

## **DOR GENITAL E INSATISFAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE IMAGEM CORPORAL E EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM TRANSTORNO DA DOR GÊNITO-PÉLVICA**

Fernanda Jordão Kuester e Eduardo Fraga de Almeida Prado (Orientador)

**Apoio:** PIBIC Mackenzie

### **RESUMO**

O Transtorno da dor gênito-pélvica é uma disfunção sexual que provoca dor genital e pode dificultar ou impossibilitar a penetração. Esta disfunção interfere na vida sexual das mulheres e pode se tornar um relevante fator de sofrimento. Os objetivos da presente pesquisa residiram em analisar as percepções corporais relatadas por mulheres jovens diagnosticadas com Transtorno da dor gênito-pélvica, seus discursos sobre o exercício da sexualidade e suas reflexões sobre beleza feminina na contemporaneidade. Trata-se de pesquisa qualitativa, cuja coleta das informações foi realizada por meio de seis entrevistas semiestruturadas realizadas em um centro de atenção à saúde sexual, na cidade de São Paulo, com mulheres previamente diagnosticadas com TDGP. As informações foram analisadas a partir da literatura especializada sobre a disfunção e das teorias de gênero que consideram que as noções de feminino e masculino são socialmente construídas, possuindo uma historicidade que vai para além do sexo biológico. As entrevistadas relataram insatisfação com a própria aparência, uma representação negativa do exercício da sexualidade e redução da atividade sexual à uma única prática, já que esta foi definida quase exclusivamente pela presença de penetração. Os resultados apontam que as entrevistadas se sentem anormais devido ao transtorno e, portanto, têm a percepção de si afetada por este. Cabe ressaltar que, por se tratar de pesquisa qualitativa, os resultados encontrados não são passíveis de generalização.

**Palavras-chave:** Transtorno da dor gênito-pélvica. Imagem corporal. Sexualidade.

### **ABSTRACT**

The genito-pelvic pain/penetration disorder is a sexual issue that causes genital pain and can make the intercourse become difficult or even impossible. Such disorder may affect women's sexual life and become an important factor of suffering. This research aimed to analyse young women's body perception and sexual activity through their stories, and also to discuss their reflections about female beauty nowadays. This article consists in a qualitative research, made through six semi-structured interviews with women whom were diagnosed with GPPD in a sexual health center located in São Paulo city. The collected information was analyzed through specialized literature and gender theories, which consider that female and

male gender relationships are socially build and carry a historicity that goes beyond biological sex. The women reported appearance discontentment, a negative overview of sexual atictivity and an understanding of sex was almost completely defined by the presence of penetration. The results pointed to a self-perception of abnormality because of the dysfunction, wich shows that women's self-image are affected by it. It's important to point out that since it's a qualitative research, the results showed are not susceptible of generalization.

**Keywords:** Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. Bodyimage. Sexuality.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir de um estudo sobre o caminho percorrido por mulheres com Transtorno da dor gênito-pélvica (TDGP) em busca de tratamento, foi possível perceber que as entrevistadas mencionavam questões interessantes sobre a percepção de si frente a disfunção, como sentir-se anormal e menos mulher (Kuester e Fontenele, 2015). Estes aspectos fizeram com que fossem levantadas indagações acerca da imagem corporal deste grupo em relação ao transtorno, na medida em que este representa importante fator de sofrimento. De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) o Transtorno da dor gênito-pélvica é apresentado a partir dos seguintes sintomas:

- A. Dificuldade persistente ou recorrente com um (ou mais) dos seguintes:
  1. Penetração vaginal durante a relação sexual.
  2. Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração.
  3. Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante, ou como resultado da penetração vaginal.
- B. Os sintomas do critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.
- C. Os sintomas do critério A causam sofrimento clinicamente significativo para a mulher. (APA, p. 437, 2014)

O manual destaca ainda a importância de verificar se não há outras questões que poderiam gerar tal perturbação como outra condição médica, um transtorno mental, o uso de algum medicamento, ou uma perturbação grave no relacionamento (APA, 2014). Abdo e Fleury (2006) apontam também para a multiplicidade de fatores etiológicos que podem estar envolvidos na origem e manutenção de uma disfunção sexual.

O atual TDGP, tal como definido no DSM-V, era anteriormente compreendido como duas entidades clínicas distintas, a saber: vaginismo e dispareunia. Binik (2010) discute o critério diagnóstico anterior e alerta para o fato de que o vaginismo era a única disfunção do DSM-IV que não podia ser diagnosticada por um profissional de saúde mental, pois um de seus critérios diagnóstico residia na presença de espasmo vaginal, fenômeno que só poderia ser avaliado por um ginecologista e que nunca foi devidamente definido ou empiricamente verificado (BINIK, 2010).

Em contraposição, Lahaie e colaboradores (2015) afirmam ter encontrado resultados que se opõem a fusão dos dois transtornos, pois para os autores a tensão dos músculos do assoalho pélvico podem diferenciar estatisticamente mulheres acometidas por vaginismo de mulheres acometidas por dispareunia. Contudo, utilizar este critério seria inviável no contexto

clínico e, sendo assim, segundo Basson e colaboradores (2004; 2003) vaginismo e dispareunia podem ser definidos como:

Vaginismo: Dificuldade persistente ou recorrente para que a mulher permita a entrada de pênis, dedo, ou qualquer objeto, mesmo que a mulher expresse desejo de fazê-lo. Há frequentemente esquiva (fóbica) e antecipação, medo, ou experiência de dor, juntamente com contração involuntária da musculatura pélvica. Outras anormalidades estruturais ou físicas devem ser consideradas ou eliminadas (BASSON et al, p. 226, 2003, tradução nossa).

Dispareunia: Dor persistente ou recorrente durante tentativa ou penetração vaginal completa e/ou relação sexual vaginal com penetração peniana (BASSON et al, p. 226, 2003, tradução nossa).

Sendo o exercício da sexualidade algo culturalmente valorizado, é possível inferir que a existência de transtornos ou disfunções sexuais possam gerar consequências na auto-estima e imagem corporal das mulheres que são acometidas por eles. Pazmany et. al (2013) apontam uma importante correlação entre imagem corporal e auto imagem genital, que diz respeito aos sentimentos e crenças relacionados a genitália, sendo esta última também correlacionada a sofrimento sexual. Os autores afirmam que uma imagem corporal negativa pode provocar uma piora na experiência pessoal do exercício da sexualidade e que mulheres que sentem dor genital referem um maior grau de insatisfação com sua imagem corporal.

A fim de compreender as definições e o debate atual no campo do Transtorno da dor gênito-pélvica e da autoimagem, foi executado um levantamento bibliográfico, entre 2014 e 2016, nas bases de dados online: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Portal de Periódicos da CAPES. Foram utilizados os seguintes descritores: “gênero”, “disfunções sexuais”, “dispareunia”, “vaginismo”, “imagem corporal” e “autoimagem”. De acordo com a literatura, existem evidências de que o vaginismo seja uma resposta fóbica ao exercício da sexualidade (BARKER, 2011; CHERNER e REISSING, 2013; JENG, 2004; MOLTEDOPERFETTI, NARDI e ARIMATEA, 2014; MOREIRA, 2013; PACIK, 2014; KUILE et al, 2009) e para Barker (2011) trata-se também de uma questão de gênero na medida em que o transtorno se encontra diretamente relacionado a constante preocupação feminina em agradar e ser bonita. Cabe ainda ressaltar que mulheres que sentem dor vaginal possuem sua percepção de si afetada especificamente no que diz respeito a identidade de gênero e reconhecimento de si como uma “mulher de verdade” (KALER, 2006).

A partir deste quadro, os objetivos da presente pesquisa residiram em analisar as percepções corporais relatadas por mulheres jovens diagnosticadas com Transtorno da dor gênito-pélvica, seus discursos sobre o exercício da sexualidade e suas reflexões sobre beleza feminina na contemporaneidade.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A sexualidade, para Catonné (2001) consiste no “conjunto das atividades justificadas pelo fato de ser um ser sexuado” (CATONNÉ, 2001, p. 15). Na espécie humana, o caráter sexual do corpo é uma das grandes questões antropológicas. Para Kaler (2006), a relação sexual é uma forma de *práxis*, visto que estabelece e perpetua relações sociais, especialmente os papéis de gênero. A autora afirma que a penetração parece ocupar o papel principal no imaginário das mulheres heterossexuais, pois sua ausência afeta até mesmo a percepção de si como mulher.

Por gênero, entende-se o sexo socialmente construído, ou seja, o modo como as noções de feminino e masculino se constroem e se desconstruem nas relações sociais, neste sentido, as relações de gênero têm uma historicidade e envolvem questões muito mais amplas do que as relativas ao sexo biológico (SCOTT, 1990). Na primeira relação sexual, por exemplo, estes papéis têm grande influência conforme destaca Borges (2007):

A influência dos pares parece ser moldada pelo próprio significado atribuído culturalmente à sexualidade, no qual aos homens cabe o papel de não resistir ao impulso sexual, e às mulheres cabe o papel de controlar seus impulsos, ou ao menos, cedê-los apenas às pessoas com as quais têm vínculos afetivo-amorosos, ratificando as relações de gênero presentes no cenário da iniciação sexual. (BORGES, 2007, p. 602)

Barker (2011), afirma que o vaginismo é uma questão de gênero que possui relação com a constante preocupação feminina em agradar e ser bonita, fruto de um ideal de mulher como objeto fascinante e desejável. Para Fávero (2010), a mulher acredita que deve basicamente ser perfeita em tudo e agradar para ser amada. Tal perspectiva é corroborada também por Secchi, Camargo e Bertoldo (2009) que afirmam que o corpo feminino é representado como algo que “[...] deve ser dotado de beleza, magreza, poder e status, exercer atração e, além disso, ser saudável” (SECCHI, CAMARGO e BERTOLDO, 2009, p. 235).

Para Goldenberg (2010), o corpo é altamente valorizado na nossa cultura e, neste sentido, a insatisfação com ele estaria atrelada a um modelo idealizado de beleza. Estas questões têm uma série de consequências no comportamento feminino, conforme exemplifica a autora:

Mulheres gordinhas que lutam para emagrecer, muitas vezes abusando de medicamentos contra a ansiedade e para redução de apetite. Mulheres relativamente magras que se acham gordas e desejam, principalmente, uma barriga lisa. Mulheres com seios pequenos que querem colocar prótese de silicone para ostentar seios maiores e usar decotes. Mulheres que dizem ter tendência a engordar que vivem fazendo dieta e, por isso, desassociam prazer e alimentação. Mulheres que não gostam de seus cabelos encaracolados e que gastam e fazem o que for preciso para alisá-los e mantê-los lisos. Meninas muito magras na adolescência que desejam engordar para ter um corpo "tipo Juliana Paes". [...] Mulheres de diferentes idades que estão sempre incomodadas com mínimas imperfeições, acreditando que o corpo idealizado as faria mais felizes. (GOLDENBERG, 2010, p. 22)

Para Goldenberg, o corpo além de físico é um capital simbólico, econômico e social. Em nossa cultura, é diretamente associado a prestígio e parece ser um importante capital em campos muito diversos, até mesmo onde inicialmente não parece estar em jogo o poder e a distinção evocados por ele. As representações sobre o corpo são reflexos da sociedade (GOLDENBERG, 2010).

Já em relação ao conceito de imagem corporal, pode-se entender a partir de Schilder (1980), que a percepção que possuímos de nosso corpo deriva de uma inevitável interpretação que realizamos a partir de nossa apreensão do mundo pelos órgãos sensoriais. Em suas palavras: “[...]. Existe uma apercepção do corpo. [...] não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação” (SCHILDER, 1980, p. 12). Cabe ainda ressaltar que estas figurações e representações mentais envolvidas em nossa apercepção corporal são tributárias da relação que estabelecemos com o contexto cultural no qual estamos inseridos. Dito de outra forma, a constituição da imagem corporal é resultante do constante interjogo eu-outro:

[...]. Elaboramos nossa imagem corporal de acordo com nossas experiências, adquiridas através das ações e atitudes dos outros. Podem ser palavras ou atos dirigidos a nosso corpo. Mas as atitudes dos outros em relação a seus próprios corpos também terão grande influência. Doenças que provocam atos especiais sobre nosso corpo também mudam o modelo postural do corpo [...]. (SCHILDER, 1980, p. 259)

Esta imagem envolve também nossa personalidade e emoções:

Ao estudarmos a imagem corporal, devemos abordar o problema psicológico central da relação entre as impressões de nossos sentidos, nossos movimentos e a motilidade em geral. Quando percebemos ou imaginamos um objeto, ou quando construímos a percepção de um objeto, não agimos meramente como um aparelho perceptivo. Existe sempre uma personalidade que experimenta a percepção. A percepção é sempre nosso próprio modo de perceber. Sentimo-nos inclinados a responder com uma ação ou realmente o fazemos. Somos, em outras palavras, seres emocionais, personalidades. E personalidade é um sistema de ações e tendências para a ação. Temos que esperar emoções fortes referentes ao nosso próprio corpo.[...] (SCHILDER, 1980, p. 15)

### **3. METODOLOGIA**

A pesquisa foi realizada utilizando-se a metodologia qualitativa, que procura apreender a realidade por meio de aproximação, levando em consideração aspectos do contexto social e valores dos sujeitos estudados. Desta forma pode-se captar nuances como sentimentos, percepções e significações (MINAYO, 2004).

Dentro da perspectiva da investigação qualitativa, um instrumento importante de apreensão dos fenômenos sociais é a entrevista, que segundo Bardin (2011) é um material rico e singular. Por essa razão, para a coleta das informações foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, de forma que temas relevantes pudessem ser ampliados a partir das perguntas presentes no roteiro de entrevista. Cabe ressaltar que após a anuência das colaboradoras, as entrevistas seriam gravadas com equipamento de áudio para que o conteúdo das informações coletadas pudesse ser transcrito de forma fidedigna. Caso alguma colaboradora não consentisse com a gravação, o conteúdo da entrevista seria resgatado a partir das anotações da pesquisadora elaboradas após o término da entrevista.

Foram entrevistadas seis mulheres, jovens adultas, previamente diagnosticadas com Transtorno da dor gênito-pélvica, sendo que cinco consentiram que a pesquisadora utilizasse gravador e uma não, mas apenas quatro entrevistas foram integralmente gravadas devido a ocorrência de um problema no aparelho durante uma delas. As entrevistadas foram contatadas em um centro de acolhimento especializado, que oferece atenção gratuita a saúde sexual feminina, localizado na cidade de São Paulo. Trata-se de um projeto de uma instituição de ensino superior, que oferece este serviço a fim de beneficiar a comunidade e realizar estudos sobre disfunções sexuais.

Os critérios de inclusão para a amostra incidiram sobre os seguintes aspectos: a) mulheres com idade entre dezoito e trinta e cinco anos; b) previamente diagnosticadas com TDGP, podendo ser casadas ou solteiras, com ou sem parceiro sexual no momento da entrevista. Após os esclarecimentos relativos aos procedimentos inerentes à realização da

pesquisa, as mulheres aceitaram voluntariamente participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de se respeitar o caráter sigiloso inerente à pesquisa com seres humanos, todas as informações que pudessem identificar as colaboradoras foram alteradas, sendo os nomes utilizados no presente artigo fictícios.

Após a apresentação da Carta de Informação ao Sujeito e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a amostra se configurou da seguinte forma: a) seis mulheres, com idades entre 21 e 32 anos; b) três casadas e três solteiras, todas sem filhos; b) em relação à escolaridade, três com nível médio, sendo que duas participantes se graduaram em ensino técnico, e três participantes com ensino superior completo. Vale destacar que todas exerciam atividade remunerada.

O conteúdo integral de quatro entrevistas foi gravado em áudio e posteriormente transcrito e o material das outras duas foi resgatado pela pesquisadora logo após o encontro. A organização das informações coletadas foi elaborada de acordo com Bardin (2011) realizando-se, num primeiro momento, repetidas leituras a partir das quais emergiram os elementos que mereceram destaque. Posteriormente, estes elementos foram separados em grupos temáticos e estes, finalmente, transformados nas seguintes categorias de análise: O Transtorno e a percepção das práticas sexuais e Beleza, Imagem Corporal e Percepção de si.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme anteriormente destacado nos aspectos metodológicos, após um processo de depuração das informações coletadas, estas foram organizadas e serão analisadas a partir das seguintes categorias:

##### **O Transtorno e a percepção das práticas sexuais**

Embora atualmente a nomenclatura tenha sido modificada as entrevistadas utilizavam apenas o termo “vaginismo” para se referir ao Transtorno da dor Gênitopélvica. A partir do roteiro de entrevista, foi pedido para que cada uma delas explicasse o que representa a disfunção a partir de suas vivências e elas relataram principalmente sensações e percepções como dor, invasão, tensão, ardência, “gastura”, dilaceramento, exclusão, anormalidade. Para elas, o TDGP é um problema, “um vilão” que faz com que o sexo deixe de ser uma atividade prazerosa.



*Ah é uma coisa horrível, sabe? Porque eu ouvia na escola as pessoas falando que sexo é uma coisa muito boa, que isso que aquilo... E aí eu não conseguia achar isso. É uma coisa horrível, é horrível isso, você passar por isso. [...]. Eu não sei definir isso, não tem nem o que falar, porque é uma dor que eu nunca senti, uma dor que eu nunca senti e nunca pensei que sentiria [...]* (Luana)

*Péssimo. É um vilão viu, é um vilão que eu não sabia que existia. Agora, tem que tentar resolver.* (Clara)

*Ai, a dor, deixa eu te falar, vou lembrar da dor de ontem, sabe como se tivesse entrando uma coisa maior do que o seu corpo pode suportar? Aí eu vou colocando. O dilatador é como se fosse abrindo a minha pele. Como se tivesse realmente dilacerando, uma sensação muito, que machuca. [...] aí é como se você tivesse invadindo o seu corpo sem você querer, é uma coisa que não é boa.* (Daniela)

*Não sei, eu fico pensando que uma coisa que é tão natural pra todo mundo e pra mim é o maior problema. Só pode ter alguma coisa errada comigo que Deus não me deu esse dom de poder transar. Então, sei lá, é meio tipo exclusão sabe?* (Ana)

O desconhecimento de alguns profissionais de saúde a respeito do transtorno mereceu destaque nas entrevistas de Clara e Daniela:

*É elas [ginecologistas] não conhecem, né, e aí fica difícil para mim sendo a paciente explicar o que é o vaginismo, sendo que ela deveria ter estudado isso na faculdade. Porque para algumas é frescura, tem que trocar de parceiro, você tem que usar lubrificante, você tem que abrir as pernas. Na verdade, eu vejo que para a maioria dos profissionais, eles vêem isso como uma frescura.* (Daniela)

*[...] não era uma médica qualquer, eu paguei caro pelo convênio, nem ela me deu informação. Ela olhou, pediu exame, entreguei os exames “Ah você não tem nada”. Tipo, não tem o que fazer por você. Eu “doutora, mas tá assim, tá assado” ela olhou “ah, mas tá normal. Tá vamos ver se, faz outro exame aqui pra ver se da alguma coisa”. É essa falta de informação que mata o ser humano.* (Clara)

A trajetória sexual do grupo revela certas particularidades, sendo importante destacar que existem diversas práticas sexuais capazes de proporcionar prazer além da penetração. Quando foi sugerido nas entrevistas que as mulheres relatassem aspectos de sua vida sexual, foram mencionadas diversas práticas, mostrando que a atividade sexual de uma mulher que vive o TDGP não é anulada, muito embora os discursos enfatizem a penetração. O sexo é logo de início mencionado como uma questão problemática, delicada e só posteriormente

algumas relataram obter prazer. Apenas uma das entrevistadas relatou espontaneamente aspectos prazerosos em contraponto com a disfunção:

*Minha vida sexual [...] não faço muito sexo por conta do vaginismo, mas eu sou uma pessoa que gosto de sexo. No início eu pensei que eu era frígida, depois eu fui descobrir que eu não sou frígida, eu gosto de sexo. Eu gosto de assistir filme relacionado a isso, enfim eu gosto. Mas quando chega o momento da penetração parece que, não sei, como se desse um estalo na minha cabeça e meu corpo dissesse não. Como se fosse pra me conservar, algo assim. (Daniela)*

*[...] a minha questão é só a penetração, o resto é normal. [...]. Agora já não é mais porque eu não to deixando nem encostar em mim, mas porque eu já sei do problema que existe. Porque aí o seu psicológico já ta ruim, porque você sabe que você vai [ter] um sexo incompleto, então pra você não tem graça, é um negócio chato. (Clara)*

Já nos relatos das outras entrevistadas, a palavra 'dor' apareceu associada à prática sexual:

*Acaba me desanimando, digamos assim. Porque na hora eu penso ah, vai doer, e eu não vou ter prazer nenhum, aí isso acaba me desanimando. (Luana)*

*Me sinto invadida [...]. Porque aí eu sei que [ele] já vai levar pro sexo e aí eu vou sentir dor e aí eu vou ficar nervosa, então é chato. (Clara)*

No relato de Ana sobre o início de sua vida sexual testemunhamos a associação instantânea de sexualidade a aspectos negativos:

*A gente morou junto um ano, mas nesse um ano que a gente morou junto foi gravado pelo início de qualquer problema que eu possa ter tido em relação a isso [sexo]. Porque aí eu comecei a sentir muita dor e daí foi meio traumático porque eu praticamente implorava pra gente não ter uma vida sexual. (Ana)*

Após essa experiência definida como traumática, a entrevistada disse ter tido receio de conhecer outros homens pois só de imaginar que eles iriam querer fazer sexo sentia "terror e pânico", argumentando que gostaria de ter um "relacionamento infantil".

*Eu já tava fazendo acompanhamento aqui, há mais ou menos uns dez meses. Comecei a sair com ele faz dois e estou conseguindo ter o mínimo de não dor durante a relação. [...]. Tenho uma vida mais ou menos sexual. (Ana)*

Este último relato apresenta também a questão de se considerar a penetração como determinante da vida sexual pois Ana não menciona outras práticas, tampouco momentos de prazer e minimiza o exercício de sua sexualidade por causa da dor. Paula parece fazer o

mesmo, pois ao falar sobre o vaginismo relata se sentir mal e acredita estar perdendo tempo pois tem 26 anos e ainda não fez sexo, atividade que considera normal e natural.

Clara é mais uma entrevistada que atribui valoração negativa ao exercício da sexualidade. Ela se mostra bastante frustrada com a impossibilidade de ser penetrada, considera sexo uma coisa chata e diz que as preliminares também a desagradam, embora relate já ter tido prazer e orgasmos com esse tipo de estimulação. Relata ainda evitar qualquer aproximação sexual, além de ter aversão ao toque do marido e não ficar nua em sua presença, pois tentar fazer sexo e não conseguir a deixa triste:

*Chega uma hora que você não quer nem que te encostem a mão. Não quer que te encoste, se sente invadida. Porque só pelo fato de te tocar já te causa um monte de coisa na mente, você se sente mal, chateada, se sente um lixo. Então para eles entenderem isso é mais difícil [...] me sinto invadida. Então já evito tudo para não ter tentativas, porque ele vai querer alguma coisa e eu não vou querer e eu vou ficar chateada, e ele também claro, mas eu mais ainda. [...]. Porque aí eu sei que já vai levar pro sexo [e], o sexo é chato. Não é uma coisa prazerosa, é uma coisa chata. (Clara)*

Outra entrevistada, Bruna, também conta ter se afastado sexualmente do marido, mas diferente de Clara, esse afastamento se deu por conta do tratamento, pois ao fazer os exercícios com dilatadores e se masturbar diariamente seu interesse sexual pelo marido diminuiu, embora Bruna, ao contrário de Clara, relate considerar as preliminares com o marido como práticas sexuais prazerosas.

Outro aspecto interessante em relação à sexualidade surgiu em dois relatos a partir dos quais as entrevistadas parecem ter demonstrado priorizar o prazer masculino em detrimento do próprio. Luana, por exemplo, afirmou sentir prazer com as preliminares mas desanimar com a penetração porque demora e “dói demais”. Ela contou que espera o marido chegar ao orgasmo mesmo sentindo dor com a penetração. A participante também conta que, às vezes, aceita fazer sexo mesmo sem muita vontade apenas para agradá-lo porque acredita que os homens sentem mais desejo que as mulheres. Porém, quando a entrevistadora pergunta como se sente sobre a disfunção, afirma que se sente triste por não satisfazer nem ao marido e nem a si mesma:

*[...]me sinto muito triste de ser uma mulher que não satisfaz o esposo e não se satisfaz. (Luana)*

Daniela, também relata esta mesma preocupação de agradar o parceiro:

*[...] [sexo] era algo assim que eu tentava e não sentia nada. Eu gostava do meu namorado mas acho que fazia para ele se sentir mais feliz do que eu. (Daniela)*

Naquilo que se refere aos companheiros, estes, de modo geral, são descritos por todas as entrevistadas como compreensivos em relação ao transtorno, a dor, e a recusa do exercício da sexualidade, principalmente quando há penetração. Em que pese este fato, algumas entrevistadas se queixaram em relação a deixar o parceiro triste em decorrência das dificuldades encontradas para o exercício da sexualidade do casal. É isto que parece nos relatar Luana:

*Às vezes ele fica chateado. Têm aqueles momentos que ele fica chateado e tal. Eu percebo que ele fica, mas ele nunca chegou a brigar comigo por causa disso. (Luana)*

As entrevistadas também revelaram que têm medo de ser desvalorizadas pelos homens por causa de suas dificuldades sexuais e temem que seus parceiros as troquem por mulheres que consigam ser penetradas. Em um dos relatos também emergiu uma preocupação com a imagem do parceiro, pois a entrevistada disse que tinha medo de falar sobre o transtorno porque as pessoas poderiam pensar mal do seu marido, questionar o porquê de estarem juntos e se perguntarem se o marido não teria algum problema sexual.

Outro fator que se destaca reside no fato das entrevistadas sentirem-se anormais por conta de suas dificuldades sexuais. Se vêem como as únicas que sentem dor e não consideram o exercício da sexualidade uma coisa tão boa quanto ouvem falar através da mídia ou de suas amigas:

*Acho que você acaba não se sentindo mulher. É como eu te falei, a gente não se sente uma pessoa normal. Porque assim [sexo], não é o normal da vida? Então você não tá fazendo aquilo que é normal. Então você se sente, anormal. (Clara)*

*Não sei, eu fico pensando que uma coisa que é tão natural para todo mundo pra mim é o maior problema. Só pode ter alguma coisa errada comigo que Deus não me deu esse dom de poder transar. Então, sei lá, é meio tipo exclusão sabe? (Ana)*

*Assim, eu nunca cheguei a ver alguém chegar e falar assim “ai, eu também sinto muita dor”. Nunca ouvi ninguém falar isso. Parece que isso é só comigo. (Luana)*

Nenhuma das entrevistadas relatou conversar abertamente sobre a disfunção. Algumas relataram conversar sobre suas dificuldades sexuais com um determinado grupo de amigos mais próximos, enquanto outras relataram só dividir com o marido ou namorado por sentir vergonha. Duas ainda contaram ter ajudado amigas que também têm dificuldades sexuais a buscar tratamento.

*[...] A gente [grupo de amigas] compartilha bastante essas coisas, pra mim é tranquilo, não escondo. Só de quem não é muito próximo não dá pra sair contando. Prefiro que todo mundo ache que eu sou normal. (Paula)*

Paula também revelou uma preocupação com sua imagem diante o olhar do outro ao procurar passar uma imagem de ser super alegre, quando na verdade se considera chorona, deprimida e “pra baixo”. Outras entrevistadas revelaram aspectos semelhantes, como Clara, Luana e Bruna que relataram vergonha de falar sobre a disfunção.

Há um fato que merece ser destacado. Em uma entrevista a questão da anormalidade surgiu com um agravante pois uma das entrevistadas, Bruna, nasceu com uma má formação que provoca dificuldades no campo da fala. Ela contou que devido a esta disfunção congênita, tinha receio de conversar, o que a fez sempre ter construído pouca interação social. A entrevistada relatou sentir-se anormal devido ao fato de apresentar dificuldades em dois vastos campos: linguagem e sexualidade.

Vale mencionar também que três entrevistadas revelaram valorizar a virgindade por motivos religiosos e uma quarta disse considerar o sexo como uma invasão do corpo que a mulher não consente.

Emergiu também em dois relatos a percepção da vagina como um canal fechado, como relatou Daniela:

*[...] eu tentava a penetração, mas não ía. [...] é como se fosse algo fechado, como se eu não conseguisse. [...] (Daniela)*

Clara também relatou sua percepção ao descrever o que a introdução do dedo na vagina provoca:

*[...] vai quase nada. Você sente uma [...] só de encaixar o dedo, um pouco mais eu sinto como se fosse uma pontada forte. Chega, para ali. (Clara)*

Duas entrevistadas relataram ter sofrido abuso sexual, uma na infância e outra na adolescência, ambas por membros da família. Elas associam o acontecimento ao TDGP, pois acreditam que essa questão veio à tona quando iniciaram sua vida sexual. Para uma delas, o vaginismo apesar de ser algo muito ruim, trouxe grandes mudanças pois fez com que ela tivesse que lidar com o abuso sofrido. Paula conta que dos 11 aos 21 anos dormiu no quarto de seus pais e seu pai a assediava durante a noite e, no dia seguinte, em forma de protesto, ela ficava “emburrada”, mas ele a tratava bem e agia normalmente. Relata que os episódios de abuso ocorriam de forma cíclica, em períodos delimitados, e que ambos tinham uma relação de grande proximidade, o que fez com que ela negasse a existência da situação de

violência sexual por muitos anos. Já Daniela sofreu a violência por parte de um tio, conforme este recorte do seu relato:

*Quando eu tinha oito anos eu mudei pra cidade onde eu moro. Ali tinha um tio meu que tentou abusar [...] eu acho que foram algumas vezes. E aí quando eu vou ter relação sexual eu acho que vem no meu inconsciente. É como se fosse a minha vagina tivesse fechado. Porque eu tinha oito anos, eu me lembro que não teve a penetração mas eu me lembro que eu sentia uma dor e eu acho que essa dor ficou guardada em alguma parte de mim, do meu cérebro e aí depois ela vem à tona assim. (Daniela)*

Ainda sobre violência sexual, outra entrevistada, Clara, relatou que sua mãe sofreu abuso sexual quando era mais jovem e atualmente sofre de depressão. Clara revelou que sua mãe sempre lhe transmitiu uma visão muito negativa sobre corpo e sexualidade e ela atribuiu o vaginismo a esta criação, que fez com que ela acreditasse que sexo é algo ruim, vergonhoso e que leva a uma desvalorização do próprio corpo. Clara e Daniela associaram o exercício da sexualidade com estupro e sensações de invasão do corpo:

*Por exemplo, se eu vir um filme assim com penetração eu sinto uma gastura, como se o homem tivesse invadindo o corpo da mulher sem ela autorizar. (Daniela)*

*[...] mas se você falar assim “ai coloca lá no canal”, você já vai ver uma alteração na minha respiração. É como se mudasse a minha fisionomia, como se eu tivesse feliz e ficasse triste só de imaginar. É porque pra mim é muito difícil imaginar que vai entrar alguma coisa lá dentro. Parece que tá invadindo. (Daniela)*

*[...] Me sinto invadida. Porque aí eu sei que já vai levar pro sexo e aí eu vou sentir dor e aí eu vou ficar nervosa, então é chato. É, para você o sexo é chato, não é uma coisa prazerosa, é uma coisa chata. (Clara)*

### **Beleza, Imagem Corporal e Percepção de si**

Quando questionadas sobre o que consideravam ser uma mulher bonita, apenas duas mulheres destacaram características físicas, enquanto a maioria utilizou-se de critérios subjetivos como caráter, simpatia, autoconfiança e inteligência.

*Ah, mulher bonita pra mim, ela não precisa ser bonita de corpo. Pra mim o caráter da mulher[...] Ser uma boa pessoa, né? (Luana)*

*A pessoa quando é simpática, ela pode, você pode enxergar defeitos nela físicos, mas pra ela, mas pra você ela é bonita. (Clara)*

*Bonito? É eu acho assim, primeiro, eu acho que a mulher, como ela fala. Uma pessoa assim que[...]ela não é bonita, mas eu olho assim pra ela e falo assim “nossa eu queria ser igual”, é porque é uma pessoa muito inteligente (Daniela)*

Daniela, especificamente, faz diversas considerações e reflexões sobre padrão de beleza, mas depois afirma que nunca pensou sobre isso:

*Eu acredito que essas marcas, essas empresas usam o que as mulheres têm talvez de não se aceitar, e usam isso para vender seus produtos. [...] as revistas que estão nas bancas, é, eu sei que eu não tenho o padrão daquela modelo X, por que que eu vou comprar aquela revista? Pra me sentir mal, porque eu sei que eu não tenho aquelas características. [...] É, mulher bonita... nunca pensei nisso. (Daniela)*

Apenas Ana trouxe uma descrição direta de características físicas:

*Boa pergunta. Eu acho que eu não devo fugir muito dos padrões de beleza atualmente, né? Então sei lá, um corpo não muito magro, não muito cheio sabe? Uma pele ok, acho que é isso. (Ana)*

Em contraponto, quando começaram a falar de si, da percepção do próprio corpo, foi unânime a depreciação da aparência física. Isto ocorreu tanto de forma direta através da menção de características que não gostam em si, quanto de forma indireta relatando em princípio que se aceitavam, mas posteriormente enumerando aspectos que mudariam em si:

*[...] Sei lá, perna fina, braço fino, rosto fino, não sei. Muito magrinha. (Ana)*

*[...] Eu tenho dificuldade de me olhar no espelho pelo fato de eu ser gordinha. Eu acho que falta um pouco de aceitação em relação a isso. (Daniela)*

*Estou feliz, me aceito. Claro que se eu tivesse condições eu mudaria uma coisa ali outra lá.[...] Então, eu não sou feliz. Gostaria de ter um pouco mais de seio, não gosto do meu nariz. (Clara)*

Os relatos revelaram tentativas de emagrecer, de engordar e vergonha de exibir o corpo. Uma das entrevistadas relatou ter dificuldade de se olhar no espelho, outra revelou ir para a praia frequentemente, mas não usar biquíni na frente dos amigos e outra contou já ter tentado tomar remédios para engordar porque se considera muito magra:

*Eu me acho muito magra, me acho muito magra. Eu queria ser um pouquinho mais, não gorda, mas eu queria ser um pouquinho mais gordinha. Um pouco mais de corpo, né?[...] não adianta, já tomei remédio para engordar e nada, então tenho que ser assim[...] (Luana)*

Emerge também, em dois discursos, uma insegurança sobre a aparência em relação aos parceiros, insinuando um estranhamento por ser aceita por eles:

*Ah, a gente tem que se achar bonita, né? Assim, eu não me achava atraente, não achava que iria casar. Não me achava uma pessoa bonita por fora. Não me achava. (Luana)*

*Deu uma melhorada. Porque eu acho que todo mundo quer ser aceito e para a sociedade quando você tá fora do padrão, fica difícil. Por mais que o meu antigo namorado sempre tenha me visto numa boa. Ele não tinha problema de eu ser gordinha, ele nunca teve problema com isso, o problema é meu. Eu acho que falta um pouco mais de aceitação [...] (Daniela)*

## **Discussão**

Em relação a categoria *O Transtorno e a percepção das práticas sexuais*, quando é solicitado às entrevistadas que definam a disfunção, elas fazem referência majoritariamente às sensações negativas, desprazerosas e às consequências destas em suas vidas. Nenhuma entrevistada relatou conhecer o termo Transtorno da dor gênito-pélvica (TDGP), e apenas uma demonstrou estar familiarizada com o termo dispareunia. Todas se referiram a disfunção como vaginismo, mesmo aquelas que já tiveram relações sexuais com penetração. Este aspecto, considerando que este grupo de mulheres estava em tratamento em uma instituição de saúde, permite inferir que as profissionais de saúde não discutiram as diferentes nomenclaturas com as pacientes, não utilizaram o termo proposto pelo DSM-V, tampouco explicitaram os diferentes diagnósticos. Pacik (2014) afirma que os profissionais que sabem diagnosticar e tratar o vaginismo, raramente o classificam por sua severidade. Para ele, isso pode afetar o prognóstico, pois a gravidade do quadro interfere na possibilidade da paciente conseguir ou não lidar com o tratamento.

Duas entrevistadas se queixaram das dificuldades para obter o diagnóstico e reclamaram do modo como foram tratadas pelos ginecologistas aos quais relataram os sintomas:

*[...] Você passa por vários médicos. Por isso que eu fiquei surpresa quando eu vim aqui e descobri que tem muitas [mulheres] que têm. A maioria dos médicos são desinformados, porque eu passei por quatro médicos, e a quarta que me falou o que era. [...] (Clara)*

*É, elas [ginecologistas] não conhecem e aí fica difícil para mim sendo a paciente explicar o que é o vaginismo [...] (Daniela)*

Para Pacik (2014), a falta de informação dos médicos sobre a disfunção pode provocar mais sofrimento para as pacientes que não conseguem definir um diagnóstico e não têm



perspectiva de tratamento apesar de procurarem ajuda médica. O autor menciona ainda que algumas pacientes relataram ouvir comentários desagradáveis por parte de médicos e assistentes que se posicionaram como se a culpa fosse da mulher ou como se suas queixas não merecessem cuidado e atenção, reduzindo seu sofrimento físico e emocional a uma mera questão de relaxar, beber, ou pensar positivo (PACIK, 2014). Kuester e Fontenele (2015) encontraram relatos semelhantes e defendem que as mulheres com TDGP percebem os ginecologistas como profissionais de saúde com pouco ou nenhum conhecimento sobre o TDGP, o que gera estranhamento e confusão. Os ginecologistas desvalorizaram os sintomas relatados pelas mulheres e se apoiaram em estratégias estritamente medicamentosas, requisitando exames e procurando sempre alguma patologia que justificasse as dificuldades relatadas.

Já em relação aos relatos de Clara, Ana, e Bruna a respeito de evitar aproximações sexuais devido ao TDGP, podemos recorrer também a Fávero (2010) quando a autora afirma que em alguns casos de disfunção sexual, percebe-se que há uma recusa ao sexo cuja função reside em se opor a submissão que ocorre em outras esferas do cotidiano, mas sem se dar conta de que com esta postura estas mulheres negam também o prazer a si próprias.

Cherner e Reissing (2013) corroboram com esta perspectiva ao afirmar que mulheres com vaginismo tendem a evitar qualquer contato sexual, relatando que esta esquiva diminui sua ansiedade e traz benefícios em curto prazo. Contudo, em longo prazo, a estratégia se mostra pouco eficaz se houver o objetivo de realizar a penetração. Este último aspecto pode ser observado nos excertos destacados, especialmente porque Clara mencionou evitar contato sexual, mas em alguma medida mostrou-se também incomodada pela privação do prazer sexual:

*[...] Então já evito tudo para não ter tentativas, porque ele vai querer alguma coisa e eu não vou querer e eu vou ficar chateada, e ele também claro, mas eu mais ainda. (Clara)*

Outro aspecto que merece destaque diz respeito a desvalorização de atividades sexuais que não envolvem penetração, uma vez que de modo geral, as entrevistadas se refeririam a sexo e a vida sexual apenas como aquilo que diz respeito a penetração:

*[...] eu tô conseguindo ter o mínimo de não dor durante a relação. [...] Tenho uma vida mais ou menos sexual. (Ana)*

*Minha vida sexual [...] não faço muito sexo por conta do vaginismo, mas eu sou uma pessoa que gosto de sexo. (Daniela)*

*[...] a minha questão é só a penetração, o resto é normal. [...] eu não to deixando nem encostar em mim, [...] porque você sabe que você vai [ter] um sexo incompleto, então pra você não tem graça, é um negócio chato. (Clara)*

Os achados de Kaler (2006) corroboram com os relatos das entrevistadas, pois, para ela, apenas a penetração é vista como sexo de verdade, enquanto outras práticas foram reduzidas apenas a preâmbulos desse ato sexual. Aspecto semelhante foi relatado também por Paula que contou sentir-se perdendo tempo por ter 26 anos e ainda ser virgem. Além de desconsiderar outras práticas sexuais, esta forma de compreensão também revela aspectos culturais contemporâneos pois a ausência de atividade sexual é vista como algo negativo.

Borges (2007) revela que a partir de uma certa idade, as jovens passam a vivenciar a virgindade como um peso, algo indesejável.

Kaler (2006) afirma que a percepção de si como uma mulher real, autêntica, é fortemente influenciada pelo exercício da sexualidade, especificamente se houver a penetração vaginal. Para Pacik (2014), o TDGP pode provocar nas mulheres a sensação de ser estranha e menos mulher, o que foi relatado por uma das entrevistadas:

*Acho que você acaba não se sentindo mulher, na verdade. (Clara)*

Emergem também nos relatos de Luana, Bruna e Daniela uma preocupação com o desejo e satisfação do parceiro, bem como de sua imagem perante o grupo social devido ao transtorno. Pode-se inferir, neste caso, que há uma representação específica da sexualidade masculina no imaginário destas mulheres. Segundo Fávero (2010) a sexualidade de homens e mulheres é legitimada através de representações sociais repletas de valores e atributos que lhe atribuem papéis específicos. Entre homens e mulheres heterossexuais há posturas e expectativas diferentes em relação ao sexo pois a ideia de que o homem é mais interessado em sexo do que a mulher está tão enraizada em nossa cultura que acaba levando os indivíduos a se comportarem de acordo com esta expectativa.

Os relatos de Daniela e Clara relacionaram o ato sexual com estupro ao mencionar sentimentos de invasão. Para Fávero (2010) a ideia de que a mulher dá e o homem toma algo carrega implicitamente uma ideia de abuso. É importante ressaltar que estas duas participantes trazem em sua trajetória de vida marcas de violência sexual, visto que Daniela foi assediada na infância e a mãe de Clara sofreu abuso sexual, acontecimento que a entrevistada acredita ter tido grande influência em sua criação.

*Eu me sinto invadida [...] porque aí eu sei que [ele] já vai levar pro sexo e aí eu vou sentir dor e aí eu vou ficar nervosa, então é chato. (Clara)*

Paula também sofreu abuso sexual na infância e relaciona o episódio ao transtorno. Ainda segundo Fávero (2010), meninas e mulheres são frequentemente vítimas de violência nas relações íntimas, pois o abuso sexual infantil é frequentemente praticado por um membro da família. Para a autora, quando o agressor é o pai biológico, como no caso de Paula, ele seduz a criança e posteriormente trai sua confiança, garantindo o silêncio através de promessas ou ameaças. Tanto Paula quanto Daniela relataram existir uma correlação entre esses episódios de abuso e suas atuais dificuldades sexuais, afirmando que acreditam que o início da atividade sexual na vida adulta as fez lembrar o episódio. Fávero (2010) afirma ainda que crianças expostas ao abuso têm maiores chances de manifestar posteriormente algum quadro psicopatológico.

A autora apresenta um caso em que uma mulher refere pouco desejo sexual, aceita penetração apenas para deixar o marido satisfeito e relata se sentir invadida (FÁVERO, 2010). Trata-se de um relato muito próximo daquilo que nos foi revelado por Daniela. Outra entrevistada, Luana, também contou já ter feito sexo pensando em agradar o parceiro.

*[...]me sinto muito triste de ser uma mulher que não satisfaz o esposo e não se satisfaz.*  
(Luana)

*[...] [sexo] era algo assim que eu tentava e não sentia nada. Eu gostava do meu namorado, mas acho que fazia para ele se sentir mais feliz do que eu.* (Daniela)

Ambas mencionaram esperar o parceiro ejacular embora sentissem dor e estivessem sem vontade. Este enfoque que parece ser dado pelas entrevistadas à figura masculina não surpreende quando se reflete a respeito desta questão a partir de Goldenberg (2010) que afirma que em nossa cultura a figura do homem é altamente valorizada pelas mulheres que chegam a sentir que seu valor é fortemente decorrente da aceitação por parte da figura masculina.

Merece destaque também a sensação de anormalidade e de ser a única que não consegue fazer algo tido como natural e normal, que foi referida em todas as entrevistas. As entrevistadas contaram que frequentemente ouviam na mídia ou em suas redes de relacionamentos que sexo era algo prazeroso, e se surpreendiam por não vê-lo e nem senti-lo desta forma. Kaler (2006) corrobora para este aspecto, pois em sua pesquisa as mulheres relataram também a sensação de serem desviantes daquilo que assistiam na televisão. Kuester e Fontenele (2015) também referem a sensação de anormalidade mencionada pelas entrevistadas.

Outra percepção interessante sobre o transtorno foi trazida por Daniela: “*sabe como se tivesse entrando uma coisa maior do que o seu corpo pode suportar?*”. A partir deste relato

é possível notar uma percepção da vagina como algo muito pequeno e incapaz de suportar a penetração. De acordo com Pacik (2014) pacientes com vaginismo podem ter a sensação de que irão esticar uma vagina pequena demais.

Em relação à categoria *Beleza, Imagem Corporal e Percepção de si*, as entrevistadas trouxeram de forma unânime relatos de insatisfação com a própria aparência, pois todas enumeram aspectos que não gostam ou que mudariam em si. Para Goldenberg (2010), esse tipo de percepção revela uma influência do modelo idealizado de beleza.

*Estou feliz me aceito, claro que se eu tivesse condições eu mudaria uma coisa ali outra lá... (Clara)*

*Eu me acho muito magra, me acho muito magra. Eu queria ser um pouquinho mais, não gorda, mas eu queria ser um pouquinho mais gordinha. Um pouco mais de corpo, né? (Luana)*

É possível inferir que esta insatisfação com a aparência física esteja relacionada com a disfunção e a insegurança de perder o parceiro ou ser trocada por uma mulher que consiga fazer sexo com penetração, pois, para Fávero (2010) as mulheres, mais do que os homens, costumam pensar que sua aparência interfere nas relações sexuais. Secchi, Camargo e Bertoldo (2009) após uma pesquisa sobre imagem corporal, afirmaram que as mulheres relacionavam beleza a bem-estar e desempenho sexual.

“A insatisfação com a imagem corporal influencia o poder, status e atração designados ao corpo, uma vez que se relacionam ao poder de atração exercido sobre o sexo oposto, em meio às suas interações sociais” (SECCHI, CAMARGO e BERTOLDO, 2009, p. 235)

Os achados de Barker (2011) também corroboram com esta perspectiva, pois a autora relata ter atendido uma cliente que desejava ser capaz de ter relações sexuais com penetração e ser atraente por medo de perder o parceiro pois acreditava que todo homem deseja uma mulher bonita.

A partir das respostas produzidas pela maioria das entrevistadas sobre o padrão de beleza, na qual a maioria falou de características não físicas, é possível inferir que o tema provoca incômodo. Também é possível interpretar a partir destas falas, que as entrevistadas procuraram mostrar que não concordam com o modelo idealizado de beleza mencionado por Goldenberg (2010). Contudo, ao se auto depreciar, demonstram ter internalizado este modelo, pois acreditam que precisam, de alguma forma, se adequar.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos relatos, é possível argumentar a favor de que as entrevistadas não estão satisfeitas com sua imagem corporal, pois todas referiram partes do corpo que não gostam, ou que mudariam. Contudo, a metodologia utilizada não permite afirmar se, de fato, há relação causal entre imagem corporal e TDGP, pois é possível que a insatisfação com a aparência física seja fruto do modelo idealizado de beleza discutido por Goldenberg (2010), e não tenha necessariamente relação direta com a disfunção. Entretanto, a percepção de si parece ter sido afetada negativamente pela disfunção por provocar nas mulheres a sensação de anormalidade.

Em relação ao exercício da sexualidade, destaca-se a valorização da penetração e representação do exercício da sexualidade sendo definido quase que de forma exclusiva por esta prática. As entrevistadas relataram que não faziam sexo ou mesmo que nunca tinham feito, desconsiderando outras práticas sexuais com seus parceiros.

Vale destacar também que as entrevistadas relataram obter prazer com o exercício da sexualidade, desde que este não estivesse diretamente relacionado à penetração. No entanto, mesmo em se considerando outras práticas, os primeiros aspectos ressaltados incidiram sobre dor e incômodo. Desta forma é possível inferir a partir dos discursos que o sexo para estas mulheres é visto como algo doloroso, incômodo, invasivo e obrigatório.

Já as mulheres que obtinham penetração, sofriam com esta prática e, por conseguinte, representaram o exercício da sexualidade como algo desagradável, cujo objetivo residia em agradar o parceiro. Destaca-se também nesse sentido, o medo de ser abandonada pelo parceiro devido à dimensão sexual do relacionamento que acaba sendo abalada pelo TDGP. Desta forma, é possível inferir que os homens são representados pelas entrevistadas como sujeitos que valorizam excessivamente a atividade sexual, mostrando aspectos das relações sociais de gênero, pois de acordo com Fávero (2010), há um papel sexual masculino amplamente difundido em nossa cultura que faz com que se espere dos homens um interesse sexual maior do que das mulheres.

Este último aspecto interfere na percepção de si das entrevistadas, que relataram sempre ouvir através da mídia e de amigas que sexo seria algo prazeroso e bom. Essa divergência entre a própria experiência e o relato do outro se destacou como algo que as faz sentir anormais, diferentes e acometidas por um problema exclusivo, pelo qual mais ninguém é acometido.

Os objetivos norteadores da pesquisa foram contemplados, pois a partir das entrevistas foi possível discutir aspectos da autoimagem das entrevistadas, suas considerações sobre beleza feminina e seus discursos sobre exercício da sexualidade. Contudo, o objetivo geral da pesquisa, que consistia em discutir a imagem corporal das entrevistadas, foi sobreposto pela análise do exercício da sexualidade, já que o tema acabou sendo mais explorado durante as entrevistas. Vale ressaltar que por se tratarem de temas poucos tangíveis, a discussão dos resultados permite apenas gerar reflexões e fomentar discussões sobre os mesmos, consistindo em uma aproximação de um fenômeno, e que, portanto, não deve ser objeto de generalizações.

## 6. REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 437-440
- BARDIN, L. Análise de entrevistas: férias e telefone. in \_\_\_\_\_ **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARKER, M. De Beauvoir, Bridget Jones' pants and vaginismus. **Existencial Analysis**[s. l.], v. 22, n. 2, Jul. 2011. Disponível em: <<http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA288874215&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w&asid=f7e9815d097c7daf59f5807a55346f20>>. Acesso em: 22, jul. 2015.
- BARROS, D. D.: Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2:, maio-ago. 2005. p. 547-554.
- BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTT, L.; DEROGATIS, L.; FOURCROY, J.; FUGL-MEYER, K.; GRAZIOTTIN, A.; HEIMAN, J. R.; LAAN, E.; MESTON, C.; SCHOVER, L.; LANKVELD, J. V.; SCHULTZ, W. W. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, [s. v.], n. 24, p. 221-229, dec. 2003.
- BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 597-604, 2007.
- CATONNÉ, J. P. **A sexualidade ontem e hoje**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001. 120 p.
- CHERNER, R. A.; REISSING, E. D. A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. **Archives of Sexual Behavior**, v. 42, [s. n.], p. 1605-1614, jun. 2013.
- FÁVERO, M. H. **Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações**. (sem ed.) Curitiba: Editora UFPR, 2010. 435 p.
- GOLDENBERG, M. **O corpo como capital: Estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira**. 2 ed. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2010. 199p.

JENG, C. J. The pathophysiology and etiology of vaginismus. **Taiwanese J. Obstet. Gynecol.**, Taipei, v. 43, n. 1, p. 10-15, mar. 2004.

KALER, A. Unreal women: sex, gender, indentity and the lived experience of vulvar pain. **Feminist Review**, n. 82, p. 50-75, 2006.

KUESTER, F. J.; FONTENELE, C. V. Vaginismo, dispareunia e gênero: Análise de trajetórias em busca de tratamento para o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração. **XI Jornada de Iniciação Científica e V Mostra de Iniciação Tecnológica**. Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2015.

LAHAIE, M. A.; AMSEL, R.; KHALIFÉ, S.; BOYER, S.; FAABORG-ANDERSEN, M.; BINIK, Y. M. Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, p. 1537-1550, 2015.

MOLTEDO-PERFETTI, A.; NARDI, B.; ARIMATEA, E. Coherencia sistémica e identitaria en mujeres con vaginismo primário. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, v. 70, n.10, p. 58-63, 2014.

PACIK, P. T. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. **The International Urogynecological Association**, n. 25, p. 1613-1620, jun. 2014.

PAZMANY, E.; BERGERON, S.; OUDENHOVE, L. V.; VERHAEGHE, J.; ENZLIN, P. Body Image and Genital Self-image in Pre-menopausal Women with Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, n. 42, p. 999-1010, 2013.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: As energias construtivas da psique. 1 ed. São Paulo: Martins fontes, 1980. 316 p.

SECCHI, K.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 229-236, 2009.

TER KUILE, M. M.; BULTÉ, I.; WEIJENBORG, P. T. M.; BEEKMAN, A.; MELLES, R.; ONGHENA, P. Therapist-Aided Exposure for Women With Lifelong Vaginismus: A Replicated Single-Case Design. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 77, n. 1, p. 149-159, fev. 2009.

**Contatos:** fejkuester@gmail.com e edu-fraga@hotmail.com