

## Atitudes do Comportamento Sexual Feminino e suas Peculiaridades

### Attitudes of Female Sexual Behavior and its Peculiarities

R. S. Brito<sup>1</sup>; A. L. Sartori<sup>3</sup>; K. M. H. Cavalcante<sup>2</sup>; V. S. Lima<sup>3,+</sup>; P. P. Cavalcanti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Sergipe Enfermeira, mestre em enfermagem.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop.

+ Author for correspondence: [valfransi@hotmail.com](mailto:valfransi@hotmail.com)

---

#### Resumo

Este estudo objetivou caracterizar as atitudes do comportamento sexual feminino. Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa. Constituíram a amostra 100 mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família de Sinop - MT. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada, contendo questões envolvendo a saúde sexual. Foram obedecidas as normas éticas de pesquisa com seres humanos. Destaca-se que a idade das participantes variou de 18 a 85 anos e destas 3% declararam-se ser profissionais do sexo. Nota-se que 40% das entrevistadas não conseguem ficar excitadas antes da penetração e que 14% apresentam dispareunia. Quanto ao orgasmo, 4% referiram nunca ter manifestado tal sensação, 1% negou orgasmo no momento e 95% deixaram claro que possuíam orgasmo. Logo, a função sexual pode ser afetada, fatos que podem ser evitados e/ou minimizados com atendimento integral na consulta de enfermagem.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Comportamento Sexual; Sexualidade.

#### Abstract

This study aimed to characterize the attitudes of female sexual behavior. This is a descriptive and quantitative. The sample consisted of 100 women attending the Family Health Strategy Sinop - MT. Data were collected through a semi structured interview containing questions regarding sexual health. The study complied with the ethical standards of research with humans. It is noteworthy that the age of participants ranged from 18 to 85 years and 3% said to be sex workers. Note that 40% of respondents cannot be sexual excited before penetration and 14% have dyspareunia. As to orgasm, 4% reported never having reached, 1% do not have an orgasm at the moment and 95% have made it clear that orgasm. Thus, sexual function may be affected facts that can be avoided and / or minimized with comprehensive care in nursing consultation.

**Keywords:** Women's Health; Sexual Behavior; Sexuality.

---

#### Introdução

Saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, de gestações não desejadas, livre de imposições, violência e discriminações. Ela possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima. Para tanto, é importante uma abordagem positiva da sexualidade e estímulo ao respeito mútuo nas relações sexuais, pois a saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria de cada pessoa (BRASIL, 2009).

A sexualidade envolve, além do corpo, os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura. Portanto, é uma

dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e envolve aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais (BRASIL, 2010). Ela é determinada pela anatomia, pela fisiologia, pela psicologia, pela cultura na qual o indivíduo vive, por sua relação com os outros e por experiências evolutivas durante todo o ciclo da vida. Inclui a percepção do ser homem ou ser mulher e todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos ligados a gratificação sexual e a reprodução, incluindo a atração de uma pessoa pela outra (SADOCK; SADOCK, 2007).

Os problemas sexuais geralmente permanecem ocultos por longo tempo, perturbando a vida do indivíduo e do casal. Não é comum as

pessoas dizerem que não conseguem ter um orgasmo ou uma ereção, que só obtêm prazer quando praticam sexo de uma maneira em particular ou que assumem tal posição para o coito. E por força dos movimentos de liberação da mulher, da influencia dos meios de comunicação de massa, da diminuição da imposição religiosa à sexualidade, da educação sexual, pela facilidade de acesso aos métodos contraceptivos, a prática sexual feminina deixou de ter somente a finalidade da maternidade, passando a ser encarada como direito da mulher em igualdade aos homens (FREITAS et al., 2006).

Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas. Assim as equipes de Saúde da Família tem um papel fundamental na promoção dessa saúde, na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social (BRASIL, 2010).

Sendo assim, esses profissionais em especial os enfermeiros devem realizar uma atividade sistematizada e resolutive, utilizando tecnologias de relação como instrumento que qualifica a assistência, ao promover um tipo de relação interpessoal cordial e interessada (RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2009).

Então, é importante que estes profissionais da área da saúde conheçam o comportamento sexual feminino e suas peculiaridades, para auxiliar o direcionamento do atendimento prestado. Assim, diante do exposto, objetivou-se caracterizar as atitudes do comportamento sexual feminino, e assim, identificar as práticas e sinais de disfunções sexuais para subsidiar as futuras consultas de enfermagem.

## Métodos

Trata-se de um estudo com foco descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no município de Sinop, situado ao norte do estado de Mato Grosso. Realizou-se a coleta de dados no período de abril a julho de 2011. Os locais onde ocorreram as coletas de dados foram escolhidos por apresentarem um maior número de exames preventivos realizados em anos anteriores (SINOP, 2010). Sendo que os sujeitos do estudo foram 100 mulheres, que eram usuárias da Estratégia Saúde da Família local, em três Unidades de Saúde da Família (USF): Boa Esperança, Jardim Botânico e Dr. Carlos Scholtão.

A pesquisa foi realizada por demanda espontânea, somente foram convidadas a participar mulheres, que estivessem em uma das USF referidas e que fizessem parte de sua área de abrangência, porém, desde que se enquadrassem nos seguintes critérios de inclusão: vida sexual ativa, idade mínima de 18 anos, concordância em participar da pesquisa bem como em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destas foram excluídas as mulheres que

apresentavam transtornos mentais, percebíveis ou já diagnosticados.

Os dados foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada, seguindo um formulário previamente estabelecido, contendo questões amplas abordando os aspectos pertinentes à saúde sexual, tais como: o número de parceiros sexuais, o desejo sexual, a presença de orgasmo ou de dispareunia, dentre outros.

As informações foram analisadas através da estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa, sendo apresentados na forma de tabelas.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantido o anonimato das participantes, e a possibilidade de desistência desta em qualquer momento, sem nenhum prejuízo (BRASIL, 1996). Sendo assim, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso (protocolo N°. 009/2011) e foi aprovada dentro dos princípios éticos e da legislação vigente.

## Resultados e Discussão

Os resultados do estudo demonstraram que na amostra de 100 mulheres, a idade variou de 18 a 85 anos com mediana de 33 anos. Quanto ao estado civil 18% das entrevistadas declararam-se solteiras, 3% viúvas, 44% casadas e 35% amasiadas.

Sabe-se que atualmente, existe um alto número de pessoas amasiadas, a união estável, casamento não oficializado, tem se tornado cada vez mais frequente nos últimos 20 anos nos Estados Unidos da América (MADALOZZO, 2008).

Referindo-se à idade da primeira relação sexual, observou-se que a mínima foi de 10 anos e a máxima de 33 com mediana de 16 anos. Constatou-se que 36% das entrevistadas tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade.

Fato semelhante a um estudo sobre a iniciação da vida sexual, onde foram entrevistados 406 adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Onde se verifica que a primeira relação sexual ocorreu em média aos 15,13 anos de idade. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a idade média de início da vida sexual entre homens e mulheres (14,94 e 15,29 anos respectivamente). Além disso, o início da vida sexual ocorreu, em grande parte, de forma não planejada para 72,7% (BORGES, 2005).

A análise dos aspectos pertinentes à vida sexual se iniciará pelo número total de parceiros referidos durante toda a vida sexual, a frequência de relação sexual e a libido referida pelas investigadas, como mostra a Tabela 1.

Em relação à profissão exercida atualmente, 3% das entrevistadas narraram ser garotas de programa, sendo que apenas uma no início da entrevista e duas no desenvolvimento da

mesma. Assim, houve uma profissional do sexo em cada USF.

Entende-se que esta atividade constitui-se em uma troca de satisfação sexual *versus* remuneração e atualmente, apesar da liberação sexual, ainda se mantém como forma de iniciação sexual de jovem e oculta (MOREIRA; MONTEIRO, 2009). Sendo vista como uma atividade contrária as regras sociais, em desrespeito aos limites impostos pela sociedade conservadora (AQUINO et al., 2008).

Sobre o histórico do número de parceiros sexuais (Tabela 1), merece destaque o fato de que (N: 100) 39% das participantes referiram ter

possuído apenas 1 parceiro, 28% já possuíram 2 parceiros sexuais e 10% referiram três parceiros. Além disso, foi evidenciado que 1% apresentou 50 parceiros, 1% relatou cento e cinquenta ou mais e 1% afirmou ter tido relações sexuais com cento e sessenta ou mais parceiros, sendo que essas participantes referiram ser profissionais do sexo, conforme mencionado anteriormente.

Sabe-se que o número elevado de parceiros sexuais é associado ao comportamento sexual de risco e conseqüentemente, um maior risco para adquirir doenças sexualmente transmissíveis (SCANAVINO; ABDO, 2010).

**Tabela 1.** Número de parceiros, frequência da relação sexual e a libido das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2011.

Variáveis	N	%
Números de parceiros sexuais (N: 100)		
Um	39	39
Dois	28	28
Três	10	10
Quatro	5	5
Cinco	2	2
Sete	2	2
Dez	5	5
Doze	2	2
Quinze	4	4
Cinquenta	1	1
Cento e cinquenta ou mais	2	2
Frequência de relação sexual (N: 100)		
Todo dia	10	10
1 vez por semana	11	11
2- 3 vezes por semana	43	43
4 - 5 vezes por semana	20	20
6 ou mais vezes por semana	4	4
Quinzenalmente	3	3
Mensalmente	4	4
Não tem relação no momento	5	5
Frequência de desejo sexual (libido) (N: 100)		
Todo dia	13	13
1 vez por semana	14	14
2- 3 vezes por semana	33	33
4 - 5 vezes por semana	18	18
6 ou mais vezes por semana	2	2
Quinzenalmente	1	1
Mensalmente	1	1
Apenas no período menstrual	1	1
Não tem desejo	17	17

**Tabela 2.** Práticas sexuais das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2011.

Variáveis	N	%
Realização de sexo oral (N: 100)		
Sim	40	40
Não	60	60
Realização de sexo anal (N: 100)		
Sim	15	15
Não	85	85
Realização de sexo vaginal (N: 100)		
Sim	100	100
Não	0	0

No que diz respeito à frequência de relação sexual (N: 100), é evidente que 43% das entrevistadas referiram ter relação sexual de 2-3 vezes por semana, 20% de 4-5 vezes por semana, 11% duas vezes por semana e 10% diariamente.

Entende-se que sexo é uma das formas mais profundas de contato entre duas pessoas. É também uma maneira de ter intimidade e de mostrar o amor que se sente um pelo outro. As pessoas fazem sexo para procriar, mas também para

expressar amor, divertir-se e relaxar (CARVALHO, 2004).

Quando a temática abordada foi a frequência do desejo sexual (N: 100), observou-se que 17% das pesquisadas declararam não manifestar qualquer desejo sexual. Devendo ser levado em consideração, visto que 95% referiram ter relação sexual e dessas, 12% tem relação sexual sem nenhum indício de desejo.

**Tabela 3.** Realização sexual, o conhecimento sobre o próprio corpo e os sinais e sintomas das disfunções sexuais das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2011.

Variáveis	N	%
Sente-se realizada após as relações sexuais?(N: 100)		
Sempre	46	46
Às vezes	46	46
Nunca	8	8
Você se masturba? (N: 100)		
Nunca	67	67
Às vezes	30	30
Sempre	3	3
Consegue chegar ao orgasmo? (N: 100)		
Nunca cheguei ao orgasmo	4	4
Não tenho orgasmo no momento	1	1
Sim	95	95
O orgasmo é difícil ou fácil? (N: 95)		
Difícil	44	46,3
Fácil	51	53,7
Possui dor durante a relação sexual? (N: 100)		
Sim	14	14
Não ou às vezes	86	86

Corroborando esta realidade, o transtorno do desejo sexual hipotivo, que é caracterizado por deficiência ou ausência de fantasias sexuais ou de desejos sexuais, sendo considerada uma disfunção sexual (SADOCK; SADOCK, 2007) e como tal, deve ser adequadamente diagnosticada e tratada.

Fato que merece atenção no comportamento sexual são as práticas sexuais, variando de acordo com a cultura e o desejo do casal, e pode-se observá-las na Tabela 2.

É fato que as Doenças Sexualmente Transmissíveis podem ser transmitidas também através do sexo anal e não apenas pelo sexo vaginal ou oral (BRASIL, 2009). A esse respeito visualiza-se na Tabela 2, que 40% praticam sexo oral e que 15% fazem sexo anal.

Estes aspectos devem ser abordados em pesquisas e especialmente na consulta ginecológica de enfermagem, visto que tais práticas também carecem de orientações específicas, por envolverem riscos de transmissões de doenças. Destaca-se que em todas as práticas sexuais necessita-se do uso do preservativo, que também é essencial no sexo anal, visto que essa é uma região extremamente contaminada e muito vascularizada.

Contudo, também é relevante a realização sexual, o conhecimento sobre o próprio corpo, e os sinais e/ou sintomas das disfunções sexuais, como se verifica na Tabela 3.

Constata-se que diante do questionamento: *Sente-se realizada após as relações sexuais?* 8% declararam que nunca se sentiram realizadas após as relações sexuais.

Sendo esta realidade extremamente delicada, pelo fato de que sexo e sexualidade são essenciais na vida humana, não somente por questões reprodutivas, mas por constituir uma das maiores fontes de prazer humano e realização pessoal (SOUZA et al., 2008).

Sobre a masturbação, 67% mencionaram que nunca havia se masturbado, 30% que se masturbam às vezes e 3% se masturbam sempre.

Entende-se que a masturbação é um comportamento associado ao prazer e à exploração do corpo. É um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que são prazerosas ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo (BRASIL, 2010). Porém, existem poucas pesquisas sobre masturbação feminina e isso pode ser decorrente da prática ser direcionada ao gênero masculino. E não como uma forma de conhecer as

áreas corporais que provocam prazer, atitude que pode ser adotada independente do sexo.

No que concerne à excitação, nota-se que 40% das entrevistadas não conseguem ficar excitadas antes que o pênis seja introduzido e que 14% das entrevistadas queixaram-se de dor durante a relação sexual (dispareunia).

Verificou-se que das clientes questionadas sobre o orgasmo (N: 95): 4 % referiram nunca ter alcançado o orgasmo, 1% não tem orgasmo no momento da realização desta pesquisa e 95% possuíam orgasmo. Dessas que tem orgasmos, 46,3% referiram que esse é difícil de ser alcançado e uma das entrevistadas que referiu nunca ter alcançado o orgasmo possui 79 anos de idade.

No tocante aos possíveis sinais de vaginismo (contrações musculares involuntárias e indesejáveis da musculatura da vagina, que na hora do ato sexual dificultam ou impeçam a penetração), 100% da pesquisadas afirmaram não apresentar.

Uma pesquisa realizada em 2006 e 2007 em Hesarak e Karaj, no Iran é um exemplo claro de mulheres que apresentam pouco orgasmo, onde de um total de 1200 mulheres foram aleatoriamente recrutadas para um estudo com perguntas relacionadas à satisfação sexual e a presença de orgasmo. Este estudo mostrou que a prevalência de anorgasmia (ausência de orgasmo) entre as mulheres iranianas foi de 26,3% e a maior parte das mulheres anorgásmicas estavam altamente insatisfeitas com o seu relacionamento sexual, em comparação com o grupo com o orgasmo normal. Além disso, um menor nível de educação esteve relacionado a taxas mais baixas de consciência do corpo, por serem mais influenciadas por tabus (NAJAFABADY; SALMANI; ABEDI, 2011).

Dados semelhantes foram encontrados de um estudo realizado em Pernambuco, onde a prevalência de algum tipo de disfunção sexual foi de 36%. Sendo que a anorgasmia, seguida da dispareunia e da disfunção do desejo foram as disfunções mais frequentes, diferente da excitação e do vaginismo que foram referidos, mas em menor quantidade (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007).

As disfunções sexuais muitas vezes deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou o profissional de saúde não aborda a questão, seja por apresentar dificuldade em realizar tal abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado (BRASIL, 2010). Os resultados desta pesquisa evidenciam as inúmeras possibilidades da existência das disfunções sexuais no gênero feminino. Seus sinais e sintomas podem ser descobertos durante a consulta ginecológica de enfermagem, de forma a possibilitar um tratamento precoce, propiciando a cura e/ ou uma melhor qualidade de vida.

### Conclusão

A pesquisa evidencia que existem mulheres que não apresentam orgasmo em grande parte das

relações sexuais e até em todas, que apresentam dispareunia, outras referiram nunca terem sentido realizadas após as relações sexuais e outras apresentam desejo sexual hipotivo.

Contudo verificou-se que a função sexual pode ser afetada pela falta de conhecimento sobre a fisiologia da resposta sexual ou no que diz respeito a própria sexualidade e sobretudo conflitos conjugais, os quais são capazes de desencadear sérios problemas emocionais e conseqüentemente alterar a sua resposta sexual.

Além disso, identificou-se a presença de profissionais do sexo, ressaltando a importância de outros estudos que abordem esta população.

Entende-se, que as dúvidas, tabus, medos, anseios, desconfianças e a falta de conhecimento poderiam ser evitados ou minimizados através de atividades de educação em saúde sexual durante as consultas ginecológicas de enfermagem ou médica. Caso essa abordagem não ocorra, as dificuldades das clientes poderão acarretar as disfunções sexuais.

Assim, o diálogo com as clientes durante os atendimentos de saúde podem incentivá-las a determinar suas próprias metas e comportamentos sexuais, orientá-las sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

### Referências

AQUINO, P. S.; NICOLAU, A. I. O.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza – CE. *Texto Contexto Enferm.* 17 (3): 427-434, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública.* 21 (2): 499-507, 2005.

CARVALHO, G. M. *Enfermagem em ginecologia*. Edição revista e ampliada. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2004.

Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. *Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 1996.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas

- em clinica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 7 (2): 143-150, 2007.
- FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. *Rotinas em ginecologia.* Artmed. 5: 2006.
- MADALOZZO, R. An analysis of income differentials by marital status. *Est. Econ.* 38 (2): 267-292, 2008.
- MOREIRA, I. C. C. C.; MONTEIRO, C. F. S. Vivência da entrevista fenomenológica com prostitutas: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 62 (5): 789-792, 2009.
- NAJAFABADY, M. T.; SALMANI, Z.; ABEDI, P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *CLINICS.* 66(1): 83-86, 2011.
- RIVEMALES, M. C. C.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Cuidado de enfermagem na percepção de Usuárias de um serviço público de saúde em Salvador (BA). *Revista Baiana de Enfermagem.* 23 (3): 67-78, 2009.
- SADOCK, V. A.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* BRUNNER & SUDDARTH. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SCANAVINO, M. T.; ABDO, C. H. N. Parceiros sexuais nos últimos 12 meses e parceiros significativos ao longo da vida, segundo o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. *Diagn. Tratamento.* 15 (3): 138-142, 2010.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SINOP. *Consolidado das Famílias Cadastradas no ano de 2010.* Sinop, 2010.
- SOUZA, M. M.; DEL-RIOS, N. H. A.; MUNARI, D.B.; WEIRICH C. F. Orientação sexual: conhecimentos e necessidades de professores de um Colégio Público de Goiânia-GO. *Rev. Eletr. Enf.* 10 (2): 460-471, 2008.