

## Investigação da incidência de disfunção sexual em um período de até dois anos de pós parto – estudo transversal



Jaqueline Antoneli Rech<sup>1</sup>, Alana Tâmisa Leonel<sup>2</sup>

### RESUMO

**Submissão:** 18/11/2021

**Aceite:** 01/12/2021

**Publicação:** 02/12/2021

**Panorama:** Diversos fatores são responsáveis por tornar a musculatura do assoalho pélvico debilitada, dentre elas está a gestação, período em que ocorre diversas alterações no corpo da mulher. As disfunções sexuais femininas são distúrbios que podem aparecer em algumas das fases do ciclo de resposta sexual da mulher, dificultando atingir o prazer durante a relação sexual. **Objetivo:** Investigar a incidência de disfunção sexual em mulheres que tiveram um único parto em menos de dois anos. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo de cunho exploratório descritivo, a coleta de dados foi realizada através dos questionários: caracterização de amostra, FSFI (Female Sexual Function Index) e QS-F (quociente sexual- versão feminina). **Resultados:** 40 mulheres participaram do estudo com uma média de idade de 26,2 anos em que 80% da amostra não apresenta disfunção sexual. **Conclusão:** a disfunção sexual não foi comum no período de dois anos de pós-parto. Porém quando consideramos os questionários elaborados pelas pesquisadoras, existem um índice maior de disfunção sexual.

### ABSTRACT

**Background:** Several factors are responsible for making the pelvic floor muscles weak, among them is pregnancy, a period in which several changes occur in the woman's body. Female sexual dysfunctions are disorders that can appear in some of the phases of a woman's sexual response cycle, making it difficult to achieve pleasure during intercourse. **Aims:** Investigate the incidence of sexual dysfunction in women who had a single birth in less than two years. **Method:** This is a quantitative, descriptive exploratory study, data collection was performed through questionnaires: sample characterization, FSFI (Female Sexual Function Index) and QS-F (sexual quotient-female version). **Results:** 40 women participated in the study with a mean age of 26.2 years in which 80% of the sample does not have sexual dysfunction. **Conclusion:** sexual dysfunction was uncommon in the two-year postpartum period. However, when we consider the questionnaires developed by the researchers, there is a higher rate of sexual dysfunction.

<sup>1</sup> Discente do curso de Fisioterapia da Uniguairacá. Prudentópolis-PR. [jake\\_rech@hotmail.com](mailto:jake_rech@hotmail.com)  
<sup>2</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Uniguairacá. Guarapuava-PR. [alanatamisa@gmail.com](mailto:alanatamisa@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico é formado por músculos (MAP), ligamentos e fâscias. Possui como função manter os órgãos pélvicos e abdominais sustentados, atuando na continência urinária e fecal e na função sexual <sup>1</sup>. Esse conjunto muscular é conhecido como diagrama pélvico, formado por 13 músculos, dos quais o coccígeo e o levantador do ânus são os principais <sup>2</sup>, como essas regiões são próximas, a fraqueza pode não ser localizada facilmente, levando a diversos problemas, dentre eles a disfunção sexual <sup>3</sup>.

Muitos fatores podem causar o enfraquecimento desse grupo muscular, como a gravidez, envelhecimento, atividades físicas de impacto, obesidade, intervenções cirúrgicas ginecológicas, entre outras, os quais levam ao desenvolvimento de incontinência urinária e fecal, prolapso e disfunções sexuais <sup>1, 4</sup>.

A sexualidade está diretamente ligada ao bem-estar e a saúde, pois segundo Silva (2021)<sup>5</sup> esse é um dos indicadores de qualidade de vida e ainda aponta que a saúde sexual feminina acontece quando a mulher é capaz de desfrutar e expressar sua sexualidade. A resposta sexual pode ser dividida em quatro fases, o desejo, excitação, orgasmo e resolução <sup>6</sup>.

As disfunções sexuais podem aparecer em qualquer fase da vida da mulher, porém o pós-parto é um período comum dessa queixa. Essa fase delicada na vida da família vem carregada de diversas emoções, pois todos estão se adaptando com a chegada do bebê, além das alterações corporais que podem ferir a intimidade do casal, o medo da dor e de engravidar novamente causam dificuldades na vivência prazerosa do casal<sup>7</sup>.

Os aspectos físicos alterados após a gestação são consideráveis, causados pelo aumento do peso corporal, pressão intra-abdominal, alterações fisiológicas, via de parto, episiotomia sendo esses fatores que influenciam a força e função do assoalho pélvico, além das mudanças anatômicas, viscerais, hormonais, neurais e das fâscias que colaboram para a deficiência desse conjunto de músculos<sup>8</sup>.

Após as alterações de uma gestação a mulher sente dificuldade em voltar a ter uma vida sexualmente ativa, fato esse causado pela diminuição dos níveis de progesterona e estrogênio e o aumento da prolactina levando a diminuição da vivência da sexualidade e ainda, muitas mulheres relatam alteração no desejo, ou seja, diminuição da libido, dispareunia que é a dor em algum momento da relação sexual, entre outras disfunções<sup>9</sup>.

Diante disso, os questionários são uma das formas de pesquisa para avaliar as disfunções sexuais femininas e hoje amplamente utilizados na investigação de tais. Através do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), é possível avaliar a função sexual em 6 domínios (desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor), constituído por 19 questões <sup>10, 11</sup>. Já o Quociente sexual- versão feminina (QS-F) é composto por dez itens nos aspectos de desejo, preliminares, excitação, conforto e satisfação<sup>12</sup>.

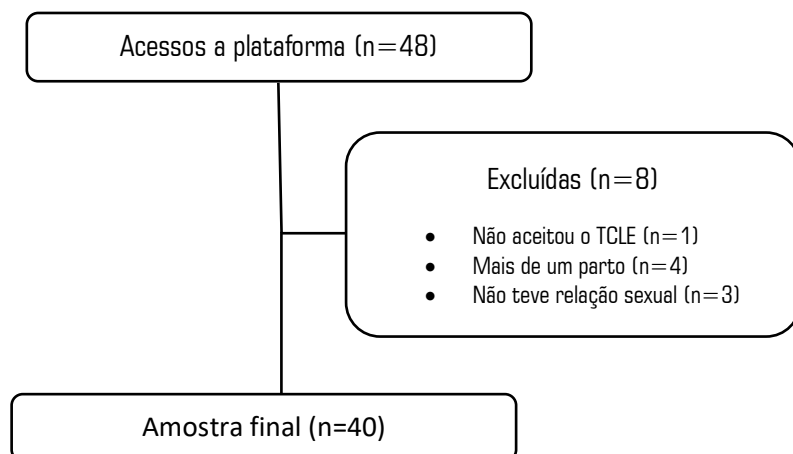
Visto que a sexualidade é considerada um aspecto para se ter saúde, o objetivo foi investigar, através de um estudo transversal, a incidência de mulheres com disfunção sexual, depois de no máximo dois anos de parto.

## MÉTODO

Este estudo é um estudo transversal de natureza quantitativa e de cunho exploratório, aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sob o parecer nº 4.663.899 realizado através da plataforma virtual Google Forms.

A amostra foi composta por participantes que se encaixaram nos critérios de inclusão: apenas um parto em menos de 2 anos, com idade igual ou superior a 18 anos, independente da via de parto e que não se encaixasse no critério de exclusão: não ter relação sexual nos últimos 30 dias, seguindo o fluxograma abaixo. As voluntárias foram convidadas a participar da pesquisa através de um folder nas redes sociais. A amostra seguiu o fluxograma exposto na figura 1.

**Figura 1:** Fluxograma de seleção da amostra



As participantes receberam um link de acesso ao questionário inicial, onde a primeira etapa foi o aceite do termo livre e esclarecido- TCLE, aquelas que selecionaram “não aceito” foram encaminhadas a uma mensagem de agradecimento e o questionário foi encerrado. Após o consentimento do TCLE a participante era direcionada para a próxima página do questionário de caracterização da amostra, composta por perguntas dos critérios de inclusão e exclusão previamente elencados, aquelas que se encaixaram em algum critério de exclusão, receberam uma mensagem de agradecimento e o questionário foi encerrado automaticamente. Para aquelas que estavam aptas a continuar, a próxima fase era composta pelos questionários específicos da pesquisa, o FSFI (Female Sexual Function Index)<sup>13</sup> e QS-F<sup>14</sup>.

Um dos questionários específicos foi o FSFI, traduzido e validado para língua Portuguesa. Através dele é possível avaliar a função sexual em 6 domínios (desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor), constituído por 19 questões, escala breve, específica e multidimensional, com uma pontuação total que pode variar de 2 a 36 pontos, onde os valores  $\leq 26$  sugerem disfunção sexual<sup>10,11</sup>.

Já o Quociente sexual- versão feminina (QS-F) é composto por dez itens nos aspectos de desejo, preliminares, excitação, conforto e satisfação que podem ser classificados em nunca, raramente, às vezes, 50% das vezes, a maioria ou sempre. A somatória pode variar de 0 a 100, no qual 0 é péssimo e 100 excelente<sup>12</sup>.

Ao final de todos os questionários, as participantes responderam a última pergunta, se elas tinham interesse em receber informações sobre os temas abordados na pesquisa e sobre os possíveis tratamentos para as disfunções sexuais, deixando o seu contato para que as pesquisadoras agendassem uma reunião online com esse objetivo. A última tela foi a de agradecimento pela participação na pesquisa. O encontro com as participantes foi realizado em uma noite, previamente marcada.

Os dados foram analisados através do software estatístico SPSS 24 for Mac. Para testar a normalidade ou não da amostra foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, com índice de significância de 5% ( $p \geq 0,05$ ) para as variáveis idade, peso, altura e IMC, demonstrando amostras pareadas, com isso foi realizado o teste de correlação de Pearson entre os domínios do FSFI na tabela 2

Participaram do estudo 40 mulheres, com idade média de 26,2 anos, peso 65,6, estatura de 1,63 e IMC 24,69 como estão apresentados na tabela 1. Com apenas um filho de no máximo 2

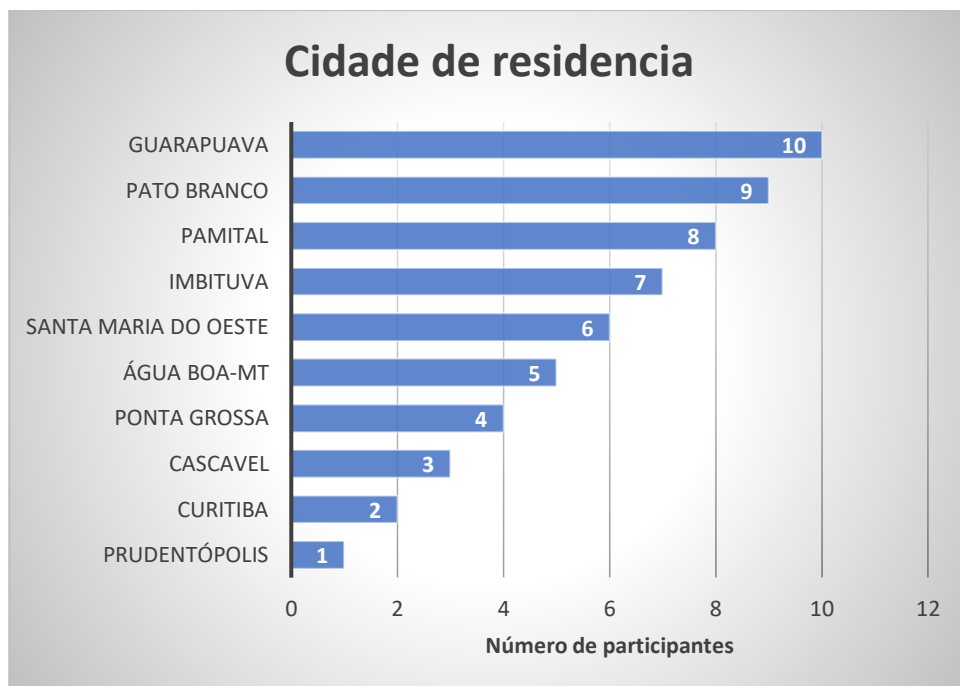
anos de idade, a grande maioria casada (77,5%) e que teve parto do tipo cesárea (72,5%), as participantes residem em diferentes cidades, como mostra o gráfico 1 abaixo.

**TABELA 1** - Dados antropométricos da amostra (média  $\pm$  desvio padrão)

	<b>Idade</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>IMC</b>
<b>Amostra (n=40)</b>	26,2 $\pm$ 4,74	65,6 $\pm$ 10,47	1,63 $\pm$ 0,06	24,69 $\pm$ 4,44

Os dados estão apresentados em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm<sup>2</sup> (IMC).

**Gráfico 1** – Cidades de residência das participantes

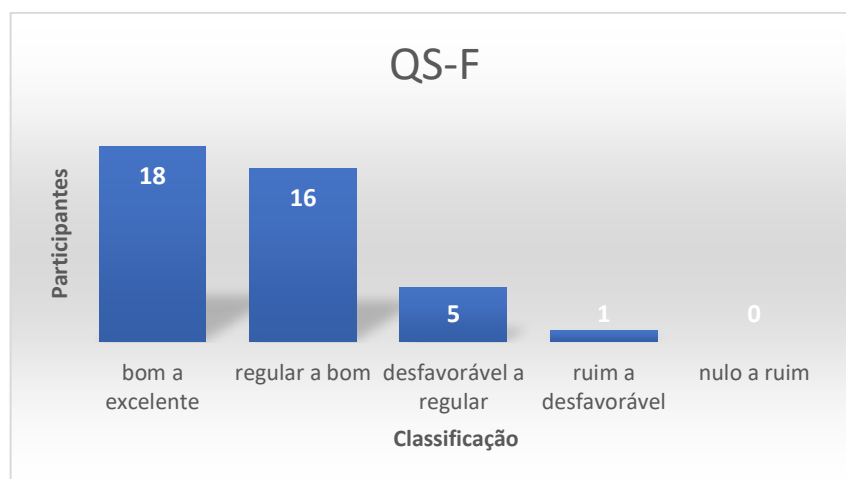


## RESULTADOS

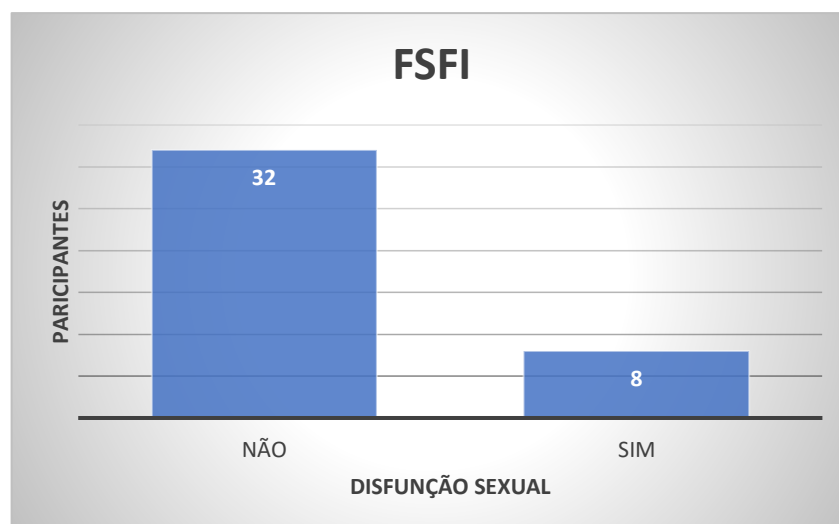
Quando questionadas em relação ao conhecimento sobre o assoalho pélvico 55% das participantes afirmaram conhecer a musculatura, apenas 7,5% considera ter algum tipo de disfunção sexual e 40% afirmou não ter recebido informações sobre possíveis disfunções sexuais no pós-parto. Sobre a primeira relação sexual pós-parto, 10% relatou ter o primeiro contato com menos de 40 dias, 77,5% teve relação por desejo próprio e 22,5% por desejo do parceiro, 70% sentiram prazer nessa relação e 50% sentiu dor.

Os dados do QS-F (Quociente Sexual Feminino) e do FSFI (Female Sexual Function Index) foram tabulados e analisados através do software Microsoft Excel for Mac e estão apresentados em forma de gráfico pela sua classificação nos gráficos 2 e 3 respectivamente. A partir desse gráfico é possível perceber que 85% das mulheres possuem um quociente sexual acima de regular, e também que 80% da amostra não possui disfunção sexual feminina.

**Gráfico 2** – Índice do Quociente Sexual Feminino



**Gráfico 3** – Índice da Função Sexual Feminina



**Tabela 2:** Escores de função sexual de acordo com o FSFI

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Desejo	1					
Excitação	,179	1				
Lubrificação	,540**	,017	1			
Orgasmo	,683**	,103	,722**	1		
Satisfação	,594**	,209	,667**	,798**	1	
Dor	,268	,206	,383*	,489**	,507**	1

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Através das correlações foi possível perceber que alguns domínios do questionário FSFI se relacionam. A lubrificação tem relação com o desejo; já o orgasmo tem relação com desejo e lubrificação; satisfação tem relação com desejo, lubrificação e orgasmo; dor tem relação com lubrificação, orgasmo e satisfação. Isso justifica o fato de que a mulher precisa atingir as quatro fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), pois a alteração em uma dessas fases caracteriza a disfunção sexual<sup>5</sup>.

## DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o índice de disfunção sexual em mulheres que tiveram apenas uma gestação em até 2 anos, onde foi observado que nessa amostra 80% das mulheres não possuem disfunções sexuais. Apesar de que índices apontam que 70% das mulheres no pós-parto podem apresentar algum tipo de disfunção sexual<sup>15</sup>. Segundo Baratella et. al (2021)<sup>16</sup> é preciso levar em conta a diferença entre os períodos de pós-parto que se diferenciam em imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia).

O grau de satisfação sexual das mulheres é difícil de ser mensurado pela variabilidade de fatores que podem estar relacionados, entre eles estão os fatores psicológicos, biológicos e culturais. Também devemos considerar que após o parto a mulher passa um período com medo de engravidar novamente, medo da dor, vergonha e ainda a preocupação e ocupação com o bebê que leva a fadiga,

muitas vezes<sup>17</sup>. Uma revisão de literatura buscou determinar os fatores que prevalecem na disfunção sexual no pós-parto tardio e obtiveram como resultado que disfunções sexuais no puerpério tem relação com a jornada de trabalho, idade, religião, história prévia de disfunção, amamentação, fatores intrapartos, insatisfação com o próprio corpo e depressão. A qualidade das relações sexuais e frequência afetam a sexualidade, a qual é considerada um dos cinco parâmetros de saúde do indivíduo<sup>16</sup>.

O presente estudo não levou em consideração a via de parto das participantes, visto que outro estudo elencou que não existem evidências que possam afirmar que o parto vaginal se diferencie da cesárea na piora da vida sexual da mulher, apesar de inúmeros estudos estarem voltados para a relação da via de parto com a disfunção sexual<sup>18</sup>. Vetoazzi et.al.<sup>15</sup>, apresenta em uma revisão um estudo realizado entre 796 primigestas. Observou menor incidência de dispareunia no terceiro mês do puerpério de cesarianas, mas essa diferença não se manteve no sexto mês. Já em outro avaliou a função sexual de 576 mulheres após parto vaginal espontâneo concluindo que esse tipo de parto não interfere na função sexual, porém, entre as pacientes com trauma perineal maior (2º - 4º grau) e/ou necessidade de sutura no pós-parto o escore na escala de função sexual foi pior.

Vetoazzi et.al. (2012)<sup>15</sup>, cita ainda que existem diversos fatores associados a disfunção sexual no período de pós-parto, dentre elas está a amamentação que altera os níveis hormonais elevando a prolactina, diminuindo andrógenos e estrógenos e causando a liberação de ocitocina, com isso ocorre a redução do interesse sexual e diminuição da lubrificação vaginal, desenvolvendo a dispareunia em mulheres que estão amamentando.

Os resultados e correlações desse estudo coincidem com a fisiologia humana, em que a resposta sexual acontece através de um ciclo, sendo ele o desejo que acontece através de pensamentos, sinais verbais ou visuais; a excitação onde ocorre a vasodilatação pélvica inquietação, aceleração de batimentos cardíacos; orgasmo ou clímax da excitação sexual que é marcado por um quadro de contrações musculares, desencadeando grande sensação de prazer sexual, calor e desligamento do meio externo. E por fim relaxamento ou resolução, que é um progressivo retorno do organismo às condições basais<sup>19</sup> isso justifica o fato de que alterações na lubrificação estão relacionadas com desejo; alterações no orgasmo refletem no desejo e lubrificação; já a satisfação altera desejo, lubrificação e orgasmo; e ainda a dor está ligada com lubrificação, orgasmo e satisfação.



Holanda et. al. (2014)<sup>7</sup> em seu estudo investigou o índice de disfunção sexual em uma amostra de 200 mulheres que haviam retomado a vida sexual ativa e que estivessem entre o 3º e 6º mês de pós-parto. Os resultados apresentaram uma média de idade de 24 anos com 43,5% da amostra com disfunção sexual e obteve na conclusão que religião, jornada de trabalho, história prévia de disfunção e tipo de parto tem relação com a disfunção sexual.

Já Lima et. al. (2013)<sup>20</sup>, verificou a prevalência de disfunção antes e durante a gravidez em 778 primigestas, e obteve como resultado que 23,9% das mulheres tinham disfunção antes da gestação e 67,7% das mulheres tinham durante e a maior causa foi diminuição da lubrificação vaginal (29,1%)

Visto que a disfunção sexual atinge grande parte da população, uma das formas de evita-la é vasta orientação das mudanças fisiológicas da gestação, avaliação da função sexual durante a gestação<sup>13</sup>. Segundo Antonioli e Simões (2001)<sup>21</sup> a fisioterapia é fundamental no tratamento e prevenção de disfunção sexual, pois traz técnicas de baixo custo como a cinesioterapias e exercícios perineais, na tentativa de otimizar a vida sexual dessas mulheres que enfrentam dificuldades.

## CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível concluir que a disfunção sexual não foi comum no período de dois anos de pós-parto. Porém quando consideramos os questionários elaborados pelas pesquisadoras, existem um índice maior de disfunção sexual. Dessa forma, o estudo foi limitado pela dificuldade de interpretação das perguntas através da plataforma online.

## REFERÊNCIAS

1. Silva APS da, Silva JS da. A Importância dos Músculos do Assoalho Pélvico Feminino , Sob uma Visão Anatômica. Fisioter Bras. 2003;4(3):205–11.
2. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, p.465-9.
3. Rita M, Bezerra L, Soares AFF, Faintuch S, Menasce S, Ajzen SA, et al. Print Magnetic resonance imaging identification of muscular and ligamentous structures of the female pelvic floor Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética Available only in Portuguese © Copyri. 2020;27–8.
4. Korelo RIG, Kosiba CR, Grecco L, Matos RA. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. Fisioter em Mov. 2011;24(1):75–85.

5. Silva ACSP da, Mori AS, Silva ML, Cruz MCA, Borges NMP, Freitas YJF de, et al. Saúde sexual feminina em tempos de empoderamento da mulher. Res Soc Dev. 2021;10(7):e28010716415.
6. Ferreira ALCG, Souza AI de, Amorim MMR de. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007;7(2):143–50.
7. Lima Holanda JB, Vieira Abuchaim EDS, Coca KP, Freitas De Vilhena Abrão AC. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. ACTA Paul Enferm. 2014;27(6):573–8.
8. Barbosa AMP, Carvalho LR de, Martins AMV de C, Calderon I de MP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. Rev Bras Ginecol e Obs. 2005;27(11):677–82.
9. Figueiredo, B., & Silva, A. I. (2005). Sexualidade na gravidez e no pós-parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264.
10. L. Santana Correia; C. Brasil; M. Dantas da Silva et.al. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. 2016;405–9.
11. Carvalho MP de, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2014;17(4):721–30.
12. Pi T. Identificação do nível de satisfação sexual de mulheres gestantes. 2017;3(3):601–7.
13. Martinez EZ. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. Cad Saude Publica. 2009;25(11):2333–44.
14. Helena C, Abdo N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Diagn Trat. 2009;14(2):89–1.
15. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Geraldo J, Ramos L, Martins-costa SH. Sexualidade e puerpério : uma revisão da literatura. Clin Biomed Res. 2012;32(4):473–9.
16. Carolina A, Eduarda M, Veras S. Prevalência de disfunções sexuais no puerpério de parto cesáreo Prevalence of sexual dysfunctions in the puerperium of cesarean delivery Prevalencia de disfunciones sexuales en el puerperio del parto por cesárea. 2021;2021(April):1–10.
17. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Passos EP. 1,2,3 ,.
18. Pereira T, Dottori E, Mendonça F, Beleza AC. Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto : um estudo transversal. Rev Bras Saúde Matern e Infant. 2018;18(2):295–300.
19. Oliveira, TS de Fatores relacionados a disfunção sexual no puerpério. Universidade Federal do Sergipe. 2018.
20. de Lima AC, Dotto LMG, Mamede MV. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. Cad Saude Publica. 2013;29(8):1544–54.
21. Antonioli R d de S, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. Rev Neurociências. 2001;18(2):267–74.