioná-los para inclusão na revisão sistemática. Os dados de maior relevância dos artigos incluídos nesta revisão serão apresentados nos resultados.

Foram identificados 36 (trinta e seis) artigos com os termos procurados: Disfunção sexual; Vaginismo; Sexualidade; período Reprodutivo. Durante a leitura do título e de resumos, 08 (oito) artigos foram excluídos porque tinham objetivos diferentes. Destes, 36 (trinta e seis) artigos, 28 (vinte e oito) foram lidos na íntegra, 08 (oito) foram excluídos nessa análise final. Todos os estudos avaliaram textos que incluíam o objeto desta pesquisa.

4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos estudos sistemáticos da Literatura que avaliassem o tema repercussão do vaginismo na vida sexual em período reprodutivo. Revisões prévias foram usadas como embasamento científico para aprimorar o conhecimento sobre o assunto.

4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos sistemáticos da Literatura que não tratassem sobre o objeto de estudos desta pesquisa: “A repercussão do vaginismo na vida sexual em período reprodutivo”.

4.3 Caracterização do Estudo

A pesquisa teve origem Revisão da Literatura, com a análise detalhada de

artigos científicos que explicam a dinâmica do assunto pesquisado. Com este procedimento se supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa dos resultados obtidos.

5. RESULTADOS

Quadro 1 - Resultados dos principais artigos pesquisados.

Autores; Ano	População Estudada	Método	Resultado	Conclusões
MELLES, Reinhilde J. et al. 2014	Mulheres com Vaginismo e mulheres sem problemas sexuais	Utilizou-se um único teste de associação implícita (st-IAT) para indexar as associações automáticas de Affective Simon Task (AST) para indexar as associações afetivas automáticas globais.	Um medo mais deliberado e menos associações afetivas positivas globais com estímulos sexuais foram encontrados em mulheres com vaginismo. Após o tratamento de exposição assistido por terapeuta, a força do medo foi fortemente.	Associações negativas relativamente e mais fortes (ameaça ou afecção global) com estímulos sexuais no vaginismo
RIBEIRO, Bárbara; MAGALHÃES, Ana Teresa; MOTA, Ivone. 2013.	Mulheres entre os 18 e os 58 anos utentes da USF Novo Cuidar.	Estudo observacional, transversal e analítico.	A taxa de resposta foi de 86,4% e a prevalência de DSF foi de 77,2% (IC95% 72,0-82,7), tendo a perturbação do orgasmo sido o subtipo mais prevalente, 55,8% (IC95% 51,0-63,9). Foi encontrada uma associação entre a contracepção hormonal e a perturbação do desejo ($p = 0,003$). A aversão sexual foi estatisticamente relacionada com experiências sexuais indesejadas prévias ($p = 0,001$)	A DSF em idade reprodutiva é muito prevalente apesar de apenas metade das mulheres a considerarem um problema. Foram encontradas associações com alguns fatores que podem ter importância na vivência de uma sexualidade feliz pela mulher.

Autores; Ano	População Estudada	Método	Resultado	Conclusões
ABDO, C.H.N.; FLEURY H.J.2008	Estudos populacionais de Kinsey.	O desenvolvimento do conceito de normal e patológico em sexualidade, com base nos estudos populacionais de Kinsey, bem como a evolução do conceito de ciclo de resposta sexual, desde Masters e Johnson até Basson. Trata das classificações das disfunções sexuais, as quais têm como base o ciclo de resposta sexual.	Os aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas ressaltam a primazia da observação clínica minuciosa, enfatizando que o diagnóstico deve considerar o tempo de evolução do quadro, as condições do(a) parceiro(a) e as características do estímulo sexual (quanto ao foco, à duração e à intensidade).	Embora os quadros de disfunções sexuais da mulher já sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis para esse tratamento ainda são restritos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade e fazer frente aos progressos terapêuticos relativos às disfunções sexuais.
PINHEIRO, Mônica A. de Oliveira. 2009	Casais que vivenciam o vaginismo	REVISAO BIBLIOGRAFICA	Encerro este estudo convicta de que o trabalho do gestalt-terapeuta não pode prescindir do olhar sobre as fronteiras de contato do cliente e de intervenções que auxiliem o desenvolvimento da awareness (conciencia) daquele que lhe procura.	A partir da realização deste estudo, formulei a compreensão de que uma gestalt inacabada, por estar distorcida, incompleta, não pode ser compreendida pelo ser; torna-se enigmática para ele, que percebe apenas as sensações de angústia ou a doença, meios por quais se manifesta.É através só corpo que ela clama ser ouvida.

Autores; Ano	População Estudada	Método	Resultado	Conclusões
PEREIRA, Valeska Martinho. 2013	Mulheres e homens que apresentavam disfunção sexual	Através de uma pesquisa em três bases de dados (Medline, Web of Science e PsycInfo), 1419 referências foram encontradas. Após uma análise dos resumos, vinte e sete artigos preencheram os critérios de inclusão e compuseram esta revisão.	A terapia sexual, como proposta por Masters e Johnson e Heiman e LoPiccolo, ainda é a forma mais comumente usada de terapia para disfunções sexuais; Embora tenha mostrado resultados, estes não suportam consistentemente que esta é a melhor alternativa no tratamento de disfunções sexuais.	Há uma falta de estudo sistemático de muitas disfunções sexuais femininas. O distúrbio orgásmico e a dor sexual (vaginismo e dispaurenia) são os distúrbios mais estudados e aqueles em que a terapia sexual parece ter melhores resultados.
MOREIRA, Ramon Luiz Braga Dias. 2013	Devido à importância dos aspectos históricos e evolutivos do tema, as fontes bibliográficas mais importante	A bibliografia baseou-se nos dados da Scielo e Pubmed. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scielo e Pubmed. O período considerado para a pesquisa foi de 2004 a 2011, nas línguas portuguesa e inglesa. Os artigos mais relevantes foram selecionados com base em sua qualidade metodológica segundo as normas internacionais.	Apesar das incertezas sobre etiologia, existência ou não do espasmo vaginal, melhor forma de tratamento - o que pode ser considerado sucesso do tratamento -, os critérios de classificação, etc., existem avanços sobre o conhecimento do vaginismo e é correto afirmar que ele requer abordagem multidisciplinar.	Novos tratamentos estão em progresso e os estudos na área da fisioterapia têm sido muito importantes para impedir que o vaginismo impeça a vida e o bem-estar de muitos casais.

ZUCCO, L.P.; MINAYO, M.C.S. 2009	Mulheres que utilizavam revistas como veículo de aprendizagem para “sexualidade feminina” “Claudia e Mulher dia a dia” 2005-2006.	Documentos analisados em uma abordagem qualitativa de pesquisa. Análise crítica de discurso, sendo a sexualidade feminina abordada com base em uma leitura construtivista	Os principais resultados evidenciaram que as convenções discursivas presentes nas reportagens materializaram posições duais sobre a dinâmica sexual contemporânea e ocidental, como: adoção de práticas sexuais simétricas versus vigência de práticas sexuais assimétricas; autonomia sexual feminina versus dependência sexual feminina; atividade versus passividade; prazer feminino versus prazer masculino	A sexualidade permanece duplamente informada por padrões hegemônicos vigentes na sociedade. Alimentam o mercado publicitário, definem imagens, ditam padrões e vendem produtos, compondo um mosaico que acaba por integrar a maneira de nos percebermos e de estarmos no mundo.
---	---	---	--	---

Autores; Ano	População Estudada	Método	Resultado	Conclusões
ZAVALA, Herman L. 2012	Mulheres com mais de 15 anos, a população do Sabanagrande, Honduras, em julho de 2011	Dois instrumentos foram utilizados um questionário para a coleta dados Sócio-demográficos, o teste que avalia a sexualidade feminina chamada Female Sexual Function Index (FSH).	A prevalência da DSF foi de 145 (45%) da amostra(322) e as áreas afetadas foram: anorgasmia 31%, dispareunia 26%, vaginismo 20%. A DSF por idade grupo, 25-39 anos, 58 (40%), 40-69 anos, 58 (40%). escolaridade; 58 (40%) o ensino primário secundário 73 (50%). Estado civil; coabitação 54 (37%) e se casou com 43 (30%). renda L.2,500.00 69 (48%). A violência sexual sofrida por mulheres com a idade de 10 anos ou menos 19 (13%). Os parceiros sexuais; um de 75 (52%), duas 46 (32%) ao longo de três 23 (15%). Masturbação 46 (32%). a comunicação do casal; Regular 55 (38%) e fraca 15 (10%).	O estudo mostrou que a frequência da DSF foi de 45% em mulheres acima de 35 anos.

ROSENBAU M, Tall. 2011	Mulheres com Vaginismo	Uma intervenção terapêutica concebida para ajudar as mulheres com vaginismo a preparar-se para exame e tratamento, abordando o componente de ansiedade em situações da vida real.	A fisioterapia para o tratamento do vaginismo é percebida como uma intervenção destinada a normalizar o tônus muscular do assoalho pélvico, a fim de permitir a penetração vaginal de acordo com a visão tradicional do espasmo vaginal como sua característica definidora.	Definições mais recentes reconhecem a experiência de ansiedade, bem como dor, e abordagens de tratamento eficazes devem abordar esses componentes também. Fisioterapeutas muitas vezes encontram mulheres que, como resultado da ansiedade grave, são incapazes de se submeter a exame e tratamento, apesar de seu desejo expresso de fazê- lo. Este artigo descreve uma intervenção terapêutica concebida para ajudar as mulheres com vaginismo a preparar-se para exame e tratamento, abordando o componente de ansiedade em situações da vida real.
-----------------------------------	---------------------------	---	--	---

Autores; Ano	População	Método	Resultado	Conclusões
--------------	-----------	--------	-----------	------------

Estudada				
ABDO, C.H.N. 2010	Estudos de Basson e Cols.	Síntese dos conceitos de Basson e cols. no artigo "Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal"	Basson e Cols afirmam que o modelo linear de resposta sexual preconizado por Masters e Johnson e Kaplan descreve fases da resposta sexual numa sequência invariável: desejo, excitação (com importante foco genital), orgasmo e resolução.	O manejo envolve abordagem psicológica e física, avaliando as várias etapas do ciclo de resposta sexual, o contexto atual, o relacionamento e os tipos de estimulação sexual.
PIASSAROLLI, V.P.; HARDY, E.; De ANDRADE, N.F.; OSIS, M.J.D. 2010	26 mulheres que apresentavam diagnóstico de disfunção sexual (transtorno de desejo sexual, de excitação, orgástico e/ou dispareunia).	Para esse ensaio clínico com abordagem antes e depois, foram incluídas 26 mulheres que apresentavam diagnóstico de disfunção sexual (transtorno de desejo sexual, de excitação, orgástico e/ou dispareunia).	Foi observada melhora significativa ($p < 0,0001$) ao final do tratamento quando comparado às avaliações inicial e intermediária.	O TMAP resultou na melhora da força muscular e amplitudes de contração pela EMG, com melhora na função sexual, o que indica que essa abordagem terapêutica pode ser utilizada com sucesso no tratamento das disfunções sexuais femininas.

6. DISCUSSÃO

Apesar da alta prevalência das disfunções sexuais, poucos artigos foram encontrados sobre vaginismo e recursos terapêuticos comprovando a eficácia do tratamento.

Os artigos selecionados trazem em sua maioria informações, acerca de fatores psicológicos que levam as mulheres a sofrerem de disfunções sexuais, entre elas o vaginismo. A disfunção sexual das mulheres causa sofrimento "diminuição da

autoestima, submissão, falta de informação sexual, medos sexuais e problemas conjugais” (BRAVO *et al.*,2010).

Esses fatores desenvolvem uma frustração no casal, já que a mulher não consegue ter a relação sexual. O estudo de Lara *et al.* (2010) relataram a prevalência da repressão sexual tanto da família, quanto social e religiosa como fatores extrínsecos que contribuem para o surgimento do vaginismo, além de outros fatores como o medo da relação sexual, experiências prévias negativas, o culto a virgindade e o abuso sexual.

Corroborando Abdo e Fleury (2006) e, Marie-Andrée *et al.* (2010), referenciam que esses fatores influenciam diretamente na qualidade de vida dessas mulheres, pois afeta sua saúde sexual. Contribuindo, Pereira *et al.* (2013), demonstraram em seu trabalho que mulheres com vaginismo diminui a sua qualidade de vida em comparação com mulheres sem vaginismo (ABDO; FLEURY, 2008), por apresentarem uma série de sintomas que trazem, dentre outros aspectos, dor física e emocional, e a dificuldade de se ter um diagnóstico exato, obscura um pouco a disfunção e retarda o início do tratamento. (PIASSAROLLI *et al.*, 2010).

Abdo e Fleury (2008) afirmam que embora os quadros de disfunções sexuais da mulher sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis para esse tratamento ainda são restritos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade e fazer frente aos progressos terapêuticos relativos às disfunções sexuais, assim como Moreira e Dias (2013), concluíram que apesar das incertezas sobre etiologia, existência ou não do espasmo vaginal, existem avanços sobre o conhecimento do vaginismo e é correto afirmar que ele requer abordagem multidisciplinar. Novos tratamentos estão em progresso e os estudos na área da fisioterapia têm sido muito importantes para impedir que o vaginismo impeça a vida e o bem-estar de muitos casais.

Já no estudo Rosenbaum e Tall (2011), concluiu que a fisioterapia para o tratamento do vaginismo é percebida como uma intervenção destinada a normalizar o tônus muscular do assoalho pélvico, a fim de permitir a penetração vaginal , e reconhece a ansiedade, bem como dor, componentes que devem ser abordados para o tratamento se torne eficaz. O mesmo foi relatado por Piassarolli *et al.* (2010) , o tratamento do vaginismo que deve basear-se na normalização dos tônus musculares, de forma a trabalhar o relaxamento.

Dentre os recursos fisioterapêuticos citados pelo autor estão a cinesioterapia, eletroestimulação, *biofeedback*, exercícios de Kegel, cones vaginais, técnicas de dessensibilização, dilatadores graduados vaginais, massagem perineal e a terapia manual para liberação de pontos de gatilho principalmente nos músculos isquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus que são os músculos mais afetados pelo vaginismo.

Com o avanço do tratamento, foi observado uma melhora na função sexual das mulheres devido ao aprendizado e o conhecimento corporal. Muitas vezes, o vaginismo e seus fatores fisiopatológicos, podem ocorrer devido às patologias orgânicas como anomalias congênitas, infecções e lesões na vagina que resultam em uma impossibilidade ou a dolorosa penetração, sendo esse um dos fatores etiológico a serem considerados, porém não existem muitos estudos que comprovem essa afirmação. História de infecções recorrentes que levam as pacientes a sentirem dores ou irritação durante o ato sexual, dispareunia, podem evoluir para o vaginismo.

7. CONCLUSÃO

Esta revisão chegou as seguintes conclusões:

- Os resultados demonstram escassez da literatura e necessário mais estudos para o tema
- O Vaginismo afeta vida das mulheres, com mais intensidade, a saúde sexual, emocional e a qualidade de vida;
- Associa-se a multiplicidade de fatores que incluem condições sociais, psicológicas, psiquiátricas, ginecológicas, psicanalíticas e sexológicas, sua etiologia está ligada, principalmente, a traumas sexuais e educação sexual rígida, embora nem sempre essas associações possam ser feitas;
- O tratamento inclui técnicas de psicoterapia cognitiva e comportamental, tratamento médico com ansiolíticos e anestésicos tópicos, além de uso de vasodilatadores vaginais; fisioterapia pode ser um recurso com as suas diferentes técnicas.
- É assunto sobre o qual existe grande desconhecimento, inclusive pelos médicos, o que torna sua abordagem difícil, muitas vezes iatrogênica; uma equipe multidisciplinar se faz necessária para obtenção de melhores resultados.

8. REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. **Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa)**. São Paulo: Segmento Farma, 2010.

_____. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Diagn Tratamento**, v. 15, n. 2, p.88-90, 2010.

_____. **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. 5. ed., São Paulo: Leitura Médica, 2014.

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H .J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas de Psiquiatria. **Revista Clínica**, v. 33, p. 162-167, 2006.

ABDO, C. H. N.; CARMITA C. H. N. Uma nova revolução sexual. **Einstein**, v. 12, n.2, 2014.

AVEIRO, M.; GARCIA, A.; DRIUSSO, P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão de literatura. **Fisioter Pesq.**, v. 16, n. 3, p. 279-283, 2009.

BASSON, R. Human sex response cycles. **J Sex Marital Ther**, v. 27, n. 1, p.33-43, 2001.

BASSON, R. Hormones and sexuality: current complexities and future directions. **Maturitas**, v.57, n.1, p.66-70, 2007.

BASSON, R. et al. Summary of there commendations on women's sexual disfunctions. In: Lue, T.F. et al. Sexual medicine – Sexual Dysfunctions in Menand Women. **Health Publications**, 2004, p.975-985.

BORG, C. et al. Vaginismus and Dyspareunia: Automatic vs. Deliberate Disgust Responsivityjism. **J Sex Med.**, v. 7, p. 2149–2157, p. 2010.

BRAVO, C. S.; MELÉNDEZ J. C.; AYALA N. P. C.; ALMARAZ C. H. Perfíles e indicadores psicológicos relacionados com la dispareunia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Segunda parte. **Salud mental**, v. 33, n. 04, p.347-357, 2010.

CARVALHEIRA, A.; GOMES, F. A disfunção sexual na mulher. In: OLIVEIRA, C. (coord.), **Manual de Ginecologia**, v. 1, Lisboa: Permanyer Portugal, 2009.

CARVALHO, S. I. N. **Disfunções Sexuais Femininas**. 2014. 37f. Monografia. Mestrado (Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. 2014. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/92865/1/M_susana%20carvalho.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CHUNG, K. C. et al. Clinical Perspective: A pratical Guideto Meta-Analysis. **The**

Journal of Hand Surgery, v. 31, n. 10, p. 1671-2006, 2016.

CIRINO, O. O desejo, os corpos e os prazeres em Michel Foucault. **Mental**, ano 5, n. 8, p. 77-89, 2007.

FERREIRA, A. L. C. G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Feminina**, v. 35, n.11, 2008.

FRANK, J. E.; MISTRETTA, P.; WILL, J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. **American Family Physician**, v. 5, n. 77, p. 635-642, 2008.

KAISER FE. Sexual function and the older woman. **Clin Geriart Med**, v. 19, p. 463 – 72, 2003.

KAPLAN, C. Female sexual dysfunction. **The Nurse Practitioner**, v. 34, p. 43-49, 2009.

KUILE et al. Therapist-aided exposure for women with life long vaginismus: a replicated single-case design. **J Consult Clin Psychol**, v. 77, n. 1, p. 149-59, 2009.

LARA, L. A. S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Ver Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 6, p.312-321, 2008.

LARA, L. A. S. **Influência do Estrogênio na Histomorfometria da parede vaginal: repercussões na função sexual.** 2008. 79p. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-27092013-105629/pt-br.php>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

LUKAVY, M. **as mulheres estão realmente livres para exercer sua sexualidade.** 2011. Disponível em: <<http://www.hojecentrosul.com.br/especiais/as-mulheres-estao-realmente-livres-para-exercersua-sexualidade/>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

MARIE-ANDRÉE. L.; BOYER, S. C.; AMSEL, R.; KHALIFÉ, S.; BINIK, Y. M. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. **Women's Health**, v.6, p. 705-719, 2010.

MELLES, Reinhilde J. Automatic and Deliberate Affective Associations with Sexual Stimuli in Women with Life long Vaginismus Before and After The rapist-Aided Exposure Treatment. **J Sex Med.**, v. 11 p. 786–799, 2014.

MOREIRA, R. L. B. D. Vaginismo. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 23, n. 3, 2013.

PEREIRA, V. M. Sex therapy for female sexual dysfunction. **Archives of Medicine**, v. 6, n. 37, 2013.

PERFETTI, A. M. Evaluación de la calidad de vida en mujeres con vaginismo primario mediante el WHOQOL-BREF. **Rev Chil Obstet Ginecol**, v. 79, n. 6, p. 466 – 472, 2014.

PIASSAROLLI, V. P.; HARDY, E.; DE ANDRADE, N. F.; OSIS, M. J. D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, p. 234-240, 2010.

PINHEIRO, M. A. O. O Casal com Vaginismo: Um olhar da Gestalt-Terapia. **Revista IGT na Rede**, v.6, n. 10, p. 91, 2009.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 29, p.16-24, 2013.

ROSENBAUM, S. D. G.; SABBAG, S. P. Questionamentos contemporâneos sobre a sexualidade feminina: considerações a respeito dos aspectos culturais, sociais, biológicos e emocionais. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 1, 2020.

ROSENBAUM, T. Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 37, n. 2, p. 89-93, 2011.

SOUZA, M. F. **Percepção da Evolução da Sexualidade Feminina na Contemporaneidade**. 2011. 45 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Curso (Psicologia). Faculdade do Vale do Ipojuca – FAVIP. Disponível em: <<http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/547/1/PERCEP%C3%87%C3%83O+DA+EVOLU%C3%87%C3%83O+DA+SEXUALIDADE+FEMININA+NA+CONTEMPORANEIDADE..pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

THIEL, R. R. C. et al. Female Sexual Function. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

URZUA M., A.; CAQUEO-URÍZAR, A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHO QoL-Bref en población adulta chilena. **Rev. méd.**, v. 141, n. 12, 2013.

ZAVALA, H. L. Disfunção sexual feminina y algunos factores asociados em la población de Sabana Grande. **Rev. Fac. Cienc. Méd.**, v. 9, n. 2, 2012.

ZUCCO, L. P.; MINAYO, M. C. S. Sexualidade feminina em revista (s). 2009. Disponível em: <<http://64.4.56.87/att/GetAttachment.aspx?file=be225335-1f4d-4730-988b-48942c4185c>> Acesso em 20 jun. 2016.