

Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados

Sexuality and associated risk factors in pregnant women

Sexualidad en gestantes y factores de riesgo relacionados

Paula Renata Amorim Lessa Soares¹

ORCID: 0000-0003-1629-443X

Cinthia Gondim Pereira Calou¹

ORCID: 0000-0003-3488-6965

Samila Gomes Ribeiro¹

ORCID: 0000-0002-4775-5852

Priscila de Souza Aquino¹

ORCID: 0000-0001-6403-4769

Paulo Cesar de Almeida¹

ORCID: 0000-0002-2867-802X

Ana Karina Bezerra Pinheiro¹

ORCID: 0000-0003-3837-4131

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino PS, Almeida PC, Pinheiro AKB. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20180786. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0786>

Autor Correspondente:

Paula Renata Amorim Lessa Soares
E-mail: paularenatal@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Elucir Gir

Submissão: 17-10-2019

Aprovação: 11-05-2020

RESUMO

Objetivos: avaliar a função sexual de gestantes e a influência dos fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais associados à disfunção sexual. **Métodos:** estudo transversal realizado com 141 gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde e 120 pelo serviço privado, totalizando 261 participantes. Utilizou-se questionário contendo variáveis sociodemográficas, obstétricas e comportamentais; e instrumento *Female Sexual Function Index* para avaliar função sexual. As associações entre variáveis e disfunção sexual foram feitas pelo teste qui-quadrado, consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. **Resultados:** dos participantes, 32,1% apresentaram disfunção sexual, e há influência dos fatores “idade”, “renda” e “tipo de serviço de saúde” na disfunção sexual, prevalecendo gestantes entre 21 e 30 anos ($p < 0,001$), com renda entre 1 e 2 salários mínimos ($p = 0,048$) e que utilizam o serviço público ($p = 0,000$). **Conclusões:** os fatores associados à disfunção sexual são “gestantes jovens”, “baixa renda” e “atendimento no serviço público”.

Descritores: Disfunções Sexuais Fisiológicas; Comportamento Sexual; Fatores de Risco; Gestantes; Sexualidade.

ABSTRACT

Objectives: to assess the sexual function of pregnant women and the influence of sociodemographic, obstetric, and behavioral factors on sexual dysfunction. **Methods:** cross-sectional study conducted with 141 pregnant women attended by the Single Health System and 120 by one private service, totaling 261 participants. A questionnaire containing sociodemographic, obstetric, and behavioral variables was applied, as well as the Female Sexual Function Index instrument, which was used to assess sexual function. Associations between variables and sexual dysfunction were made using the chi-square test, considering a statistically significant result when $p < 0.05$. **Results:** among the participants, 32.1% had sexual dysfunction, and the variables “age”, “income” and “type of health service” had an influence on sexual dysfunction. The prevalence of pregnant women was between 21 and 30 years old ($p < 0.001$), with an income between 1 and 2 minimum wages ($p = 0.048$) and used the public health system network ($p = 0.000$). **Conclusions:** the factors associated with sexual dysfunction are “young pregnant women”, “low income” and “attended in the public health service”.

Descriptors: Sexual Dysfunction, Physiological; Sexual Behavior; Risk Factors; Pregnant Women; Sexuality.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la función sexual de gestantes y la influencia de los factores sociodemográficos, obstétricos y comportamentales relacionados a la disfunción sexual. **Métodos:** estudio transversal realizado con 141 gestantes atendidas por el Sistema Único de Salud y 120 por el servicio privado, totalizando 261 participantes. Se ha utilizado cuestionario conteniendo variables sociodemográficas, obstétricas y comportamentales; e instrumento *Female Sexual Function Index* para evaluar función sexual. Las relaciones entre variables y disfunción sexual han sido realizadas por el test chi cuadrado, consideradas estadísticamente significativas si $p < 0,05$. **Resultados:** de los participantes, 32,1% presentaron disfunción sexual, y hay influencia de los factores “edad”, “renta” y “tipo de servicio de salud” en la disfunción sexual, prevaleciendo gestantes entre 21 y 30 años ($p < 0,001$), con renta entre 1 y 2 salarios mínimos ($p = 0,048$) y que utilizan el servicio público ($p = 0,000$). **Conclusiones:** los factores relacionados a la disfunción sexual son “gestantes jóvenes”, “baja renta” y “atención en el servicio público”.

Descriptores: Disfunciones Sexuales Fisiológicas; Comportamiento Sexual; Factores de Riesgo; Gestantes; Sexualidad.

INTRODUÇÃO

A gestação pode ser compreendida como um período de intensas transformações na vida da mulher, que vão desde mudanças emocionais com a incorporação do novo papel de mãe até alterações fisiológicas sistêmicas, podendo comprometer intensamente o bem-estar da mulher⁽¹⁾. Dentre essas modificações gestacionais, destaca-se a função sexual, que pode afetar os domínios físico, emocional, pessoal e social da vida da gestante.

A função sexual feminina é composta por quatro momentos: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Quando há alguma dificuldade em qualquer uma dessas fases, caracteriza-se o quadro de disfunção sexual⁽²⁾. Já segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a disfunção sexual é qualquer modificação da resposta sexual humana que produza sofrimento físico e/ou emocional, individual ou entre parceiros⁽³⁾.

Sabe-se que a disfunção sexual pode ocorrer em qualquer fase da vida da mulher, todavia, após a descoberta da gestação, a função sexual parece ser bastante afetada negativamente, implicando diminuição das relações sexuais e do desejo, o que pode levar a um quadro patológico de disfunção sexual⁽⁴⁾.

Além disso, a gestação também pode provocar o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP), pois as contrações involuntárias da MAP são as principais características do orgasmo e, quando não fortalecida, pode causar a hipoestesia vaginal e anorgasmia⁽⁵⁾, agravando a função sexual de gestantes.

A condição de disfunção sexual pode sofrer influência de diversos fatores: biológicos (doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, idade, utilização de medicamentos, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas), psicológicos (transtornos mentais e depressão), sociais (cultura, crenças religiosas e relacionamento com o parceiro) ou a combinação de vários desses fatores que, associados à gestação, podem resultar no quadro sexual disfuncional aumentado^(4,6).

Pesquisas revelam ainda que, independentemente do contexto socioeconômico e cultural que a mulher vivencia, elas podem apresentar dificuldades com desejo, excitação, orgasmo, lubrificação na gravidez, além de insatisfação sexual e dispareunia. Normalmente, com o avanço da gestação, há uma diminuição do desejo, na frequência e na satisfação sexual^(4,7-8).

Estudo brasileiro que teve como propósito avaliar a prevalência de disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais com 140 mulheres em sete unidades básicas de saúde apontou um elevado percentual de 33,04% e ainda revelou diferença entre o primeiro e o segundo trimestres ($p = 0,018$); e entre o primeiro e o terceiro trimestres ($p = 0,014$)⁽⁹⁾.

Apesar dessa alta prevalência de disfunção sexual em gestantes, tal agravo raramente é investigado pelos profissionais de saúde que realizam o pré-natal⁽¹⁰⁾, sendo considerado, muitas vezes, uma condição fisiológica, inerente à gestação. Além disso, dificuldades na sexualidade durante o período gestacional são poucas vezes verbalizadas pelas mulheres como queixa ginecológica⁽¹¹⁾, deixando uma lacuna na integralidade do cuidado quanto à sexualidade. Acrescenta-se ainda que a relação entre a gestação e a disfunção sexual ainda tem sido pouco estudada⁽¹²⁾, e pouco se sabe sobre os reais fatores que podem influenciar esse quadro na gestação.

Diante do exposto, identificar a presença de disfunção sexual em gestantes, bem como os principais domínios em que a função sexual está comprometida, pode contribuir com os profissionais que prestam assistência ao pré-natal de risco habitual, sobretudo os enfermeiros, no intuito de direcionar a assistência, minimizando os riscos para disfunção sexual. Além disso, o conhecimento dos fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais possivelmente associados a esse quadro pode auxiliar os profissionais de saúde a reconhecerem gestantes mais susceptíveis à disfunção sexual e, assim, intervirem precocemente junto a elas e seus parceiros para promover a saúde sexual.

OBJETIVOS

Avaliar a função sexual de gestantes e a influência dos fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais associados à disfunção sexual.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, garantindo o direito dos participantes; e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Desenho, local do estudo e período

Estudo de coorte transversal, realizado em três centros de saúde que atendem gestantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em uma clínica particular que oferece serviços na área obstétrica e ginecológica. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2014.

População; critérios de inclusão

A população da pesquisa foi composta por gestantes de risco habitual. O tamanho da amostra foi calculado a partir do somatório das consultas mensais de todas as gestantes atendidas nos locais de pesquisa selecionados, totalizando um número aproximado de 800 consultas. Esse número foi encontrado somando-se 500 mulheres atendidas mensalmente na Clínica Femininagem, 83 gestantes em acompanhamento pré-natal no CEDEFAM/CPN e 215 gestantes nas outras duas Unidades Básicas de Saúde, chegando ao total de 798. Assim, considerou-se o nível de confiança de 95%, o erro máximo permitido de 5% e a porcentagem com a qual o fenômeno se verifica e a porcentagem complementar foi de 0,5, totalizando uma amostra de 261 gestantes, sendo 120 coletadas no serviço privado e 141 no serviço público.

O critério de inclusão foi: ser gestante em acompanhamento pré-natal de baixo risco, uma vez que as complicações de um pré-natal de alto risco podem interferir na função sexual das gestantes, independentemente da idade gestacional.

A gestação de baixo risco é caracterizada quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade e cujas

morbidades e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população geral⁽¹³⁾.

Protocolo do estudo

No serviço público, o convite para a participação no estudo se deu quando as mulheres aguardavam atendimento para a consulta de acompanhamento pré-natal. Já no serviço privado, a abordagem foi realizada enquanto as gestantes esperavam a realização de exames obstétricos. Após o aceite, as participantes foram encaminhadas às salas reservadas para preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação dos instrumentos de pesquisa, mantendo a privacidade das respostas fornecidas.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro o questionário clínico contendo os fatores que podem influenciar a função sexual das gestantes. Ele é composto por três partes: 1) Dados sociodemográficos, 2) Dados obstétricos e 3) Fatores associados ao comportamento pessoal. As variáveis coletadas na Parte 1 foram: idade, estado marital, escolaridade, renda familiar, se possui trabalho remunerado e Índice de Massa Corporal (IMC); Parte 2: trimestre gestacional, paridade, tipo de parto e número de filhos vivos; Parte 3: planejamento da gestação, apoio do parceiro, recebimento de orientações educativas sobre sexualidade na gestação, prática de atividade física e tipo de serviço que realiza o acompanhamento pré-natal.

A aparência e o conteúdo do instrumento foram avaliados por quatro juízes especialistas na área da saúde sexual e reprodutiva, em obstetria clínica, e com conhecimento sobre metodologia de elaboração de questionários.

O segundo instrumento foi o *Female Sexual Function Index* (FSFI)⁽¹⁴⁾, validado para gestantes⁽¹⁵⁾, utilizado para avaliar a disfunção sexual, considerado breve, multidimensional e confiável, capaz de avaliar as dimensões principais da função sexual da mulher. É composto por cinco domínios da resposta sexual: 1) Desejo e estímulo subjetivo, 2) Lubrificação, 3) Orgasmo, 4) Satisfação e 5) Dor ou desconforto. A pontuação final da escala pode variar de 2 a 36, sendo obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio. Considerou-se como ponto de corte para caracterizar disfunção sexual uma pontuação abaixo de 26,5⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se que o instrumento FSFI foi aplicado com 190 mulheres, uma vez que 71 participantes relataram não possuir relação sexual nas últimas quatro semanas, período recomendado para utilização do instrumento⁽¹⁴⁾. Contudo, aplicou-se o questionário das variáveis sociodemográficas, obstétricas e comportamentais com todas as mulheres.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Calcularam-se médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas. Foram feitos a priori os testes de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias; e o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis. Na sequência, as médias da escala FSFI foram analisadas pelos testes *t* de *student*, Mann-Whitney, Wilcoxon, se dois grupos; se três ou mais grupos, pelo

teste F de Snedecor (comparações múltiplas pelo teste de Tukey), de Friedman ou de Kruskal-Wallis (comparações múltiplas pelo teste de Conover).

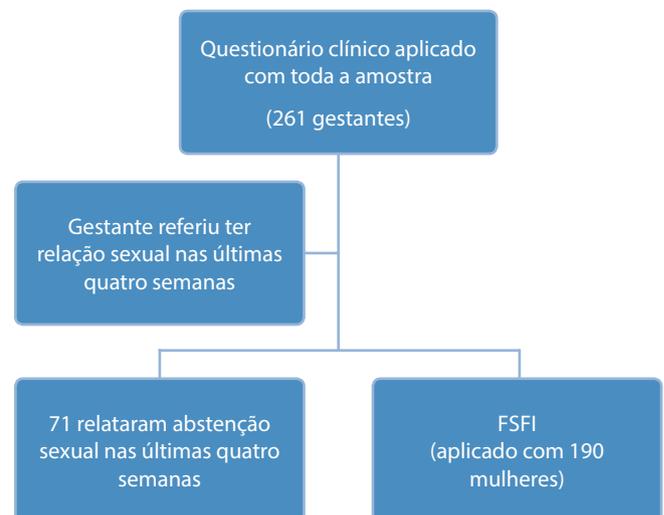
As associações entre as variáveis e a disfunção sexual foram feitas utilizando o teste de χ^2 , e calculou-se a razão de chances (RC) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). As análises inferenciais foram consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$. As variáveis "idade", "escolaridade", "renda" e "trimestre gestacional" foram transformadas em binárias e comparadas quanto aos extremos de categoria para que as associações tivessem maior capacidade de inferências de causa e efeito.

Destaca-se que as variáveis "trimestre gestacional" e "paridade" foram associadas separadamente com os domínios da função sexual, visto que se torna fundamental compreender quais destes são mais afetados negativamente na função sexual das gestantes.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 261 participantes e, destes, 190 foram avaliados quanto à função sexual por meio do instrumento FSFI, visto que, como pressuposto para responder ao questionário, a gestante deveria ter tido relação sexual nas últimas quatro semanas anteriores ao dia da coleta.

Dentre as 261 entrevistadas, a média de idade foi de 28,3 \pm 6,5 anos; 88,5% (231) possuíam um companheiro estável; 70,9% (185) concluíram o ensino médio, das quais 44,8% (117) cursaram graduação ou pós-graduação; 59% (154) afirmaram possuir um trabalho remunerado; a renda familiar apontou que 34,1% (89) ganhavam entre 1 e 2 salários mínimos, e 38,3% (100) possuíam renda maior do que 6,1 salários mínimos.



Nota: FSFI - Female Sexual Function Index.

Figura 1 – Fluxograma de aplicação dos instrumentos da coleta

No que se refere aos dados obstétricos, 48,1% (125) da amostra estavam no segundo trimestre da gestação, e 37,6% (98) apresentaram sobrepeso quando classificadas segundo o IMC. Quanto à paridade, 56,7% (148) eram nulíparas; e, das mulheres que já tiveram partos anteriores, 68,1% (77) submeteram-se a partos abdominais.

Tabela 1 – Avaliação da função sexual de gestantes, Fortaleza, Ceará, Brasil, set-dez, 2014

Domínios (N = 190)	Média ± DP*
Desejo	3,4 ± 1,1
Excitação	4,1 ± 1,0
Lubrificação	5,0 ± 1,0
Orgasmo	4,4 ± 1,2
Satisfação	5,1 ± 1,0
Dor	5,0 ± 1,1
Escore total	27,2 ± 4,9

Nota: DP* - Desvio-padrão.

Quando analisados os fatores comportamentais, verificou-se que 45,2% (118) das gestantes não planejaram sua gravidez, mas 95,4% (249) receberam o apoio do parceiro, apesar do não planejamento. Um percentual de 59,4% (155) verbalizou que não recebeu orientações educativas sobre sexualidade durante a gestação até o momento da coleta de dados, seja grupal ou individual, e 86,6% (226) não praticavam atividade física de qualquer natureza.

A partir da escala FSFI averiguou-se que 32,1% (61) das gestantes apresentaram disfunção sexual, ou seja, tiveram médias menores do que 26,5. Na Tabela 1, são apresentadas as médias obtidas da escala total e de cada domínio separadamente.

O valor da média total foi de 27,2, com desvio-padrão de 4,9, indicando que, em geral, as mulheres não possuem disfunção sexual, apesar da pontuação baixa. O domínio que mais contribuiu para essa média baixa foi “Desejo” (3,4), e o que obteve maior média foi “Satisfação” (5,1).

A Tabela 2 mostra a associação das variáveis sociodemográficas, obstétricas e comportamentais com a presença ou não de disfunção sexual.

As associações das variáveis sociodemográficas demonstraram relação significativa com idade e renda. Quanto à idade, mulheres na faixa etária entre 21 e 30 anos tem 4,6 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que aquelas acima de 30 anos. Já no tocante à renda, grávidas que recebem entre 1 e 2 SM possuem 4 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que aquelas com renda maior do que 4 SM.

Descrevendo a associação da disfunção sexual com as variáveis obstétricas, não houve associação com a idade gestacional, paridade, tipo de parto e número de filhos vivos. Embora os dados não revelassem significância, mulheres com as características de nuliparidade, com história de um parto vaginal ou mais, que não possuem filhos e no terceiro trimestre apresentaram maiores índices de disfunção sexual.

Quando se analisou a associação entre a disfunção sexual e outras variáveis comportamentais, notou-se significância com o tipo de serviço de saúde ($p < 0,001$) utilizado pela gestante. Aquelas atendidas pelo serviço público possuem 3,8 mais chances de apresentar disfunção sexual em comparação com gestantes atendidas no serviço privado.

Apesar da não significância, os dados revelaram que um maior número de mulheres com disfunção sexual não tinha planejado sua gravidez (38,0%), não teve apoio do parceiro

(55,9%), não recebeu orientações educativas sobre sexualidade durante o pré-natal (34,5%) e não praticava atividade física (34,6%).

No intuito de aprofundar a discussão considerando os domínios da função sexual, foram realizadas associações entre os trimestres gestacionais e paridade com as médias dos domínios separadamente e da escala total.

A Tabela 3 demonstra a correlação entre os escores dos domínios da função sexual e os trimestres gestacionais.

Comparando a média dos domínios nos três trimestres gestacionais, observou-se que os domínios “Desejo”, “Excitação” e “Satisfação” apresentaram menor média no segundo trimestre gestacional. Já os domínios “Lubrificação” e “Dor” tiveram piores médias no primeiro e terceiro trimestre, respectivamente.

Tabela 2 – Associação das variáveis sociodemográficas, obstétricas e comportamentais de gestantes com disfunção sexual, Fortaleza, Ceará, Brasil, set-jan, 2015

Variáveis	Disfunção Sexual Sim n (%)	Disfunção Sexual Não n (%)	Valor de p	RC	IC95%
Variáveis Sociodemográficas					
Idade (n = 151)					
21 a 30 anos	38 (41,8)	53 (58,2)	0,001	4,6	1,9-10,9
31 anos ou mais	8 (13,3)	52 (86,7)			
Estado marital (n = 190)					
Com parceiro	53 (31,2)	117 (68,8)	0,424	1,5	0,6-3,8
Sem parceiro	8 (40)	12 (60)			
Escolaridade (n = 155)					
Até 8 anos	15 (45,5)	18 (54,5)	0,042	2,2	1,0-5,0
12 anos ou mais	33 (27)	89 (73)			
Trabalha remunerado (n = 190)					
Sim	32 (30,2)	74 (69,8)	0,525	0,8	0,4-1,5
Não	29 (34,5)	55 (65,5)			
Renda (n = 149)					
Entre 1 e 2 SM*	36 (48)	39 (52)	0,001	4,0	1,9-8,3
Acima de 4 SM*	14 (18,9)	60 (81,1)			
Variáveis obstétricas					
Trimestre gestacional (n = 87)					
1º trimestre	8 (25)	24 (75)	0,448	1,5	0,5-3,9
3º trimestre	18 (32,7)	37 (67,3)			
Paridade (n = 190)					
Nulípara	37 (36,3)	65 (63,7)	0,185	1,5	0,8-2,8
Múltipara	24 (27,3)	64 (72,7)			
Tipo de parto anterior (n = 88)					
Parto vaginal	9 (30,0)	21 (70,0)	0,679	1,2	0,4-3,2
Parto abdominal	15 (25,9)	43 (74,1)			
Nº de filhos vivos (n = 190)					
Zero	38 (35,6)	67 (64,4)	0,211	1,4	0,8-2,8
Um ou mais	23 (27,1)	62 (72,9)			
Outros fatores					
Gravidez planejada (n = 190)					
Sim	26 (26,5)	72 (73,5)	0,089	1,4	0,9-2,1
Não	35 (38,0)	57 (62,0)			
Apoio do parceiro (n = 190)					
Sim	56 (30,9)	125 (69,1)	0,123	1,7	0,9-3,3
Não	5 (55,6)	4 (44,4)			
Orientações educativas (n = 190)					
Sim	21 (28,4)	53 (71,6)	0,379	1,2	0,7-1,8
Não	40 (34,5)	76 (65,5)			
Prática de atividade física (n = 190)					
Sim	5 (17,9)	23 (82,1)	0,080	1,7	0,9-3,1
Não	56 (34,6)	106 (65,4)			
Tipo de serviço (n = 190)					
Público	49 (42,2)	67 (57,8)	0,000	3,8	1,8 - 7,7
Privado	12 (16,2)	62 (83,8)			

Nota: RC – Razão de chances; IC – Intervalo de confiança; *SM – Valor de R\$ 724,00 em dezembro de 2014.

Mesmo existindo maiores médias nos domínios em alguns trimestres gestacionais, o único que mostrou diferença significativa foi o domínio "Dor", com piora no terceiro trimestre.

Analisando os trimestres de forma isolada, verificou-se que o domínio mais afetado negativamente em todos os três trimestres foi o "Desejo". Em contrapartida, o domínio "Satisfação" mostrou uma média mais elevada tanto no segundo quanto no terceiro trimestre.

A Tabela 4 mostra a comparação das médias dos domínios da função sexual entre nulíparas e múltíparas.

As nulíparas apresentaram médias menores nos domínios "Desejo", "Excitação", "Lubrificação", "Orgasmo" e na escala total, com diferença significativa nos domínios "Lubrificação" e "Orgasmo". Já os domínios "Satisfação" e "Dor" tiveram médias idênticas nos dois grupos.

Tabela 3 – Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre os trimestres gestacionais, Fortaleza, Ceará, Brasil, set-dez, 2014

Domínios	1º trimestre* (n = 33)	2º trimestre* (n = 104)	3º trimestre* (n = 61)	Valor de p
Desejo	3,7 ± 1,0	3,3 ± 1,0	3,5 ± 1,2	0,288
Excitação	4,5 ± 1,0	4,0 ± 1,0	4,1 ± 1,0	0,089
Lubrificação	4,9 ± 1,1	5,0 ± 1,0	5,0 ± 1,0	0,861
Orgasmo	4,4 ± 1,1	4,4 ± 1,2	4,3 ± 1,3	0,857
Satisfação	5,2 ± 1,0	5,1 ± 1,0	5,2 ± 1,0	0,904
Dor	5,5 ± 0,7	5,0 ± 1,2	4,8 ± 1,2	0,017
Escala total	28,2 ± 4,2	26,8 ± 4,8	26,9 ± 4,8	0,368

Nota: * Média e desvio-padrão.

Tabela 4 – Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre nulíparas e múltíparas, Fortaleza, Ceará, Brasil, set-dez, 2014

Domínios	Nulíparas* (n = 102)	Múltíparas* (n = 88)	Valor de p
Desejo	3,4 ± 1,1	3,5 ± 1,0	0,894
Excitação	4,1 ± 1,1	4,2 ± 0,9	0,952
Lubrificação	4,9 ± 1,0	5,1 ± 1,0	0,036
Orgasmo	4,2 ± 1,2	4,6 ± 1,2	0,021
Satisfação	5,1 ± 1,0	5,1 ± 1,0	0,689
Dor	5,0 ± 1,1	5,0 ± 1,2	0,568
Escala total	26,7 ± 4,8	27,5 ± 4,2	0,326

Nota: * Média e desvio padrão.

De forma geral, a média geral das nulíparas e múltíparas apresentaram valores acima de 26,5, o que não aponta para um quadro de disfunção sexual. Todavia, as mulheres nulíparas (26,7) apresentaram média menor do que as múltíparas (27,5).

DISCUSSÃO

Durante a gravidez, a sexualidade é marcada por um período de mudanças físicas e psicológicas, que, aliadas às influências culturais, sociais e religiosas, podem causar impacto negativo sobre a atividade e comportamento sexual da gestante.

A prevalência de disfunção sexual no presente estudo foi de 32,1% (61). Estudo realizado com 207 gestantes a fim de investigar a relação entre a função sexual e a qualidade de vida de mulheres grávidas apontou valor semelhante, de 35,7% de gestantes com disfunção sexual⁽¹⁷⁾.

Outro estudo que teve como propósito avaliar a prevalência de disfunção sexual em gestantes nos três trimestres, utilizando o FSFI, constatou que a média da escala total foi de 27,3, similar

aos achados da presente pesquisa (27,2). Além disso, esse estudo também encontrou prevalência de 33,04% de disfunção sexual nas gestantes⁽⁹⁾, sendo um pouco mais elevada do que a encontrada no presente estudo (32,1%).

Os resultados apontam um percentual considerável de gestantes que apresenta a função sexual comprometida. Ademais, apesar da manutenção da relação sexual ser segura até o fim da gestação, o casal, sobretudo o homem, preocupa-se com a saúde do bebê, considerando que o ato sexual com penetração pode machucar a criança, de modo que sentimentos de baixa autoestima e falta de desejo são comuns nesse período⁽¹⁸⁾. Tais aspectos podem gerar conflitos no relacionamento do casal, tornando o período gestacional um momento conturbado em vez de próspero para a família, já que a função sexual afeta diversas áreas da vida da mulher e do casal.

Quando se analisou individualmente cada domínio, observou-se que aquele com maior média foi "Satisfação" (5,1) e o de menor média foi o "Desejo" (3,4). Concordando com esses dados, pesquisa que teve como propósito verificar a associação de disfunção sexual com fatores de risco em gestantes também encontrou menor média no domínio "Desejo" (3,4) e maior pontuação no domínio "Satisfação" (4,8)⁽¹⁹⁾.

O domínio "Desejo" caracteriza-se como a vontade de participar da atividade sexual, podendo ser estimulado por pensamentos ou por ações verbais e visuais, sendo um estágio mais subjetivo, no qual predominam as características individuais⁽¹⁵⁾. As modificações fisiológicas que ocorrem na gestação como indisposição e sonolência, acentuadas no início, além da mudança da autoimagem corporal que se evidencia a partir do segundo trimestre⁽⁸⁾, podem contribuir para essa falta de desejo sexual na gestação e explicar os possíveis achados.

O domínio "Satisfação", que apresentou maior média, avalia o envolvimento emocional com o parceiro. A satisfação sexual da mulher está estreitamente associada à relação amorosa. Portanto, o sentimento de amor que ela nutre pelo parceiro, independentemente da função sexual, pode contribuir para bons resultados quanto à satisfação sexual.

As associações das variáveis sociodemográficas demonstraram relação significativa com idade e renda. Referente à idade, mulheres na faixa etária entre 21 e 30 anos tem 4,6 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que aquelas acima de 30 anos. Já quanto à renda familiar, grávidas que recebem entre 1 e 2 salários mínimos possuem 4 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que aquelas que possuem renda maior do que 4 salários mínimos.

Estudo que objetivou avaliar a associação entre função sexual e satisfação sexual, com 51 gestantes no segundo trimestre, encontrou dados similares, com uma maior prevalência de disfunção sexual em mulheres de baixa renda⁽⁴⁾. A disfunção sexual possui etiologia multifatorial e uma complexa fisiopatologia. A interação entre a função sexual e fatores físicos e emocionais torna provável a hipótese de que fatores socioeconômicos podem influenciar a sua prevalência⁽⁴⁾.

Sabe-se ainda que a função sexual na gestação passa por algumas transformações; dessa perspectiva, algumas de suas particularidades precisam ser compreendidas para se enfrentar de forma satisfatória os problemas próprios desse período. Assim, aspectos como a baixa renda podem influenciar dificultando esse conhecimento e aumentando os índices de disfunção sexual nessa população. Por outro lado, mulheres com maior renda e maior escolaridade podem ter maior acesso às informações

e empoderamento quanto à sua sexualidade, esclarecendo dúvidas com os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, além de envolver o parceiro nessa discussão, o que facilita a vivência plena da sexualidade nessa fase.

Com relação à associação entre as variáveis obstétricas e a presença de disfunção sexual, não houve significância estatística. Contudo, as médias maiores de gestantes com disfunção sexual tiveram as seguintes características: estavam no terceiro trimestre, nuliparidade, com história de um parto vaginal ou mais e não possuíam filhos.

A análise da associação das variáveis comportamentais com a disfunção sexual identificou associação significativa com o tipo de serviço de saúde utilizado, em que as mulheres atendidas no serviço público apresentaram maior percentual. Discordando desses achados, estudo que teve como objetivo verificar se houve diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios da função sexual entre um grupo de mulheres atendidas no serviço público e outro no privado revelou que não houve diferença significativa entre os serviços quanto à disfunção sexual, com menores médias no privado⁽¹⁹⁾.

Assim, são necessárias investigações futuras que permitam compreender os reais motivos de gestantes atendidas no serviço público possuírem maiores chances de ter disfunção sexual. Deve-se apurar se tal afirmação está relacionada a fatores sociodemográficos como escolaridade e renda ou se há relação com a própria qualidade do serviço, pois sabe-se que, embora as mulheres sintam a necessidade de dialogar e buscar informações acerca da sexualidade durante a gestação, raramente elas encontram, nas consultas, oportunidades de esclarecer suas dúvidas com os profissionais de saúde⁽¹¹⁾, seja nos serviços públicos, seja nos privados.

Dessa forma, a orientação educativa durante o pré-natal sobre a sexualidade e possíveis subcomponentes que podem levar à disfunção sexual é de extrema importância, devendo estar inserida no plano de cuidados do enfermeiro à gestante, mesmo que ela não se manifeste sobre essa questão.

Em seguida, fez-se uma comparação dos domínios da função sexual com os trimestres gestacionais e com a paridade. A análise das médias dos domínios da função sexual entre os trimestres gestacionais apresentou diferença estatisticamente significativa no domínio "Dor", com piora no terceiro trimestre ($p < 0,017$).

Estudo que teve como propósito avaliar a função sexual de mulheres durante o período gestacional corroborou a presente pesquisa, concluindo que o único domínio no qual houve diferença entre os trimestres gestacionais, com piora no terceiro, foi o domínio "Dor"⁽²⁰⁻²¹⁾.

O fato de ter sido encontrada diferença significativa no terceiro trimestre gestacional quanto ao domínio "Dor/desconforto" parece ter apoio na literatura científica, uma vez que, nessa fase, o corpo da gestante começa a se preparar para o parto, aumentando as contrações uterinas, bem como há uma maior dificuldade de

posição para o relacionamento sexual com penetração, podendo causar dor e desconforto^(7,20).

Analisando a possível influência da disfunção sexual em gestantes nulíparas e múltiparas, as nulíparas apresentaram médias menores nos domínios "Desejo", "Excitação", "Lubrificação", "Orgasmo" e na escala total, com diferença significativa nos domínios "Lubrificação" e "Orgasmo".

A resolução positiva das fases da função sexual (desejo, dor, excitação, lubrificação e orgasmo) avaliadas pela FSFI depende de uma série de estímulos pessoais e emocionais. Assim, mulheres nulíparas podem ser mais vulneráveis a fatores emocionais devido à falta de experiência, medos e angústias da primeira gestação, o que, possivelmente, pode ter contribuído para as menores médias encontradas nesse grupo.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação da pesquisa o desenho transversal, que dificulta o estabelecimento das relações de causalidade, sendo necessária a realização de investigações longitudinais e comparativas para maior inferência das associações entre as variáveis estudadas e a disfunção sexual. Além disso, a amostra não foi dimensionada para analisar as diferenças entre os trimestres gestacionais.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo traz como contribuição a avaliação da disfunção sexual entre gestantes e os fatores que podem influenciar esse agravamento. Acredita-se que a identificação desses fatores contribua no planejamento das ações dos profissionais, sobretudo os enfermeiros na atenção ao pré-natal de risco habitual, com objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva das gestantes, norteando a investigação dessa condição durante o pré-natal e intervenções, visando à satisfação da sexualidade na gestação.

CONCLUSÕES

Conclui-se que os fatores sociodemográficos que podem estar associados à disfunção sexual são "gestantes jovens" e "baixa renda". Já as variáveis obstétricas e comportamentais não tiveram associação significativa com a disfunção sexual, exceto "tipo de serviço", em que mulheres atendidas pelo serviço público são mais propensas a ter disfunção sexual na gestação do que aquelas atendidas no privado.

A associação dos domínios da função sexual com os trimestres gestacionais e a paridade mostrou diferença significativa do domínio "Dor", com piora no terceiro trimestre e piores médias nos domínios "Lubrificação" e "Orgasmo" entre as nulíparas.

REFERÊNCIAS

1. Emmanuel EN, Sun J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 17];23(11):1611–19. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.12265>
2. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 10];25(1):5-14.

- Available from: https://www.researchgate.net/publication/243968277_Pregnancy_childbirth_and_sexual_function_Perceptions_and_facts
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre; 1993.
 4. Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 27];28(6):923–29. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00192-016-3200-8.pdf>
 5. Azar M, Noohi S, Radfar S, Radfar MH. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Disfunct*. 2008;19(1):53-7. doi: 10.1111/aogs.12524
 6. Farias TC, Morais KCS, Cirqueira RP, Albuquerque LS, Ferreira JB. Urinary incontinence and sexual dysfunction in pregnant women. *IdonLine Rev Mult Psic*[Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 26];11(38):237–48. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/891/1354>
 7. Savall ACR, Mendes AK, Cardoso FL. Sexual behavior profile during gestation. *Fisioterap Mov* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 28];21(2):61-70. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/4cdf/9547ada293dc08a9f49bfaa7c86818754a37.pdf>
 8. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 16];7(12):2877-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>.
 9. Köhler BSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Sexual dysfunction in three gestational trimesters. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 25];16(3):360-66. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92953906007.pdf>
 10. Bertoldo LD, Dias MAB, Bohn JC, Gomes Jr SC. Sexual activity during pregnancy: changes and approach of the theme with health professionals. *Rev Perspect Cien Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 16];3(1):42-56. Available from: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/220/188>
 11. Babazadeh R, Mirzaii K, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahrud, Iran. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 18];120(1):82-4. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2012.07.021>
 12. Carteiro DMH, Sousa LMR, Caldeira SMA. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 12];69(1):165-73. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0165.pdf
 13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf.
 14. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Therap* [Internet]. 2003 [cited 2014 Nov 10];29(1):39-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872178/pdf/nihms194112.pdf>
 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* [Internet]. 2007 [cited 2014 May 19];29(8):396-401. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a03v29n8.pdf>
 16. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA* [Internet]. 2007 [cited 2014 May 16];27(1):10-14. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/471/828>.
 17. Bezerra IFD, Sousa VPS, Santos LC, Viana ESR. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 6];37(6):266-71. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n6/0100-7203-rbgo-37-06-00266.pdf>
 18. Alves DA, Alves BSS, Santana WJ, Moreira FTLS, Oliveira DR, Albuquerque GA. Percepção masculina sobre atividade sexual no período gestacional. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 15];31(2):1-9. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6861>
 19. Prado DS, Mota VPL, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 02];32(3):139-143. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a07v32n3.pdf>
 20. Bomfim IQM, Melroa BCF. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 08];16(4):277-82. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/364/343>
 21. Erbil N. Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria J Med* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 17];54(2):139-142. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/bafm/article/view/169959>
-