

Fisioter Bras 2016;17(6):544-50

ARTIGO ORIGINAL

Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional

Female sexual function, wear for emotional sexual dissatisfaction and emotional intelligence

Jhonatan Zimmermann Antônio*, Andreia da Silva*, Patrícia Pereira Bucco da Costa*, Daysi Jung, Ft.**, Caroline Funchal Pereira, Ft.***, Erica Feio Carneiro Nunes, M.Sc.****, Gustavo Fernando Sutter Latorre, Ft. M.Sc.

*Acadêmico do curso de fisioterapia, Faculdade Uniban Anhanguera, São José/SC, **Docente do Curso de Fisioterapia da UNISUL, Palhoça/SC, ***Fisioterapeuta Pélvica, Florianópolis/SC, ****Docente da Universidade do Estado do Pará, Belém/PA, *****Fisioterapeuta pélvico, Faculdade Uniban Anhanguera, São José/SC

Recebido em 17 de julho de 2015; aceito em 31 de outubro de 2016.

Endereço para correspondência: Gustavo Sutter Latorre, Rua Silva Jardim 307, 88020-200 Florianópolis SC, E-mail: gustavo@perineo.net, jhonnzimmer@gmail.com, deia_silvaduda1@hotmail.com, patybucco@hotmail.com, daysijung@gmail.com, caroline_funchal@hotmail.com, ericarneiro@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: A disfunção sexual feminina (DSF) é condição prevalente e que impacta negativamente sobre o emocional e a qualidade de vida. Apesar dos apontamentos da relação da DSF com o desgaste emocional por insatisfação sexual (DEIS) e inteligência emocional (EI), a associação entre eles não é clara. **Objetivo:** Estudar a função sexual feminina e sua associação com DEIS e EI. **Métodos:** Convite em redes sociais e cartazes para maiores de idade. Avaliação da função sexual com o FSFI, o DEIS com o *Female Sexual Distress Scale – Revised* (FSDSr) e EI com o AES, além de um questionário sociodemográfico; associações pelo Teste-T ou Chi-quadrado. **Resultados:** Das 39 mulheres sexualmente ativas que responderam aos questionários, 25,6% apresentou DSF, sendo 58,9% no domínio orgasmo, 56,4% nos domínios dor e excitação, 51,3% no satisfação, 43,5% no desejo e 41% no lubrificação. Idade e uso de anticoncepcionais hormonais estiveram associados à DSF. IE esteve inversamente relacionada à DSF, e houve forte associação entre DSF e DEIS. **Conclusão:** DSF está associada ao DEIS e a menores escores de EI, além de idades mais jovens e o uso de anticoncepcionais hormonais.

Palavras-chave: sexualidade, estresse emocional, inteligência emocional, prevalência.

Abstract

Background: Female sexual dysfunction (FSD) is a prevalent condition and impacts negatively on emotional and quality of life. Despite the suppose relation between FSD sexual distress (SD) and emotional intelligence (EI), the association between them remains unclear. **Objective:** To study the female sexual function and its association with SD and EI. **Methods:** Invitation on social networks and posters for assessment of sexual function with the FSFI, SD with Female Sexual Distress Scale – Revised (FSDSr) and EI with the AES, and a sociodemographic questionnaire; associations by T-test or Chi-square. **Results:** Of the 39 sexually active women who answered the questions, 25.6% presented DSF, with 58.9% in the orgasm domain, 56.4% in the domains pain and excitement, 51.3% satisfaction, 43.5% desire and 41% lubrication. Age and use of hormonal contraceptives were associated with DSF. IE was inversely related to the DSF, and there was a strong association between DSF and SD. **Conclusion:** DSF is associated with the SD and lowest scores of EI, and younger ages and the use of hormonal contraceptives. **Key-words:** sexuality, emotional stress, emotional intelligence, prevalence.

Introdução

A sexualidade é parte integrante da saúde, qualidade de vida e bem-estar geral do ser humano. Ela reflete todo um patrimônio biológico de experiências do desenvolvimento sexual, de características da personalidade e da avaliação que o indivíduo faz de si próprio [1].

A resposta sexual se expressa através de uma sucessão de fases, que se manifestam fisiologicamente de forma sequenciada e interligadas entre si, o que dá origem ao ciclo da resposta sexual humana. Este ciclo pode ser desencadeado por vários tipos de estímulos: fantasias, pensamentos eróticos, carícias, masturbação e coito [2]. As fases dos ciclos da resposta sexual humana feminina podem ser descritas como: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Uma perturbação num destes estágios ou ainda a presença de dor associada ao ato sexual caracteriza o que se chama de disfunção sexual [3].

Particularmente a disfunção sexual feminina (DSF) é um problema multifatorial que envolve determinantes biológicos, como anatômicos, vasculares, neurológicos e hormonais, além de psicológicos e interpessoais [1]. Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres possuem algum grau de disfunção sexual [4].

O impacto emocional das DSF pode ser um agravante ao problema, de forma que a mulher não se sinta preparada para enfrentá-lo [5]. De fato, a curto prazo, as DSF provocam perturbações emocionais que afetam negativamente vários aspectos da vida da portadora de DSF, como os familiares e os de trabalho [6]. Por exemplo, a maioria das mulheres que possuem o transtorno do orgasmo, segunda doença sexual mais prevalente em mulheres, escolhem termos como “frustrada” para descrever suas dificuldades com o orgasmo [7].

A função sexual, portanto, está intimamente relacionada à saúde emocional feminina [8,9], de modo que a avaliação do desgaste emocional por insatisfação sexual (DEIS) é imprescindível quando se avalia função sexual [10], pois o interesse e a satisfação sexual estão ligados à expressividade emocional, a autoestima das mulheres, sentimentos de depressão e solidão, assim como a função cognitiva destas.

A palavra “disfunção” está associada à noção de que algo não se comporta como deveria, o que sugere que há uma norma na função. No entanto, no que diz respeito à DSF, essa norma ainda não foi estabelecida. Dos estudos relativos à função sexual, poucos são os que tratam dos cuidados de saúde primária ou aqueles relativos a mulheres saudáveis ou da população em geral [1], embora o problema seja prevalente mesmo em mulheres, à priori, híginas [11].

Além da influência da DSF na funcionalidade geral da mulher e do DEIS, outras variáveis precisam ser avaliadas, como a inteligência emocional (IE). Foi demonstrado recentemente que, para a população em geral, o risco de DSF é inversamente proporcional aos índices de IE [12,13]. A IE parece ter impacto direto sobre a função sexual feminina, uma vez que ela inabilita a mulher de comunicar seus desejos e expectativas ao parceiro, resultando, por fim, em estresse emocional e/ou DEIS [13]. Em relação ao DEIS, apesar do impacto sobre a função sexual feminina, ele é considerado um conceito multidimensional e necessita maior estudo [14].

Apesar de haver estudos que analisam a saúde sexual feminina com a IE, há uma lacuna no tocante a estudos que avaliem a função sexual feminina em relação à IE e ao DEIS [13]. Diante disto, o presente estudo objetivou verificar as associações entre a função sexual de mulheres com a IE e o DEIS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa em seres humanos da Faculdade Anhanguera (Parecer nº 921.650/2014), respeitando-se as normas da resolução 466/12.

Foram incluídas na pesquisa mulheres sexualmente ativas, acima dos 18 anos, e excluídas as que tivessem doença neurológica e que não tivessem tido relação sexual nas últimas 4 semanas.

A amostragem se deu por conveniência a partir de convite público efetuado em redes sociais e cartazes, nos quais havia o e-mail criado para a pesquisa. Assim, as mulheres que aceitassem participar da pesquisa, respondiam a esse e-mail, confirmando sua participação.

As voluntárias, então, eram orientadas a se dirigem nas datas e horários disponíveis para uma sala particular, discreta e individual, exclusivamente reservada para este fim nas dependências da Faculdade Anhanguera, em São José. Nestes dias elas liam, e em caso de

concordância, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, elas passavam por uma avaliação fisioterapêutica para colher dados sociodemográficos e respondiam aos questionários de avaliação da função sexual feminina (FSFI), de inteligência emocional (AES) e de desgaste emocional (FSDSr). Todos os questionários foram anônimos.

O FSFI (*Female Sexual Dysfunction Index*) [15] é um questionário traduzido e validado para língua portuguesa, consistindo de uma escala breve, específica e multidimensional que avalia a função sexual de mulheres. Possui escores de corte para disfunção sexual em geral, bem como para disfunção nos domínios desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor.

O AES (*Assessing Emotions Scale*) é uma escala de 33 questões, que quantifica linearmente a IE feminina, que foi traduzida para o português, para esta pesquisa.

E por último, o FSDSr (*Female Sexual Distress Scale – Revised*) é um instrumento também largamente utilizado internacionalmente e capaz de apontar, com 13 questões, a existência de desgaste emocional por insatisfação sexual, ou seja o escore de desconforto com a vida sexual, ou o quanto o sexo te estressa, que se traduz em uma escala linear: quanto mais alto o valor, maior o estresse.

O software Excel 2010 foi adotado para tabulação dos dados e confecção das tabelas. A análise estatística foi realizada no software BioEstat 5.0. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e as numéricas por meio de medidas de tendência central e dispersão. A significância dos dados foi avaliada pelo teste ANOVA e Qui-Quadrado. Todos os resultados foram considerados estatisticamente significantes no nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Dos convites efetuados, 43 mulheres demonstraram interesse em participar do estudo, destas, todas responderam aos questionários e não houve questões em branco. No entanto, quatro delas estavam sexualmente inativas no último mês, o que levou à exclusão das mesmas na análise estatística, totalizando ao final do estudo 39 mulheres.

As características demográficas das 39 voluntárias que compuseram o estudo são apresentadas na Tabela I.

Tabela I - Características demográficas da amostra.

	N
Idade	23 ± 4,5*
Gestante hoje	3
Orientação	
Heterossexual	36
Bissexual	2
Estado civil	
Solteira	16
Casada	14
União estável	7
Divorciada	1
Nº de filhos	
Nenhum	24
Um	8
Dois	5
Três	1
Número de gestações	
Nuligestas	24
Unigestas	8
Multigestas	6
Tipo de parto	
Vaginal	6
Cesáreo	10
Uso de anticoncepcional	
Não hormonal	10
Hormonal	16
Nenhum	2
Uso de antidepressivo	2

*média e desvio padrão.

Em relação aos resultados do FSFI, das 39 mulheres, dez (25,6%) obtiveram escores abaixo do valor de corte, o que revelou presença de DSF. E assim, dividiu-se a amostra em dois grupos, para melhor análise dos resultados: o grupo DSF+ (as voluntárias que pontuaram abaixo de 26) e DSF (voluntárias que pontuaram acima de 26). À exceção da idade, não houve diferenças significativas nas características demográficas das mulheres com DSF em comparação com o grupo sem a disfunção.

Todas as participantes do DSF+ apresentaram problemas no domínio excitação, nove no domínio orgasmo (90%) e o domínio dor apresentou uma prevalência de 80%, seguido por lubrificação e satisfação (70%). Estes dados estão disponíveis na Tabela II.

Tabela II - Domínios do FSFI para a amostra total e para o DSF+.

	Amostra total (n = 39)		DSF+ (n = 10)	
	N	%	N	%
D1 – Desejo	17	43,5	7	70
D2 – Excitação	22	56,4	10	100
D3 – Lubrificação	16	41,0	7	70
D4 – Orgasmo	23	58,9	9	90
D5 – Satisfação	20	51,3	7	70
D6 – Dor	22	56,4	8	80
Escore total	10	25,6	10	100

Na tabela III está descrita a relação da idade, da IE entre os grupos. A média de idade do DSF+ foi menor quando comparada à média do DSF- ($p = 0,04$). Não houve diferença significativa entre as médias de IE do DSF+ quando comparado ao DSF- ($p = 0,4$).

Tabela III - Médias de idade e IE do DSF+ e DSF-.

	Idade				Inteligência Emocional			
	N	Média	r*	p**	N	Média	r*	p**
DSF -	28	26,8 ± 9	7,1 ± 3	0,04	28	128,4 ± 12	8,8 ± 4	0,04
DSF +	10	19,7 ± 8			10	119,6 ± 8		

**Teste ANOVA, $p \leq 0,05$.

Quanto ao DEIS medido pelo FSDSr, 12 mulheres da amostra total (30,7%) apresentaram escores compatíveis com disfunção neste aspecto. Contudo, ao se comparar a frequência de DEIS entre os grupos DSF+ e DSF-, notou-se que, 90% do grupo DSF+ também apresentaram escores do FSDSr preditivos de DEIS, contra apenas 24,1% de DEIS das mulheres do DSF-.

Das 16 voluntárias que usavam anticoncepcional hormonal (oral, injetável, anel vaginal, etc.), 61,5% apresentaram escores do FSFI compatíveis à DSF, o que demonstrou forte associação entre o uso de anticoncepcional e a presença de DSF ($p = 0,01$). Nenhuma das 12 mulheres que não usava anticoncepcional hormonal ou não (preservativo, DIU) apresentou escores preditivos de DSF.

Não houve relação entre DSF e desconforto sexual, tempo das preliminares, orientação sexual, gestação, uso de antidepressivo, paridade ou via de parto. Também não estiveram relacionados DEIS e IE.

Discussão

A DSF é um problema multifatorial que afeta um terço da população feminina mundial, podendo ultrapassar os 90% de prevalência para populações específicas, inclusive as mais jovens, e em virtude do domínio sexual analisado [11]. Dentre os fatores influentes na DSF estão a IE e o DEIS, situações pouco estudadas atualmente [13].

O presente estudo objetivou verificar as associações entre a função sexual feminina, IE e DEIS em mulheres da população em geral. Das 43 participantes com média etária $23 \pm 4,5$ anos, 39 (95,1%) estiveram sexualmente ativas no último mês. Destas, 25,6% apresentaram escores preditivos de disfunção sexual. Estes dados de prevalência estão de acordo com outros estudos recentes em amostras de idade semelhante à do presente [11,16,17].

À exceção da idade, não houve diferenças significativas quanto às características demográficas das mulheres com ou sem DSF, corroborando os dados obtidos por Prado et al. [16]. As mulheres mais jovens (média etária $19,7 \pm 8$) apresentaram maior propensão à DSF do que as ligeiramente mais velhas (média etária $26,8 \pm 9$). Estes dados estão de acordo a estudos prévios [11], em que idades menores estiveram associadas à DSF. O mesmo estudo apontou uma relação entre a DSF com relacionamentos mais recentes, e os autores apontaram a pouca experiência relativa ao início da vida sexual como um dos fatores possivelmente responsáveis pelo problema, particularmente quando nas mulheres mais jovens o domínio mais afetado foi dor. Estas evidências, de que a população feminina mais jovem ou no início da vida sexual, apresenta maior risco de DSF, especialmente por dor, é tema relevante e merece maior estudo, uma vez que estratégias preventivas importantes poderão ser traçadas no intuito de evitar o sofrimento de milhares de jovens nesta situação de risco em potencial.

Outra revelação importante foi observada quanto à inatividade sexual das poucas voluntárias nesta situação. Das quatro mulheres (4,9%) sexualmente inativas no último mês, duas apresentaram bons escores de satisfação com a vida sexual, enquanto duas outras não. Todas tinham 21 ou 22 anos de idade. Dentre as inativas que referiram insatisfação sexual, uma pontuou duas questões do domínio dor sugerindo dor na relação sexual, o que leva a inferência de que residiria aí a possível razão para sua inatividade. A outra voluntária inativa e insatisfeita com sua sexualidade não deixou indícios do motivo. Curiosamente nenhuma das quatro inativas apresentou escores correspondentes a DEIS associado. De qualquer forma é importante ressaltar que, nem sempre, a inatividade sexual pode ser interpretada como escolha da mulher. Situações disfuncionais, físicas ou emocionais, podem levar ao problema e, portanto, a simples exclusão das mulheres sexualmente inativas de estudos a partir de índices de função, como o FSFI, pode acabar em negligenciar indivíduos de potencial interesse, especialmente terapêutico.

Quando a análise funcional foi efetuada por meio dos domínios específicos do FSFI, apenas 10,2% da amostra apresentaram todos os escores dentro dos parâmetros normais. Todos os domínios específicos apresentaram de 41% a 58,9% das mulheres com escores preditivos de disfunção específica. Apesar da grande parte destas mulheres estarem abaixo da faixa de corte para DSF pelo escore total do FSFI, há que se frisar que se há um domínio com escore abaixo do esperado, há uma parte da função sexual passível de tratamento.

A frequência de DEIS no grupo de mulheres com DSF foi quase quatro vezes maior do que a mesma no grupo de mulheres sem DSF. Estas observações corroboram a relação direta entre DSF e DEIS, de modo que a utilização desta variável em estudos de sexualidade deve ser estimulada. Talvez ainda mais relevante seja o fato de que, para as pacientes com DSF, mas sem DEIS, a base do tratamento deveria ser eminentemente física. Por outro lado, para aquelas que o DEIS é mais elevado, o enfoque terapêutico deveria residir no tratamento psicológico. De fato, a abordagem multidisciplinar no tratamento das disfunções sexuais em geral é hoje altamente recomendada [18]. Uma interação mais estreita, por exemplo, do fisioterapeuta pélvico ao abordar os componentes cinesiológico-funcionais da DSF, e do psicólogo ao abordar os distúrbios emocionais do mesmo problema, pode potencialmente promover resultados mais céleres e eficientes.

Quanto à IE, a média do quociente para o grupo com DSF foi significativamente menor do que a do grupo sem o problema, evidenciando novamente a importância da inteligência emocional na função sexual feminina, dados em consonância com a literatura atual [12,13,19,20]. Novamente a avaliação clínica da inteligência emocional pode reconhecer mulheres em situação de risco para a DSF, permitindo dessa forma o traçado de estratégias preventivas neste sentido.

O mesmo pode ser concluído com relação ao uso de anticoncepcional hormonal, que também esteve fortemente associado à DSF. Das mulheres que não o usavam, nenhuma possuía DSF. Ao contrário, no grupo das que utilizava a modalidade, quase dois terços das voluntárias apresentaram DSF. Considerando a popularidade dos métodos anticoncepcionais hormonais atualmente, medidas preventivas importantes podem ser tomadas neste sentido.

Conclusão

A disfunção sexual é condição prevalente em 25,6% das mulheres entre 18 e 43 anos, estando diretamente associada ao desgaste emocional por insatisfação sexual, além de associada de modo inversamente proporcional à inteligência emocional. Idades mais jovens e o uso de anticoncepcionais hormonais são fatores de risco para o problema.

O conhecimento claro das inter-relações entre DSF, desconforto emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional poderão guiar a abordagens terapêuticas e preventivas mais eficazes, na medida em que o risco sexual de populações, como, por exemplo, aquelas sob situações de estresse emocional, pode ser identificado precocemente. De modo semelhante, a DSF de algumas mulheres pode ser originária da carência de inteligência emocional e, identificada a relação entre estes dois fatores, o tratamento de alguns casos particulares de DSF pode ser potencializado.

Referências

1. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: Prevalência e fatores relacionados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2006;22(6):701-20.
2. Lara LAS, Silva ACJSRE, Romão APM, Junqueira FRS. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(6):312-21.
3. Pablo C, Soares C. As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2004;20:357-70.
4. Junqueira FRR, Lara LAS, Romão APMS, Rosa e Silva ACJS, Romão GS, Ferriani RA. Implantação de um ambulatório de sexualidade em um serviço de ginecologia de hospital universitário: resultados após um ano. *Reprod Clim* 2005;20:13-6
5. Abdo CHN, Fleury HJ. Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2006;33(3):162-7.
6. Buster JE. Sexual health matters! *Fertility and Sterility* 2013;100(4):897.
7. Dickstein JB, Goldstein SW, Tkachenko N, Kreppner W. Correlation of question 15 of the FSDS-DAO with clinician evaluation of female orgasmic disorder. *J Sex Med* 2013;10(9):2251-4.
8. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas* 2011;70(3):210-5.
9. Basson R, Wierman ME, Van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7(1Pt 2):314-26.
10. Knoepp LR, Shippey SH, Chen CC, Cundiff GW, Derogatis LR, Handa VL. Sexual complaints, pelvic floor symptoms, and sexual distress in women over forty. *J Sex Med* 2010;7(11):3675-82.
11. Latorre GFS, Bilck PA, Cardoso FL, Sperandio FF. Validade e confiabilidade de uma versão on-line do Female Sexual Function Index por teste e reteste. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(10):469-474.
12. Burri A, Cherkas LM, Spector TD. Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *J Sex Med* 2009;6(7):1930-7.
13. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med* 2011;8(9):2420-30.
14. Burri A, Rahman Q, Santtila P, Jern P, Spector T, Sandnabba K. The relationship between same-sex sexual experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2012;9(1):198-206.
15. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos JR, Pandolfi E. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul* 2007;27(1):10-14.
16. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32(3):139-43.
17. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *Sex Med* 2010;7(6):2139-48.
18. Foley S, Wittmann D, Balon R. A multidisciplinary approach to sexual dysfunction in medical education. *Acad Psychiatry* 2010;34(5):386-9.
19. Burri A, Lachance G, Williams FM. Prevalence and risk factors of sexual problems and sexual distress in a sample of women suffering from chronic widespread pain. *J Sex Med*. 2014;11(11):2772-84.

20. Howell KH, Miller-Graff LE. Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. *Child Abuse Negl* 2014;S0145-2134(14)00343-3.