

Impacto do uso de contraceptivos orais sobre a função do assoalho pélvico de mulheres atendidas pelo SUS



Ana Carolina Martins Cardoso¹, Luana Severino¹
Caroline Luchtemberg Homem² e Ariete Inês Minetto³

RESUMO

Submissão: 04/07/2025

Aceite: 25/11/2025

Publicação: 21/12/2025

Panorama: Saúde e bem-estar femininos são negligenciados pela sociedade e instituições de saúde. A inserção da mulher no mercado de trabalho e o avanço dos direitos sexuais intensificou o uso de contraceptivos hormonais, mas no Brasil ainda são escassos os estudos que investigam a relação entre o uso dos métodos contraceptivos e disfunções pélvicas em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Compreender os impactos desses métodos na musculatura do assoalho pélvico, a fim de contribuir para intervenções mais eficazes e individualizadas. **Método:** Estudo de campo, observacional, transversal, descritivo e exploratório com o FSFI e o PISQ-12, de 22 mulheres atendidas por uma Clínica Escola. **Resultados:** Usuárias de contraceptivos hormonais apresentaram menores escores de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, além de maior prevalência de dor e diminuição na força muscular. **Conclusão:** O uso de contraceptivos hormonais pode impactar negativamente a função sexual feminina, destacando-se a necessidade de novas investigações.

ABSTRACT

Panorama: Women's health and well-being are neglected by society and health institutions. The insertion of women into the labor market and the advancement of sexual rights have intensified the use of hormonal contraceptives, but in Brazil, studies investigating the relationship between the use of contraceptive methods and pelvic floor dysfunctions in women treated by the Brazilian Unified Health System (SUS) are still scarce. **Aims:** To understand the impacts of these methods on the pelvic floor muscles, in order to contribute to more effective and individualized interventions. **Method:** A field study, observational, cross-sectional, descriptive and exploratory, using the FSFI and PISQ-12, of 22 women treated at a University Clinic. **Results:** Users of hormonal contraceptives presented lower scores for desire, arousal, lubrication, orgasm, and satisfaction, as well as a higher prevalence of pain and decreased muscle strength. **Conclusion:** The use of hormonal contraceptives can negatively impact female sexual function, highlighting the need for further research.

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil.
² Fisioterapeuta, Esp. Docente Prog. Resid. Mult. Saúde Colet, UNESC, Criciúma, SC. carolineluchtemberg@unesc.net
³ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde, docente curso de Fisiot. UNESC, Criciúma, SC, Brasil. ariete@unesc.net

INTRODUÇÃO

Ao longo da história o bem-estar feminino não recebeu o cuidado necessário, tanto pela sociedade quanto pelas entidades de saúde¹; entretanto, quando as mulheres foram inseridas no âmbito profissional e com o progresso sobre os direitos sexuais e reprodutivos, procuraram-se métodos capazes de evitar a concepção, visto que agora essa classe poderia ajudar nas despesas da família¹. Dessa forma os métodos contraceptivos hormonais foram desenvolvidos na década de 1960 nos Estados Unidos².

No entanto, no contexto brasileiro pouco se sabe sobre a distribuição desse método e sobre as mudanças na percepção das mulheres em relação à prevenção da concepção³. Considerando a necessidade de um programa voltado para a distribuição dos insumos contraceptivos, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, onde o alvo principal era o acesso da população feminina aos métodos contraceptivos³.

O SUS disponibiliza, de forma gratuita, diversas formas de contraceptivos. Algumas dessas formas são os preservativos femininos e masculinos, dispositivos intrauterinos (DIU), anticoncepcionais hormonais de via oral ou injetável, pílula de urgência, vasectomia e laqueadura⁴. Entre as diferentes pílulas anticoncepcionais existentes, duas são as mais utilizadas: as que combinam estrogênio e progesterona (COC); apenas progesterona (POP), estes dois tipos podem ser usados de forma contínua ou prolongado⁵.

Considera-se que os hormônios possuem efeitos diretos sobre a região pélvica, cooperando para diversas disfunções, bem como que a disfunção sexual é qualquer distúrbio que altere a rotina sexual habitual⁶. De acordo com um estudo desenvolvido por Bouchard et al⁷, que descreve o uso dos ACO's associado ao desenvolvimento da síndrome de vestibulite vulvar, com o risco aumentado em mulheres jovens que utilizam ACO's precocemente, além de tempo de duração maior de utilização.

A vestibulite vulvar é caracterizada pela presença de dor ao toque, dor vulvar na tentativa de entrada vaginal e durante relação sexual (dispareunia)⁷. O uso de anticoncepcionais em especial os de baixa concentração de estrogênios também se mostra como um causador dessa condição, já que o seu uso pode provocar alterações de trofismo na parede do canal vaginal⁸.

Os COC estão relacionados à falta de lubrificação, à redução do prazer sexual e ao aumento

da dor durante a relação sexual. Essa ocorrência pode estar relacionada com a diminuição do andrógeno circulante a partir de dois mecanismos: a suspensão da produção de androgênios pelos ovários e a diminuição da presença de testosterona livre. Presume-se que os andrógenos são responsáveis pela síntese de glicoproteínas, gerando assim o muco⁹.

Além das alterações hormonais e seus impactos diretos na função sexual feminina, outras condições clínicas também podem comprometer significativamente a saúde sexual e urinária das mulheres. Um exemplo relevante é a cistite intersticial, que se manifesta por dor pélvica intensa acompanhada de sintomas urinários como dispareunia, frequência e urgência miccional e noctúria, afetando predominantemente o público feminino¹⁰.

O funcionamento adequado dos músculos que compõem o assoalho pélvico (MAP) proporciona às mulheres maior funcionalidade nas atividades diárias, além de melhorar a continência fecal e urinária, a sexualidade e o parto¹¹. No entanto, algumas mulheres podem sofrer de disfunções, como será abordado neste estudo.

Frequentemente, essas disfunções resultam de um desequilíbrio nas forças desse grupo muscular. A gravidade dessas disfunções pode aumentar devido à obesidade, ao número de gestações, à constipação, cirurgias prévias em região pélvica e à atividade com levantamento de peso¹².

Nesse mesmo contexto de disfunções urogenitais, destaca-se ainda a incontinência urinária (IU), definida como a perda involuntária de urina, refletindo a perda do controle vesical. A IU é comumente classificada em três tipos principais: de esforço ou estresse, de urgência e a mista, que combina características das duas primeiras¹³.

Entre os transtornos dolorosos que afetam a saúde sexual da mulher, o vaginismo e a dispareunia merecem atenção especial. O vaginismo é caracterizado por contrações musculares involuntárias que ocorrem de forma recorrente ou persistente durante a tentativa de penetração vaginal, ou até mesmo antes desse momento, impactando de maneira significativa a vida sexual e emocional da mulher¹⁴.

Já a dispareunia causa dores antes, depois ou no momento da relação sexual que pode acontecer de forma persistente ou recorrente. Essa patologia possui causas multifatoriais, sendo as mais comuns a inflamação pélvica crônica, cistite intersticial, infecções, lesões dos MAP, que ocorrem

principalmente durante o parto vaginal, aderências, violência sexual além dos fatores psicossociais como depressão e ansiedade¹⁵. O uso de anticoncepcionais em especial os de baixa concentração de estrogênios também se mostra como um causador dessa condição, já que o seu uso pode provocar alterações de trofismo na parede do canal vaginal¹⁶. Podemos classificar a dispareunia como sendo superficial, quando acomete a vulva e a entrada vaginal, e como profunda, quando a área do colo uterino e bexiga são afetadas¹⁷.

A fisioterapia no tratamento de dispareunia busca, nesse caso, reabilitar o AP, através de liberação miofascial, estimulação elétrica neural transcutânea (TENS), estimulação elétrica funcional (FES), calor e frio, entre outras formas de tratamento¹⁸. A consciência da mulher se torna eficaz para o tratamento e para alcançar esse objetivo podemos utilizar o aparelho biofeedback¹⁸.

O tratamento para incontinência urinária (IU) é baseado em exercícios para fortalecimento dos músculos que compõem o AP¹⁹. Dessa forma, o tratamento fisioterapêutico busca reeducar o reflexo perineal antes que aconteça o esforço, uma maior consciência e a realização da contração correta dos MAP, assim como a ativação e coordenação dos músculos abdominais²⁰.

Diante da complexidade dessas disfunções, o tratamento fisioterapêutico tem se mostrado uma abordagem eficaz, especialmente em casos como a vulvodínia e o vaginismo citados por Prendergast, (2017)²¹. No caso da vulvodínia, a fisioterapia é baseada em técnicas de mobilização e estabilização da região pélvica, com o objetivo de reduzir restrições teciduais e melhorar a mobilidade interarticular²¹.

Já no tratamento do vaginismo, a terapia manual é empregada para normalizar o tônus muscular, aumentar a circulação sanguínea, melhorar a flexibilidade muscular e estimular o fluxo linfático, contribuindo para a melhora dos sintomas e da qualidade de vida das pacientes²².

Desse modo, a fisioterapia tem como objetivo investigar o impacto do uso de métodos contraceptivos na funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico (AP) em mulheres atendidas pelos serviços de fisioterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), pois compreender essa relação pode contribuir para a melhoria da saúde pélvica e da qualidade de vida dessas pacientes, além de orientar intervenções mais eficazes e personalizadas no que se refere aos métodos contraceptivos hormonais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo observacional com abordagem transversal, além de ser descritiva e exploratória. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número CAAE 84777024.3.0000.0119.

O presente estudo foi coletado no laboratório do Programa de Assistência Multidisciplinar Uroginecológica – LABIURO, nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma - SC. Participaram da pesquisa mulheres entre 18 e 35 anos, que estivessem realizando o uso de algum método anticoncepcional hormonal por pelo menos três meses, mulheres que não realizavam o uso de algum método anticoncepcional hormonal por pelo menos três meses e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Num primeiro momento foi encaminhado um questionário *online* via *e-mail* para todas as estudantes e funcionárias da universidade com o objetivo de realizar a captação das participantes. Inicialmente foram obtidas 296 respostas. Com isso, 37 mulheres foram excluídas da pesquisa por não possuírem a idade exigida na proposta deste estudo. As demais foram contatadas via *Whatsapp*, por onde foi agendado o dia e o horário da avaliação, que contou com a aplicação dos três questionários descritos a seguir.

A caracterização sociodemográfica da amostra, coletada com o uso de um questionário produzido pelas pesquisadoras. Com esse instrumento foi possível coletar informações como: nome, sexo, orientação sexual, a atividade ou inatividade sexual, o autoconhecimento vaginal, história obstétrica, complicações e/ou cirurgias ginecológicas, se faz uso de algum método anticoncepcional hormonal ou não, o nome do fármaco e por quem foi realizada a indicação para o uso do medicamento.

O Questionário Female Sexual Function Index (FSFI) é um instrumento de avaliação validado e utilizado em pesquisas clínicas para diagnosticar possíveis disfunções sexuais, avaliando o índice da função sexual feminina nas últimas 4 semanas, contendo 19 perguntas direcionadas ao desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor. As pontuações individuais são calculadas somando os itens de cada domínio (escore simples), que depois são multiplicados pelo fator correspondente a esse domínio, resultando no escore ponderado. A pontuação final (escore total, que varia de 2 a 36) é obtida ao somar os escores ponderados de todos os domínios. As questões 1

e 2 são direcionadas ao desejo, as de número 3,4, 5 e 6 sobre a excitação, as questões 7,8,9 e 10 falam sobre a lubrificação, 11,12 e 13 são direcionadas ao orgasmo, as de número 14,15 e 16 sobre a satisfação e, por fim, as questões 17, 18 e 19 relacionadas à dor ou ao desconforto durante ou após a penetração vaginal.

O Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) é um questionário validado, que busca avaliar a função sexual feminina, especificamente de mulheres com Incontinência Urinária e prolapsos de órgãos pélvicos, sendo uma versão reduzida do PISQ-31. Esse questionário avalia três áreas: comportamento e emoções (itens 1 a 4), aspectos físicos (itens 5 a 9) e a relação com o parceiro (itens 10 a 12). Trata-se de um questionário que a pessoa pode responder sozinha, utilizando uma escala de cinco pontos que iniciam em 0 (sempre) e terminam em 4 (nunca). Os itens de 1 a 4 são pontuados de forma inversa, e a pontuação máxima é 48; quanto maior a pontuação, melhor é a função sexual. É permitido ter até duas respostas em branco. Para calcular a pontuação total, considera-se o número de itens multiplicado pela média das respostas dadas.

O resultado final do PISQ-12 é apresentado como uma única pontuação referente à função sexual. Os domínios não são apresentados separadamente. As pontuações individuais são calculadas somando os itens de cada domínio (escore simples), que depois são multiplicados pelo fator correspondente a esse domínio, resultando no escore ponderado. A pontuação final (escore total, que varia de 2 a 36) é a soma dos escores ponderados de todos os domínios.

Após a aplicação dos três questionários e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizado o exame físico para descartar condições que poderiam interferir nos resultados. Antes de iniciar o protocolo de medição, as mulheres foram orientadas a esvaziar a bexiga.

A força do assoalho pélvico (AP) foi avaliada em posição litotômica, utilizando o aparelho Duaplex Plus, da marca Quark acoplado ao tablet da Samsung, com uma sonda perineal vaginal PelviFit Lite descartável do aparelho com preservativo não lubrificado, projetada para captar o sinal da musculatura perineal. A sonda foi inserida no canal vaginal, e a participante foi orientada a contrair o assoalho pélvico com força máxima a cada quinze segundos, com um descanso de igual tempo.

Foram realizadas três medições com duração de dois minutos, com intervalos de um minuto entre elas, considerando-se, ao final, a média das três medições.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva, através da geração de tabelas de frequência simples e comparativas entre usuárias e não usuárias de métodos contraceptivos para todas as variáveis qualitativas do estudo. Os dados coletados foram digitados e tabelados com o auxílio do Software Microsoft Excel e importados para o software IBB SPSS versão 21, onde foram realizadas as análises estatísticas do presente estudo.

RESULTADOS

A faixa etária com a maior porcentagem (59,1%) foi composta por mulheres entre 19 e 25 anos. Sendo 40,9% com idade de 26 a 35 anos. As mulheres em sua maioria (63,6%) são usuárias de métodos contraceptivos hormonais e apenas 36,4% utilizam outros métodos contraceptivos.

Tabela 1: Resultados do FSFI (Female Sexual Function Index)

	Usuárias de métodos contraceptivos (n = 14)		Não usuárias de métodos contraceptivos (n = 8)		Total (n = 22)	
	n	%	n	%	n	%
Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?						
Quase sempre ou sempre	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Às vezes (na maioria das vezes)	2	14,3%	4	50,0%	6	27,3%
Algumas vezes	5	35,7%	0	0,0%	5	22,7%
Nunca ou quase nunca	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo sexual e interesse?						
Muito alto	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Alto	2	14,3%	4	50,0%	6	27,3%
Moderado	5	35,7%	4	50,0%	9	40,9%
Baixo	4	28,6%	0	0,0%	4	18,2%
Não responderam	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu sexualmente excitado durante a atividade sexual ou relação sexual?						
Quase sempre ou sempre	2	14,3%	5	62,5%	7	31,8%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Às vezes (na maioria das vezes)	4	28,6%	1	12,5%	5	22,7%
Algumas vezes	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível de excitação sexual ("virar on") durante atividade sexual ou relação sexual						
Muito alto	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Alto	5	35,7%	4	50,0%	9	40,9%
Moderado	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, quão confiante você estava sobre ficar sexualmente excitado durante a atividade sexual ou relação sexual?						
Muita confiança	2	14,3%	2	25,0%	4	18,2%
Alta confiança	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Confiança moderada	6	42,9%	4	50,0%	10	45,5%
Baixa confiança	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeito com sua excitação durante a atividade sexual ou relação sexual?						
Quase sempre ou sempre	2	14,3%	5	62,5%	7	31,8%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Algumas vezes (menos da metade das vezes)	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Nas últimas semanas com frequência você ficou lubrificada durante atividade ou relação sexual?

Quase sempre ou sempre	2	14,3%	4	50,0%	6	27,3%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	6	42,9%	2	25,0%	8	36,4%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Algumas vezes (menos da metade das vezes)	0	0,0%	2	25,0%	2	9,1%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, quão difícil foi ficar lubrificado ("molhado") dur ante atividade ou relação sexual?						
Difícil	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Um pouco difícil	5	35,7%	3	37,5%	8	36,4%
Não é difícil	4	28,6%	4	50,0%	8	36,4%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Nas últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o término da atividade ou relação sexual?						
Quase sempre ou sempre	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	1	7,1%	3	37,5%	4	18,2%
Às vezes (cerca de metade)	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
Algumas vezes (menos da metade)	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, foi difícil manter a lubrificação ("umidade") até o término da atividade sexual ou da relação sexual?						
Muito difícil	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Difícil	0	0,0%	1	12,5%	1	4,5%
Um pouco difícil	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Não é difícil	6	42,9%	5	62,5%	11	50,0%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%
Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?						
Quase sempre ou sempre	2	14,3%	2	25,0%	4	18,2%
Na maioria das vezes (maior parte)	3	21,4%	3	37,5%	6	27,3%
Às vezes (cerca de metade)	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Algumas vezes (menos da metade)	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Nunca ou quase nunca	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quão difícil foi para você atingir o orgasmo (clímax)?						
Extremamente difícil ou impossível	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Difícil	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Um pouco difícil	1	7,1%	3	37,5%	4	18,2%
Não é difícil	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você ficou com sua capacidade de atingir o orgasmo (climáx) durante atividade sexual?

Muito satisfeito	2	14,3%	3	37,5%	5	22,7%
Moderadamente satisfeito	4	28,6%	4	50,0%	8	36,4%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Moderadamente insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Muito insatisfeito	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você ficou com a quantidade de proximidade emocional durante a atividade sexual entre você e seu parceiro?

Muito satisfeito	6	42,9%	7	87,5%	13	59,1%
Moderadamente satisfeito	3	21,4%	1	12,5%	4	18,2%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você ficou com seu relacionamento sexual com seu parceiro?

Muito satisfeito	4	28,6%	6	75,0%	10	45,5%
Moderadamente satisfeito	5	35,7%	2	25,0%	7	31,8%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Nas últimas 4semanas, quão satisfeito você esteve com sua vida sexual em geral?

Muito satisfeito	3	21,4%	4	50,0%	7	31,8%
Moderadamente satisfeito	3	21,4%	4	50,0%	7	31,8%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Moderadamente insatisfeito	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante penetração vaginal?

Quase sempre ou sempre	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Na maioria das vezes (maior parte)	3	21,4%	1	12,5%	4	18,2%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	0	0,0%	1	12,5%	1	4,5%
Algumas vezes (menos da metade)	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nunca ou quase nunca	3	21,4%	5	62,5%	8	36,4%
Não tentou ter relações	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após penetração vaginal?						
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Algumas vezes (menos da metade das vezes)	2	14,3%	2	25,0%	4	18,2%
Nunca ou quase nunca	3	21,4%	6	75,0%	9	40,9%
Não tentou ter relações	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após penetração vaginal?						
Muito alto	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Alto	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Moderado	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Baixo	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
Muito baixo	2	14,3%	5	62,5%	7	31,8%
Não tentou ter relações	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

O domínio desejo é avaliado a partir sobre a frequência do desejo sexual, que foi abordado em 22 mulheres. Entre as participantes, 5 relataram sentir desejo sexual "quase sempre ou sempre" (22,7%), sendo 3 usuárias de contraceptivos e 2 não usuárias. A resposta mais comum entre as não usuárias foi "às vezes" (50,0%), enquanto entre as usuárias predominou a opção "algumas vezes" (35,7%). Apenas 2 mulheres (9,1%) indicaram "nunca ou quase nunca" sentirem desejo, ambas usuárias. Apenas uma, entre as usuárias, não respondeu ao questionário.

Na avaliação do nível de desejo sexual nas últimas quatro semanas, o nível "moderado" foi o mais frequente, relatado por 9 participantes (40,9%), sendo 5 usuárias e 4 não usuárias. A classificação "alta" apareceu em 6 respostas (27,3%), predominando entre as não usuárias. Apenas 1 usuária de contraceptivo (4,5%) indicou desejo "muito alto". O nível "baixo" foi relatado exclusivamente por 4 usuárias (18,2%). Houve 2 não respostas (9,1%), ambas entre usuárias.

A frequência de excitação "quase sempre ou sempre" foi relatada por 7 participantes (31,8%), sendo predominante entre as não usuárias (62,5%). A resposta "na maioria das vezes" apareceu em 5 casos (22,7%) e "às vezes" em outros 5 (22,7%). Apenas 1 mulher (4,5%) relatou excitação "algumas vezes", e 3 usuárias (13,6%) indicaram ausência de atividade sexual no período.

Houve ainda uma não resposta (4,5%).

Quanto ao nível de excitação sexual durante a atividade sexual, a maioria das participantes relatou excitação "alta" (40,9%), com predominância entre as usuárias. A excitação "moderada" foi referida por 27,3% das mulheres, e "muito alta" por 13,6%. Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu à pergunta, sem ocorrências desses casos entre as não usuárias.

A maioria das participantes relatou confiança moderada para ficar sexualmente excitada (45,5%), sendo levemente mais frequente entre as não usuárias. Níveis "alta" e "muita confiança" foram referidos por 13,6% e 18,2% das mulheres, respectivamente. Apenas uma participante (4,5%) relatou baixa confiança. Três usuárias indicaram ausência de atividade sexual no período, e uma não respondeu - situações não relatadas por não usuárias.

Em relação à satisfação com a excitação sexual, 31,8% das participantes relataram sentir-se satisfeitas "quase sempre ou sempre", sendo esse relato mais comum entre as não usuárias. A resposta "na maioria das vezes" foi referida por 22,7%, enquanto as opções "às vezes" e "algumas vezes" somaram, cada uma, 13,6%. Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual e uma (4,5%) não respondeu - casos não observados entre as não usuárias.

O FSFI avalia a frequência e a facilidade de lubrificação durante a atividade sexual, bem como a manutenção da lubrificação até o final da relação. A maioria das participantes relatou ter ficado lubrificada "na maioria das vezes" (36,4%), especialmente entre usuárias de contraceptivos. A resposta "quase sempre ou sempre" apareceu em 27,3% dos casos, com predominância entre as não usuárias. As demais respostas ("às vezes" e "algumas vezes") somaram 9,1% e 9,1%, respectivamente. Três usuárias (13,6%) indicaram ausência de atividade sexual, e uma (4,5%) não respondeu.

Sobre a dificuldade de lubrificação, a maioria das participantes considerou que era "um pouco difícil" (36,4%) ou "não é difícil" (36,4%), com distribuição semelhante entre usuárias e não usuárias. Apenas uma usuária (4,5%) relatou dificuldade significativa. Três mulheres (13,6%) indicaram não ter tido atividade sexual no período, e duas (9,1%) não responderam.

Em relação à manutenção da lubrificação até o fim da relação, a resposta mais frequente foi

"às vezes" (31,8%), com predominância entre as não usuárias. A opção "quase sempre ou sempre" apareceu em 27,3% dos casos, e "na maioria das vezes" em 18,2%. Apenas uma participante (4,5%) indicou "algumas vezes". Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual, e uma (4,5%) não respondeu.

O domínio orgasmo foi abordado no FSFI baseado na frequência com que as mulheres atingiram o ápice da relação sexual. A maioria das participantes relatou ter atingido o orgasmo "na maioria das vezes" (27,3%), com distribuição equilibrada entre usuárias e não usuárias. A opção "quase sempre ou sempre" apareceu em 18,2% dos casos. Frequências menores, como "às vezes" (13,6%), "algumas vezes" (9,1%) e "nunca ou quase nunca" (13,6%), também foram registradas. Três usuárias (13,6%) não tiveram atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu.

A dificuldade em atingir o orgasmo foi mais frequentemente relatada como "difícil" (27,3%), seguida por "não é difícil" (22,7%) e "um pouco difícil" (18,2%). Três participantes (13,6%) relataram ser extremamente difícil ou impossível. Casos de ausência de atividade sexual (13,6%) e uma não resposta (4,5%) foram observados apenas entre as usuárias de contraceptivos.

A maioria das participantes relatou estar moderadamente satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (36,4%). Cinco mulheres (22,7%) declararam estar muito satisfeitas. Foram identificados também níveis de insatisfação entre algumas usuárias (moderada: 4,5%; muita: 4,5%) e não usuárias (muita: 4,5%). Três usuárias (13,6%) não tiveram atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu. A satisfação foi avaliada em relação a proximidade emocional durante a atividade sexual, com o relacionamento sexual com o parceiro e com a vida sexual em geral.

Com relação à proximidade emocional durante a atividade sexual, a maioria das participantes (59,1%) relatou estar muito satisfeita com a proximidade emocional durante a atividade sexual, sendo essa percepção mais expressiva entre as não usuárias de contraceptivos. A satisfação moderada foi apontada por 18,2% das mulheres, enquanto apenas uma (4,5%) se declarou neutra. Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu.

A dor também está entre os domínios do FSFI, que foi abordada sobre a frequência e intensidade de desconforto ou de dor relacionados à penetração vaginal nas últimas quatro semanas. A dor ou desconforto durante a penetração foi mais frequente entre as usuárias de contraceptivos,

com 35,7% relatando incômodo recorrente ("quase sempre", "na maioria das vezes" ou "algumas vezes"). Em contraste, a maioria das não usuárias (62,5%) afirmou nunca ou quase nunca sentir dor. Três usuárias (13,6%) relataram não ter tentado relações sexuais no período, e uma (4,5%) não respondeu.

A dor ou desconforto após a penetração vaginal foi mais relatada entre as usuárias de contraceptivos, com 50,0% mencionando episódios em alguma frequência, contra 25,0% das não usuárias. A maioria das não usuárias (75,0%) afirmou nunca ou quase nunca sentir dor após o ato sexual, percentual superior ao observado entre as usuárias (21,4%). Três usuárias não tentaram ter relações sexuais no período e uma não respondeu.

Entre as participantes do estudo, as complicações ginecológicas mais frequentes foram corrimento vaginal (54,5%), infecção urinária (22,7%) e cistite (18,2%). Em menor frequência, relataram-se cistos e sangramentos vaginais (13,6% cada), dismenorreia, dor pélvica crônica, endometriose e prolapsos (9,1% cada). Condições relatadas por apenas uma participante (4,5%) incluíram ausência de lubrificação, candidíase de repetição, diminuição da libido, incontinência urinária e ovários policísticos. Apenas 13,6% das mulheres não relataram nenhuma complicação ginecológica.

Em relação às disfunções sexuais, a queixa mais frequente foi a dispareunia (22,7%), seguida pela diminuição da libido (18,2%) e da lubrificação (13,6%). Anorgasmia, ausência de lubrificação e vaginismo foram relatados por 9,1% das participantes, enquanto a disfunção orgásmica apareceu em apenas um caso (4,5%). Destaca-se, contudo, o elevado número de participantes que não responderam a essa seção do questionário (40,9%).

A maioria das mulheres participantes (95,5%) relatou conhecer bem sua anatomia íntima, demonstrando elevado grau de autoconhecimento corporal. Quanto à vida sexual, os padrões de frequência variaram: 22,7% relataram relações sexuais duas ou três vezes por semana, 18,2% uma vez por mês e 13,6% uma vez por semana. Frequências mais baixas e a inatividade sexual (9,0%) também foram observadas.

A aplicação do questionário PISQ-12 evidenciou diferenças entre usuárias e não usuárias de contraceptivos hormonais. No quesito desejo sexual, 50% relataram sentir com frequência, sendo 75% entre as não usuárias. Apenas uma mulher afirmou sentir desejo sempre, e outra, raramente. Em relação ao orgasmo, 40,9% disseram alcançá-lo frequentemente e 31,8% algumas vezes; 4,5%

nunca o atingem. Sobre a excitação sexual, houve equilíbrio: 50% sempre e 50% frequentemente. Já a satisfação sexual foi mais alta entre não usuárias (75% sempre satisfeitas), contra 21,4% entre usuárias.

No domínio físico, 31,8% nunca sentem dor durante a relação, e outros 31,8% raramente. Dor frequente ou constante foi relatada por 35,7% das usuárias, enquanto nenhuma das não usuárias relatou esse quadro. Incontinência urinária durante o sexo foi rara (13,6% no total) e apenas entre usuárias. Medo de incontinência ou abaloamento vaginal como impeditivos da vida sexual foram praticamente inexistentes. Emoções negativas durante o sexo (como culpa ou vergonha) foram raras: 63,6% nunca sentiram, e 22,7% raramente.

Tabela 2: PISQ – 12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire –12)

Domínio Comportamento e emoções	Usuárias de métodos contraceptivos (n = 14)		Não usuárias de métodos contraceptivos (n = 8)		Total (n = 22)	
	n	%	n	%	n	%
1. Com que frequência você sente desejo sexual? Este desejo pode incluir o desejo de realizar o ato sexual, planeja realiza-lo, sentir-se frustrada pela falta de relações sexuais, etc..						
Sempre	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Frequentemente	5	35,7%	6	75,0%	11	50,0%
Algumas vezes	7	50,0%	2	25,0%	9	40,9%
Raramente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
2. Você chega ao orgasmo quando tem relações sexuais com seu parceiro?						
Sempre	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Frequentemente	5	35,7%	4	50,0%	9	40,9%
Algumas vezes	6	42,9%	1	12,5%	7	31,8%
Raramente	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nunca	0	0,0%	1	12,5%	1	4,5%
3. Você se sente excitada quando tem relações sexuais com seu parceiro?						
Sempre	7	50,0%	4	50,0%	11	50,0%
Frequentemente	7	50,0%	4	50,0%	11	50,0%
4. Você está satisfeita com sua atividade sexual atualmente?						
Sempre	3	21,4%	6	75,0%	9	40,9%
Frequentemente	4	28,6%	1	12,5%	5	22,7%
Algumas vezes	3	21,4%	1	12,5%	4	18,2%
Raramente	4	28,6%	0	0,0%	4	18,2%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Tabela 2: Continuação

5. Você sente dor na relação sexual?						
Sempre	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Frequentemente	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Algumas vezes	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Raramente	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
Nunca	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
6. Você sofre perda de urina durante a relação sexual?						
Frequentemente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Raramente	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Nunca	11	78,6%	8	100,0%	19	86,4%
7. O medo da Incontinência (anal ou urinária) restringe a sua vida sexual?						
Sempre	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nunca	13	92,9%	8	100,0%	21	95,5%
8. Você evita relações sexuais pelo abaloamento na vagina (seja bexiga reto ou vagina)?						
Nunca	14	100,0%	8	100,0%	22	100,0%
9. Quando você tem relações sexuais com seu parceiro, você tem emoções/pensamentos negativos, como medo, repugnância, vergonha ou culpa?						
Frequentemente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Algumas vezes	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Raramente	4	28,6%	1	12,5%	5	22,7%
Nunca	7	50,0%	7	87,5%	14	63,6%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%
10. Seu compenheiro tem algum problema de ereção que afeta sua vida sexual?						
Algumas vezes	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Nunca	13	92,9%	6	75,0%	19	86,4%
11. Seu companheiro tem algum problema de ejaculação precoce que afeta sua vida sexual?						
Frequentemente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Algumas vezes	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Raramente	0	0,0%	2	25,0%	2	9,1%
Nunca	12	85,7%	6	75,0%	18	81,8%
12. Em comparação com orgasmos que tiveste no passado, como classificaria os orgasmos que tem tido nos últimos 6 meses?						
Muito mais intensos	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Mais intensos	0	0,0%	2	25,0%	2	9,1%
Igual intensidade	6	42,9%	2	25,0%	8	36,4%
Menos intensos	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Muito menos intensos	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
2 anos sem relação	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Quanto à relação com o parceiro, 86,4% disseram que a disfunção erétil do companheiro nunca afetou a vida sexual, e 13,6% relataram impacto ocasional - mais entre não usuárias. A ejaculação precoce também foi rara, afetando mais usuárias. Em relação à intensidade dos orgasmos recentes, 36,4% disseram que se mantiveram iguais, 18,2% sentiram mais intensos e 40,9% relataram orgasmos menos intensos que no passado.

Em relação à força da musculatura, foi realizada uma média, através da quantificação da força utilizando o Biofeedback, nos grupos de mulheres usuárias e de não usuárias de métodos contraceptivos, sendo 45,02% das mulheres usuárias e 56,88% de mulheres não usuárias.

Tabela 3: Força de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP)

Musculatura média	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P-valor
Usuárias de métodos contraceptivos	14	45,02	22,12	9,53	78,27	0,112
Não usuárias de métodos contraceptivos	7	56,88	10,51	38,23	66,07	

DISCUSSÃO

Em maio do corrente ano, a “pílula anticoncepcional” oral completou 65 anos desde a sua introdução. Apesar do tempo decorrido, ainda são escassas as evidências científicas que esclareçam plenamente os impactos desse método sobre a sexualidade feminina²³. Diante desse contexto, um dos objetivos do presente estudo foi analisar a presença de sintomas relacionados à disfunção do assoalho pélvico, como por exemplo a dor durante a relação sexual, incontinência urinária, déficit de força muscular nos músculos do assoalho pélvico (MAP), diminuição da libido e da lubrificação em mulheres usuárias e não usuárias de métodos contraceptivos hormonais²³.

A força da musculatura do assoalho pode influenciar na função sexual feminina, interferindo sobre o seu desempenho. Há diferentes estudos relacionando a capacidade de a mulher atingir o orgasmo com a funcionalidade do MAP, através da fraqueza muscular da região pélvica, podendo prejudicar o prazer e o alcance do orgasmo²⁴. De acordo com um estudo realizado por De Menezes

(2017)²⁵, as mulheres que apresentavam anorgasmia, possuíam força muscular diminuída em pubo coccígeo comparada às mulheres que atingiam o orgasmo. Em um estudo realizado por Lowenstein et al (2010)²⁶ há relação entre a duração da contração de MAP e a função sexual, demonstrando resultados positivos sobre o desempenho e o orgasmo.

Embora a correlação direta entre o uso de anticoncepcionais hormonais e a diminuição da força muscular do assoalho pélvico (MAP) ainda não seja amplamente estudada, os seguintes dados foram encontrados ao final das medições da amostra deste estudo: a força média de contração muscular nas mulheres do grupo de usuárias foi de 45,02%, em comparação à média das mulheres não usuárias destes métodos foi de 56,88%, uma diferença de 11,86%.

O ciclo sexual humano foi descrito inicialmente por Master e Johnson na década de 1960, depois ajustado por Kaplan em 1979. Ele é composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução. As reações físicas que acontecem durante esse ciclo e as sensações subjetivas que o acompanham, deram origem ao conceito de "função sexual". Já as condições que não se encaixam nesse padrão foram chamadas de "disfunções sexuais"²⁷.

A análise da função sexual feminina a partir dos domínios avaliados pelo FSFI e pelo PISQ-12 evidenciou diferenças importantes entre mulheres usuárias e não usuárias de contraceptivos hormonais, especialmente nos aspectos relacionados ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor durante a atividade sexual.

Segundo Masters e Johnson (1966)²⁸ o desejo sexual é uma sensação bastante particular que uma pessoa sente, levando-a a querer ou estar aberta para a experiência sexual. As fontes que despertam esse desejo podem variar bastante de uma pessoa para outra. Além disso, fatores como a saúde, episódios de depressão ou ansiedade, sentir-se explorado por alguém, medo de se envolver emocionalmente, entre outros, podem acabar reduzindo ou dificultando o desejo sexual.

No domínio do Questionário Female Sexual Function Index (FSFI), no que se refere ao desejo sexual, as mulheres usuárias de anticoncepcionais hormonais relataram menor frequência e menor nível de desejo sexual em comparação às não usuárias, tendo a maioria das usuárias classificado o desejo como "moderado" (35,7%), enquanto entre as não usuárias metade (50%) relatou desejo frequente e em nível alto.

A excitação sexual também se mostrou mais presente e intensa no grupo de não usuárias. Tal diferença pode ser explicada pela influência dos contraceptivos hormonais na resposta vascular e neurológica da excitação feminina, comprometendo fatores como o fluxo sanguíneo genital e a resposta sensorial ao estímulo sexual. Como apontado por Masters e Johnson (1966)²⁸, o desejo e a excitação são fases interdependentes da resposta sexual, e sua alteração pode comprometer todo o ciclo.

No quesito excitação do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), as usuárias de contraceptivos hormonais apresentaram menor frequência e menor nível de excitação sexual em comparação às não usuárias, com apenas 14,3% das usuárias relatando excitação "quase sempre ou sempre", frente a 62,5% das não usuárias.

Outro ponto de diálogo importante entre os instrumentos foi no domínio da dor, revelando um dado preocupante: mulheres usuárias relataram maior prevalência de dispareunia. Isso é consistente com achados da literatura que apontam para a complexidade da dor sexual em mulheres e sua possível associação com o uso de anticoncepcionais, devido à sua influência nos níveis hormonais e na lubrificação vaginal²⁹.

O FSFI identificou a frequência e a intensidade da dor durante e após a penetração vaginal, enquanto o PISQ-12 abordou sintomas associados como medo de incontinência e desconforto com a atividade sexual. A correlação entre os achados de ambos os instrumentos fortalece a hipótese de que mulheres usuárias de contraceptivos hormonais podem apresentar maior sensibilidade à dor, influenciada por alterações hormonais que afetam a lubrificação e o tônus muscular do assoalho pélvico.

Quanto à incontinência urinária (IU), os dados demonstraram baixa prevalência entre as participantes, sem impacto significativo na função sexual da amostra estudada. Esse resultado se diferencia de achados como os de Su et al. (2014)³⁰ que associam IU à diminuição da função sexual. No entanto, como neste estudo a amostra incluiu predominantemente mulheres jovens, a baixa incidência de IU é compatível com o perfil da população e pode explicar a ausência de impacto observado.

De acordo com o estudo realizado em mulheres³¹, a prevalência é de 12,4% em adolescentes e nulíparas, observando a presença de fatores emocionais, envolvendo mulheres jovens, como

ansiedade e depressão. Em um estudo realizado com mulheres turcas em climatério demonstrou-se que 45% das mulheres de meia-idade e pós-menopausa apresentam IU³². A Incontinência urinária está relacionada com a perda de função sexual, demonstrando que as mulheres incontinentes comparadas com mulheres continentais apresentam diminuição da função sexual, principalmente em mulheres com IUE³³.

Segundo um estudo realizado em mulheres com IU, em idades sexualmente ativas, 1/3 das mulheres apresentaram perda de urina durante a relação sexual, além da insatisfação com a atividade sexual devido à preocupação³⁴. Esse resultado se diferencia de achados que associam IU à diminuição da função sexual. Entretanto, como já dito acima, neste estudo a amostra incluiu predominantemente mulheres jovens, a baixa incidência de IU é compatível com o perfil da população e pode explicar a ausência de impacto observado³⁰.

De modo geral, os achados sugerem que o uso de contraceptivos hormonais pode estar associado a efeitos adversos na função sexual feminina, particularmente nos domínios de desejo, excitação, lubrificação e orgasmo. Essa observação reforça a importância de uma abordagem clínica mais sensível às queixas sexuais de mulheres em uso desses métodos, para que possam ser orientadas quanto às possíveis alternativas contraceptivas e estratégias para minimizar os efeitos indesejados.

A maioria das usuárias de contraceptivos hormonais relatou alguma dificuldade na lubrificação vaginal, sendo que 35,7% indicaram que foi "um pouco difícil" manter-se lubrificadas durante a relação e apenas 28,6% conseguiram manter a lubrificação até o final da relação "quase sempre ou sempre". Segundo Gott e Hinchliff³⁵, a presença de lubrificação é de grande importância para função sexual, permitindo que haja proteção do lúmen durante o atrito devido à penetração vaginal; portanto, a sua ausência ou diminuição durante a relação pode causar desconforto, dor e, eventualmente, a libido/desejo não irá surgir. Já a revisão sistemática e meta-análise publicada por Zimmerman Y et al. (2012)³⁶, explicou que os anticoncepcionais orais combinados (COC) podem diminuir de forma significativa os níveis de testosterona total e livre. Além disso, esses anticoncepcionais aumentam os níveis de SHBG, uma proteína que se liga à testosterona, deixando-a inativa. Essa mudança pode afetar negativamente a função sexual, influenciando a libido e a lubrificação vaginal³⁶.

O orgasmo é considerado o ápice da excitação sexual e representa um dos aspectos mais

relevantes da resposta sexual humana. Nas mulheres, a experiência do orgasmo pode variar amplamente, e estudos indicam que cerca de 10% nunca o experimentaram³⁷. No questionário Female Sexual Function Index (FSFI), o domínio relacionado ao orgasmo é avaliado por meio de questões como a de número 11, que investiga a frequência com que ele é atingido durante a relação sexual. Neste estudo, observou-se que a maioria das participantes, tanto usuárias quanto não usuárias de contraceptivos hormonais, relataram satisfação moderada a alta com sua capacidade de atingir o orgasmo. No entanto, uma parcela expressiva apresentou dificuldades, sendo que 42,9% das usuárias e 37,5% das não usuárias relataram dificuldade ou extrema dificuldade em alcançá-lo. De modo geral, os dados indicam que o grupo de mulheres usuárias de métodos contraceptivos apresentou uma menor frequência de orgasmos e menor nível de satisfação com a experiência orgásmica, quando comparado ao grupo de não usuárias.

A satisfação sexual, por sua vez, foi medida de maneira complementar: o FSFI explorou a satisfação emocional e relacional com o parceiro e a própria sexualidade, e o PISQ-12 trouxe elementos funcionais e psicossociais que impactam essa percepção. Em ambos os questionários, observou-se que mulheres não usuárias de contraceptivos relataram maior satisfação, tanto em termos emocionais quanto funcionais, de forma detalhada, conforme avaliada pelos dois questionários se observou uma predominância de respostas mais positivas entre as não usuárias. Esse achado dialoga com a noção de que a satisfação é influenciada por aspectos biopsicossociais. Ainda que mulheres possam relatar baixa libido e ainda assim sentirem-se satisfeitas sexualmente (Santtila et al., 2008)³⁸, no presente estudo parece haver uma relação mais direta entre a menor presença de disfunções e maior satisfação no grupo que não utiliza contraceptivos hormonais. Além disso, os dados sugerem que as usuárias podem vivenciar maior insatisfação relacional, o que pode refletir tanto alterações fisiológicas quanto aspectos subjetivos da sexualidade. De acordo com um estudo realizado em mulheres alemãs com objetivo de analisar o nível de satisfação sexual, 70% responderam estarem satisfeitas com a sua vida sexual em geral, através das relações sexuais (64%) e pela frequência da atividade sexual³⁹.

A aplicação conjunta dos questionários Female Sexual Function Index (FSFI) e PelvicOrganProlapse/UrinaryIncontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) permitiu uma análise mais abrangente da função sexual feminina, abordando tanto os aspectos relacionados à resposta sexual (como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação) quanto os fatores uroginecológicos que

podem interferir na sexualidade (como dor, incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos).

Enquanto o FSFI se destaca por detalhar os domínios fisiológicos e emocionais da resposta sexual, essenciais para identificar disfunções sexuais em diferentes fases do ciclo sexual descrito por Masters, Johnson e Kaplan, o PISQ-12 foca em como sintomas relacionados à saúde pélvica impactam a qualidade da atividade sexual, principalmente em mulheres que apresentam queixas uroginecológicas.

Vale ressaltar que os dois instrumentos abordam a temática sob perspectivas distintas, mas complementares: o FSFI quantifica a frequência, a dificuldade e a satisfação com o orgasmo, enquanto o PISQ-12 verifica a presença ou ausência de orgasmo e sua regularidade. Neste estudo, observou-se que, embora algumas participantes usuárias de métodos contraceptivos tenham relatado orgasmos frequentes no PISQ-12, a satisfação expressada no FSFI foi inferior à das não usuárias, o que aponta para um possível dissenso entre o fato fisiológico de “ter o orgasmo” e a experiência subjetiva de prazer.

CONCLUSÃO

Com base na revisão de literatura e nos dados analisados através dos questionários (PISQ-12 e FSFI), embora a incontinência urinária não tenha se mostrado altamente prevalente nesta amostra, o PISQ-12 se revelou essencial para rastrear possíveis impactos dessa condição na sexualidade. Mesmo com baixos índices relatados de perda urinária durante o ato sexual, o medo de perda urinária, ainda que pouco frequente, pode afetar a espontaneidade e o conforto durante o sexo, o que o FSFI, isoladamente, não captaria.

Assim, a interlocução entre FSFI e PISQ-12 reforça a importância da abordagem multidimensional da função sexual feminina. Os instrumentos, embora distintos em foco, se complementam ao oferecer um panorama mais completo da vivência sexual das mulheres, especialmente no contexto do uso ou não de contraceptivos hormonais.

Por meio dos resultados alcançados, visou-se contribuir com a comunidade acadêmica e com os profissionais da área para que intervenções mais eficazes e personalizadas no que se refere aos métodos contraceptivos hormonais sejam realizadas e que haja um enriquecimento do conhecimento

sobre os efeitos dos métodos contraceptivos hormonais na funcionalidade da MAP.

No entanto, mesmo diante dos resultados obtidos, destaca-se a importância de mais estudos voltados aos efeitos dos hormônios presentes nos anticoncepcionais, na funcionalidade do assoalho pélvico, bem na sexualidade feminina. Tais pesquisas são importantes para que as mulheres estejam mais conscientes dos efeitos relatados neste estudo e para que os profissionais da saúde possam indicar o contraceptivo mais adequado a cada caso. Sugere-se, ainda, a realização de mais estudos relacionados à composição de cada anticoncepcional hormonal, considerando-se que diferentes compostos podem provocar efeitos colaterais distintos.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Matos MT, Pacheco FKP. Anticoncepcionais e seus impactos negativos na saúde da mulher [monografia na Internet]. Ânima Educação; 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18682>.
2. Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. Rev Bras Hist. 2003 jul;23(45):239–60. Doi: 10.1590/s0102-01882003000100010.
3. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (DF): Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; 2015 [cit 2024 set 9]
4. Rodrigues MAH, Carneiro MM. La contraception dans d'autres pays - État de la situation au Brésil. MedSci (Paris). 2022 Mar;38(3):280–7. doi: 10.1051/medsci/2022029.
5. Cooper DB, Patel P. Oral contraceptive pills. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [citado 2024 set 20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>.
6. Kammerer-Doak D, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Jun;35(2):169–83, vii. doi: 10.1016/j.ogc.2008.03.006.
7. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. Am J Epidemiol. 2002 Aug 1;156(3):254–61. doi: 10.1093/aje/kwf037.
8. Lara LAS, Rosa e Silva ACJS, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008 jun;30(6):312–21. doi: 10.1055/s-0037-1601435.
9. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. J Sex Med. 2012 Sep;9(9):2213–23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
10. Newsome G. Interstitial cystitis. J Am Acad Nurse Pract. 2003 Feb;15(2):64–

71.doi:10.1111/j.1745-7599.2003.tb00353.x.

11. Förstl N, Adler I, Süß F, Dendorfer S. Technologies for evaluation of pelvic floor functionality: a systematic review. *Sensors (Basel)*. 2024 Jun 20;24(12):4001. doi:10.3390/s24124001.
12. Ramalingam K, Monga A. Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 May;29(4):541–7. doi:10.1097/AOG.0b013e31817cfdde.
13. Irwin GM. Urinary incontinence. *Prim Care*. 2019 Jun;46(2):233–42. doi:10.1016/j.pop.2019.02.004.
14. Alizadeh M, Khadivzadeh T, Ghaffari M, et al. Bio-psychosocial factors of vaginismus in Iranian women. *Reprod Health*. 2021;18(1):1–8. doi:10.1186/s12978-021-01260-2.
15. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019 Nov;30(11):1849–55. doi:10.1007/s00192-019-04019-3.
16. Serati M, Bogani G, Di Dedda MC, Braghiroli A, Uccella S, Cromi A, Ghezzi F. A comparison between vaginal estrogen and vaginal hyaluronic acid for the treatment of dyspareunia in women using hormonal contraceptive. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;191:48-50.
17. Fernández-Pérez P, Leirós-Rodríguez R, Marqués-Sánchez MP, Martínez-Fernández MC, de Carvalho FO, Maciel LYS. Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2023 Jul 24;23(1):387.
18. Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Phys Ther*. 2007 Jul;87(7):935–41. doi:10.2522/ptj.20060168.
19. Alouini S, Memic S, Couillandre A. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence with or without biofeedback or electrostimulation in women: uma revisão sistemática. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2789. doi:10.3390/ijerph19052789.
20. Almeida J, Silva A, Oliveira M, Costa L, Santos R. Eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: uma revisão sistemática e meta-análise. *Medicina (Kaunas)*. 2022;59(6):1004.
21. Prendergast SA. Pelvic floor physical therapy for vulvodynia: A clinician's guide. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017 Sep;44(3):509–22. doi:10.1016/j.ogc.2017.05.006.
22. Nascimento MÁ do, Rodrigues IOL, Tavares BM de B, Silva DS de S, Silva E de SM, Maximiano HRL, Rodrigues LMR. Atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas: revisão sistemática. [Internet]. Parnaíba: Universidade Federal do Delta do Parnaíba; 2024.
23. Burrows LJ, Bacha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on sexuality: a review. *J Sex Med*. 2012 Sep;9(9):2213-23. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
24. Shafik, A. The Role of the Levator Ani Muscle in Evacuation, Sexual Performance and Pelvic Floor Disorders. *Int Urogynecol J* 11, 361–376 (2000). doi:10.1007/PL00004028.
25. De Menezes Franco, M., Driusso, P., Bø, K. et al. Relação entre a força muscular do assoalho

pélvico e a disfunção sexual em mulheres na pós-menopausa: um estudo transversal. *IntUrogynecol J* 28 , 931–936 (2017). doi: 10.1007/s00192-016-3211-5.

26. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *IntUrogynecol J*. 2010 May;21(5):553–6. doi:10.1007/s00192-009-1077-5.
27. McHugh MC. What do women want? A new perspective on women's sexual problems. *Sex Roles*. 2006;54:361–9. doi: 10.1007/s11199-006-9006-2.
28. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown and Company; 1966.
29. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Venturoli S. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *J Sex Med*. 2012 Dec;9(12):3143–50. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x
30. Su CC, Sun BY, Jiann BP. Association between urinary incontinence and sexual function in women. *Int Urogynecol J*. 2015 Jan;26(1):109–13. doi:10.1007/s00192-014-2522-2.
31. Bardino M, Di Martino M, Ricci E, Parazzini F. Frequency and determinants of urinary incontinence in adolescent and young nulliparous women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(6):462–70.
32. Güvenç G, Kocaöz S, Kök G. Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *Int J Nurs Pract*. 2016 Dec;22(6):649–59. doi:10.1111/ijn.12495.
33. Brubaker L, Chiang S, Zyczynski H, Norton P, Kalinoski DL, Stoddard A, Kusek JW, Steers W; Urinary Incontinence Treatment Network. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 May;200(5):562.e1-7.
34. Nilsson S, Milsom I, Hedelin H, et al. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(1):105-10. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01120.x.
35. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 2003 Dec;20(6):690–5.
36. Zimmerman Y, Eijkemans MJC, Coelingh Bennink HJT, Blankenstein MA, Fauser BCJM. The effect of combined oral contraception on testosterone levels in healthy women: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2014 Jan–Feb;20(1):76–105. doi:10.1093/humupd/dmt038.
37. Wallen K, Lloyd EA. Female sexual arousal: genital anatomy and orgasm in intercourse. *Horm Behav*. 2011 May;59(5):780-92. doi:10.1016/j.yhbeh.2010.12.004.
38. Santtila P, Wager I, Witting K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, Varjonen M, Sandnabba NK. Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(1):31–44. doi:10.1080/00926230701620548.
39. Philippsohn S, Henningsen P, Schwenk M, et al. Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *J Sex Med*. 2009;6(4):1001-1009. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00989.x.