

Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional

Sexual dysfunction: Evaluation of women during the third trimester of gestation

Ana Eliza Rios de Araújo Mathias¹, Ana Carolina Rodarti Pitangui¹, Vanessa Alves Arantes¹, Halana Gabriela Vasconcelos e Freitas¹, Francynne Maryanne Ferreira Vilela¹, Thaís Guimarães Dias¹

¹Curso de Fisioterapia, Universidade de Pernambuco (UPE) – Petrolina (PE), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i2.734>

RESUMO

Introdução: Disfunção sexual (DS) é caracterizada pela falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual, se manifestando de forma persistente ou recorrente. **Objetivo:** Determinar a prevalência das disfunções sexuais femininas em gestantes de baixo risco no terceiro trimestre e verificar sua associação com fatores de risco. **Métodos:** É um estudo transversal composto por 102 gestantes de baixo risco durante o terceiro trimestre gestacional e com vida sexual ativa, que estiveram em acompanhamento nos postos de saúde das cidades de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) entre setembro de 2013 e março de 2014. Para isso, utilizou-se uma ficha de dados pessoais, com características sociodemográficas e clínicas e o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI). Foram calculadas prevalências e possíveis associações por meio do teste do χ^2 . Em todas as análises foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$. Intervalos de confiança (IC95%), quando determinados, foram exatos. **Resultados:** Do total da amostra, 45,1% apresentaram disfunção sexual com taxa média de função sexual feminina de 26,15. Os menores escores de domínios foram em desejo e excitação. Ocorreu ainda associação de disfunção sexual com paridade. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou uma taxa moderada de mulheres com disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional, mostrando uma diminuição significativa em todos os domínios do FSFI. Além disso, constatou-se diferença estatisticamente significativa na associação de disfunção sexual com a variável paridade. Contudo, não foi encontrada diferença significativa na disfunção sexual com a variável idade, índice de massa corpórea, escolaridade e renda familiar.

Palavras-chave: gravidez; prevalência; sexualidade.

ABSTRACT

Introduction: Sexual dysfunction is characterized by lack, excess, discomfort and/or pain in the development of the sexual response cycle, manifesting persistent or in recurring basis. **Objective:** To determine the prevalence of female sexual dysfunctions in low risk pregnant women in the third quarter and its association with risk factors. **Methods:** A cross-sectional study comprising 102 women with low risk pregnancy during the third trimester of pregnancy and sexually active, who had been monitored in the health centers of the cities of Petrolina (PE) and Juazeiro (BA), Brazil, between September, 2013 and March, 2014. To do so it was used the Personal Data Sheets with the members' demographic and clinical characteristics and the Female Sexual Function Index questionnaire (FSFI). The prevalence and possible associations using χ^2 test were calculated. In all analysis, it was used a significance level of $p < 0.05$. Confidence intervals (95%CI) when determined were accurate. **Results:** Of the total sample, 45.1% reported sexual dysfunction with an average rate of female sexual function 26.15%. The lowest scores were in the areas of desire and arousal. The association of sexual dysfunction with parity also occurred. **Conclusion:** The present study demonstrated a moderate rate of women with sexual dysfunctions in the third gestational quarter, highlighting significant decrease in all FSFI domains. Furthermore, it was verified significant statistical difference in the association of sexual dysfunctions with the parity variable. However, it was not found significant difference on sexual dysfunctions with age, body mass index, schooling and family income variables.

Keywords: pregnancy; prevalence; sexuality.

Recebido em: 23/10/2014

Revisado em: 26/03/2015

Aprovado em: 29/04/2015

Autor para correspondência: Ana Eliza Rios de Araújo Mathias – Universidade de Pernambuco – BR 203, km 2, s/n – CEP: 56328-903 – Petrolina (PE), Brasil – E-mail: elizamathias@gmail.com
Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Disfunção sexual (DS) é caracterizada pela falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento de uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual, manifestando-se de forma persistente ou recorrente. Essas são compostas pelo desejo, excitação, orgasmo e resolução¹⁻³. Tais alterações culminam em transtornos, denominados em transtorno do desejo/excitação (diminuição ou ausência de desejo sexual e/ou lubrificação-turgescência), transtorno de dor gênito-pélvica/penetração (dispareunia e vaginismo) e o transtorno do orgasmo, definido quando há atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual^{4,5}.

Os transtornos sexuais dolorosos são divididos em dois. Dispareunia é uma dor genital associada com intercurso sexual, a qual pode ocorrer com maior frequência durante o coito, mas também pode ocorrer antes ou após o intercurso. E o vaginismo, definido com uma contração involuntária, persistente ou recorrente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal^{1,6,7}.

Segundo alguns autores, pelo menos 49% das mulheres, em geral, já apresentaram ao menos um tipo de DS em alguma fase da vida⁸. Contudo, apesar da literatura mostrar que a DS na população feminina brasileira é alta^{3,8}, ainda são escassos os estudos que avaliam sua prevalência na gestação, especificamente no período gestacional, sendo observada prevalência de 47% durante o terceiro trimestre de gestação⁹, justificando, assim, o desenvolvimento da presente pesquisa.

Além disso, durante a gravidez ocorrem alterações significativas na mulher, como a oscilação hormonal, o aumento do volume abdominal e do peso fetal, fadiga, ansiedade e o medo natural sentido com a proximidade do parto, que, somados ao efeito não-erótico da aparência no final da gravidez, faz com que a relação sexual se torne pouco atrativa⁹⁻¹³.

Diante do exposto, e em decorrência das repercussões negativas que a DS pode ocasionar na vida da mulher, o presente estudo teve por objetivo determinar a prevalência das DS em gestantes de baixo risco no terceiro trimestre gestacional e verificar a associação com fatores de risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, no qual a amostra foi composta por 102 gestantes de baixo risco durante o terceiro trimestre de gestação e com vida sexual ativa que estiveram em acompanhamento nos postos de saúde situados na cidade de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), no período de setembro de 2013 a março de 2014.

Os critérios de inclusão foram: gestantes no terceiro trimestre gestacional com gestação de baixo risco e que tinha relação sexual ativa. Quanto aos critérios de exclusão, foram utilizados: gestação de alto risco ou gemelar, infecção urinária no momento da entrevista, portadora de diabetes mellitus, mulheres que relataram ter sido vítimas de violência sexual e ter apresentado quadro de depressão anterior ou atual diagnosticada, não falar ou compreender a língua portuguesa.

O estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, contidos na resolução 466/12

e foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE) sob o CAAE nº 19374713.2.0000.5207 do ano de 2013.

A amostra não probabilística foi voluntária e por conveniência. As participantes e, quando menores de idade, seus responsáveis/representantes legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informadas quanto ao sigilo em relação aos dados coletados através do Termo de Confidencialidade.

Na coleta de dados, foi utilizada uma ficha de dados pessoais, com características sociodemográficas e clínicas, preenchida com informações de variáveis que poderiam estar associadas à presença de disfunção sexual. Em seguida, foi aplicado o *Female Sexual Function Index* (FSFI) adaptado à língua portuguesa, validado por Hentschel e colaboradores¹⁴. O FSFI apresenta significativa confiabilidade e validade, podendo ser incluído e utilizado em estudos da função sexual de grávidas brasileiras¹⁵.

Este questionário é composto por 19 questões, que informam sobre seis domínios da resposta sexual: Desejo, itens 1 e 2; Excitação, itens 3, 4, 5 e 6; Lubrificação, itens 7, 8, 9, e 10; Orgasmo, itens 11, 12 e 13; Satisfação, itens 14, 15 e 16; Desconforto/Dor, itens 17, 18 e 19. Para escores dos domínios, somam-se os escores individuais e multiplica-se pelo fator correspondente. Para obter o escore total da escala, somam-se os escores para cada domínio. As opções de respostas recebem pontuação entre '0' e '5', de forma crescente, exceto nas questões sobre dor, em que a pontuação é definida de forma invertida. Deve ser observado que dentro dos domínios, um escore zero indica que a paciente relatou não ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas^{14,15}. O ponto de corte para uma boa função sexual é 26,55¹⁶.

Previamente a coleta de dados, foi realizado estudo piloto em 10 gestantes para verificar a compreensão e eficácia dos instrumentos de coletas de dados e possíveis vieses, correções ou limitações nos procedimentos de pesquisa.

Os dados foram processados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, Estados Unidos da América, Release 16.0.2, 2008). Após a codificação das variáveis em um banco de dados e da validação por dupla entrada, procedeu-se a análise exploratória das variáveis. A análise dos resultados foi descritiva. Inicialmente, foi verificada a normalidade dos dados. Diante de uma distribuição simétrica, foi utilizado medida de tendência central e de dispersão para apresentação das variáveis contínuas; ou medida de tendência central adicionada a separamétricas quando a distribuição foi não paramétrica.

Foram calculadas prevalências e possíveis associações por meio do teste do χ^2 . Em todas as análises foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram estudadas 102 gestantes com idade mediana de 23 anos, variando de 15 a 40 anos. Todas fizeram pré-natal com uma mediana de 6 consultas, variando de 1 a 11 e a maioria vivenciou partos

vaginais em gestações prévias. A caracterização sociodemográfica, clínica e obstétrica da amostra podem ser verificadas na Tabela 1.

Dentre as gestantes avaliadas, 45,1% apresentaram DS. Na Tabela 2 demonstra-se a associação da DS com as variáveis: idade, paridade, renda familiar e índice de massa corpórea (IMC). Verificou-se diferença estatística significativa da DS somente com a variável paridade.

Encontrou-se média de função sexual feminina (FSFI) de 26,15. Na Tabela 3 estão discriminados os escores encontrados para cada domínio do questionário aplicado.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas das gestantes

Variável	n (%)
Idade (anos)	
15–19	31 (30,4)
Escolaridade	
Médio completo e incompleto	57 (55,9)
Estado marital	
Com companheiro	100 (98,0)
Renda familiar (SM)	
1–2	51 (50,0)
Idade gestacional (semanas)	
31–35	54 (56,3)
Paridade	
Nulípara	59 (57,8)
IMC	
Eutrófico	58(56,9)

SM: Salário Mínimo. Considerou-se o valor de 724,00 reais de acordo com o decreto 8.166/2013; IMC: Índice de Massa Corpórea

Tabela 2: Associação entre a Disfunção Sexual na gestação e a variável idade, paridade, renda familiar, escolaridade e Índice de Massa Corpórea.

Fatores	DS Sim n (%)	DS Não n (%)	valor p*
Idade			
15–19	19 (61,3)	12 (38,7)	0,113
20–24	8 (33,3)	16 (66,7)	
25–30	12 (42,9)	16 (57,1)	
>31	7 (36,8)	12 (63,2)	
Paridade			
Nulípara	33 (55,9)	26 (44,1)	0,043*
Primípara	8 (26,7)	22 (73,3)	
Múltipara	5 (38,5)	8 (61,5)	
Renda Familiar			
Até 1 salário	20 (42,6)	57,4 (61,7)	0,891
>1–2 salários	25 (49,0)	51 (68,6)	
Escolaridade			
Até fundamental completo	13 (48,1)	14 (51,9)	0,559
Médio completo e incompleto	26 (45,6)	31 (54,4)	
Superior completo e incompleto	7 (38,9)	11 (61,1)	
Índice de massa corpórea			
Sobrepeso/obesidade	8 (34,8)	15 (65,2)	0,239
Eutrófico	27 (46,6)	31 (53,4)	
Baixo peso	11 (52,4)	10 (47,6)	

* Teste χ^2 ; DS: Disfunção Sexual

DISCUSSÃO

O perfil das gestantes do presente estudo foi de maioria adultas jovens, nulíparas, eutróficas, com renda familiar mensal de até dois salários mínimos e escolaridade até o segundo grau completo. Foi evidenciada taxa de 45,1% de mulheres com DS durante o terceiro trimestre gestacional.

Maiores prevalências foram observadas por Leite *et al.*⁹ 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. Desse modo, as elevadas prevalências de DS podem ser decorrentes de alterações do período gestacional que podem contribuir para estimulação inadequada das zonas erógenas, conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, ansiedade e fadiga^{2,3,9,10}.

No presente estudo, observou-se que a nuliparidade esteve associada a maior prevalência da DS, com taxa de 55,9%. Cerejo¹⁷ verificou maiores prevalências de DS em nulíparas com valores de 84,8%. Contudo, acredita-se que essas discrepâncias de valores sejam decorrentes das diferenças metodológicas entre os estudos, uma vez que os autores avaliaram um grupo de mulheres entre 18 e 65 anos, que era composto em sua minoria por mulheres grávidas e, em nosso estudo, a maioria da amostra foi composta por mulheres jovens e todas gestantes. No entanto, esses dados são de difícil comparação, uma vez que os autores empregaram um questionário diferente e não validado, podendo interferir em diagnósticos desiguais de DS e não permitindo verificar se esse instrumento mede efetivamente ou não a realidade.

Neste estudo, não foi encontrada associação significativa entre a DS com a variável idade, índice de massa corpórea (IMC), renda familiar e escolaridade. Na literatura, estudos analisando a população em geral também não observaram diferenças estatisticamente significativas quando a idade foi relacionada à DS^{3,17,18}.

Do mesmo modo, ao associar a DS com o IMC não foi encontrada diferença estatística, concordando com alguns autores¹⁹ que ao avaliar a relação entre características antropométricas e função sexual feminina em 197 mulheres, entre 18 e 75 anos, não gestantes, também não encontraram diferença significativa no escore de função sexual associado ao IMC.

Em relação a 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 sexual¹⁹. Porém, neste estudo, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ao associar DS tanto com renda quanto com escolaridade,

Tabela 3: Escores dos domínios da função sexual

Domínio	Questões	Fator	Mínimo	Máximo	Média
Desejo	1–2	0,6	1,2	6	3,44
Excitação	3–6	0,3	1,2	6	3,85
Lubrificação	7–10	0,3	1,2	6	4,33
Orgasmo	11–13	0,4	1,2	6	4,37
Satisfação	14–16	0,4	1,2	6	4,83
Dor	17–19	0,4	1,6	6	4,40
Escore Total			6,6	36	26,15

provavelmente em decorrência do elevado percentual da amostra possuir baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade. Com intuito de avaliar a associação de DS com renda e escolaridade entre mulheres do setor público e privado, Prado *et al.*¹⁸ avaliaram 201 mulheres sexualmente ativas com idade de 18 a 45 anos e também não verificaram associação entre os fatores.

No que diz respeito aos domínios do FSFI, evidenciou-se baixos valores variando entre 4,83 e 3,44 com escores maiores para satisfação, dor, orgasmo e lubrificação, e menores para desejo e 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 experiência¹⁹. 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 feminino²⁰.

Por fim, devem ser consideradas algumas limitações em relação presente estudo, como o tamanho amostral, o qual dificultou as possibilidades de realização de análise de regressão logística, e a impossibilidade de afirmar que as conclusões encontradas sejam aplicáveis em outras regiões brasileiras ou mundialmente. Também pode-se considerar o emprego de um questionário

autoaplicado, que pode ocasionar viés de memória, condição inerente de estudos transversais²¹ e o uso da classificação dos grupos de forma categórica baseado em escores internacionais.

Entretanto, torna-se difícil a padronização e inserção dessa medida de classificação baseada em outros parâmetros, uma vez que não há um diagnóstico universal de DS, e a maioria dos estudos são fundamentados em escores internacionais, que podem não refletir a realidade local. Além disso, limitações inerentes ao FSFI (principalmente em relação ao domínio desejo) são mencionadas, porém cabe ressaltar que trata-se de um questionário validado e amplamente empregado, fato que respalda seu uso nesse estudo. Porém, a ausência de informações sobre a condição do parceiro é uma limitação que deve ser ressaltada.

Sugere-se a realização de novas pesquisas com populações maiores, com o intuito de verificar a prevalência de DS, para determinar os principais fatores de associação de DS durante o terceiro trimestre gestacional.

Em suma, pode-se inferir, com os resultados encontrados no presente estudo, que foi prevalente a DS entre as mulheres avaliadas durante o terceiro trimestre gestacional com prejuízo em todos os domínios do FSFI. Além disso, constatou-se diferença estatisticamente significativa na associação de DS com a variável paridade. Contudo, não foi encontrada diferença significativa entre a DS com a variável idade, IMC, escolaridade e renda familiar.

REFERÊNCIAS

1. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(3):162-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000300006>
2. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento.* 2009;14(2):89-1.
3. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004>
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Arlington: APA; 2013.
5. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J in Diagn Res.* 2013;7(12):2877-80. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>
6. Lima SMRR, Silva HFS, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2010;55(1):1-6.
7. Lucena BB, Abdo CHN. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. *Diagn Tratamento.* 2012;17(2):82-5.
8. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901198>
9. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza E, Camano L. Prevalence Of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(5):563-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>
10. Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei ES, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *J Caring Sci.* 2012;1(4):173-81. <http://dx.doi.org/10.5681/jcs.2012.025>
11. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TGM, *et al.* Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(9):409-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000900004>

12. AslanG,AslanD,KızılyarA,IspahiC,EsenA.Aprospectiveanalysisof sexualfunctionsduringpregnancy. *IntJImpotRes*. 2005;17(2):154-7. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901288>
13. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):5-14. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>
14. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA*. 2007;27(1):10-4.
15. Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):396-401. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000800003>
16. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475206>
17. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. *Rev Por Clín Geral*. 2006;22(6):701-20.
18. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(3): 139-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007>
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005;172(10):1327-33. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1020174>
20. 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.
21. PitanguiAC,GomesMR,LimaAS,SchwingeIPA,AlbuquerqueAP,de AraújoRC. Menstruation disturbances: prevalence, characteristics, and effects on the activities of daily living among adolescent girls from Brazil. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(3):148-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2012.12.001>

