

PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÕES SEXUAIS EM GESTANTES E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES BIOLÓGICOS E GESTACIONAIS

PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN PREGNANT WOMEN AND THEIR ASSOCIATION WITH BIOLOGICAL AND GESTATIONAL FACTORS

Paula Monalisa da Silva¹; Daiany Marcela Lira de Lima²; Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira³

Resumo: Dentre as alterações decorrentes da gravidez, estão as disfunções sexuais, que podem estar relacionadas a fatores emocionais durante a fase gestacional, como o ajustamento aos novos papéis sociais, a qualidade do relacionamento do casal, alterações do humor e a aceitação do sexo nesse período. **Objetivo:** Analisar o índice de disfunções sexuais presentes em gestantes da rede pública da cidade de Caruaru-PE. **Material e Métodos:** A pesquisa caracterizou-se por uma abordagem quantitativa, descritiva, analítica de corte transversal. 51 gestantes com idade média de 27,37 anos atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de Caruaru -PE, foram entrevistadas. Foram utilizados dois questionários, um de dados pessoais e gestacionais e o Female Sexual Function Index (FSFI) adaptado para a população gestante foram aplicados. **Resultados:** 68.6% das gestantes apresentaram disfunção sexual. Os domínios com maiores índices de alteração do FSFI foram em dor, lubrificação e orgasmo, e mais disfunções foram encontradas em gestante com histórico de alta paridade. **Conclusão:** A prevalência de disfunções sexuais nas gestantes da cidade de Caruaru-PE em gestantes alcançou 68,6%, índice maior do que o esperado para a população feminina. Políticas públicas de saúde que identifiquem essas disfunções durante o período pré-natal são necessárias para a melhora da qualidade de vida da população gestante.

Palavras-Chave: Gestante, gravidez, disfunção sexual, estresse psicológico, prevalência.

Abstract

Among the changes due to pregnancy are sexual dysfunctions, which may be related to emotional factors during the gestational phase, such as adjustment to the new social roles, the quality of the couple's relationship, mood changes and the acceptance of sex

in that period. **Objective:** To analyze the index of sexual dysfunction present in pregnant women of the public network of the city of Caruaru-PE. **Material and Methods:** 51 pregnant women with a mean age of 27.37 years attended at the Basic Health Units (UBSs) of the city of Caruaru -PE, were interviewed. The research was characterized by a quantitative, descriptive, cross-sectional analytical approach. Two questionnaires were used, one of personal and gestational data and the Female Sexual Function Index (FSFI) adapted for the pregnant population were applied. **Results:** 68.6% of pregnant women had sexual dysfunction. The domains with the highest rates of FSFI alteration were in pain, lubrication and orgasm, and more dysfunctions were found in pregnant women with a high parity history **Conclusion:** The prevalence of sexual dysfunction in pregnant women in the city of Caruaru-PE in pregnant women reached 68.6%, an index higher than expected for the female population. Public health policies that identify these dysfunctions during the prenatal period are necessary to improve the quality of life of the pregnant population

Introdução

A gestação é um período de transição no corpo feminino, que gera uma série de adaptações de caráter não-patológico, mas com grande interferência biológica e psicológica tanto na mulher, quanto em todos os envolvidos no processo gestacional. No entanto, esse marco pode ser encarado com entusiasmo ou como um período de crises e, apesar desse momento ser considerado um dos mais ricos de todos os episódios vivenciados pela mulher, apresenta-se como um período de intensas mudanças¹.

Diante das alterações hormonais, metabólicas e estruturais decorrentes da gravidez, podem surgir disfunções na área sexual. De acordo com alguns estudos, essas alterações são comuns entre gestantes (entre 46,6% e 73,3%) e geralmente influenciam de forma negativa a função sexual feminina. Fatores emocionais relacionados à gestação, como o ajustamento aos novos papéis sociais, a qualidade do relacionamento do casal, alterações do humor e a aceitação do sexo nesse período;

além da dor durante a penetração, a diminuição na lubrificação vaginal e no desejo também contribuem para a disfunção sexual^{2,3,4}.

Dentre os aspectos envolvidos na função sexual feminina está a integridade muscular do assoalho pélvico (AP), estrutura formada por músculos, ligamentos e tendões, que compõem a cavidade abdomino-pélvica inferior. Esta cavidade comporta os órgãos, além de influenciar a função sexual através do grau de força máxima de contração. Entretanto, esta força de contração ao longo da vida da mulher pode ser reduzida, devido aos vários processos de mudanças que ocorrem no corpo feminino. Tais mudanças levam a um declínio geral de suas funções inclusive a função sexual, pois o orgasmo depende da força máxima de contração do AP^{5,6}.

O aumento do índice de massa corporal (IMC), a fadiga, os fatores emocionais, a idade avançada, a alteração do humor da gestante e do próprio companheiro são alguns fatores citados como causadores de interferências sexuais durante o período gestacional. Além destes, o peso fetal e o volume abdominal também causam alterações na qualidade da relação sexual, como dor durante o ato sexual, a baixa lubrificação vaginal, a diminuição da excitação e o receio de machucar o bebê⁷.

O negligenciamento por parte das pacientes, a baixa investigação de fatores associados ao seu aparecimento durante o pré-natal e a escassez de estudos que identifiquem os principais fatores que relacionam a disfunção sexual gestacional a parâmetros biológicos e socioculturais da gestante leva-nos a buscar a identificação do perfil das gestantes com disfunção sexual. O entendimento de tais fatores pode contribuir para a prevenção dessa queixa e tratamento adequado para aquelas que apresentarem o quadro. O objetivo geral do presente estudo foi identificar o índice de disfunções sexuais presentes em gestantes da rede pública da cidade de Caruaru-PE e analisar a associação da disfunção sexual com a qualidade de vida dessas gestantes.

Metodologia

A pesquisa caracterizou-se por uma abordagem quantitativa, descritiva, analítica de corte transversal. A população foi composta por gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de Caruaru -PE. Foram selecionadas por conveniência gestantes incluídas com idade entre 18 e 35 anos, nulíparas e

múltiparas com vida sexualmente ativa, alfabetizadas, e que concordaram em participar do estudo sob a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo gestantes não alfabetizadas e aquelas com contra-indicação médica de manter relação sexual. A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces /Unita sob protocolo no. 66589917.2.0000.5203 .

A seleção das voluntárias foi realizada nas dependências da (UBSs) por conveniência. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, composta por dois questionários, o primeiro composto por questões relativas a dados pessoais e sociodemográficos (idade, ocupação, religião, estado civil, renda mensal e escolaridade), história sexual (satisfação com a vida sexual).

Em seguida, foi aplicado o segundo instrumento de coleta, o Female Sexual Function Index (FSFI), um questionário auto aplicado que avalia a função sexual especificamente para a população gestante. O mesmo é composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas à aplicação do questionário e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total⁹.

Aquelas que preencheram os critérios de elegibilidade e desejaram participar da pesquisa, assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e foram submetidos ao questionário sócio demográfico. Em seguida, receberam o Female Sexual Function Index para preenchimento próprio, sem interferência do entrevistador (foram acionados apenas para tirar dúvidas do preenchimento, caso a participante solicitasse).

Após a coleta os dados foram processados e analisados descritivamente no software Epi-Info 6.04 (Center for Disease Control And Prevention, Atlanta, Estados Unidos), que é um programa de domínio público, criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de informatizar a epidemiologia. Como também na apresentação descritiva dos dados

foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis socioeconômicas e demográficas, além do índice de disfunção sexual. Foi realizado o cruzamento dos dados sócio demográficos com a presença de disfunção sexual e os resultados foram apresentados de forma tabular e gráfica através do Programa Microsoft Excel 2003. As variáveis contínuas foram apresentadas como médias e desvio-padrão e porcentagens. Para a comparação entre médias foram utilizados o teste t de Student, considerando significativo estatisticamente se $p < 0,05$.

Resultados

Foram estudadas 51 gestantes com idade média de 27,37 anos, de maioria com histórico de parto vaginal. A caracterização sociodemográfica pode ser analisada na tabela 1. A amostra foi composta por 64,7% das mulheres com filhos, a maior parte das gestantes eram casadas (74,5%), e 37,2% tinham o ensino médio completo, e apenas 5,9% tinham ensino superior completo. A maior parte possuía renda menor ou igual a um salário mínimo e de religião católica.

Com relação ao tempo médio com o parceiro atual em anos, de 5,12%, as voluntárias apresentaram-se satisfeitas com o relacionamento em 56,9%. Em relação ao desconforto sexual 33,4% relataram algum tipo de desconforto, em relação a dor 35,3%, indisposição emocional 35,3%, indisposição física 29,4%, já em relação a perda de urina 66,8% relatou que não apresentava perda de urina durante a relação sexual. A tabela 2 mostra a prevalência de disfunção sexual em 68,6% das mulheres.

DISCUSSÃO

O perfil das gestantes que aceitaram participar do presente estudo foi de maioria adultas jovens, com estado civil casada/união estável, apresentando satisfação com o relacionamento, de religião católica, predominantemente com renda familiar mensal de um salário mínimo e escolaridade de Ensino Médio Completo. Foi evidenciada taxa de 68,62% de mulheres com DS durante o primeiro ao terceiro trimestre gestacional. As disfunções sexuais femininas apresentam elevadas taxas de prevalência na população, chegando a ser um importante problema de saúde da mulher, com

repercussões significativas na qualidade de vida, constituindo problema multidimensional, uma vez que abrange fatores biológicos, psicológicos e interpessoais.

As mais frequentes disfunções sexuais femininas se referem a falta de desejo sexual, dor, e dificuldade em atingir orgasmo¹⁰. Autores mostram que fatores como grau de instrução, paridade e nível socioeconômico, dentre outros, podem interferir na função sexual feminina¹³. Em relação à renda, postula-se que o estresse físico e emocional sofrido por mulheres de baixa renda em razão de apresentarem piores condições de saúde, trabalho e lazer compromete a qualidade de vida, em especial no que diz respeito à sua função sexual⁷.

O presente estudo mostrou que a maioria das gestantes entrevistadas que apresentaram DS tinham renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (66,6%). Em relação a tais fatos, postula-se que o estresse físico e emocional sofrido por mulheres de baixa renda está associado a piores condições de saúde, trabalho e lazer, fatores que comprometem a qualidade de vida sexual da mulher⁷.

De acordo com Costa et al¹, a gestação pode ser encarada com entusiasmo ou como um período de crises e, apesar desse momento ser considerado um dos mais ricos de todos os episódios vivenciados pela mulher, apresenta-se como um período de intensas mudanças.

Maiores prevalências de DS foram observadas segundo Leite et al⁴ ao analisar a função sexual durante a gestação de adolescentes e mulheres adultas com valores de 63,2 e 73,3%, respectivamente, com DS no terceiro trimestre. Autores demonstram que elevadas prevalências de DS podem ser decorrentes de alterações fisiológicas do período gestacional relacionadas à estimulação inadequada das zonas erógenas, conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, ansiedade e fadiga⁹.

No presente estudo verificou-se que as principais alterações foram dificuldade de lubrificação, presença de dor durante a relação sexual e dificuldade em atingir o orgasmo. Observamos também que mulheres com maior paridade tiveram maiores índices de DS. As mudanças corporais, psicológicas e hormonais inerentes a esse período, bem como o receio de que o intercurso sexual possa culminar com complicações obstétricas ou machucar o bebê podem justificar tal impacto negativo da gestação na função sexual feminina⁷. Esse fato pode ser ainda mais ratificado quando observamos que que 35,3% das gestantes apresentaram indisposição emocional

relacionada a percepção corporal, medo e falta de informação em relação ao parto e 29,4% apresentaram indisposição física relacionado ao cansaço, falta de interesse sexual e incômodo pelo tamanho do abdômen.

As gestantes avaliadas neste estudo revelaram estar satisfeitas com seu relacionamento, porém durante a gestação, devido às mudanças decorrentes da gravidez apresentaram queixas de disfunção sexual devido à falta de interesse sexual. A gestação pode levar a alterações no sistema geniturinário da mulher, sendo esse um fator de risco relevante para o desencadeamento de sintomas urinários e subsequentes mudanças na função sexual. A Incontinência Urinária (IU) consiste em perda involuntária de urina, que acarreta um problema de saúde pública que pode interferir na qualidade de vida das mulheres de forma negativa, levando-as a uma mudança de comportamento¹⁷.

Diante dos achados nesse estudo, verificou-se que 35 gestantes (68,62%) apresentaram DS, porém quando associada à IU, apenas 14 delas (29,5%) apresentaram DS e IU concomitantemente; considerando assim, que mesmo tendo um impacto negativo na vida da gestante, a IU não está diretamente associada à presença da DS.

Nesta pesquisa, utilizamos o questionário FSFI, instrumento válido e seguro para medição da função sexual feminina. De acordo com o FSFI, algumas mudanças significativas foram encontradas em alguns domínios FSFI durante a gestação. Evidenciou-se que as menores pontuações referenciando indicativo de DS estiveram predominantes entre: satisfação com o relacionamento, dor durante a penetração, dificuldade em atingir o orgasmo e lubrificação vaginal.

Maiores pontuações, não indicativas para DS, estiveram relacionados apenas entre o desejo sexual e grau de excitação. Contudo, esses dados são difíceis de serem comparados, uma vez que escores de estudos ressaltam a importância dos aspectos emocional e relacional para a resposta sexual feminina. As mulheres dependem de fatores externos que podem despertar ou disparar o desejo durante a experiência. Assim, a gestação é um período no qual as mulheres podem estar ainda mais suscetíveis a apresentar queixas de DS, visto que fatores como o bem-estar emocional geral e o sentimento de proximidade com o parceiro durante a relação são preditores de problemas sexuais, como o desejo feminino⁹.

Diante do exposto, evidenciamos uma notória prevalência de disfunção sexual em gestantes, que se mostrou maior do que o esperado para a população feminina. Infelizmente, as DSs ainda são pouco abordadas pelos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, fato que pode mascarar o problema e impedir a detecção de variáveis associadas ao seu aparecimento. O reconhecimento dessas disfunções durante essa fase é de essencial importância para a saúde física e mental da gestante e deve ser encarada como indicador de saúde para essa população.

Referências Bibliográficas:

1. Costa, et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação; *Rev. Rene Fortaleza*, v.11, n. 2, 86-93, abr./jun,2010.
2. Lima. A.C et al. Prevalência de disfunção sexual em primigestas no município de Rio branco, Acre, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,29(8): 1544-1554, ago,2013.
3. Prado D, S; Lima R, V; Lima L, M, M, R Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(5):205-9.
4. Leite, et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev. Assoc. Med Bras*. São Paulo, vol.55, n.5,563-568,2009.
5. Franceschet et al. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v.13, n.5, p.383-9, set. / out.2009.
6. Costa, et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Rev. Bras Ginecol Obstet*, v.34, n.9, p.409-413,2012.
7. Mathias, et al. Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional; *ABCS Health Sci*. 2015; 40(2):75-79.
8. Pacagnela R.C; Martinez E.C; Vieira E.M; Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2333-2344, nov, 200.
9. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behavior*.2003;32(3):192-208.

10. Holanda J.B.L; Abuchaim E.S.V; Coca P. K; Abrão A.C.F.V. Disfunção sexual e fatores associados a relatos no período pós-parto. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(6):573
11. Carteiro D.M.H; Sousa L.M.R; Caldeira S.M.A. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão de literatura. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):153-61.
12. Bezerra I.F.D; Sousa V.P.S; Santos L.C; Viana E.S.R. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015 37(6):266-71.
13. Prado D.S; Mota V.P.L.P; Lima T.I.A. Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(3):139-43.
14. Correia L.S; Brasil C; Silva M.D; Silva D.F.C; Amorim H.O; Lordêlo P. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam* 2016; 32:405-9.
15. Ferreira A.L.C.G; Souza A.I; Ardisson C.L; Katz L. Disfunções sexuais femininas. *FEMINA* novembro, 2007; vol. 35; nº 11.
16. Leite A.P.L; Moura E.A; Campos A.A.S; Mattar R; Souza E. Validation of the Female Sexual Function Index in Brazilian pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(8):414-9.
17. Mathias, et al. Incontinência urinária e disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional e seis meses após o parto. *Rev Fisioter S Fun.* Fortaleza,2015 Jul-Dez; 4(2):21-31.
18. Lara L.A.S; Silva A.C.J.R.S; Romão A.P.M.S; Junqueira F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(6):312-21

Tabela 1:Características da amostra dados pessoais e sociodemográficos.

Variáveis	Resultados
-----------	------------

	Tamanho da Amostra (N)	%
	51	100
Idade (anos) *	27.37	± 5.18
Paridade		
Sim	33	64.7
Não	18	35.3
Possui apenas 1 filho	21	63.6
Possui > de 1 filho	12	36.4
Estado Civil		
Solteira	10	21.5
Casada/ União Estável	38	74.5
Divorciada	3	4.0
Viúva	0	0
Grau de Instrução		
Ensino Fundamental Completo	13	25.5
Ensino Fundamental Incompleto	0	0
Ensino Médio Completo	20	37.2
Ensino Médio Incompleto	11	21.6
Ensino Superior Completo	3	5.9
Ensino Superior Incompleto	3	9.8
Renda Familiar		
<=1 salário mínimo	34	66.6
2-3 salário mínimo	17	33.4
Religião		
Católica	30	58.9
Protestante	15	29.4
Sem religião	6	11.7
Tempo médio com parceiro (anos)	5.12	± 2.64
Grau de Satisfação Com o Relacionamento		
Satisfeita	29	56.9
Insatisfeita	1	2.0
Pouco satisfeita	11	21.5
Muito satisfeita	10	19.6
Perda de Urina		
Sim	20	39.2
Não	31	60.8
Desconforto (Físico ou emocional)		
Sim	17	33.4
Dor	6	35.3
Indisposição Emocional	6	35.3
Indisposição física	5	29.4
Não	34	66.6

Tabela 2 – Prevalência de disfunção sexual de acordo com o FSFI:

Score total do FSFI

	N	%
Score < 26 (Disfunção sexual)	35	68,62
Score > 26 (Sem disfunção sexual)	16	31,38
