

## **DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES COM ALTA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

**ÉRICA PEREIRA MARTINS<sup>1</sup>; MARCELA BERTONI FASSBENDER<sup>2</sup>; MARTA SOLANGE STREICHER JANELLI DA SILVA<sup>3</sup>; ANA LAURA SICA CRUZEIRO<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [ericapmartins@gmail.com](mailto:ericapmartins@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marcelafassbender@yahoo.com.br](mailto:marcelafassbender@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [martajanelli@hotmail.com](mailto:martajanelli@hotmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [alcruzeiro@gmail.com](mailto:alcruzeiro@gmail.com)

### **1. INTRODUÇÃO**

A sexualidade humana sempre esteve permeada de questões tanto individuais quanto culturais ao longo da história da humanidade. A atividade sexual envolve dimensões biológicas e psíquicas, podendo, por essa razão, ser influenciada por diversos aspectos.

ABDO e FLEURY (2006) destacam que os estudos populacionais de Alfred Kinsey, pesquisador norte-americano, foram precursores e contribuíram expressivamente para o desenvolvimento do conceito de normal e patológico em sexualidade. De acordo com a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014), disfunções sexuais “formam um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual”.

Algumas disfunções sexuais estão presentes ao longo da vida dos indivíduos, o que significa que estão presentes desde suas primeiras práticas sexuais, ao passo que outros problemas dessa natureza se manifestam após certo período de atividades sexuais normais, sendo considerados adquiridos.

A AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014) identifica dez tipos de disfunções sexuais: ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura, disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada. Já a Sociedade Brasileira de Clínica Médica, segundo LOPES e BARACAT (2007), classifica as disfunções sexuais femininas em função das fases da resposta sexual, que são desejo, excitação, orgasmo e dor.

HENTSCHEL e CAPP (2010) afirmam que “disfunções sexuais são mais comuns em mulheres do que em homens”. Tal incidência se dá em função da diferença existente entre o que representa a atividade sexual para os homens e para as mulheres. Geralmente, para a mulher, as motivações sexuais estão relacionadas a questões emocionais, situação na qual tem muito peso a figura do parceiro. Adicionalmente, aspectos relacionados à autoestima e a aparência também configuram fatores de grande importância no imaginário feminino, sendo refletidos na forma como a mulher vive sua sexualidade.

Nesse sentido, uma síndrome psiquiátrica bastante conhecida, e que pode estar diretamente relacionada às disfunções sexuais é a síndrome depressiva. CHENIAUX (2013) define síndrome depressiva como um estado que tem como características centrais “(...) a tristeza (exacerbação afetiva), a hipobulia ou abulia (alteração da conotação) e a inibição do curso do pensamento”. Ela pode ser encontrada no transtorno depressivo maior, no transtorno bipolar, no transtorno

esquizoafetivo ou ainda pode ser causada por condições médicas gerais ou substâncias. ABDO e FLEURY (2006) afirmam que a depressão, prevalente no sexo feminino, é dos três principais fatores que conduzem e agravam a disfunção sexual.

Considerando essa breve exposição, o presente trabalho se propõe a analisar entre disfunções sexuais nos quesitos desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor em mulheres com graus de depressão moderado ou grave, considerados como alta sintomatologia depressiva. A literatura aponta que pode existir estreita relação entre depressão e disfunções sexuais, justificando-se assim a relevância desse estudo.

## 2. METODOLOGIA

O levantamento dos dados foi feito a partir de um estudo transversal. A primeira etapa deste estudo foi realizada no ambulatório do Campus da Saúde Dr. Franklin Olivé Leite da Universidade Católica de Pelotas, totalizando 207 respondentes. A segunda etapa está em fase de encerramento, sendo realizada no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com o propósito de atingir 320 respondentes.

A coleta dos dados se dá através de um questionário autoaplicável, distribuído nas salas de espera dos referidos ambulatórios por acadêmicos do curso de Psicologia. As pacientes são convidadas pelos acadêmicos a responderem o questionário, bem como por eles orientadas em caso de dúvidas, sendo requisito para participação na pesquisa ter entre 18 e 40 anos e assinar um termo de consentimento elaborado para tal fim.

O questionário é composto por blocos de perguntas, os quais foram agrupados de acordo com seus objetivos. Os resultados permitem conhecer dados acerca do perfil das entrevistadas, índice de função sexual, ansiedade, depressão e saúde em geral. As questões referentes ao índice de função sexual e depressão, objetos do presente estudo, foram elaboradas com base no *Female Sexual Function Index* (FSFI) e na Escala de Depressão de Beck (BDI-II), instrumentos reconhecidamente validados para essas finalidades.

O Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) foi utilizado para investigar as disfunções sexuais e tem como objetivo avaliar a resposta sexual feminina nas seguintes fases: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. De acordo com PACAGNELLA *et al* (2008), este instrumento foi adaptado e validado para utilização no Brasil e vem sendo utilizado em diversas pesquisas relacionadas à sexualidade feminina. O questionário é composto por 19 questões que tem como objetivo avaliar a vida e a função sexual durante as últimas quatro semanas. Para cada questão existe uma pontuação entre 0 a 5 que avalia, em escala crescente, a situação de cada função. Nas questões referentes à dor, a escala é adotada de forma decrescente. Nos casos em que a respondente não exerceu atividade sexual no período em questão, o escore atribuído às respostas é de zero. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio, multiplicado por um fator homogêneo determinado. Com base neste escore é possível, então, avaliar se a população possui disfunção sexual, de acordo com o modelo adotado.

A Escala de Depressão de Beck, de acordo com MALUF (2002) foi um instrumento desenvolvido por Aaron Beck, juntamente com seus colaboradores, cujos itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia, consistindo em um instrumento validado e reconhecido. Nos casos em que foi constatado índice de depressão de acordo com os parâmetros da Escala de

Beck, as respondentes receberam encaminhamento para atendimento psicológico gratuito na Universidade Católica de Pelotas.

Os dados foram codificados, revisados e duplamente digitados no programa Epi Info 6.0, com programação de amplitude e consistência para entrada dos dados. O tratamento dos dados foi realizado através do *software* IBM SPSS, utilitário estatístico bastante popular e eficiente para a análise de dados quantitativos.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra preliminar foi composta por 307 mulheres. Do total desta amostra, a média de idade das entrevistadas foi 27,3 anos, 52,2% eram da classe socioeconômica D/E, 84,9% tinham 12 anos ou mais de escolaridade. Em relação à religião, 80,7% afirmaram ter uma religião e 20,1% apresentaram depressão. As mulheres casadas ou que vivem com um companheiro totalizaram 61,5% da amostra. A prevalência de disfunção sexual encontrada foi de 33,6%. Das mulheres entrevistadas 30,7% eram gestantes e 35,6% apresentaram ansiedade.

A análise objetivada neste estudo foi realizada entre as respondentes da primeira etapa de realização da pesquisa as quais apresentaram depressão, totalizando 62 mulheres. Dentre essas, 35 apresentaram depressão em grau leve e 27 apresentaram graus moderado ou grave de depressão, o que representa pontuação acima de 20 na Escala de Beck.

No escore relativo ao grau de desejo sexual, as entrevistadas em geral apresentaram média de  $3,76 \pm 1,71$ . As respondentes com alta sintomatologia depressiva apresentaram média de  $2,53 \pm 1,83$  sendo o limite inferior 1,80 e o limite superior 3,25.

No escore relativo ao grau de excitação sexual, as entrevistadas em geral apresentaram média de  $4,03 \pm 2,05$ . As respondentes com alta sintomatologia depressiva apresentaram média de  $2,59 \pm 2,28$ , sendo o limite inferior 1,67 e o limite superior 3,52.

No escore relativo à frequência de lubrificação vaginal, as entrevistadas em geral apresentaram média de  $4,56 \pm 2,39$ . As respondentes com alta sintomatologia depressiva apresentaram média de  $3,07 \pm 2,59$ , sendo o limite inferior 2,05 e o limite superior 4,10.

No escore relativo ao grau de satisfação com a capacidade de atingir o orgasmo, as entrevistadas em geral apresentaram média de  $4,64 \pm 2,48$ . As respondentes com alta sintomatologia depressiva apresentaram média de  $3,27 \pm 3,06$ , sendo o limite inferior 2,06 e o limite superior 4,48.

No escore relativo ao grau de satisfação com a vida sexual de modo geral, as entrevistadas em geral apresentaram média de  $5,02 \pm 2,48$ . As respondentes com alta sintomatologia depressiva apresentaram média de  $3,52 \pm 3,02$ , sendo o limite inferior 2,33 e o limite superior 4,72.

No escore relativo à frequência de dor durante e após a penetração, as entrevistadas em geral apresentaram média de  $4,82 \pm 2,63$ . As respondentes com alta sintomatologia depressiva apresentaram média de  $3,76 \pm 2,95$ , sendo o limite inferior 2,59 e o limite superior 4,93.

Dentre os resultados gerais, o escore que apresentou maior grau foi o de satisfação com a vida sexual em geral, ao mesmo tempo em que o escore que apresentou menor desempenho foi o de grau de desejo sexual. Na análise dos resultados referente especificamente às mulheres com alta sintomatologia depressiva, o índice que apresentou resultado mais elevado foi o de frequência de

dor na penetração. O menor desempenho neste grupo foi no mesmo quesito em que na média geral.

Entre as variações de mínimo e máximo das respondentes com alta sintomatologia depressiva, o critério que apresentou maior distância entre mínimo e máximo foi o de satisfação com a capacidade de atingir o orgasmo.

Apesar de os índices apresentados pelas mulheres com alta sintomatologia depressiva não conterem diferenças expressivas quando comparados com os índices em geral, é possível perceber que apresentam desempenhos inferiores, reforçando a hipótese prévia embasada na literatura atual de que a atividade sexual é afetada pela depressão, sendo esta um transtorno que reproduz reflexos nas diversas áreas da vida do indivíduo.

#### 4. CONCLUSÕES

Os resultados analisados comprovaram a relação entre alta sintomatologia depressiva e disfunções sexuais, na medida em que foi evidenciado que as médias de escores de mulheres depressivas foram inferiores a mulheres sem depressão.

Cabe salientar, porém, que escalas de autorelato, em geral, contam com uma limitação intrínseca que é o fato de que o indivíduo pode facilmente supervalorizar uma resposta, ou mesmo minimizá-la. Tais atitudes podem impactar no resultado final, devendo tais escalas não serem exclusivamente utilizadas para se emitir um diagnóstico.

Outrossim, a presente análise foi apenas uma das possíveis de ser feitas dentre os dados provenientes desse estudo transversal, podendo outros fatores serem combinados a fim de ampliar a compreensão dos fenômenos relacionados com a prevalência de disfunções sexuais nas entrevistas.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C.H.N. FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol.33, nº 3, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CHENIAUX JR, E. **Manual de Psicopatologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- HENTSCHEL, H. CAPP, E. Sexualidade e Hormônios. In: CORLETA, H.V.E. CAPP, E. (Org.) **Ginecologia Endócrina: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 13, p. 129-138.
- LOPES, G.P. BARACAT, E.C. Disfunção Sexual Feminina. In: LOPES, A.C. (Editor) **Diagnóstico e Tratamento**. Vol. 3. Barueri: Manole, 2007.
- MALUF, T. P.G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 2002. Tese. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo.
- PACAGNELLA R., VIEIRA E., RODRIGUES Jr. O., SOUZA C. Adaptação transcultural do *Female Sexual Function Index*. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.24, p.416-26, Fev. 2008.