



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE

PATRICIA MARTINS CARVALHO BRANDÃO

**FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM GENITAL EM MULHERES PRATICANTES
DE ATIVIDADE FÍSICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador-Bahia

2016

PATRICIA MARTINS CARVALHO BRANDÃO

**FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM GENITAL EM MULHERES PRATICANTES
DE ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini
Coorientadora: Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro

Salvador-Bahia

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMSP

B817 Brandão, Patrícia Martins Carvalho

Função sexual e autoimagem genital em mulheres praticantes de atividade física. / Patrícia Martins Carvalho Brandão. – Salvador. 2016.

67f. il.

Dissertação (mestrado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini

Coorientadora: Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro

Inclui bibliografia

1. Disfunção sexual fisiológica. 2. Genitália feminina. 3. Atividade física.
4. Sexualidade. 5. Saúde da Mulher. I. Título

CDU: 612.6.057

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: BRANDÃO, Patricia Martins Carvalho.

Título: Função Sexual e Autoimagem Genital em Mulheres Praticantes de Atividade Física.

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Aprovado em 23 de julho de 2015.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Alina Coutinho Rodrigues Feitosa.

Titulação: Doutora em Endocrinologia e Metabologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Instituição: Prof.^a Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Prof.^a Dra. Helena França Correia dos Reis.

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Instituição: Prof.^a Adjunta da Universidade Federal da Bahia.

Prof.^a Dra. Milena Bastos Brito.

Titulação: Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Instituição: Prof.^a Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Academia Well

Andréa Maestri – Academia só para Mulheres

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

FONTES DE FINANCIAMENTO

Financiamento próprio

EQUIPE DE TRABALHO

Daiane Fernandes

Cristina Brasil

Hortênsia Amorin

Larissa Correia

Marianne Pinto

Martha Castro

Patricia Brandão

Patrícia Lordêlo

Tâmara Gomes

Dedico este trabalho à minha família, pelo amor pleno e incentivo na minha trajetória profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, maior exemplo de fortaleza e inspiração em minha vida.

Ao meu esposo Almerindo e às minhas filhas, Catharina e Maria Clara, pelo amor pleno e pela compreensão.

Aos meus pais Noemi e Solon e meu irmão Iuri, pela dedicação e palavras de incentivo.

A minha amiga e irmã Ana Paula, pelo carinho e incentivo.

A minha orientadora, Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini, eterna gratidão pela inspiração e pelos ensinamentos.

A minha coorientadora, Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro, pela atenção, carinho e pelos ensinamentos.

Ao grupo de pesquisa Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico, especialmente pela determinação e companheirismo de Daiane, Hortênsia, Larissa, Marianne e Tâmara, que participaram da coleta de dados, e a Cristina Brasil, pela atenção e envolvimento na análise dos resultados deste trabalho.

Às Academias Andréa Maestri e Well, representadas pelos seus administradores, funcionários e participantes deste trabalho, muito obrigada pela colaboração e pela confiança.

Aos amigos e familiares que sempre incentivaram a minha vida pessoal e profissional.

Aos colegas e professores do mestrado, pela troca de saberes e pelo apoio nesta fase da minha vida.

Aos colegas de trabalho e estudantes do curso de Fisioterapia, pelas palavras de incentivo e troca de saberes.

RESUMO

Introdução: A função sexual é influenciada pela prática de atividade física e está diretamente relacionada à insatisfação da imagem corporal que pode se estender para a genitália feminina. Na população brasileira, os estudos sobre a função sexual relacionada à autoimagem genital feminina são escassos. **Objetivo:** Verificar se há relação entre função sexual e autoimagem genital em mulheres que praticam atividade física, além de verificar se há relação da função sexual e da autoimagem genital com as informações sociodemográficas, clínicas e os modelos de academia, se mista ou feminina. **Metodologia:** Estudo transversal com 421 mulheres de 18 a 60 anos, sexualmente ativas, nas últimas quatro semanas, praticantes de exercício físico, não grávidas, matriculadas em academias. Foram excluídas as participantes que não preencheram completamente os questionários FSFI (*Female Sexual Function Index*) e o FGSIS (*Female Genital Self-Image Scale*). A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis, preenchidos individualmente, contendo informações sociodemográficas e clínicas, o FSFI, em cujo escore, igual ou inferior a 26, indica disfunção sexual e, o FGSIS, em que o escore varia de 7 a 28, sendo que valores mais altos indicam autoimagem genital positiva. A correlação entre o FSFI e o FGSIS foi realizada pela correlação de Pearson, a relação entre os modelos de academia e as variáveis numéricas, por meio do Test t de Student, e as variáveis categóricas pelo Teste do Qui-quadrado. Foi realizada a análise multivariada da variável dependente função sexual e da auto imagem genital. **Resultados:** Foram analisadas 384 mulheres com média de idade maior na academia feminina ($40,3 \pm 8,3$ anos) em relação à mista ($31,8 \pm 9,7$ anos). Foi identificada uma relação entre a função sexual e a autoimagem genital ($p < 0,01$), assim como, uma correlação positiva e fraca entre o FSFI e o FGSIS ($R = 0,3$ e $p < 0,01$). O escore do domínio desejo do FSFI foi maior na academia mista quando comparado com as mulheres da academia feminina ($p < 0,01$). Na análise de Regressão Múltipla, foi observada a influência da autoimagem genital na função sexual ($p < 0,01$) e a influência da função sexual na autoimagem genital ($p < 0,01$). **Conclusões:** Mulheres com função sexual adequada apresentam autoimagem genital mais positiva. A relação entre a função sexual e a autoimagem genital foi semelhante nas mulheres que frequentavam os dois modelos de academia, só diferindo no domínio desejo, que foi maior na academia mista.

Palavras-chave: Disfunção sexual fisiológica. Genitália feminina. Atividade física. Sexualidade. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: Sexual function is influenced by physical activity and is directly related to dissatisfaction of body image that may extend to the female genitalia. In the Brazilian population, studies on sexual function related to female genital self-image are scarce.

Objective: To determine whether there is relationship between sexual function and genital self-image in women who practice physical activity, and check for respect of sexual function and genital self-image with sociodemographic, clinical information and the academy models if mixed or female.

Methods: Cross-sectional study of 421 women 18-60 years old, sexually active in the last four weeks of exercise practitioners, not pregnant, enrolled in academies. The participants not fully met the FSFI questionnaires were excluded (Female Sexual Function Index) and FGSIS (Female Genital Self-Image Scale). Data collection was conducted through self-administered questionnaires, filled out individually, containing sociodemographic and clinical information, the FSFI, in which score less than or equal to 26, indicates sexual dysfunction and the FGSIS, where the score ranges from 7 to 28, with higher values indicate positive genital self-image. The correlation between FSFI and FGSIS was performed by Pearson correlation, the relationship between models of academia and numeric variables, using the Student t test, and categorical variables by Chi-Square test. Multivariate analysis of the dependent variable sexual function and genital self-image was performed.

Results: We analyzed 384 women with the highest average age of the female academy (40.3 ± 8.3 years) compared to mixed (31.8 ± 9.7 years). A relationship between genital sexual function and self-image was identified ($p < 0.01$), as well as a positive and a weak correlation between FSFI and FGSIS ($R=0.3$ and $p < 0.01$). The score of the FSFI desire domain was higher in mixed gym when compared with women of the female academy ($p < 0.01$). In multiple regression analysis, the influence of genital self-image in sexual function was observed ($p < 0.01$) and the influence of sexual function in genital self-image ($p < 0.01$).

Conclusions: Women with adequate sexual function have more positive genital self-image. The relationship between sexual function and genital self-image was similar in women attending the two models of academia, differing only in the desire domain, which was higher in mixed gym.

Keywords: Physiological sexual dysfunction. Female genitalia. Physical activity. Sexuality. Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características gerais sociodemográficas e clínicas.	26
Tabela 2	Relação entre função sexual, autoimagem genital e modelos de academia.	27
Tabela 3	Correlação entre função sexual, autoimagem genital e modelos de academia.	27
Tabela 4	Comparação entre o escore total do FSFI, o escore total do FGSIS, os domínios do FSFI e os modelos de academia.	28
Tabela 5	Análise da Regressão Múltipla entre as variáveis independentes com a função sexual.	28
Tabela 6	Análise da Regressão Múltipla entre as variáveis independentes com a autoimagem genital.	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DS	Disfunções Sexuais
FGSIS	<i>Female Genital Self-image Scale</i>
FSA	Função Sexual Adequada
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Principal	15
2.2 Secundário	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Sexualidade Feminina	16
3.2 Função Sexual Feminina	16
3.3 Função Sexual Feminina e Atividade Física	18
3.4 Disfunção Sexual Feminina	19
3.5 Autoimagem Genital e Função Sexual Feminina	20
3.6 Instrumentos que Avaliam a Função Sexual e a Autoimagem Genital Feminina	21
4 METODOLOGIA	23
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	29
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	33
8 CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde sexual como um estado completo de bem-estar físico, social, emocional e mental, associado à sexualidade e não somente à ausência de doença ou enfermidade.¹ A saúde sexual é determinada pela ação conjunta dos sistemas neurológico, endocrinológico, vascular e psíquico e é influenciada por fatores ambientais, socioculturais e religiosos.^{2, 3} A saúde sexual possibilita ao indivíduo a vivência plena da sua função sexual, representada pela prática sexual e está diretamente relacionada à insatisfação da imagem corporal, que pode se estender para a região da anatomia feminina considerada oculta, a genitália.^{1, 2, 4-9}

A exposição do corpo feminino na mídia tem revelado diferenças naturais existentes na anatomia genital externa, produzindo comparações e despertando nas mulheres a busca pela “vagina perfeita”.¹⁰⁻¹² A partir desse processo, a região genital feminina passou a ser destaque na área da estética íntima, mesmo não existindo uma definição anatômica como padrão de normalidade para essa parte do corpo.¹⁰ No Brasil, mulheres de 17 a 70 anos têm buscado, nos procedimentos cirúrgicos, a solução para cuidar da estética e da funcionalidade íntima, a exemplo da hipertrofia de pequenos ou grandes lábios.^{11, 13, 14} As queixas, que justificam esse tipo de tratamento, dizem respeito à insatisfação com o volume da região genital devido ao constrangimento ao se expor, do desconforto ao utilizar vestimentas apertadas, como roupas de ginástica, assim como no ato sexual.^{11, 14}

A autoimagem genital ou identidade genital foi inicialmente descrita por Waltner (1986) que revelou a importância do conhecimento da anatomia e da fisiologia da região genital nas atitudes e definições que estão relacionadas a sexualidade.^{7, 15} Este conceito é muito importante, pois mulheres podem entrar na vida adulta tendo tido pouca informação, educação ou experiência de visualização de suas genitálias.¹⁵ Acredita-se que não se tem dado a devida atenção à satisfação da aparência genital e que as mulheres, em sua maioria, não têm conhecimento para distinguir as diferentes estruturas e funções da área genital.¹⁶

A forma como a mulher sente ou "experimenta" a sua genitália pode ser influenciada por sentimentos e crenças e representa um tema sensível, já que os órgãos genitais femininos têm sido tradicionalmente envoltos em mistério e tabu.¹⁷ Alguns estudos têm procurado avaliar as atitudes sexuais em relação à autoimagem e às percepções genitais, até mesmo porque existem várias formas de fazer escolhas sobre seus próprios órgãos genitais, assim como de promover relações desses com outras pessoas.^{7, 15, 18}

A função sexual feminina, além de ser representada pela combinação dinâmica de processos cognitivos, emocionais e fisiológicos é, também, influenciada pela sensação de bem-estar com a vida, que está correlacionada aos níveis mais altos de satisfação sexual, satisfação corporal e atividade física regular.^{19, 20} Segundo Fallon e Hausenblas (2004), existe uma maior pressão sociocultural sobre o sexo feminino para a busca de um estereótipo corporal predefinido pela mídia.²¹ De acordo com essa temática, o conhecimento sobre a autoimagem genital feminina é considerado relevante na determinação dos comportamentos sexuais e da função sexual.^{15, 18} Nesse contexto, a mulher tem cuidado da sua imagem corporal por meio da atividade física em academia mista (frequentada por homens e mulheres) ou, feminina (frequentada exclusivamente por mulheres). A opção pelo modelo de academia mista pode estar relacionada ao fato de serem mais observadas pelo sexo masculino e, na academia feminina, pelo sentimento de maior conforto à exposição corporal.

Na população brasileira, os estudos sobre a função sexual relacionada à autoimagem genital feminina são escassos, assim como a avaliação da associação a fatores sociodemográficos e clínicos e a patologias, apesar da valorização de procedimentos cirúrgicos ou convencionais que tratam a região genital. O conhecimento dessa relação, bem como de correlações com as informações sociodemográficas e clínicas possibilitará ao profissional da área de saúde avaliar e tratar criteriosamente mulheres que praticam atividade física.

2 OBJETIVOS

2.1 Principal

Verificar se há relação entre função sexual e autoimagem genital em mulheres praticantes de atividade física.

2.2 Secundário

Verificar se há relação da função sexual e da autoimagem genital com as informações sociodemográficas, clínicas e os modelos de academia, se mista ou feminina.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sexualidade Feminina

A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.¹ É considerada um dos quatro pilares que sustentam a qualidade de vida do ser humano, associados ao direito à família, à saúde e ao trabalho.¹ Representada como a energia motivadora de relacionamentos e a capacidade de cada pessoa receber e transmitir afeto, a sexualidade está presente desde o nascimento e, ao longo da vida, sofre constante evolução.^{22, 23}

A expressão sexual ocorre por meio de atitudes afetivas em relação a si mesmo (autoerotismo) ou ao outro, desde que os sistemas psíquico e biológico e a resposta sexual funcionem adequadamente.²⁴ Entretanto, está sujeita a variações devido a experiências sexuais anteriores, estados mórbidos e qualidade do relacionamento interpessoal, que contribuem para a determinação da identidade sexual ou gênero do indivíduo.^{2, 22, 23, 25}

A sexualidade é, geralmente associada a outros termos, tais como saúde sexual, problemas sexuais, funcionamento sexual e disfunção sexual (DS).²⁶ É conhecida como um fenômeno multifatorial por influenciar a saúde mental e física do ser humano por meio dos componentes biológicos, socioeconômicos, psicológicos e espirituais.^{22, 23, 26} A sexualidade feminina deve ser considerada no contexto em que um casal está inserido pois , costumes sociais da sua comunidade, aspectos culturais e religiosos determinam seus conceitos de saúde e realização sexual.³

3.2 Função Sexual Feminina

O conceito de função sexual mais utilizado está fundamentado no modelo linear e sequencial do ciclo de resposta sexual humana proposto por Masters e Johnson (1966) e modificado por Kaplan (1979).^{27, 28} Este modelo é determinado pelas fases de desejo, excitação (com importante foco genital), orgasmo e resolução, sendo que, cada fase tem a sua característica fisiológica e emocional específica e pode ser comprometida isoladamente.^{9, 29-34} Entretanto, estudos apontaram que a falta de desejo espontâneo para se envolver na atividade sexual é frequentemente referida por mulheres e este fato foi considerado como referência para que Basson (2000) reconceituasse a resposta sexual feminina como um modelo circular de ordem variável das fases desse ciclo.^{2, 3, 32, 35, 36} O modelo mais atual, proposto por Basson,

(2000) sugere que o desejo sexual feminino pode estar presente ou não, inicialmente, e que a excitação pode ser percebida quanto mais excitantes forem os estímulos, emoções e cognições gerados nessa fase.^{3,32} A fase do orgasmo pode ser experimentada antes da excitação máxima, entretanto, outros orgasmos podem ocorrer no pico de excitação.^{3,32} Sand e Fisher (2007), na tentativa de verificar a aprovação dos modelos teóricos da função sexual feminina, com base nos trabalhos efetuados por Masters e Johnson, Kaplan e Basson, medidos pelo instrumento *Female Sexual Function Index* (FSFI), sugerem que o modelo de Basson reflete melhor a adequação na resposta sexual feminina.³⁷

A resposta sexual feminina, além de características fisiológicas e emocionais, envolve componentes psicológicos e sociais.² O bem-estar físico da mulher associado aos fatores motivacionais, como união, compromisso, tolerância, expectativa e aumento do bem-estar do parceiro, são componentes importantes que ativam e reforçam o ciclo sexual.^{38,39} O contexto cultural, religioso e social da mulher pode influenciar no desejo e nas expectativas quanto ao desempenho sexual.²

De acordo com o ciclo de resposta sexual adequado, a fase de desejo corresponde às fantasias sobre a atividade sexual e ao desejo de realizá-la.³⁸ O desejo sexual espontâneo é referido com pouca frequência pelas mulheres e, quando inicialmente é ausente, pode ser disparado durante a relação sexual, caso a mulher se torne subjetivamente excitada.³² Na fase de excitação, ocorrem alterações fisiológicas que dependem do estímulo sexual apropriado e do sentimento subjetivo de prazer sexual.^{32,38} Durante essa fase, ocorre aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais, resultando em vasocongestão, lubrificação, expansão vaginal e turgescência da genitália externa.^{38,39} A excitação subjetiva pode estar reduzida devido a fatores biológicos como, fadiga, depressão, diminuição das taxas de hormônios sexuais.³² Fatores psicológicos também contribuem para a diminuição da excitação subjetiva, a exemplo de distrações da vida diária, receio de gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade comprovada, experiências sexuais negativas no passado, inexperiência ou sentimentos de vergonha.³² A excitação subjetiva parece ser mais consistente do que a resposta por *feedback* da vasocongestão genital, quando ocorre vasodilatação das arteríolas presentes nos órgãos sexuais, causando intumescência e lubrificação da vagina, preparando-a para o coito.^{31,32} A fase de orgasmo representa o ápice do prazer sexual e, neste momento, ocorrem contrações rítmicas musculares do terço inferior da vagina, do útero e do esfíncter anal, decorrentes da satisfação sexual desejada que pode resultar em um ou mais orgasmos.^{32,38,39} A fase de resolução é caracterizada pela sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral.³² A experiência emocional e física positiva do intercursos sexual permite à

mulher sentir -se próxima ao seu parceiro , aumentando, assim, a motivação sexual subsequente.³² As mulheres são capazes de responder quase que imediatamente a uma estimulação adicional.³⁸

Sabe-se que a função sexual é complexa e está relacionada a outros fatores, entre eles, a anatomia da região genital interna e externa. Durante a resposta sexual feminina, nos casos como a menopausa e as iatrogenias, tratamentos de câncer, radiação e cirurgia pode não ocorrer o processo fisiológico de dilatação da vagina, genitália interna, sendo uma situação que vai impactar negativamente na função sexual.¹³ Os pequenos lábios, na região da genitália externa, devem ser capazes de aumentar o seu diâmetro.²² O ciclo de resposta sexual feminino é influenciado negativamente por fatores psicológicos, entre eles, baixa autoestima, distúrbios da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas passadas , histórico de abuso e insatisfação nos relacionamentos.^{7, 15} Outras situações, também, influenciam esse ciclo, como desequilíbrios hormonal, vascular e fisiológico, condições médicas e específicas (disfunções do assoalho pélvico, menopausa, gravidez e pós -parto), alterações musculares (lacerações perineais decorrentes do parto , fraqueza muscular e músculos disfuncionais hipertônicos).^{17, 22, 40-42} Dados recentes apontam, também, uma predisposição genética para a função sexual.³⁸ Um estudo exploratório correlacionou fatores genéticos e não genéticos da sensibilidade à ansiedade, angústia sexual e disfunção sexual feminina e encontrou um componente genético comum destacando a necessidade da inclusão da angústia na classificação de transtornos do funcionamento sexual feminino.³³

3.3 Função Sexual Feminina e Atividade Física

A função sexual feminina, além de ser representada pela combinação dinâmica de processos cognitivos, emocionais e fisiológicos é, também, influenciada pela sensação de bem-estar com a vida, que está atrelada aos níveis mais altos de satisfação sexual, satisfação corporal e atividade física regular.^{19, 20, 29, 43} Na mulher , a prática de atividade física , geralmente, é motivada para o controle de peso , convívio social e expressão estética , principalmente, por existir uma maior pressão sociocultural para a busca de um estereótipo corporal predefinido pela média.^{21, 44}

Sabe-se que estar acima do peso resulta em diminuição das atividades físicas rotineiras.⁴⁵ Para as mulheres, este quadro parece agravar-se devido à repercussão na imagem corporal que pode ocasionar experiências negativas, como a excessiva carga fisiológica e

emocional proporcionada pelo peso corporal e a inibição diante da própria imagem^{43, 45}. Cabral et al. (2014), alertam que o estilo de vida sedentário aumenta o risco de alterações desfavoráveis à função sexual.¹⁹ Entretanto, a atividade física favorece a saúde da mulher por aumentar a capacidade aeróbica e musculoesquelética e promover efeitos positivos sobre o humor por meio da liberação de opióides endógenos e da estimulação da transmissão sináptica de monoaminas.^{19, 46}

O processo de envelhecimento feminino pode, também, interferir na função sexual e diminuir o desejo sexual, principalmente, pelo hipoestrogenismo.^{19, 46-50} Nesse momento do ciclo de vida, ocorre redução do colágeno cutâneo que altera a distribuição de tecido adiposo corporal, ansiedade e depressão, decorrentes do baixo nível de endorfinas liberadas pelo sistema nervoso, adelgaçamento do epitélio do trato genital e queixas musculoesqueléticas.^{43, 49-51} A literatura científica revela que a atividade física aumenta o vigor, reduz a fadiga muscular, proporciona bem-estar, atua sobre o sistema de regulação do estresse e favorece a percepção corporal de forma mais positiva nessas mulheres.^{43, 48, 52}

3.4 Disfunções Sexuais Femininas

Questões de ordem orgânica ou psicogênica podem gerar transtornos conhecidos como disfunções sexuais (DS) femininas, com uma frequência de 30% nas mulheres brasileiras, e são caracterizadas pela dificuldade persistente e recorrente em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual ou por dor associada à relação sexual.^{22, 23, 30, 38, 53} A etiologia das DS envolve fatores psicossociais e fisiológicos e pode estar relacionada a causas orgânicas, a exemplo de doenças como arteriosclerose e condições como gestação, puerpério, climatério, menopausa, cirurgia na região vaginal, desuso da musculatura perineal, agentes farmacológicos e uso de drogas, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas subclínicas.^{3, 42} As causas psicológicas estão relacionadas a fatores individuais, tais como baixa autoestima, história de vida, abuso sexual, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, medo, frustração, culpa, conflitos intrapsíquicos, crenças religiosas, fatores interpessoais, como relação conflituosa, pouca confiança, traições, medo de intimidade e fatores psicosexuais frutos de aprendizado e atitudes negativas sobre a sexualidade, ansiedade de desempenho, traumas sexuais, desconhecimento das fases da resposta sexual.^{3, 7, 15}

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) as DS podem ser classificadas como:⁵⁴

- Transtorno do desejo sexual feminino: é a mais comum das DS femininas e refere-se à diminuição ou ausência de interesses e de fantasias sexuais e à desmotivação para que o ato sexual aconteça.³ O desejo pode estar ausente em mulheres sexualmente saudáveis e, hipotativo, quando a frequência de pensamento sexual é baixa.³² O desejo hipotativo consiste na deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual.³⁸

- Transtorno da excitação sexual feminina: é representada pela ausência ou diminuição de sentimentos e sensação de prazer da excitação sexual e de lubrificação vaginal, frente a qualquer tipo de estímulo.³ Apesar da falta de excitação subjetiva a qualquer tipo de estímulo, a mulher pode observar a lubrificação ou tumescência genital.³²

- Transtorno do orgasmo feminino: ocorre quando há diminuição de intensidade do orgasmo até sua ausência após uma fase normal de excitação sexual.³ A capacidade de a mulher atingir o orgasmo pode ser menor do que o esperado para a sua idade e depende da experiência sexual e da adequada estimulação que recebe.³⁸

- Transtorno de Dor Genito-Pélvica-Penetração: a dispareunia é a dor genital que pode ocorrer antes, durante ou após o intercurso sexual e, geralmente, apresenta causas orgânicas, a exemplo de vulvovaginite, partos transpélvicos traumáticos, endometriose, hipostrogenismo, doenças dermatológicas e doenças sexualmente transmissíveis.^{3, 38} O vaginismo, geralmente de origem psicogênica, é caracterizado por um espasmo involuntário da musculatura perineal, adjacente ao terço inferior da vagina, à simples menção ou tentativa de coito que causa impedimento total ou parcial à penetração.^{3, 33}

Estudos estabelecem que DS sejam mais prevalentes nas mulheres que apresentam insatisfação com a aparência da região genital.^{7-9, 15, 18} Não foram localizados estudos que avaliem essa relação na população feminina brasileira e nem em mulheres praticantes de atividade física.

3.5 Autoimagem Genital e Função Sexual Feminina

A insatisfação da imagem corporal feminina pode se estender aos órgãos genitais, embora pouco se conheça a forma como as alterações físicas afetam a imagem do corpo feminino e, conseqüentemente, a sua saúde sexual.^{8, 9} Entre as conseqüências dessa insatisfação, estão a diminuição da frequência da relação sexual, da experiência de prazer sexual e do desejo.⁹

Alterações na anatomia e no funcionamento da genitália externa podem interferir no comportamento das pessoas, inclusive nas atividades sexuais, independentemente da idade e do nível sociocultural.^{7,14} Esse fato justifica estudos com o objetivo de compreender melhor a aparência física dessa região, assim como as investigações relacionadas às atitudes sexuais das mulheres e à sua área genital.

Schick et al. (2010), avaliaram a satisfação da aparência visual genital e a autoconsciência sobre a genitália, em um encontro sexual, com 217 mulheres, estudantes universitárias, por meio de pesquisa *on-line*.⁵⁵ Os resultados revelaram a existência de maior insatisfação com a aparência genital associada à autoconsciência mais elevada de autoimagem genital durante a intimidade física.⁵⁵ Os autores desta pesquisa sugeriram a necessidade de intervenções que favoreçam a satisfação com a aparência natural da genitália para facilitar o desenvolvimento da saúde sexual autoconsciente, proporcionando benefícios em longo prazo.⁵⁵ O estudo ainda afirmou que a relação entre a imagem genital e a sexualidade tem sido equivocada, possivelmente devido à insensibilidade da mensuração da imagem corporal diante dos seus aspectos sensoriais, assim como da circunstância social.⁵⁵

Em um estudo que comparou 37 mulheres sem prolapso e 37 com prolapso ou que foram submetidas à correção cirúrgica desse problema, foi verificado que as mulheres com prolapso têm uma insatisfação da imagem corporal e da autoimagem genital prejudicada, com uma influência na saúde sexual.⁹

3.6 Instrumentos que Avaliam a Função Sexual e a Autoimagem Genital Feminina

O conhecimento da sexualidade tem sido o motivo da busca de muitos pesquisadores, principalmente por meio do desenvolvimento de questionários que avaliam vários aspectos da resposta sexual feminina, na tentativa de traduzir informações subjetivas em dados quantificáveis e que possam ser analisados de forma específica.⁵⁶ Na busca de compreender a resposta sexual feminina, um dos instrumentos mais utilizados é o FSFI que foi desenvolvido por Rosen et al. (2000), e proposto para avaliar a presença de DS e a efetividade de intervenções terapêuticas.^{17, 57, 58} Esse instrumento é amplamente utilizado em vários países, inclusive no Brasil, e é considerado uma ferramenta sensível a aspectos emocionais e psicossociais, além de ser prático na aplicação de estudos epidemiológicos e pesquisas clínicas.^{30, 57, 58}

O FSFI é um questionário que consta de 19 perguntas sobre a vida sexual da mulher, durante quatro últimas semanas, e possibilita a avaliação de seis domínios relacionados à

resposta sexual – desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.^{30, 58} O desejo corresponde aos itens 1 e 2; excitação, itens 3, 4, 5 e 6; lubrificação, itens 7, 8, 9 e 10; orgasmo, itens 11, 12 e 13; satisfação sexual, itens 14, 15 e 16; dor, itens 17, 18 e 19.⁵⁹ O escore ponderado de cada subescala é calculado pela soma dos itens de cada domínio multiplicado pelo fator correspondente.^{57,59} Dentro dos domínios, um escore zero indica que a paciente não teve experiência nas quatro últimas semanas.⁵⁹ Os escores das subescalas são corrigidos e somados, originando um escore final que pode variar de 2 a 36 e, quando for igual ou inferior a 26, indica DS.⁵⁹

Os domínios do FSFI representam os componentes da resposta sexual feminina que, do ponto de vista fisiológico, caracterizam as fases de desejo, excitação e orgasmo, acrescentados pelas condições de lubrificação vaginal, satisfação sexual e presença ou não de dor.³⁹ Apesar da correlação entre os domínios do FSFI ser forte, a exemplo do desejo e excitação, excitação e lubrificação, lubrificação e orgasmo, excitação e orgasmo, a avaliação de cada subescala é determinada de forma independente e está de acordo com a proposta circular de Basson, em que a mulher pode iniciar o seu ciclo com excitação e lubrificação e, somente depois, vir a sentir desejo.^{2, 57} Alterações nesses componentes podem interferir no funcionamento sexual e evidenciar diminuição do fluxo sanguíneo na região genital, fraqueza ou hipertonia muscular do assoalho pélvico que pode resultar em orgasmo menos intenso ou vaginismo, respectivamente, falta de lubrificação e atrofia genital.³⁹

A avaliação da autoimagem genital feminina ou percepções tem sido amplamente utilizada em nível internacional por meio de escalas.^{60, 61} Estudos preliminares têm contribuído para relacionar essas escalas com a sexualidade das mulheres, a exemplo do *Female Genital Self Image Scale* (FGSIS), uma medida confiável, válida que possibilita a construção da imagem genital no contexto contemporâneo.^{15, 18, 62} É uma escala composta por sete questões e que pode ser útil para pesquisadores, no que diz respeito às preocupações sobre o odor genital, aparência ou função da autoimagem genital da mulher.^{8, 15, 18, 62} O FGSIS é considerado um instrumento que avalia sentimentos e crenças das mulheres sobre seus próprios órgãos genitais e estabeleceu confiabilidade e validade em uma amostra de conveniência.^{15, 18, 62, 63} No Brasil, ainda se encontra em fase de validação.⁶⁴ Na literatura internacional, a relação entre função sexual e autoimagem genital feminina tem sido bem documentada por meio do FSFI e do FGSIS.^{7, 15, 18, 61} Esses instrumentos são confiáveis e amplamente utilizados.^{9, 15, 18}

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e a amostra tem característica não probabilística sequencial. Foram incluídas mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas, praticantes de exercício físico, não grávidas, matriculadas em academias de grande porte com alunos de ambos os sexos ou exclusivamente feminino (localizadas nas cidades de Salvador e Lauro de Freitas-Bahia), durante o período de fevereiro a julho de 2014. As participantes que não preencheram completamente os questionários, FSFI ou FGSIS, foram excluídas da pesquisa.

As mulheres foram convidadas pelas pesquisadoras a participarem do estudo e as que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme rege a resolução nº 466/12. Questionários autoaplicáveis foram entregues a cada participante em um local individualizado e reservado. A investigação incluiu, inicialmente, informações sociodemográficas como: idade, grau de escolaridade, estado civil e renda, além de dados clínicos: Índice de Massa Corpórea (IMC), via de parto, uso de hormônio (para contracepção ou reposição), se estava no período do climatério e número de cirurgias ginecológicas e pélvicas. De acordo com a OMS, o IMC foi considerado em quilograma por metro ao quadrado (kg/m^2) e categorizado em abaixo do peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade.⁶⁵ O estado civil foi classificado em solteira, casada, divorciada e viúva.⁶⁶ O nível de escolaridade foi categorizado em ensino fundamental, ensino médio, ensino superior incompleto e ensino superior completo.⁶⁶ A renda considerou o salário mínimo de R\$ 724,00.⁶⁷

A avaliação da função sexual ocorreu por meio do FSFI que é um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa brasileira, autoaplicável e indicado para estudos epidemiológicos e clínicos.^{30, 57, 58} É composto por 19 perguntas e as opções de resposta recebem pontuação de zero a cinco, de forma crescente em relação à presença da função questionada, contudo, nas questões sobre dor, a pontuação é quantificada de forma invertida. O escore total do FSFI varia de 2 a 36 pontos e é representado pela soma dos escores de cada domínio multiplicado por um fator que equaliza a influência de cada escore ponderado no escore total.^{17, 30, 57, 58} Esse instrumento não discrimina a fase da resposta sexual alterada, contudo, valores iguais ou inferiores a 26, indicam DS.^{17, 58, 68, 69}

A autoimagem genital foi avaliada por meio do FGSIS que é composto por sete perguntas e utiliza uma escala de resposta de quatro pontos em ordem decrescente (concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente). O escore total pode variar de 7 a 28 pontos, sendo que valores mais altos revelam autoimagem genital mais positiva. O autor da

escala recomenda que a ausência de uma resposta, justifique a exclusão da análise do referido questionário.^{18, 62} O FGSIS foi traduzido e validado para alguns países da cultura ocidental e oriental e é considerado uma medida confiável.^{8, 15, 18, 62} No Brasil, esse instrumento encontra-se em fase de validação.⁶⁴ Para atender a necessidade de avaliar a autoimagem genital, no presente estudo, a escala foi traduzida pelas autoras.

As variáveis dependentes foram os domínios do FSFI – desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.^{30, 58} As variáveis independentes foram as informações sociodemográficas – idade, grau de escolaridade, estado civil, renda; informações clínicas – IMC, via de parto, uso de hormônio, se estava no período do climatério e número de cirurgias ginecológicas e pélvicas; e o FGSIS que caracteriza odor, aparência e funcionamento genital. Na análise multivariada, o FGSIS foi considerado como variável dependente.

O cálculo amostral foi realizado pela calculadora Winpepi para uma estimativa de proporção usando como desfecho principal a função sexual e teve como referência o estudo de Abdo et al. (2002).⁷⁰ Sendo assim, foi utilizada uma estimativa de proporção de 30% (estimativa da prevalência de mulheres com disfunção sexual), diferença aceitável de ± 5 , um nível de confiança de 95%, totalizando 323 participantes, acrescido 10% de possíveis perdas, sendo necessário um total de 355 mulheres.

O software Statistical Package for Social Sciences, versão 14.0 para Windows foi utilizado para elaborar o banco de dados e realizar as análises descritiva e analítica. Na análise descritiva, as variáveis categóricas (IMC, grau de escolaridade, estado civil, renda, via de parto, uso de hormônio, menopausa, cirurgia na região pélvica, cirurgia na região genital, função sexual) foram apresentadas em frequências absolutas e relativas e variáveis quantitativas (idade, autoimagem genital) por média e desvio-padrão.

O escore total do FSFI foi considerado numericamente e, também, categorizado de acordo com o seu ponto de corte em Função Sexual Adequada (FSA) e DS, sendo que valores iguais ou inferiores a 26 indicam DS. O FGSIS foi considerado numericamente. A relação entre o FSFI e o FGSIS utilizou o Teste t de Student e a Correlação de Pearson, sendo que este último também considerou os modelos de academias. O escore total do FGSIS e os domínios e o escore total do FSFI foram relacionados aos modelos de academia pelo Teste t de Student. As variáveis sociodemográficas e clínicas entre os dados coletados das academias, foram analisadas utilizando o Teste t de Student para variáveis numéricas e o Teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas. Para a análise multivariada da variável dependente função sexual, foi realizada, inicialmente, a análise univariada entre as variáveis

independentes: informações sociodemográficas e clínicas e FGSIS com a função sexual. Após a análise univariada, as variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,10$) foram selecionadas para a análise multivariada (Regressão Múltipla). Para a análise multivariada da variável dependente autoimagem genital foi realizada, inicialmente, a análise univariada entre as variáveis independentes: informações sociodemográficas e clínicas e FSFI com a autoimagem genital. Após a análise univariada, as variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,10$) foram selecionadas para a análise multivariada (Regressão Múltipla). Foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, CAAE nº 14425813.9.0000.5544.

5 RESULTADOS

No presente estudo, a amostra inicial foi composta por 421 mulheres praticantes de atividade física, sendo excluídas 37 participantes, por não terem respondido completamente o questionário FSFI e o FGSIS. Foram incluídas 384 mulheres com média de idade geral de $34,8 \pm 10,1$ anos, apresentando uma maior média na academia feminina ($40,2 \pm 8,3$ anos) em relação à mista ($31,8 \pm 9,7$ anos) (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais sociodemográficas e clínicas.

Variáveis	GERAL	MISTA (n=249)	FEMININA (n=135)	(p)
Idade (anos)	34,8±10,1	31,8±9,7	40,3±8,3	<0,01*
		n (%)	n (%)	
IMC				
Abaixo do peso	4 (1,1)	3 (1,2)	1 (0,8)	0,04**
Eutrófico	253 (68,8)	177 (73,4)	76 (59,8)	
Sobrepeso	88 (23,9)	50 (20,7)	38 (29,9)	
Obesidade	23 (6,3)	11 (4,6)	12 (9,4)	
Estado Civil				
Solteiras	180 (47,1)	165 (66,5)	15 (11,2)	<0,01**
Casadas	189 (49,5)	77 (31,0)	112 (83,6)	
Divorciadas	13 (3,4)	6 (2,4)	7 (5,2)	
Escolaridade				
Ensino superior completo	280 (73,1)	184 (73,9)	96 (71,6)	<0,01**
Ensino superior incompleto	69 (18,0)	53 (21,3)	16 (11,9)	
Ensino médio	32 (8,4)	11 (4,4)	21 (15,7)	
Ensino fundamental	2 (0,5)	1 (0,4)	1 (0,7)	
Renda				
Nenhum salário	31 (9,2)	25 (10,3)	6 (4,7)	0,03**
Até 2 salários	38 (11,2)	28 (11,5)	10 (7,9)	
De 2 a 4 salários	75 (22,0)	51 (21,0)	24 (18,9)	
De 4 a 10 salários	132 (30,0)	92 (37,9)	40 (31,5)	
10 salários ou mais	94 (27,6)	47 (19,3)	47 (37,0)	
Via de parto				
Nenhum parto	211 (55,7)	183 (74,4)	28 (21,1)	<0,01**
Cesária	123 (32,5)	42 (17,1)	81 (60,9)	
Vaginal	28 (7,3)	10 (4,0)	18 (13,5)	
Cesária e Normal	17 (4,5)	11 (4,5)	6 (4,5)	
Medicamento-hormônio				
	92 (28,2)	61 (26,6)	31 (32,0)	0,33**
Menopausa				
	44 (11,8)	20 (8,3)	24 (18,3)	<0,01**
Cirurgia Pélvica				
	53 (14,1)	28 (11,4)	25 (18,9)	0,05**
Cirurgia Genital				
	15 (4,1)	7 (2,9)	8 (6,2)	0,12**

n=número de participantes. IMC= Índice de Massa Corpórea. p=valor de significância do estudo. *Teste t de Student. **Teste Qui-quadrado.

A maioria das participantes era casada (83,6%) na academia feminina e, solteira (66,5%) na mista. Foi verificada uma heterogeneidade das características clínicas e

sociodemográficas comparando variáveis dos locais dos dois modelos de academias, com exceção dos valores encontrados para o uso de medicamentos-hormônios e histórico de cirurgias genitais. Houve predomínio do nível superior completo nos dois modelos de academia e renda salarial de 4 a 10 salários (37,9%), na academia mista e 10 salários ou mais (37,0%) na feminina. Nos locais dos dois modelos de participantes da academia, a variável IMC da maioria foi caracterizada como eutrófica, principalmente na academia mista, porém o sobrepeso foi maior nas mulheres da academia feminina. Ao considerar os dois modelos de academia, a maioria estava na menacme e não relatou uso de hormônio ou cirurgia na região genital ou pélvica. A maioria das participantes era nulípara (74,4%) na academia mista. Avaliando a via de parto, 60,9% tiveram parto cesáreo na academia com participantes exclusivamente femininos (Tabela 1).

A maioria das mulheres apresentou função sexual adequada e com uma média de escore total mais positivo da autoimagem genital ($p < 0,01$). Esta relação foi mantida ao considerar os dois modelos de academia.

Tabela 2. Relação entre função sexual, autoimagem genital e modelos de academia.

ACADEMIA		FUNÇÃO SEXUAL ADEQUADA (n=301) (78%)	DISFUNÇÃO SEXUAL (n=83) (22%)	Teste t de Student (p)
FEMININA (n=135)	FGSIS	24,5±3,2 (Média ±DP)	22,0±3,3 (Média ±DP)	<0,01
MISTA (n=249)	FGSIS	24,2±3,2 (Média ±DP)	22,2±3,4 (Média ±DP)	<0,01

FSFI=*Female Sexual Function Index*. FGSIS=*Female Genital Self-Image Scale*. n=número de participantes. DP=Desvio Padrão. p=valor de significância do estudo (Teste t de Student).

Na correlação entre o FSFI e o FGSIS, foi encontrado um R de 0,3, indicativo de correlação fraca e positiva com um $p < 0,01$. Ao considerar os dois modelos de academia, uma correlação fraca e positiva foi mantida em ambas (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre função sexual, autoimagem genital e modelos de academia.

ACADEMIA		FSFI	Correlação de Pearson (p)
FEMININA (n=135)	FGSIS	0,4	<0,01
MISTA (n=249)	FGSIS	0,3	<0,01

FSFI=*Female Sexual Function Index*. FGSIS=*Female Genital Self-Image Scale*. n=número de participantes. p=valor de significância do estudo (Correlação de Pearson).

Não foi encontrada diferença estatística ao comparar os valores médios do escore total do FSFI, do escore total do FGSIS, dos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação

e dor, entre os modelos de academia. Apenas o escore do domínio desejo do FSFI foi maior nas mulheres da academia mista quando comparadas com as mulheres da academia feminina ($p < 0,01$). Os valores médios do FGSIS foram exatamente iguais (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre o escore total do FSFI, o escore total do FGSIS, os domínios do FSFI os modelos de academia.

ACADEMIA	GERAL (Média±DP)	MISTA (Média±DP)	FEMININA (Média±DP)	Teste t de Student (p)
FSFI desejo	4,0±1,0	4,1±0,9	3,8±0,9	<0,01
FSFI excitação	4,6±1,0	4,7±1,0	4,5±0,9	0,12
FSFI lubrificação	5,0±1,0	5,1±1,0	5,0±1,0	0,80
FSFI orgasmo	4,8±1,1	4,8±1,0	4,9±1,1	0,40
FSFI satisfação	5,1±1,2	5,1±1,2	5,1±1,1	0,91
FSFI dor	5,2±1,1	5,2±1,2	5,3±1,1	0,36
FSFI total	28,7±4,5	28,8±4,5	28,5±4,4	0,53
FGSIS total	23,8±3,7	23,8±3,7	23,8±3,4	0,99

FSFI=*Female Sexual Function Index*. FGSIS=*Female Genital Self-Image Scale*. n=número de participantes. DP=Desvio Padrão. p=valor de significância do estudo (Teste t de Student).

Na análise de Regressão Múltipla, entre as variáveis independentes (FGSIS, IMC, medicamento-hormônio) e a função sexual, foi observada a autoimagem genital como preditora. Entre as variáveis independentes (FSFI, idade, medicamento-hormônio) e a autoimagem genital, foi encontrada a função sexual como preditora. (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Análise da Regressão Múltipla entre as variáveis independentes com a função sexual.

Variável independente	Coefficiente de variável independente (®)	(p)	R-quadrado
FGSIS	0,41	<0,01	0,11
IMC	-0,10	0,13	0,00
Medicamento-Hormônio	0,46	0,37	0,07

FGSIS=*Female Genital Self-Image Scale*. IMC=Índice de Massa Corpórea. p=valor de significância do estudo (Regressão Múltipla).

Tabela 6. Análise da Regressão Múltipla entre as variáveis independentes com a autoimagem genital.

Variável independente	Coefficiente de variável independente (®)	(p)	R-quadrado
FSFI	0,23	<0,01	0,10
Idade	0,03	0,13	0,01
Medicamento-Hormônio	-0,53	0,19	-0,01

FSFI=*Female Sexual Function Index*. p=valor de significância do estudo (Regressão Múltipla).

6 DISCUSSÃO

Até o presente momento, este é o primeiro estudo que avalia a relação da imagem genital com a função sexual em mulheres praticantes de atividade física. Outras pesquisas, no entanto, já avaliaram a relação da atividade física com a função sexual.^{19, 71} Mulheres matriculadas em academias que apresentam uma FSA obtiveram valores maiores no FGSIS. Este resultado corrobora com outros relatos que avaliaram a associação entre função sexual e autoimagem genital feminina, utilizando, nos mesmos instrumentos, FGSIS e FSFI, e que, também, encontraram que as participantes apresentaram percepção genital mais positiva com valores mais elevados no escore do FSFI.^{15, 18, 60} Andersen (1999) revelou que a autoimagem genital mais positiva em mulheres representava um fator protetor para as DS.⁷² Esta situação pode ser justificada por considerar que as mulheres mais confiantes e seguras dos sentimentos e das crenças femininas, em relação às suas genitálias, podem influenciar suas experiências sexuais, representadas nas fases da resposta sexual, seja no desejo, excitação ou orgasmo.²⁰

Nosso estudo conseguiu analisar, de forma multivariada, a influência das variáveis independentes na função sexual e na autoimagem genital mostrando que, mesmo com a interferência dessas variáveis, a função sexual e a autoimagem genital apresentam-se relacionadas.

No presente estudo, a frequência de DS foi de 22%, em mulheres com uma média de idade de 35 anos e, principalmente, grau de escolaridade superior completo. Esses dados são semelhantes aos percentuais de DS (21,9%) encontrados por Prado et al. (2010), ao analisarem mulheres, na faixa etária de 18 a 45 anos, com diferentes níveis socioeconômicos, no estado de Sergipe.¹⁷ A equivalência na frequência pode ser explicada pela semelhança das idades das populações estudadas, uma vez que, em um estudo com mulheres de meia idade (40 a 65 anos), que realizavam atividade física, na cidade de Natal, foi referido 67% de DS.¹⁹

Na análise dos domínios do FSFI, verificou-se que o escore do domínio desejo foi mais alto nas mulheres matriculadas em academia mista, solteiras e com a média da idade menor, aproximadamente 32 anos. O fato é corroborado nos estudos que descrevem a diminuição do desejo como o maior problema das mulheres casadas e em uma união estável.^{7, 24, 69, 73} A justificativa é embasada pelo fato de as mulheres solteiras serem mais motivadas sexualmente pela predisposição instintiva à busca pela relação sexual e pela presença do sentimento da paixão nos relacionamentos.⁶⁹ Mulheres em relações estáveis e de longa duração geralmente apresentam a influência do cansaço físico e mental, proveniente da dupla jornada de trabalho, funções domésticas e as relacionadas à maternidade, além das atividades

profissionais.³⁶ O estímulo adequado dos parceiros pode favorecer a crescentes graus de excitação e gerar uma resposta positiva na fase do desejo.⁷² Dessa forma, o desejo sexual passa a ser uma resposta de um evento espontâneo.^{2, 38} A percepção sobre a imagem genital foi a mesma, independentemente das características das mulheres estudadas. Berman et al. (2003), apontaram a associação da autoimagem genital com maior desejo, mas não com a excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação ou ausência de dor e sabe-se, também, que mulheres mais românticas e apaixonadas apresentam autoimagem genital positiva e são mais disponíveis às experiências sexuais.⁷ Analisando o aspecto de que esse grupo de mulheres realizavam atividade física, a preocupação com a estética pode ser similar. Dessa forma, faz-se necessário um estudo comparativo, considerando essas mesmas variáveis, entre os grupos de mulheres praticantes de atividade física e mulheres sedentárias.

Alterações anatômicas e fisiológicas são observadas durante a gravidez e, independentemente do tipo de parto, o peso do feto e a ação hormonal de relaxamento ligamentar podem ocasionar tensão e lesão nos músculos do assoalho pélvico e permanecerem no período pós-parto, em até uma década.^{74, 75} A integridade da musculatura do assoalho pélvico permite o intercuro sexual e o parto, caso contrário, pode interferir negativamente na função sexual feminina.⁷⁶ Esse fato chama a atenção porque, neste estudo, a maioria das mulheres que frequentava academia mista era nulípara e na, feminina, tinha sido submetida ao parto cesáreo. Contudo, esse achado parece não influenciar negativamente a função sexual e a autoimagem genital. Baytur et al. (2005), avaliaram a força dos músculos do assoalho pélvico e a função sexual em mulheres no pós-parto e em nulíparas e não encontraram significância em relação à situação de parto e a função sexual, assim como nesta pesquisa.⁷⁷ Essas mulheres, talvez por terem sido submetidas à cesárea eletiva, ou seja, antes do início do trabalho de parto, foram poupadas de maior lesão muscular no assoalho pélvico.⁷⁵

Nossos resultados, assim como de outros estudos, seguem a condição da menacme, com hormônios dentro da normalidade, visto que o hipoestrogenismo ocorre com o processo de envelhecimento e é desfavorável à resposta sexual normal.^{24, 78} Essa condição clínica é caracterizada por sintomas vasomotores que favorecem os fogachos e estão relacionados a variação no sistema termorregulatório, tais como, dilatação capilar e sudorese, apesar de a temperatura corporal da mulher se manter estável.⁵³ Além disso, a dispareunia e a urgência miccional podem ocorrer devido à diminuição da força dos músculos do assoalho pélvico, do desejo, da lubrificação dos tecidos urogenitais, assim como à atrofia urogenital.⁷⁹ Sintomas da menopausa são menos intensos, com menor prevalência de DS, em mulheres que praticam atividade física regular.¹⁹ Kim et al. (2014), ao examinarem a relação entre atividade física e

as alterações vasomotoras, psicossociais, físicas e sintomas sexuais das mulheres na perimenopausa, encontraram que um nível moderado de atividade física foi associado a uma redução dos sintomas psicossociais e físicos, mas não com alterações vasomotoras e sintomas sexuais.⁸⁰ O déficit de estrógeno também reduz o colágeno cutâneo e pode alterar a distribuição de tecido adiposo, mudando a morfologia corporal que, por sua vez, afetaria a autoimagem genital feminina e proporcionaria a perda do desejo sexual.⁷⁹ Na população estudada, as inferências são apenas suposições, quando se refere a hormônios, uma vez que não foram coletadas informações de condição clínica das mulheres por meio de dosagem hormonal ou sobre o tipo e posologia dos medicamentos hormonais.

O IMC das mulheres foi caracterizado como eutrófico, nos dois modelos de academia. A satisfação com a imagem corporal, favorecida pela autoimagem genital positiva e a prática de atividade física, pode ter levado ao sentimento dessas mulheres serem mais desejadas sexualmente. Segundo Satinsky et al. (2012), mulheres com percepção corporal positiva são mais autoconfiantes e predispostas a terem uma vida sexual satisfatória e prazerosa.⁸¹ Franceschet et al. (2009), apontaram que existe associação entre DS e sentimentos de insatisfação física e emocional, assim como redução do bem-estar geral nessas mulheres.⁷⁶ A busca pelo corpo perfeito faz com que o sobrepeso e a obesidade gerem insatisfação física e favoreçam a DS. De acordo com a pesquisa de Esposito et al. (2007), o escore de função sexual foi significativamente menor nas mulheres com sobrepeso em relação às que tinham peso normal.⁸² De forma contraditória, Sacomori et al. (2013), afirmaram que o IMC não exerce nenhuma influência sobre a função sexual.⁽⁸³⁾ Esta informação pode ser justificada pela faixa etária considerada em seu estudo, de 18 a 75 anos, visto que as participantes eutróficas eram mais jovens em relação as obesas e as com sobrepeso.⁸³

Neste estudo o nível de escolaridade e a renda das participantes constatou que a maioria apresentava nível superior completo e renda salarial de 4 a 10 salários na academia mista e, 10 salários ou mais, na feminina. Apesar de Abdo et al. (2004), também, estabelecerem uma associação entre DS e baixo nível de escolaridade, há controvérsias na literatura entre escolaridade e disfunção sexual.^{17, 84} Prado et al. (2010), constataram que existe uma relação de nível educacional elevado e maior prevalência de DS.¹⁷ Essa situação se deve ao fato de mulheres com melhor poder aquisitivo, inseridas em mercados de trabalho altamente competitivos, estarem em busca de ascender profissional e economicamente, além de conciliar essas atividades com as suas obrigações familiares.¹⁷ Nesta pesquisa, o estresse físico e emocional parece não influenciar na FSA, assim como na autoimagem genital.

No nosso estudo, as análises dos dados sociodemográficos e clínicos sugerem um

perfil diferenciado entre mulheres que frequentavam os modelos de academia. Na academia de ambos os sexos, elas são caracterizadas por serem adultas jovens, solteiras, com renda de 4-10 salários e nulíparas. Na academia exclusivamente feminina, foram apresentadas como adultas, casadas, com renda correspondente a 10 salários ou mais e com histórico de parto cesário. Esses dados sugerem que outras investigações sejam feitas para melhor esclarecer essas diferenças, assim como estabelecer relações com a função sexual e a autoimagem genital.

Os resultados desta pesquisa mostraram que a função sexual está relacionada à autoimagem genital em mulheres praticantes de atividade física. A aplicação dos instrumentos propostos é útil para melhor avaliar de que forma a função sexual sofre influência da autoimagem genital em mulheres, aproximando, portanto, as relações entre o profissional de saúde, o pesquisador e o público feminino.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Esta pesquisa apresenta limitações relacionadas ao perfil da amostra que foi de conveniência, restrita a mulheres praticantes de atividade física. Sendo necessários estudos que avaliem a população no geral para outras conclusões.

No Brasil, a função sexual feminina é bem discutida, principalmente, na região nordeste onde mulheres ainda são envolvidas em mitos e tabus. Contudo, existe a necessidade de se realizar mais pesquisas para estabelecer relações entre a função sexual e a autoimagem genital em populações femininas.

8 CONCLUSÕES

- Mulheres com função sexual adequada apresentam autoimagem genital mais positiva.
- A relação entre a função sexual e a autoimagem genital foi semelhante nas mulheres que frequentavam os dois modelos, quanto ao público frequentador das academias, só diferindo no domínio desejo, que foi maior na academia mista, cuja maioria das participantes era composta de adultas jovens e solteiras.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Sexual and reproductive health: defining sexual health. 2013.
- 2 Lara LAS. Abordagem de Consultório da Mulher com Queixa Sexual. In: Ferriani RA, Vieira CS, Brito LGO. Rotinas em Ginecologia. São Paulo: Atheneu; 2015. Cap. 25, p. 317–33.
- 3 Marques FZC, Chedid SB, Eizerik GC. Resposta sexual humana. Rev Ciênc Med. 2008; 17(3-6):175–83.
- 4 Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. Journal of Sexual Medicine. 2006; 3:121–31.
- 5 Studd J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. Gynecological endocrinology. 2007; 23(12):673–81.
- 6 Sanchez DT, Kiefer AK. Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. Archives of Sexual Behavior. 2007; 36(6):808–20.
- 7 Berman L, Berman J, Miles M, Pollets D a N, Ann J, Berman L. Genital Self-Image as a Component of Sexual Health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures genital self-image as a component of sexual health: Journal of Sex & Marital Therapy. 2003; 29(September 2012):37–41.
- 8 Zielinski RE, Kane-Low L, Miller JM, Sampsel C. Validity and reliability of a scale to measure genital body image. Journal of sex & marital therapy. 2012; 38(4):309–24.
- 9 Zielinski R, Miller J, Low LK, Carolyn S, DeLancey JOL. The Relationship between Pelvic Organ Prolapse, Genital Body Image and Sexual Health. Neurourol Urodyn. 2012; 31(7):1145–8.
- 10 Borges TM. Um olhar antropológico sobre a mídia, cirurgia íntima e normalidade. Avá. 2011; 19:259–86.
- 11 Plowman TM. The Perfect Vagina. Reproductive Health Matters. 2010; 18(35):111–4.
- 12 Fahs B. Genital panics: Constructing the vagina in women’s qualitative narratives about pubic hair, menstrual sex, and vaginal self-image. Body Image. 2014; 11(3):210-8.
- 13 Shaw D, Lefebvre G, Bouchard C, Shapiro J, Blake J, Allen L, et al. Female Genital Cosmetic Surgery. J Obstet Gynaecol Can. 2013; 35(12):1–5.
- 14 Felício Y de A. Plástica do púbis e da genitália externa : duas décadas de experiência. Rev Bras Cir Plást. 2011; 27(2):321–7.

- 15 Herbenick D, Reece M. Development and validation of the female genital self-image scale. *Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7(5):1822–30.
- 16 Bramwell R, Morland C. Genital appearance satisfaction in women: the development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009; 27(1):15–27.
- 17 Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32(3):139–43.
- 18 Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *Journal of Sexual Medicine*. 2011; 8(1):158–66.
- 19 Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SA da C, Júnior JE, Giraldo PC, et al. Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(1):47–52.
- 20 Chivers ML, Seto MC, Lalumière ML, Laan E, Grimbos T. Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*. 2010; 39(1):5–56.
- 21 Fallon E, Hausenblas H. Media images of the “ideal” female body: Can acute exercise moderate their psychological impact? *Body Image*. 2005; 2(1):62–73.
- 22 Etienne M, Waitman M. Fisioterapia nas disfunções sexuais femininas. In: Moreno A. *Fisioterapia em Uroginecologia*. 2a. ed. Barueri; 2009. p. 201–9.
- 23 Etienne M. Sexualidade / Disfunções e Tratamentos. In: Baracho E. *Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher*. 5a. ed. Rio de Janeiro; 2012. p. 376–81.
- 24 Lara LADS, Silva ACJDSRE, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(6):312–21.
- 25 Hipp LE, Kane Low L, Van Anders SM. Exploring Women’s Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *Journal of Sexual Medicine*. 2012; 9(9):2330–41.
- 26 Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15(1):38–45.
- 27 Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. Minnesota: Simon and Schuster; 1979.
- 28 Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company; 1966.

- 29 Magno LDP, Fontes-Pereira AJ, Nunes EFC. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2011; 2(4):39–46.
- 30 Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira VAC, Carvalho JF, Lima RAC, Kozak Simaan C, et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2013; 53(1):41-6.
- 31 Pereira VM, Nardi AE. Transtorno da excitação genital persistente : uma revisão da literatura Persistent genital arousal disorder: a literature review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(3):223–32.
- 32 Abdo CHN. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher : uma nova proposta de entendimento. *Rev Diagn Trat*. 2010; 15(2):88–90.
- 33 Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Zapata MTAG, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Revista Femina*. 2012; 40:195–202.
- 34 Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(1):51–65.
- 35 Laumann EO, Anthony Paik, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *The Journal of the American Medical Association*. 1999; 281(6):537-44.
- 36 Mercer CH, Fenton K, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ*. 2003; 327:426-7.
- 37 Sand M, Fisher W. Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *Journal of Sexual Medicine*. 2007; 4(3):708–19.
- 38 Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. *Femina*. 2011; 39:139–42.
- 39 Terri L. Woodard MD, Michael P. Diamond MD. Physiologic Measures of Sexual Function in Women: A Review. *NIH Public Access*. 2010; 92(1):19–34.
- 40 Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Clinics*. 2011; 66(1):83–6.
- 41 Amidu N, Owiredu WKB, Woode E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A, et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reproductive biology and endocrinology: RB&E*. 2010; 8:106.
- 42 Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NDO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32(5):234-40.

- 43 Elavsky S. Longitudinal Examination of the Exercise and Self-Esteem Model in Middle-Aged Women. *J Sport Exerc Psychol*. 2010; 32(6):862–80.
- 44 Rocha KF. Motivos de adesão à prática de ginástica de academia. *Revista de Desporto e Saúde*. 2008; 4(3):11-6.
- 45 Garay LC, Sperandei S, Palma A. O impacto das características individuais na permanência em programas de atividades físicas em uma academia de ginástica. *Motricidade*. 2014; 10(3):3–11.
- 46 Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(1):33–61.
- 47 Lindh-Åstrand L, Nedstrand E, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas*. 2004; 48(2):97–105.
- 48 Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris D. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*. 2011; 180(2):319-25.
- 49 Chedraui P, Pérez-López FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas*. 2011; 68(4):387-90.
- 50 Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SADC, Eleutério Júnior J, Amaral RLG, et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012; 34(7):329–34.
- 51 Hoffman BM, Babyak M, Sherwood A, Hill EE, Patidar SM, Doraiswamy PM, et al. Effects of aerobic exercise on sexual functioning in depressed adults. *Mental Health and Physical Activity*. 2009; 2(1):23-8.
- 52 Schulz K-H, Meyer A, Langguth N. Exercise and psychological well-being. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2012; 55(1):55-65.
- 53 Palma P, Berghmans B, Seleme M, Riccetto C, Pereira S. Disfunção Sexual Feminina. In: Da Ros C, Graziottin T, Lopes G. *Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. 2a. ed. Campinas; 2014. p. 479-87.
- 54 Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2014; 16(1):67-82.
- 55 Schick VR, Calabrese SK, Rima BN ZA. Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women’s Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. *Psychol Women*. 2010; 34(3):394–404.
- 56 Meston C, Derogatis L. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2002; 28 (Suppl 1):155-64.

- 57 Thiel R do RC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricceto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(10):504–10.
- 58 Pacagnella RDC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009; 25(11):2333–44.
- 59 Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA.* 2007; 27(1):10–4.
- 60 Mohammed GF AEk, Hassan H. Validity and reliability of the arabic version of the female genital self-image scale. *Journal of Sexual Medicine.* 2014; 11(5):1193-200.
- 61 Pakpour AH, Zeidi IM, Ziaeiha M, Burri A. Cross-Cultural Adaptation of the Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) in Iranian Female College Students. *The Journal of Sex Research.* 2013; 51(6):646-53.
- 62 Demaria AL, Hollub AV, Herbenick D. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Validation among a Sample of Female College Students. *Journal of Sexual Medicine.* 2012; 9(3):708–18.
- 63 Demaria AL, Hollub AV, Herbenick D. Using Genital Self-Image, Body Image, and Sexual Behaviors to Predict Gynecological Exam Behaviors of College Women. *Journal of Sexual Medicine.* 2011; 8(9):2484–92.
- 64 Felix GAA. Female genital self image scale (fgsis): tradução, adaptação cultural e validação para o Português do Brasil. *Escola Paulista de Medicina.* 2013.
- 65 World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. 2000.
- 66 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Glossário PNAD.
- 67 Portal Brasil. Salário mínimo em 2014.
- 68 Prado DS, Arruda RM, Figueiredo RCDM, Lippi UG, Girão MJBC, Sartori MGF. Avaliação do impacto da correção cirúrgica de distopias genitais sobre a função sexual feminina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2007; 29(10):519–24.
- 69 Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(1):55–61.
- 70 Abdo C, Oliveira W, Moreira E, Fittipaldi J. Perfil sexual da população Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina.* 2002; 59(4):250–7.

- 71 Dąbrowska J, Drosdzol A, Skrzypulec V, Plinta R. Physical activity and sexuality in perimenopausal women. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. 2010; 15(6):423–32.
- 72 Andersen BL. Surviving cancer: The importance of sexual self-concept. *Medical and Pediatric Oncology*. 1999; 33(1):15–23.
- 73 Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *The journal of sexual medicine*. 2008; 5(7):1681–93.
- 74 Friedman S, Blomquist JL, Nugent JM, McDermott KC, Muñoz A, Handa VL. Pelvic Muscle Strength After Childbirth. *Obstetrics & Gynecology*. 2012; 120(5):1.
- 75 Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVDC, Calderon IDMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(11):677-82.
- 76 Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2009; 13(5):383–9.
- 77 Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakil HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2005; 88(3):276–80.
- 78 Cavalcanti IF, Farias PN, Ithamar L, Silva VM, Lemos A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 36(11):497-502.
- 79 Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequencia da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(4):256–60.
- 80 Kim M, Cho J, Ahn Y, Yim G, Park H. Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Women's Health*. 2014; 14(122): 1–8.
- 81 Satinsky S, Reece M, Dennis B, Sanders S, Bardzell S. An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*. 2012; 9(1):137-44.
- 82 Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *International journal of impotence research*. 2007; 19(4):353–7.
- 83 Sacomori C, Cardoso F, Souza A, Porto I, Cardoso AA. Relação entre características antropométricas e função sexual feminina. *R bras Ci e Mov*. 2013; 21(2):116-22.

84 Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2007; 7(2):143-50.

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESOLUÇÃO No. 196/96

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir e, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias (uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável). Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

DECLARO TER SIDO ESCLARECIDA SOBRE OS SEGUINTE PONTOS:

1. O trabalho tem por finalidade verificar se há relação entre a Função Sexual, a Qualidade de Vida, a Aparência da Região Genital e a Aparência do Corpo em Mulheres. Ao participar dessa pesquisa você estará contribuindo para o conhecimento da saúde sexual de mulheres que frequentam academia. Como benefício, você terá um melhor esclarecimento sobre a sua função sexual e a sua qualidade de vida, assim como, vai possibilitar que este conhecimento permita o seu encaminhamento para tratamentos adequados;
2. Você irá responder à 4 questionários com as seguintes temáticas: Função Sexual - que abordará o desejo e excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor; Qualidade de Vida - que abordará sua capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; Aparência da Região Genital - que abordará sobre a aparência, o odor, e funcionamento genital; Aparência do Corpo em Mulheres - que abordará a preocupação e satisfação com a forma e peso do corpo. Além disso, você fornecerá algumas Informações Sociodemográficas, como: idade, grau de escolaridade, estado civil, renda e Informações Clínicas, como: número de gestações, tipo de parto, se já teve aborto, se faz ou fez reposição hormonal, se já fez cirurgia na região genital. Você responderá individualmente à esses questionários numa sala reservada e seu nome, bem como suas respostas, serão mantidos em sigilo e serão utilizadas apenas na pesquisa citada anteriormente.
3. Durante a execução do projeto você pode correr o risco de sentir algum desconforto ao responder a alguma (s) pergunta (s) dos questionários e/ou das informações sociodemográficas e clínicas (como por exemplo, sentir sinais de baixa estima, tristeza, ansiedade e outros), pois existem pontos relacionados à aspectos íntimos e pessoais. Caso seja necessário, você será encaminhada, gratuitamente, para um atendimento de suporte, acolhimento e orientações psicológicas adequadas. Para isso, basta entrar em contato com as pesquisadoras (telefones no final desse termo), à qualquer momento, caso você possa sentir algum desconforto durante ou após o preenchimento dos questionários.
4. Sua participação como voluntária deverá ter, aproximadamente, a duração de 45 minutos. Entretanto, poderá voltar à academia se houver solicitação das pesquisadoras desse projeto. Os procedimentos aos quais você será submetida não provocarão danos morais, físicos, financeiros ou religiosos, assim como, você não terá nenhuma despesa ao participar desse estudo. Além disso, você pode deixar de participar dessa pesquisa a qualquer momento.

Em caso de dúvidas ou denúncia entre em contato com o Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina: Av. Dom João VI, 275, PAV. II, 2º andar –Salvador BA. Tel: (71) 3276-8225

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESOLUÇÃO No. 196/96

5. Mais uma vez, relembramos que o seu nome será mantido em sigilo, assegurado a sua privacidade e, se você desejar, será informada sobre os resultados dessa pesquisa. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, poderá entrar em contato com a equipe científica pelos telefones 71-8182-5555 (Patrícia Martins) e 71-9143-0102 (Ana Luiza). A pesquisadora responsável por esse projeto é a fisioterapeuta, Patrícia Lordêlo cujo endereço para contato é: Rua Eduardo José dos Santos nº147 sala 913. Ed. Fernando Filgueiras, Garibaldi. Telefone: 3330-1640. A co-orientadora é a psicóloga, Martha Moreira Cavalcante Castro cujo endereço é Av. Professor Magalhães Neto, Centro Médico do Hospital da Bahia, Loteamento Aquarius, sala 3014, Pituba, Tels. 2109-2314 e 2109-2344.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar do estudo "Função Sexual, Qualidade de Vida, Auto Imagem Genital e Imagem Corporal em Mulheres", na qualidade de voluntária.

Assinatura do sujeito de pesquisa

____/____/____

Assinatura da testemunha

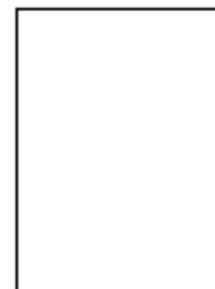
____/____/____

Pesquisador responsável

Eu, PATRÍCIA VIRGÍNIA SILVA LORDÊLO GARBOGGINI, responsável pelo projeto Função Sexual, Auto Imagem Genital e Imagem Corporal em Mulheres, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura _____

____/____/____



Impressão Digital

ANEXO 3 – Questionário *Female Genital Self-Image Scale* (FGSIS)

Instrução: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA.

- 1) Me sinto confortável com a minha genitália.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

- 2) Estou satisfeita com a aparência da minha genitália.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

- 3) Eu me sentiria confortável se deixasse um companheiro sexual olhar minha genitália.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

- 4) Eu acredito que minha genitália cheira bem.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

- 5) Acho que minha genitália funciona da forma como deveria funcionar.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

- 6) Me sinto confortável ao deixar um cuidador/ médico/ profissional de saúde examinar minha genitália.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

- 7) Não sinto vergonha da minha genitália.
 - a. Concordo plenamente
 - b. Concordo
 - c. Discordo
 - d. Discordo plenamente.

ANEXO 4 – Questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI)

Instruções: Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Para responder as questões, use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual. Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina. Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos). Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares. ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

- | | |
|--|--|
| 1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual? | 5 = Quase sempre ou sempre
4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
1 = Quase nunca ou nunca |
| 2) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual? | 5 = Muito alto
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Baixo
1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum |
| 3) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre ou sempre
4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
1 = Quase nunca ou nunca |
| 4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual
5 = Muito alto
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Baixo
1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum |
| 5) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual
5 = Segurança muito alta
4 = Segurança alta
3 = Segurança moderada
2 = Segurança baixa
1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança |
| 6) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre ou sempre
4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
1 = Quase nunca ou nunca |

7) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

8) Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

0 = Sem atividade sexual
 1 = Extremamente difícil ou impossível
 2 = Muito difícil
 3 = Difícil
 4 = Ligeiramente difícil
 5 = Nada difícil

9) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 1 = Extremamente difícil ou impossível
 2 = Muito difícil
 3 = Difícil
 4 = Ligeiramente difícil
 5 = Nada difícil

11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

0 = Sem atividade sexual
 1 = Extremamente difícil ou impossível
 2 = Muito difícil
 3 = Difícil
 4 = Ligeiramente difícil
 5 = Nada difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Muito satisfeita
 4 = Moderadamente satisfeita
 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
 2 = Moderadamente insatisfeita
 1 = Muito insatisfeita

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Muito satisfeita
 4 = Moderadamente satisfeita
 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
 2 = Moderadamente insatisfeita
 1 = Muito insatisfeita

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

0 = Sem atividade sexual
5 = Muito satisfeita
4 = Moderadamente satisfeita
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
2 = Moderadamente insatisfeita
1 = Muito insatisfeita

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

0 = Sem atividade sexual
5 = Muito satisfeita
4 = Moderadamente satisfeita
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
2 = Moderadamente insatisfeita
1 = Muito insatisfeita

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

0 = Não tentei ter relação
1 = Quase sempre ou sempre
2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
5 = Quase nunca ou nunca

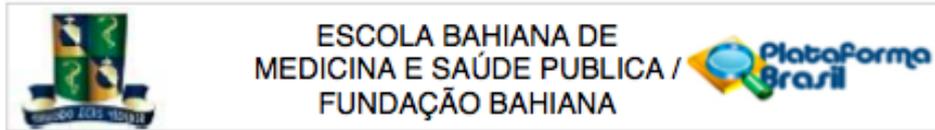
18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

0 = Não tentei ter relação
1 = Quase sempre ou sempre
2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
5 = Quase nunca ou nunca

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

0 = Não tentei ter relação
1 = Muito alto
2 = Alto
3 = Moderado
4 = Baixo
5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO 5 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Função Sexual, Qualidade de Vida, Auto Imagem Genital e Imagem Corporal em Mulheres

Pesquisador: PATRÍCIA VIRGÍNIA SILVA LORDÉLO GARBOGGINI

Área Temática: Novos procedimentos terapêuticos invasivos;

Versão: 3

CAAE: 14425813.9.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 479.212

Data da Relatoria: 30/10/2013

Apresentação do Projeto:

A saúde sexual está diretamente relacionada à insatisfação da imagem corporal, prevalente na cultura ocidental (evidências indicam que esta insatisfação pode se estender para a região genital) e, à função sexual adequada (fator importante de satisfação e qualidade de vida geral).

No Brasil, estima-se que 30% das mulheres apresentam disfunção sexual e, apenas 5% procuram tratamento. O aumento do interesse pelo estudo da sexualidade tem favorecido avanços nessa área, mas ainda há escassez de dados confiáveis que explorem a influência da auto imagem genital e imagem corporal feminina na sua função ou conduta sexual e qualidade de vida, porque as diferenças culturais e sociais afetam significativamente o comportamento e a resposta sexual.

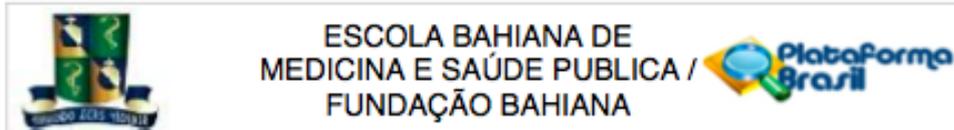
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Verificar se há relação entre função sexual, qualidade de vida, auto imagem genital e imagem corporal em mulheres.

Objetivo Secundário:

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, N° 08, NAZARÉ
Bairro: NAZARÉ **CEP:** 40.050-420
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-2944 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 479.212

Verificar a relação entre função sexual e auto imagem genital; Verificar a relação entre função sexual e imagem corporal; Verificar a relação entre função sexual e dados sociodemográficos e/ou clínicos; Verificar a relação entre qualidade de vida e auto imagem genital; Verificar a relação entre qualidade de vida e imagem corporal; Verificar a relação entre qualidade de vida e dados sociodemográficos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

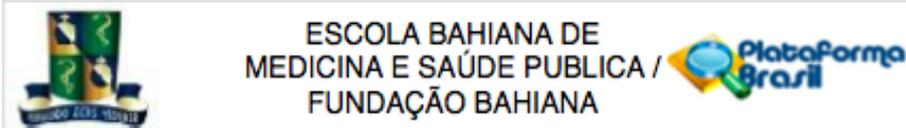
Os pesquisadores apontam os riscos referente ao desconforto em responder a alguma (s) pergunta (s) dos instrumentos de avaliação , uma vez que são verificados pontos relacionados aos aspectos pessoais, porém informam que os benefícios superam os riscos. Refere que de acordo com o estado emocional de cada voluntária, durante e após as respostas dos questionários propostos, haverá encaminhamento para uma equipe de suporte psicológico na EBMSP.

Informam os benefícios indiretos referente ao conhecimento do estado da saúde sexual, considerando-se a real interferência da função sexual e qualidade de vida nos domínios relacionados a auto imagem genital e imagem corporal. Os benefícios diretos que será o encaminhamento dos voluntários se necessário para o tratamento específico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de corte observacional, transversal. A amostra tem característica não probabilística sequencial. Após a aprovação do CEP as mulheres matriculadas nas academias serão convidadas a participarem da pesquisa. As voluntárias serão organizadas em grupos e direcionadas para uma sala reservada, onde serão informadas sobre a pesquisa e, caso manifestem o interesse em participar, assinarão o TCLE. Posteriormente, os questionários auto-aplicados serão entregues às voluntárias por colaboradoras devidamente treinadas para esta função. Após a auto-leitura, cada participante preencherá, individualmente, os instrumentos. A investigação será realizada através da coleta de informações sociodemográficas e clínicas e, dos instrumentos de avaliação propostos sendo o FSFI, BSQ-34 e

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08, NAZARÉ
 Bairro: NAZARÉ CEP: 40.050-420
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-2944 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 479.212

FGSIS (este último, não foi validado no Brasil e será modificado pelas autoras do projeto).As variáveis dependentes deste estudo serão representadas através dos domínios dos questionários de resposta sexual feminina FSFI (Female Sexual Function Index) - desejo e excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor e de qualidade de vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey -capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As variáveis independentes corresponderão às informações sociodemográficas (idade, grau de escolaridade, estado civil, renda); informações clínicas (número de gestações, tipo de parto, reposição hormonal, cirurgia na região genital); além dos domínios dos questionários BSQ-34 (Body Shape Questionnaire) - preocupação e satisfação com a forma e peso do corpo e do FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) - odor, aparência e funcionamento genital. a amostra será composta por 384 participantes

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Pesquisadores Responsáveis postaram recursos justificando a falta do cumprimento dos prazos (prazo máximo de sessenta dias)para a resposta de pendências.

Apresentaram os termos obrigatórios, atendendo as pendências.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os recursos apresentados foram aceitos.

A pesquisa atende a Resolução 422/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do Pesquisador Coordenador o envio dos relatórios parciais e final, o não envio destes implicará no não aceite de futuros projetos pelo referido CEP.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, N° 08, NAZARÉ
 Bairro: NAZARÉ CEP: 40.050-420
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-2944 E-mail: cep@bahiana.edu.br



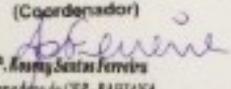
Continuação do Protocolo: 479.212

ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



SALVADOR, 04 de Dezembro de 2013

Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
(Coordenador)


Prof.^a *Cristiane Maria Carvalho Costa Dias*
Coordenadora de CEP - BAHIANA

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08, NAZARÉ

Bairro: NAZARÉ

CEP: 40.050-420

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

E-mail: cep@bahiana.edu.br

ANEXO 6 – Artigo publicado no iSaúdeBahia

Disponível em: <http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/voce-sabe-o-que-e-disfuncao-sexual-feminina/>

Publicado em 04/07/2014 às 00h00. Atualizado em 28/04/2015 às 16h22.

Você sabe o que é disfunção sexual feminina?

A função sexual faz parte da saúde sexual feminina e resulta da interação de respostas mentais e corporais.

Nos últimos anos, a mulher brasileira tem recorrido aos cuidados médicos para solucionar questões da sua saúde sexual, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estado completo de bem-estar físico, social, emocional e mental associado à sexualidade e não só à ausência de doença. O prazer em praticar a relação sexual tem demonstrado maior importância, além da sua finalidade reprodutiva.

O que é função sexual?

A função sexual faz parte da saúde sexual feminina e resulta da interação de respostas mentais e corporais. A função é adequada quando existe resposta saudável através de um ciclo sexual de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Será que eu tenho disfunção sexual?

Pesquisas revelam que 30% das brasileiras apresentam alguma dificuldade sexual e, apenas 5%, procura tratamento. Esse dado certamente seria maior se o profissional médico questionasse sobre a vida sexual da sua paciente. Outras pesquisas revelam que a maioria das mulheres admite que o profissional médico representa papel fundamental no diagnóstico (conhecimento) e orientações para lidar com as dificuldades sexuais.

A disfunção sexual feminina pode acontecer pela falta, excesso, desconforto ou dor no ciclo sexual saudável, afetando uma ou mais de suas etapas. Revela alterações ocasionais ou duradouras como dispareunia, vaginismo e anorgasmia.

"A dispareunia significa os tipos de dor sexual que podem acontecer durante a penetração, no momento da relação sexual ou depois da relação sexual. "

A dispareunia significa os tipos de dor sexual que podem acontecer durante a penetração, no momento da relação sexual ou depois da relação sexual. Geralmente, ocorre em qualquer local da área genital (no clitóris, nos lábios ou na vagina) e costuma ser identificada como aguda, ardente ou apertada.

O vaginismo pode ser considerado uma forma de dispareunia, pois se trata de uma contração involuntária (que não depende da própria vontade da mulher) dos músculos do assoalho pélvico, que estão ao redor da vagina e que geram espasmos (tensões). Costuma causar desconforto, ardência, dor prolongada, problemas com a penetração ou total incapacidade de ter relação sexual.

A anorgasmia representa a dificuldade em atingir o orgasmo, mesmo quando há interesse sexual (a mulher aproveita as carícias, se excita, mas algo a bloqueia no momento do orgasmo). Pode estar associada a baixa contração dos músculos do assoalho pélvico e a dor na relação sexual, devido à insuficiente lubrificação vaginal (sensação molhada).

Quanto mais cedo ocorrer a disfunção, maior será o prejuízo sexual e mais desafiador será o tratamento. Mulheres jovens ou iniciantes costumam apresentar dificuldade para o relaxamento e a lubrificação vaginal durante a relação sexual e isto não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente.

É difícil saber se tenho disfunção sexual?

A inibição da mulher - seja por vergonha, frustração ou falhas de tentativas de tratamento sem o profissional adequado ou, até mesmo, do profissional - pela falta de questionamento à paciente, costuma dificultar o diagnóstico das disfunções sexuais.

O diagnóstico depende da queixa da paciente em conjunto com outras informações que envolvem a história sexual, geral e biopsicossocial, o exame físico, os testes de laboratório e a identificação de situações de risco. Deve-se considerar, também, o mínimo de seis meses de queixa da paciente.

A história do parceiro precisa ser considerada para afastar falsas interpretações sobre a fala da mulher. Por exemplo, um homem com ejaculação precoce pode referir que sua parceira não tem orgasmo quando, de fato, a sua precocidade a impede de concluir o ciclo sexual saudável.

O diagnóstico e o tratamento dependem do entendimento do que venha a ser essa condição: disfunção primária (presente durante toda a vida) e secundária (presente desde algum momento da vida); disfunção generalizada (se ocorre com qualquer parceiro) e situacional (se ocorre com um tipo de parceiro); idade da mulher e experiência sexual.

Como tratar a disfunção sexual?

Apesar dos estudos que envolvem a saúde sexual, pouco se conhece sobre as disfunções sexuais femininas, sendo os tratamentos para essas questões ainda limitados. Profissionais especializados precisam ser consultados: ginecologistas, urologistas, sexólogos, psicólogos, fisioterapeutas.

A fisioterapia pode ser uma excelente alternativa porque envolve avaliação e tratamento criteriosos e detalhados, educando (ensinando) as pacientes sobre a disfunção. Dessa forma, proporciona melhora da saúde sexual, da imagem corporal, da autoconfiança e controle da ansiedade.

Exercícios, abordagem comportamental, biofeedback, eletroterapia, modalidades de calor, orientações quanto ao uso de dilatadores, banhos, lubrificante vaginal, melhor posição sexual costumam fazer parte do tratamento.

No decorrer do tratamento, a adequada função da musculatura do assoalho pélvico precisa ser considerada, pois a falta de uso, a debilidade e o baixo tônus (baixa contração do músculo) podem contribuir para a incapacidade de se ter orgasmo e o seu treinamento resulta em efeito positivo na vida sexual.

Por outro lado, o alto tônus desses músculos provavelmente irá dificultar a penetração, causando desconforto para a paciente. O fortalecimento e a conscientização (reconhecimento) do assoalho pélvico são técnicas auxiliares no tratamento da disfunção sexual feminina que vão favorecer o aumento do desejo sexual e melhora da excitação.

Conselhos:

Procure seu médico, psicólogo ou fisioterapeuta para maiores esclarecimentos!

Não deixe de conversar com o seu parceiro sobre questões que estejam interferindo na relação sexual a dois!

Palavras Chave:

disfunção sexual feminina, função sexual, saúde feminina, fisioterapia.

Autor(es)

Dra. Patrícia Lordêlo / CREFITO BA 47353 Possui graduação em Fisioterapia pela Escola de Medicina e Saúde Pública (2000) e Doutorado em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2009). Atualmente é docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e coordenadora do CAAP - Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico. Fundadora do CEDIMI (Centro de Distúrbios Miccionais na Infância) e docente de várias especializações no Brasil.

Patricia Martins Carvalho Brandão / Professora do Curso de Fisioterapia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Bahiana). Mestranda em Tecnologias e Saúde (Bahiana).

ANEXO 7 – Resumo da apresentação de Poster, premiado em 1º. lugar, no VIII Encontro Nordestino de Fisioterapia e Saúde da Mulher.

Disponível em: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/448/388>



RESUMO

Função sexual e autoimagem genital em mulheres

Patricia Brandão¹; Martha Castro²; Cristina Brasil³; Tâmara Gomes⁴;
Larissa Correia⁵; Patrícia Lordêlo⁶

- 1) Fisioterapeuta mestranda em Tecnologias em Saúde e Docente da graduação da EBMS
- 2) Psicóloga e doutora em Medicina e Saúde, Docente da graduação da EBMS e UFBA e dos Programas de Pós-graduação da EBMS
- 3) Estudante de fisioterapia e bolsista PIBIC da EBMS
- 4) Fisioterapeuta mestranda em Tecnologias em Saúde da EBMS e bolsista FAPESB
- 5) Estudante de fisioterapia e bolsista PIBIC da FAPESB
- 6) Fisioterapeuta e doutora em Medicina e Saúde Humana, Docente dos Programas de Pós-graduação da EBMS

INTRODUÇÃO: Na cultura ocidental, a insatisfação corporal pode se estender para a região genital e acredita-se ter relação com a disfunção sexual, sendo esta última, prevalente em 30% das mulheres brasileiras. **OBJETIVO:** Verificar se há associação entre função sexual e autoimagem genital em mulheres. **METODOLOGIA:** Estudo transversal. Foram incluídas 100 mulheres (amostra parcial de um cálculo amostral de 423) na faixa etária de 21 a 60 anos, sexualmente ativas, praticantes de atividade física, matriculadas em academias. Questionários com informações sociodemográficas (idade e estado civil), clínicas (Índice de Massa Corpórea-IMC, tipo de parto), FSFI (Female Sexual Function Index - considerando-se disfunção sexual escore \leq 26) e FGSIS-7 (Female Genital Self-imageScale - que pode variar de 7 a 28, sendo escores mais altos indicativos de autoimagem genital positiva), autoaplicáveis, foram entregues a cada participante. Variáveis categóricas (estado civil e tipo de parto) foram apresentadas em frequência, variáveis quantitativas (idade e IMC) por média \pm desvio-padrão e a associação entre função sexual e autoimagem genital pelo Teste t independente. **RESULTADOS:** Idade média 41,23 (\pm 8,97) anos, IMC 25,53 (\pm 4,40), casada (79%), parto cesária (58,6%). Avaliado o FSFI observou-se 29 mulheres com disfunção sexual e 71 com função sexual adequada. A associação entre FSFI e FGSIS mostrou que mulheres com função sexual adequada possuem uma média do FGSIS de 24,48 \pm 3,29 e mulheres com disfunção sexual de 21,83 \pm 3,19 ($p=0.000$). **CONCLUSÃO:** Mulheres com função sexual adequada possuem autoimagem genital mais elevada.

ANEXO 8 – Exposição de Poster no XI Congresso Norte Nordeste de Urologia VIII.



ANEXO 9 – Apresentação de Poster na XIV Mostra Científica e Cultural da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.



ANEXO 10 – Artigo publicado na Revista Pesquisa em Fisioterapia

Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/571/407>



ESTUDOS OBSERVACIONAIS

RELAÇÃO DO TIPO E NÚMERO DE PARTO NA FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM GENITAL FEMININA

• *um estudo observacional* •

*Hortênsia Amorim**, *Cristina Brasil***, *Tâmara Gomes****, *Larissa Correia**, *Patricia Martins****,
*Patricia Lordelo*****

* Acadêmica de Fisioterapia - Bolsista PIBIC/Bahiana. E-mails: hortensia_amorim@hotmail.com; laly.correia@hotmail.com

** Mestranda em Medicina e Saúde Humana - Bolsista FAPESB. E-mail: tinaabrazil@hotmail.com

*** Mestranda em Tecnologias em Saúde - Bolsista FAPESB. E-mails: gomestam@gmail.com; pmcarvalho@bahiana.edu.br

**** Doutora em Medicina e Saúde Humana, Docente permanente da Pós-graduação nos programas Medicina e Saúde Humana e Tecnologias em Saúde. E-mail: pvslordelo@hotmail.com

Resumo

Introdução: Devido às mudanças anatômicas que a gestação, o parto e a multiparidade causam nos músculos do assoalho pélvico (MAP) esses são fatores de risco para distúrbios do assoalho pélvico. Essas alterações podem levar a disfunção sexual ou a alteração da percepção da autoimagem genital. **Objetivo:** Verificar a relação dos tipos e número de parto com a função sexual e a autoimagem genital feminina. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal. Foram analisadas 384 mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos, sexualmente ativas, matriculadas em academias. Os critérios de exclusão envolvem as participantes com dificuldades de compreensão dos instrumentos e o preenchimento inadequado dos questionários. Os questionários FSFI (Female Sexual Function Index), FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) e os dados sociodemográficos foram autoaplicáveis. O FGSIS possui uma variação na pontuação de 7 a 28, no qual escores mais altos indicam uma autoimagem genital positiva e o FSFI – considera-se disfunção sexual o escore ≤ 26 . As variáveis categóricas (tipo e número de parto) foram apresentadas em frequências, e a relação do FSFI e FGSIS foi feita pelo teste t independente considerado um $p \leq 0,05$. **Resultados:** 384 mulheres com média da idade de $34,9 \pm 10,1$ anos e IMC de $24,1 \pm 3,5$ kg/m². O FSFI apresentou alteração nos domínios desejo e excitação, já os escores do FGSIS não tiveram influencia do número e tipo de parto. **Conclusão:** Os resultados mostraram que o número e o tipo de parto apresenta uma relação com a função sexual feminina diminuída, o que não foi demonstrado com relação a autoimagem genital.

Palavras-chave: Parto natural; Cesárea; Paridade; saúde sexual; autoimagem; genitália; mulheres.

CONNECTION TYPE AND NUMBER OF CHILDBIRTH IN SEXUAL FUNCTION AND FEMALE GENITAL SELF-IMAGE

• *observational study* •

Abstract

Introduction: Due to the anatomical changes that pregnancy, childbirth and multiparity cause in the pelvic floor muscles (PFMs), these are risk factors for pelvic floor disorders. These changes can lead to sexual dysfunction or alteration of the perception of genital self-image. **Objective:** To investigate the relationship between types and number of births and sexual function and female genital self-image. **Materials and Methods:** Observational cross-sectional study. We analyzed 384 women aged 18-60 years, sexually active, enrolled in gyms. The exclusion criteria involved participants who have difficulty in understanding the instruments. The FSFI (Female Sexual Function Index), FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) questionnaires and the sociodemographic data were self-reported. Higher FGSIS scores - which can range from 7 to 28 - were considered indicative of positive genital self-image and FSFI scores under 26 were considered indicative of sexual dysfunction score. Categorical variables (number and type of births) were presented in frequency and the association of FSFI and FGSIS was taken by independent t-test, $p = 0.05$ considered. **Results:** 384 women with a mean age of 34.9 ± 10.1 years and BMI of 24.1 ± 3.5 kg / m² were evaluated. The FSFI showed changes in desire and arousal domains and the FGSIS scores did not suffer influence of the number and type of deliveries. **Conclusion:** The results showed that the number and type of deliveries are related to reduced female sexual function, which has not been associated to genital self-image.

Keywords: Natural childbirth; Cesarean section; Parity; Sexual health; Self concept; Genitalia; Women.

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e multiparidade são fatores de risco para a disfunção dos músculos do assoalho pélvico (MAP), devido as mudança anatômicas que estes causam.⁽¹⁾ Os músculos do períneo permitem o intercuro sexual e o parto, quando estão deficientes podem levar a disfunção sexual.⁽²⁾ Durante a gestação o MAP sofre grande tensão, por suportar o peso do feto durante a gestação. É na fase de expulsão do feto que esses músculos passam pelo maior estresse.⁽³⁾

A função sexual normal foi definida, por Kaplan (1977), como um ciclo composto por quatro fases

sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.⁽⁴⁾ Sendo a disfunção sexual caracterizada por falta, excesso, desconforto ou dor no desenvolvimento desse ciclo, podendo afetar uma ou mais fases.⁽⁵⁾ No Brasil, 30% das mulheres referem ter disfunção sexual.⁽⁶⁾

A autoimagem genital é a percepção que a mulher tem do seu órgão genital, podendo ser negativa ou positiva. Esta é influenciada por fatores socioculturais externos em relação ao órgão genital e por experiências sociais e sexuais.⁽⁷⁾ Andersen (1999) em seu estudo propôs que mulheres com



autoimagem negativa estão mais propensas a terem disfunção sexual. Ele também mostrou que uma autoimagem genital positiva pode ser um protetor para algum tipo de disfunção sexual, pois mulheres com autoimagem genital positiva são consideradas mais seguras e confiantes.⁽⁸⁾

É importante entender as alterações que o tipo de parto e o número podem causar no MAP para saber qual a relação com a saúde sexual e na percepção que a mulher estabelece com sua genitália. Já existem estudos que relacionam a saúde sexual com a autoimagem genital feminina,⁽⁹⁾ mas faltam pesquisas que os relacionem com o tipo e número de parto. O estudo tem o propósito de verificar a relação entre o tipo e número de parto com a função sexual e com autoimagem da genitália feminina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, realizado no período entre Fevereiro e Junho de 2014, com mulheres matriculadas em três academias de grande porte, sendo duas mistas e uma feminina, localizadas na cidade de Salvador e Lauro de Freitas - Ba. Foram incluídas mulheres com faixa etária entre 18 e 60 anos, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas e não grávidas. E excluídas aquelas que não preencheram adequadamente os instrumentos de avaliação propostos e que apresentavam dificuldades na compreensão dos questionários.

As mulheres foram convidadas pelas pesquisadoras a participarem da pesquisa. As que manifestaram interesse foram direcionadas para preencher os questionários autoaplicáveis em um local individualizado e reservado. Informações sociodemográficas como: idade, grau de escolaridade, estado civil e renda, além de dados clínicos: IMC, tipo de parto, uso de medicamentos, menopausa e número de cirurgias na região pélvica e genital, integravam os questionários.

A investigação foi realizada através da coleta de informações sociodemográficas, clínicas e dos instrumentos de avaliação propostos o FSFI (Female

Sexual Function Index) e o FGSIS (Female Genital Self-ImageScale). O questionário FGSIS, não foi validado para versão portuguesa, no entanto, o mesmo foi traduzido pelos autores do projeto para sua aplicação.

Para a avaliação da função sexual foi utilizado o FSFI que é um instrumento específico para avaliar a resposta sexual feminina nas últimas quatro semanas com os domínios – desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.⁽⁶⁾ Para cada pergunta há um padrão de resposta, cujas opções recebem uma pontuação de zero a cinco de forma crescente em relação à pergunta feita, exceto as questões referentes à dor, que a pontuação é definida de forma invertida.⁽¹⁰⁾ Com escore total variando entre dois a 36 pontos, sendo que escores ≤ 26 indicam disfunção sexual.

A avaliação da autoimagem genital foi feita através do FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) o qual avalia a autoimagem genital feminina seguindo os domínios - odor, aparência e funcionamento genital. É composto por sete perguntas com quatro opções de respostas (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente). Os escores variam de sete a 28 pontos, onde pontuações maiores demonstram uma autoimagem genital positiva.⁽¹¹⁾

O cálculo amostral foi realizado pela calculadora Winpepi (<http://www.brixtonhealth.com/pepi-4windows.html>) para uma estimativa de proporção usando como desfecho principal a função sexual. Foi baseado no estudo de ABDO, 2002.⁽⁶⁾ Então foi utilizado uma estimativa de proporção de 30% (estimativa da prevalência de mulheres com disfunção sexual) diferença aceitável de ± 5 , um nível de confiança de 95%, totalizando 323 participantes, acrescido 10% de possíveis perdas foram necessárias 355 mulheres.

As variáveis independentes corresponderão às informações sociodemográficas (idade, grau de escolaridade, estado civil, renda); informações clínicas: número de gestações tipo de parto, reposição hormonal, cirurgia na região genital e informações antropométricas. Tendo como variáveis



dependentes a função sexual e a autoimagem genital feminina.

As variáveis numéricas corresponderam às informações clínicas (IMC e idade), no qual foram apresentadas por média \pm desvio-padrão, e as variáveis categóricas do estudo consistiram nas informações sociodemográficas (grau de escolaridade, estado civil, renda, tipo e número de parto) que foram expressas em frequências absolutas. Os questionários foram categorizados de acordo com seus respectivos pontos de corte, a comparação entre função sexual, autoimagem genital e número e tipo de parto foi feito pelo teste T independente.

Para elaboração do banco de dados, análise descritiva e análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 14.0 para Windows. Os dados categóricos (estado civil, escolaridade, renda, IMC, tipo de parto, uso de medicamentos, menopausa, cirurgia pélvica e/ou genital e escores do FSFI e FGSIS) foram apresentados em frequência absoluta, enquanto os dados numéricos (idade) foram apresentados em termos de média e desvio padrão. Para a relação do número e tipo de parto com os escores do FSFI e FGSIS foi utilizado o teste t independente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), aprovado com CAAE no. 14425813.9.0000.5544, conforme rege a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes do início da coleta dos questionários.

RESULTADOS

Foram aplicados 385 questionários, sendo um perdido por não responder corretamente o instrumento FGSIS, finalizando a amostra com 384 mulheres. A média da idade foi $34,9 \pm 10,1$ anos e IMC de $24,1 \pm 3,5$ kg/m², 72,8% tiveram nível superior; a predominância do estado civil foi de mulheres casadas com 49,6%; a renda mais frequente foi de um a três salários mínimos com 29,2%. Dessas, 52,5% nulíparas, 15,2% tiveram um parto e 32,3% mulheres tiveram duas ou mais partos. Em relação ao tipo de parto 55,5% das mulheres não tiveram partos, 7,6% fizeram parto vaginal, 32,4% tiveram parto cesárea e 4,5% fizeram os dois tipos de parto, Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

(continua)

VARIÁVEL	MÉDIA FFL DP
IDADE	34,9 FFL 10,1 ANOS
IMC	24,10ffl3,52 kg/m ²
ACADEMIA	N (%)
Mista	249 (64,7)
ESCOLARIDADE	
Superior Completo	280 (72,7)
Superior Incompleto	69 (17,9)
Ensino Médio Completo	33 (8,6)
Fundamental	2 (0,5)
ESTADO CIVIL	
Casadas	190 (49,6)
Solteiras	180 (47,0)
Divorciadas	13 (3,4)

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

(conclusão)

VARIÁVEL	MÉDIA FFL DP
RENDA	
Nenhuma renda	31 (8,3)
Um a três salários mínimos	72 (19,3)
Quatro a seis salários mínimos	148 (29,2)
Sete a nove salários mínimos	63 (16,8)
Dez ou mais salários mínimos	94 (25,1)
NÚMERO DE PARTOS	
Nullíparas	202 (52,5)
Múltiparas	124 (32,3)
Um parto	58 (15,2)
TIPO DE PARTO	
Não tiveram partos	213 (55,5)
Cesárea	124 (32,4)
Vaginal	29 (7,6)
Vaginal e cesárea	17 (4,5)

IMC - Índice de massa corpórea.

Não houve diferença significativa ($p \geq 0,05$) na relação dos escores totais do FSFI com o número de partos. Porém, quando analisados os domínios do FSFI separadamente, e relacionando com o número de partos, foi encontrado significância. Com relação ao domínio "desejo" do questionário

FSFI, as mulheres nullíparas apresentaram média de $4,10 \pm 0,92$ e múltiparas $3,64 \pm 0,94$ ($p \leq 0,01$). Comparando o domínio "excitação" houve diferença significativa entre nullíparas ($4,73 \pm 0,96$) com múltiparas ($4,42 \pm 0,94$) ($p \leq 0,01$), Tabela 2.

Tabela 2 - Relação de nullíparas e múltiparas com FSFI, domínio desejo e excitação das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

NÚMERO DE PARTO	NULÍPARAS	MULTÍPARAS	P
Desejo	4,10#0,92	3,64#0,94	p<0,01
Excitação	4,73#0,96	4,42#0,94	p<0,01

Teste T independente.

Na análise do FSFI com o tipo de parto avaliado pelo Test t independente, podemos perceber que mulheres que não tiveram partos obtiveram um maior escore do domínio "desejo" $4,11 \pm 0,93$ quando comparado com mulheres que realizaram ce-

sárea $3,75 \pm 0,92$ ($p \leq 0,00$). Em relação ao domínio "dor", mulheres que tiveram cesárea obtiveram um escore maior com $5,41 \pm 0,88$, quando comparado com mulheres que não tiveram parto com $5,03 \pm 1,2$ ($p \leq 0,01$), Tabela 3.

Tabela 3 - Relação de nenhum parto e parto cesáreo com os domínios desejo e dor do questionário FSFI das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

TIPO DE PARTO	NÃO TIVERAM PARTO	CESÁREA	P
Desejo	4,1#10,9	3,8#10,9	p= 0,00
Dor	5,0#11,2	5,4#10,9	p= 0,01

Teste T independente.

Quanto aos escores do questionário FGSIS com o número de parto, também não houve significância, com $p=0,72$. As mulheres nulíparas tiveram média de $23,8\pm 3,4$, as que tiveram um parto, $24,1\pm 3,1$ e as múltiplas $23,7\pm 3,4$.

Relacionando o FGSIS com o tipo de parto, não foi encontrada significância. As mulheres que realizaram cesárea apresentaram uma média de $23,8\pm 3,2$, as que fizeram parto vaginal $24,5\pm 3,8$ e as que tiveram os dois tipos de parto $23,1\pm 3,2$ ($p=0,59$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, mulheres que fizeram parto cesáreo tiveram escores piores nos domínios dor e desejo do questionário FSFI quando comparado a mulheres que não realizaram nenhum tipo de parto, porém sem diferença entre os escores totais do FSFI das mulheres que tiveram parto vaginal e cesáreo. Independente do tipo de parto, a gestação causa alterações no MAP, visto que esses músculos precisam suportar o peso do útero gravídico.⁽¹⁰⁾ Apesar das pesquisas mostrarem que o parto normal influencia mais no MAP, quando comparados ao parto cesáreo, o fato de entrar em trabalho de parto, independente da via, pode gerar lesões nestas musculaturas devido ao estiramento desses músculos e à ação de alguns hormônios que causam o relaxamento muscular.⁽¹⁾ Tal relato pode explicar a não significância dos escores do FSFI das mulheres que tiveram parto vaginal e cesáreo. Acreditamos que nossos achados podem estar relacionados às alterações no assoalho pélvico decorrente da gestação que podem levar ao aumento

de dor durante a relação sexual e, com isso, diminuição do desejo.

Os músculos do assoalho pélvico permitem o intercuro sexual e o parto e, quando deficientes, podem levar a disfunções sexuais,⁽¹¹⁾ concordando com o atual estudo que mostrou que mulheres não fizeram parto não apresentaram alteração na função sexual. Acreditamos, portanto, que não ter partos seja um fator de proteção para a disfunção sexual. Silva (2011) também afirma que o aumento do peso corpóreo materno, o peso do feto, os múltiplos partos e o parto normal são fatores agravantes para a diminuição de força do MAP, o que pode levar, em longo prazo, a disfunções do assoalho pélvico.⁽¹⁾ Isso vai de encontro com nosso estudo, que mostrou que mulheres que tiveram partos vaginais não apresentam alterações na função sexual.

No estudo de Baytur et al. (2005), que avaliou a força do MAP e a função sexual utilizando o FSFI em três grupos de mulheres (pós parto vaginal, pós parto cesáreo e nulíparas), não houve significância em relação ao tipo de parto e a função sexual.⁽¹⁴⁾ Esse estudo corrobora com o presente trabalho, no qual, de modo geral, os escores do FSFI não mostraram diferença entre as mulheres que fizeram parto normal ou cesáreo.

Em relação ao número de partos, mulheres que tiveram algum parto apresentaram alteração na função sexual nos domínios "dor" e "excitação", quando comparadas as mulheres que não tiveram partos. Não foram encontrados na literatura estudos que relacionem de forma direta o número de partos com a função sexual. Podemos relacionar a alteração dos escores dor e excitação com a alteração dos músculos do assoalho pélvico. Sendo justificado por Silva (2011) e Marcelino (2009), que afirmam



que a multiparidade é fator de risco para disfunção do assoalho pélvico (AP).⁽¹⁹⁾ As alterações nos MAP podem ser influenciadas pelo número de partos vaginais seguidos.⁽⁴⁵⁾

Em relação à autoimagem genital feminina, nesse estudo não foi encontrada relação com o número e tipo de parto. Na literatura não há relatos da influência do número e tipo de parto na imagem que a mulher estabelece em relação a sua genitália. Pouco se sabe como o tipo e número de parto podem influenciar na autoimagem genital, podendo ser negativa ou positiva.

Acreditamos que a gestação pode alterar a autoimagem que a mulher estabelece com o seu corpo, visto que as alterações físicas, hormonais e psicológicas que ocorrem nesse período podem causar mudanças significativas na percepção corporal.⁽⁷⁾ Tais mudanças podem ser transferidas para a autoimagem genital, como afirma Berman (2013), que a insatisfação com o corpo pode se estender aos genitais.⁽⁷⁾ O estudo de Sanchez (2007) relata que mulheres que estão insatisfeitas com sua aparência corporal fazem menos sexo, experimentam menos o prazer sexual e têm o desejo e a satisfação diminuídos.⁽⁴⁶⁾

Mulheres com autoimagem genital positiva foram definidas como emocionalmente quentes, indivíduos apaixonados que estão abertos a romances e liberais em suas atitudes sexuais.⁽⁷⁾ Esse estudo apresentou limitações quanto à população estudada, pois não houve diversidade, sendo estudadas somente mulheres praticantes de exercício físico e com predominância de renda e escolaridade altas.

CONCLUSÃO

Esse estudo conclui que o número e o tipo de parto têm influência na função sexual feminina, o que não aconteceu com a autoimagem genital. Faltam pesquisas na área da saúde sexual relacionadas ao número/tipo de parto e, principalmente, relacionando esses à autoimagem genital feminina. Os

autores sugerem pesquisas nessa área com outras populações para ampliação do tema.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2005; 27(11): 677-82.
2. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev. bras. fisioter.* 2009;13(5):383-9.
3. Silva CR. Cinesioterapia do assoalho pélvico feminino: abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas. São Paulo: Editora Phorte; 2011. pp. 32, 43-46.
4. Abdo CHH, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. clin.* 2006; 33(3):162-7.
5. Abdo CHH. Depressão e sexualidade. 2004^a. Citado por Abdo, Carmita Helena Hajjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos Diagnósticos e terapêuticos das Disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. clin.* 2006; 33(3):162-7.
6. Abdo CHH, Oliveira Júnior WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil Sexual da população Brasileira: resultado do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. *RBM rev. bras. med.* 2002;59(4):250-7.
7. Berman L, Berman J, Miles M, Pallets D, Powell JA. Genital Self-Image as a Component of Sexual Health: Relationship Between Genital Self-Image, Female Sexual Function, and Quality of Life Measures. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(s):11-21.
8. Andersen BL. Surviving cancer: The importance of sexual self-concept. *Med Pediatr Oncol.* 1999;33:15-23.
9. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do



- Female Sexual Function Index. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2008; 30(10):504-510.
10. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *J Sex Med.* 2011;8:158-166.
 11. RC, Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. Adaptação transcultural do índice de função sexual feminina. *Cad. saúde pública.* 2008;24(2):416-26.
 12. Kisner C, Colby L. Exercícios terapêuticos. 3.ed. São Paulo: Manole; 1998.
 13. Francesche J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev. bras. fisio.* 2009;13(5):383-9.
 14. Baytur YB. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. 2005 Mar. Citado por Friedman S, Blomquist JL, Nugent JM, Mcdermott KC, Muñoz A, Handa VL. Pelvic Muscle Strength After Childbirth. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5).
 15. Marcelino TC, Lanuez FV. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. *ConScientiae saúde.* 2009; 8(2):339-344.
 16. Correggio KS, Junior Trapani A, Correggio KS, Mantovani PR. Avaliação da função muscular perineal em gestantes. *ACM Arq. catarin. med.* 2010; 39(3).
 17. Passanha A, Bortoletto APM, Feldenheimer ACS, Benício MHD. Insatisfação com a imagem corporal no período pré-gestacional e fatores associados. *Revista Psicologia e Saúde.* 2013;5(2):92-101
 18. Sanchez D, Kiefer A. Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Arch Sex Behav.* 2007;36:808-20.