

Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo e Fatores de Risco para Disfunção Sexual em Mulheres Puérperas Atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar

Hypoactive Sexual Desire Disorder and Risk Factors for Sexual Dysfunction in Postpartum Women Attended at the Family Planning Outpatient Clinic

Ana Lígia Vieira Fontes¹, Grazielle Maria da Silveira¹, Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti¹, Maria Eduarda Cavalcanti Dias¹, Maria das Graças Paiva², Maria das Graças Rodrigues de Araújo³, Agostinho de Sousa Machado Júnior⁴ e Marcelo Renato Guerino⁵

1. Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. 2. Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <https://orcid.org/0000-0001-6913-8639> 3. Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <https://orcid.org/0000-0002-9980-6172> 4. Professor Doutor de Ginecologia do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <https://orcid.org/0000-0002-4342-9937> 5. Professor Doutor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <https://orcid.org/0000-0002-3439-9166>

marcianipetry@gmail.com e terezinhalindino@gmail.com

Palavras-chave

Desordens Sexuais
 Puerpério
 Parto
 Saúde Sexual

Keywords

Sex disorders
 Puerperium
 Parturitions
 Sexual health

Resumo:

Durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher sofre alterações físicas, hormonais e psicológicas, podendo favorecer o aparecimento de disfunções sexuais como desejo sexual hipoativo, dispareunia, redução da excitação e da lubrificação e dificuldades para atingir o orgasmo. Sendo assim este estudo visa analisar a prevalência de transtorno do desejo sexual hipoativo e investigar fatores que influenciam no aparecimento da disfunção sexual. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2021 e julho de 2022, através de entrevistas. Foram aplicados os seguintes questionários: questionário socio-demográfico, Escala Visual Analógica da Dor (EVA), Escala de Autoestima de Rosenberg (ERA) e o Female Sexual Function Index (FSFI). A maioria das participantes (56,25%) apresentou transtorno do desejo sexual hipoativo significativo ($p < 0,05$). Autoestima e outras disfunções sexuais como excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo foram associados ao desejo sexual hipoativo no período pós-parto ($p < 0,05$). Outros fatores como idade ($p = 0,967$), estado civil ($p = 0,586$), tipo de parto ($p = 0,940$) e paridade ($p = 0,762$) não predisseram desejo sexual hipoativo em puérperas. O transtorno do desejo sexual hipoativo é uma disfunção sexual prevalente no período pós-parto. Cabe aos profissionais de saúde buscar meios de oferecer conhecimento em educação sexual, empoderamento e melhor qualidade de vida a essas mulheres.

Abstract:

During the pregnancy and postpartum cycle, women undergo physical, hormonal, and psychological changes that may favor the occurrence of sexual dysfunctions such as hypoactive sexual desire, dyspareunia, decreased arousal and lubrication, and difficulty reaching orgasm. Therefore, this study aims to analyze the prevalence of hypoactive sexual desire disorder and to investigate factors that influence the occurrence of sexual dysfunction. It is a cross-sectional observational study conducted in the Family Planning Outpatient Clinic of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco. Data collection took place between February 2021 and July 2022 through in-

Artigo recebido em: 13.04.2023.

Aprovado para publicação em: 24.05.2023.

interviews. The following questionnaires were used: sociodemographic questionnaire, Visual Analog Pain Scale (VAS), Rosenberg Self-Esteem Scale (ERA) and the Female Sexual Function Index (FSFI). Most participants (56.25%) had significant hypoactive sexual desire disorder ($p < 0,05$). Self-esteem and other sexual dysfunction such as arousal, lubrication, satisfaction, and orgasm were associated with hypoactive sexual desire in the postpartum period ($p < 0,05$). Other factors such as age ($p = 0,967$), marital status ($p = 0,586$), mode of delivery ($p = 0,940$), and parity ($p = 0,762$) did not predict hypoactive sexual desire in postpartum women. Hypoactive sexual desire is a common sexual dysfunction in the postpartum period. It is up to health professionals to seek ways to provide these women with knowledge about sex education, empowerment, and a better quality of life.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento singular e marcante na vida da mulher, provocando alterações psicológicas, hormonais e físicas que preparam o organismo materno para gerar o novo ser (LEITE et al., 2014). São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem propiciar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (PICCININI et al. 2008).

Durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher sofre influência das alterações hormonais que podem afetar seu bem-estar, seu relacionamento e sexualidade, além da, adaptação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) que é tracionada para baixo em função do aumento do peso uterino e acaba por comprometer a contratilidade desta musculatura (MAGNO, FONTES-PEREIRA, NUNES, 2011). Assim, esse período favorece o aparecimento de disfunções sexuais (DS); como: dor ao coito, desejo sexual diminuído, excitação e lubrificação reduzidos e dificuldade para atingir o orgasmo. Apesar da disfunção sexual ser um problema ainda pouco relatado pelas doentes, estão descritas taxas de prevalência que rondam os 50% (PINHEIRO et al., 2012). Já Weinberger et al. (2019) relatam que a DS é uma condição altamente prevalente e que a literatura científica só recentemente começou a acumular evidências para modalidades de tratamento que abordam as etiologias subjacentes, e destacam ainda que, o tratamento da DS é multifatorial e que os medicamentos sozinhos não resolvem.

Um estudo realizado na Austrália mostrou que 64,3% das mulheres manifestaram algum tipo de disfunção sexual nos primeiros 12 meses após o parto e dentre essas mulheres com disfunções sexuais 81,2% apresentaram transtorno do desejo sexual (KHAJEHEI et al. 2015). No Brasil, dados mostram que 53% das mulheres se queixam de algum tipo de desordem sexual. Além disso, este mesmo estudo aponta uma incidência de 70% para dificuldades sexuais durante a gestação e no período puerperal; as principais queixas sexuais nos seis meses após o parto são dispareunia e redução da libido (VETTORAZZI et al., 2013; SOUZA et al., 2020).

O transtorno do desejo sexual hipotivo é definido pela CID-11 como a ausência ou redução do desejo ou interesse em atividades sexuais e pode manifestar-se das seguintes formas: 1) desejo espontâneo reduzido ou ausente (pensamentos ou fantasias sexuais); 2) desejo reduzido ou ausente a estímulos sexuais; 3) incapacidade de manter o desejo ou interesse durante a prática sexual (ICD-11, 2022). Além disso, pode ser influenciado por fatores como parto difícil, desemprego, abuso sexual, baixa autoestima, multiparidade, insatisfação com o parceiro e parto no último ano (MCCOOL-MYERS et al., 2018).

Apesar de haver pesquisas que buscam intervenções, os cuidados com a saúde sexual no puerpério ainda se encontram regionalizados, sem apoio político e com recursos financeiros escassos. Além disso, apesar dos cuidados pré-natais e pós-natais serem considerados de grande importância, a cobertura desses serviços ainda

é limitada principalmente em países de média e baixa renda. Sendo os cuidados pós-parto ainda mais limitados quando comparados aos cuidados pré-natais (WOOD et al. 2022).

Diante do cenário observado, o presente tem como objetivo analisar a prevalência de desejo sexual hipotativo em mulheres puérperas usuárias do sistema único de saúde, bem como investigar os fatores que influenciam no surgimento da disfunção sexual.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco n.4.840.515. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de participar do estudo.

As participantes foram recrutadas entre fevereiro de 2021 a julho de 2022 no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Foram determinados como critérios de inclusão: mulheres entre 13 e 40 anos que se encontravam com até 12 meses de puerpério. Foram excluídas pacientes que referiram algum tipo de disfunção sexual antes da gravidez; que apresentaram dificuldade de compreensão das questões; portadoras de doenças vulvares crônicas; história de ooforectomia ou ooforoplastia e diagnosticadas com doenças sexualmente transmissíveis. A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com a pontuação de corte do domínio de desejo sexual da escala FSFI. O Grupo A foi composto pelas participantes que apresentaram transtorno do desejo sexual hipotativo e o Grupo B composto pelas participantes que não apresentaram transtorno do desejo sexual hipotativo.

As pacientes foram submetidas às seguintes avaliações: anamnese, avaliação sociodemográfica; avaliação da dor, avaliação da função sexual, e da autoestima. A avaliação da dor foi realizada através da Escala Visual Analógica (EVA), onde as mulheres classificaram a dor de acordo com a escala, de 1 a 10. A escala de Rosenberg, referente à autoestima, é composta por 10 afirmações que giram em torno do quanto a pessoa se valoriza e a satisfação consigo mesma. As 5 primeiras declarações são formuladas de forma positiva e as 5 restantes de forma negativa. Cada afirmação positiva recebe uma pontuação que vai de 0 (discordo totalmente) à 3 (concordo totalmente), enquanto declarações negativas são pontuadas no sentido inverso 3 (discordo totalmente) e 0 (concordo totalmente). Um escore final foi determinado somando todos os itens da escala. Foi classificada como uma autoestima alta um escore maior que 30 pontos, média escore menor que 30 pontos e foi considerada uma baixa autoestima um escore menor que 20 pontos (NERY et al., 2021).

O questionário Female Sexual Function Index (FSFI) foi utilizado para avaliar a função sexual de puérperas. Trata-se de um questionário validado, o qual apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas quatro últimas semanas através dos domínios de desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor. As questões 1,2,15 e 16 foram pontuadas de 1 a 5 e as outras questões pontuadas de 0 a 5. O escore do domínio de “desejo” variou entre 1,2 e 6 enquanto os escores dos outros domínios variaram entre 0 e 6. Caso as participantes apresentassem escores menores que 4,28 no domínio de desejo; 5,08 na excitação; 5,45 na lubrificação; 5,04 na satisfação e 5,51 na dor, seriam classificadas como tendo dificuldades no domínio. Um escore total foi apresentado no final da aplicação, resultado da soma dos escores dos domínios. Uma pontuação de corte de 26 foi utilizada para identificar mulheres com disfunção sexual (KHAJEHEI et al. 2015; WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

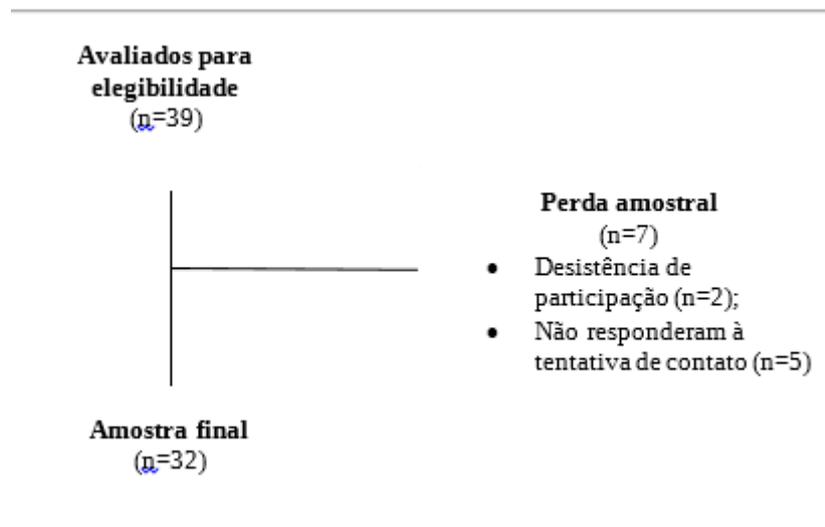
A análise estatística foi realizada através do software SigmaPlot 12.0 (Systat Software, Inc., Germany). Para análise de distribuição dos dados foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk e para análise de homogeneidade foi utilizado o Teste de Igual Variância.

As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e as variáveis categóricas foram expressas em número de casos e frequência. Para comparação das variáveis contínuas entre os grupos foi utilizado o teste t Student independente ou o teste de Mann-Whitney. Para comparação das variáveis categóricas foi realizado o teste de Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Para todos os testes realizados, foi considerado o nível de significância quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliadas 39 puérperas, das quais 2 desistiram de participar do estudo e 5 não responderam a nossa tentativa de contato. Totalizando uma amostra final com 32 participantes (Figura 1). No grupo A, a média de idade das participantes foi de $28,05 \pm 6,07$ com a faixa etária variando entre 18 e 37 anos. Mais da metade das puérperas se autodeclararam pardas (72,2%), com ensino médio completo (55,6%), em união estável (44,4%), residentes na Região Metropolitana do Recife (94,4%), desempregadas (55,6%) e com renda do familiar de até 1 salário mínimo (72,2%).

Figura 1. Fluxograma de captação das participantes da pesquisa.



O grupo B apresentou uma média de idade de $28,14 \pm 5,50$. Observou-se a predominância mulheres auto-declaradas pardas (60%), solteiras (50%), com ensino médio completo (50%), com renda familiar de até 1 salário-mínimo (57,1%), desempregadas e residentes na Região Metropolitana do Recife (78,5%). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$). As características do perfil sociodemográfico das participantes estão descritas na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa (n=32).

Variáveis	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=14)	p-valor
Idade (anos)	28,05±6,07	28,14±5,50	0,967
Raça			
Parda	13 (72,2%)	9 (60%)	0,520
Branca	3 (16,7%)	1(6,7%)	
Preta	1 (5,6%)	3 (20%)	
Amarela	1 (5,6%)	1 (6,7%)	
Estado Civil			
União Estável	8 (44,4%)	4 (28,6%)	0,586
Solteira	6 (33,3%)	7 (50%)	
Casada	4 (22,2%)	3 (21,4%)	
Nível Educacional			
Fundamental Incompleto	2 (11,1%)	2 (14,3%)	-
Fundamental Completo	2 (11,1%)	3 (21,4%)	
Médio Incompleto	3 (16,7%)	0 (0%)	
Médio Completo	10 (55,6%)	7 (50%)	
Técnico	1 (5,6%)	0 (0%)	
Superior Incompleto	0 (0%)	1 (7,1%)	
Superior Completo	0 (0%)	1 (7,1%)	
Renda Familiar			
Sem Renda	5 (27,8%)	3 (21,4%)	-
Até 1 Salário Mínimo	13 (72,2%)	8 (57,1%)	
Entre 2 e 5 Salários Mínimos	0 (0%)	3 (21,4%)	
Profissão			
Desempregada	10 (55,6%)	7 (50%)	-
Empregada	5 (27,8%)	3 (21,4%)	
Autônoma	1 (5,6%)	4 (28,5%)	
Trabalho Informal	2 (11,1%)	0 (0%)	
Residência			
Região Metropolitana	17 (94,4%)	11 (78,5%)	-
Agreste	0 (0%)	2 (14,2%)	
Zona da Mata	1 (5,6%)	0 (0%)	
Sertão	0 (0%)	1 (7,1%)	
Sedentarismo			
Sim	5 (27,8%)	6 (42,8%)	-
Não	13 (72,2%)	7 (50%)	
Contraindicação de exercício	0 (0%)	1 (7,1%)	

Os dados são apresentados como média ± desvio padrão (M±DP) ou n (%)

A tabela 2, relaciona as variáveis de gestação e parto. Foi observado que fatores como número de gestação (p=0,762), número de filhos (p=0,921), tempo de puerpério (p=0,741), pré-natal, local do pré-natal, via de parto (p=0,940), trauma perineal e problemas associados ao parto como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e hipertensão arterial gestacional não foram significativamente associados ao desejo sexual hipoativo.

Tabela 2. Variáveis relativas à gestação, parto e puerpério.

Variáveis	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=14)	p-valor
Número de Gestações	2,6±1,60	2,85±1,91	0,762
Número de Filhos	2,16±1,19	2,42±1,74	0,921
Tempo de Puerpério	4,6±2,67	5,42±3,69	0,741
Pré-natal			
Sim	18 (100%)	14(100%)	-
Não	0 (0%)	0(0%)	
Local do Pré-natal			
Serviço Público	18 (100%)	14 (100%)	-
Serviço Privado	0 (0%)	0 (0%)	
Via de Parto			
Vaginal	9 (50%)	5 (41,7%)	0,940
Cesariana	9 (50%)	7 (50%)	
Trauma Perineal			
Laceração espontânea	0 (0%)	1 (8,3%)	-
Episiotomia	0 (0%)	2 (16,7%)	
Abortos	0 (0%)	2 (16,7%)	
Problemas no Parto	7 (50%)	4(28,5%)	-

Os dados são apresentados como média ± desvio padrão (M±DP) ou n (%).

Em relação a análise da função sexual através da escala FSFI (tabela 3), no grupo A foi observado além da redução do desejo sexual (2,73±0,94), uma diminuição dos domínios de excitação (2,31±1,86), lubrificação (3,14±2,13), orgasmo (2,44±2,17) e satisfação (2,77±2,33), com uma pontuação total média de 16,17±11,16. Já o B grupo apresentou pontuações médias mais elevadas: desejo sexual (5,1±1,57), excitação (4,36±2,06), lubrificação (4,23±2,36), orgasmo (4,16±2,38), satisfação (4,37±2,43) com pontuação total média de 24,1±11,85. Foi verificado uma diferença estatística significativa ($p<0,05$) entre os dois grupos mostrando uma correlação entre o desejo sexual hipoativo e a redução nos demais domínios da função sexual. No entanto não houve diferenças significativas no domínio da dor ($p=0,500$) e corroborando com esse resultado também não houve diferenças entre os grupos na análise da EVA.

Além disso, pode ser observado uma influência da autoestima sobre o desejo sexual. O grupo com desejo sexual hipoativo apresentou uma pontuação média de 28,27±3,7 na Escala de Autoestima, enquanto o grupo B obteve uma média de 32,3±4,5 ($p=0,009$) significativamente diferente.

DISCUSSÃO

O transtorno do desejo sexual hipoativo é considerado uma das disfunções sexuais mais frequentes, no entanto ainda permanece subdetectado e subtratado. Menos da metade das pacientes que possuem problemas sexuais procuram ajuda profissional, sendo tal atitude influenciada por estigmas sociais, fatores comporta-

mentais, culturais e religiosos (PARISH & HAHN, 2016). Há um maior impacto negativo da gravidez e do parto na função sexual de mulheres que não procuram ajuda profissional e dentre as que procuram ajuda apenas metade tem acesso a um tratamento adequado (KELLEY et al., 2022).

Tabela 3. Análise dos itens relacionados a Escala Analógica da Dor (EVA), Escala de Autoestima de Rosenberg e Female Sexual Function Index (FSFI).

Variáveis	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=14)	p-valor
EVA	1,6±2,1	2,78±3,5	0,650
Dor Atual			0,964
Não	9 (50%)	8 (57,1%)	
Sim	9 (50%)	6 (42,9%)	
Escala de Autoestima	28,27±3,7	32,3±4,5	0,009*
FSFI			
Desejo	2,73±0,94	5,1±1,57	0,001*
Excitação	2,31±1,86	4,36±2,06	0,003*
Lubrificação	3,14±2,13	4,23±2,36	0,030*
Orgasmo	2,44±2,17	4,16±2,38	0,023*
Satisfação	2,77±2,33	4,37±2,43	0,033*
Dor	3±2,28	3,54±2,24	0,500
Pontuação total média	16,17±11,16	24,1±11,85	0,002

Os dados são apresentados como média ± desvio padrão (M±DP) ou n (%); *p<0,05

Os achados deste estudo apontaram que a maioria das participantes (56,25%) apresentaram transtorno do desejo sexual hipoativo. Uma pesquisa com mulheres Iranianas observou uma prevalência de 79% (REZAEI et al., 2017) enquanto, ARIBI et al. (2012) encontraram taxas de cerca de 33,4% de incidência em mulheres na Tunísia. Outro estudo relata que essas variações eram as observadas entre diferentes nacionalidades e que, podem ser explicadas por diferenças culturais e regionais, visto que culturas dominadas por homens com práticas como casamentos arranjados, poligamia e mutilação da genitália feminina estão associados a níveis mais elevados de disfunções sexuais em mulheres (MCCOOL-MYERS et al., 2018).

No presente estudo, pode ser observado, ainda, que fatores sociodemográficos como raça, escolaridade, renda e estado civil exerceram pouca influência na redução do desejo sexual. No entanto, uma evidência brasileira relatou que a prevalência aumentou com a idade e menor escolaridade, e essa discrepância pode ser explicada por se tratar de um estudo realizado anteriormente (ABDO et al., 2010). Até o momento não há um consenso sobre os efeitos desses fatores sobre a função sexual, pesquisas mais recentes apresentaram resultados incertos ou pouco claros (KHAJEHEI et al., 2015; MCCOOL-MYERS et al., 2018). Sabe-se que as variáveis sociodemográficas influenciam no acesso à educação em saúde sexual incluindo a busca sobre orientações e possíveis cuidados (CHOI et al., 2014). Portanto os efeitos dessas variáveis sobre o desejo sexual não podem ser subestimados.

Em nossos achados não houve uma relação entre as disfunções sexuais e aspectos como paridade, traumas perineais e tempo de puerpério. Entretanto uma revisão sistemática realizada em países de baixa renda considera a multiparidade um fator de risco para o desejo sexual hipoativo (MCCOOL-MYERS et al., 2018). Outro fator importante são os traumas perineais, quando comparadas com mulheres com o períneo intacto,

mulheres com lesão perineal grau 2 e 3 e episiotomia estão mais propensas a desenvolverem disfunções sexuais como dispareunia e perda do interesse sexual (O'MALLEY et al., 2018). Essas divergências podem ser justificadas pelas diferenças metodológicas, uso de diferentes questionários, bem como a presença de uma amostra pequena em nosso estudo.

Além disso, apesar de não haver diferenças significativas entre os tipos de parto, ambos apresentaram percentuais elevados de desejo sexual hipoativo. Em concordância com esses achados, um estudo mostrou que ambas as vias de parto estão relacionadas a uma redução dos escores da escala FSFI aos 3 meses pós-parto. Por outro lado, foi relatado que dos 6 meses aos 12 meses de puerpério a função sexual retorna a níveis quase basais demonstrando uma associação entre o tempo de puerpério e a função sexual (SPAICH et al., 2020).

Verificamos em nosso estudo uma relação entre o desejo sexual hipoativo e a baixa autoestima, corroborando com uma pesquisa mostrou que uma imagem negativa sobre si mesmo é considerada um fator de risco para essa disfunção sexual (MCCOOL-MYERS et al., 2018). Em concordância com o autor citado anteriormente e com nossos achados, uma análise qualitativa observou que há uma diminuição da atratividade sexual feminina e da função sexual no puerpério (ASADI et al., 2021). Durante este período há queixas frequentes de aspectos como cicatrizes no local da episiotomia, protrusão de pequenos lábios e dispareunia com consequente redução da autoconfiança e do desejo sexual. Portanto, torna-se importante haver uma educação dessas mulheres quanto às mudanças que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal buscando reduzir essas preocupações, bem como orientar sobre as disfunções sexuais e a busca por ajuda profissional.

Em relação à função sexual, nosso estudo demonstrou uma correlação entre o desejo sexual hipoativo e uma diminuição dos outros domínios do FSFI. Consistente com nossos resultados, um estudo mostrou que o baixo desejo sexual pode estar associado a outras disfunções como dificuldade de excitação e orgasmo, interferindo na receptividade e no interesse sexual, levando a uma baixa satisfação sexual e no relacionamento (LEIBLUM et al., 2006).

É comum haver a sobreposição das disfunções sexuais, esse fato pode ser explicado pelo fato de que, inicialmente há uma interação entre o desejo sexual e a excitação mental levando a uma excitação genital através de uma ativação neurobiológica. Quando a resposta física progride para o orgasmo, resulta em sentimentos de satisfação e resolução, levando a um feedback positivo de mais desejo sexual e excitação, no entanto, quando há um problema em um desses estágios há uma interrupção do ciclo com consequentes alterações em vários desses domínios (GRAZIOTTIN, 2007). Diversas mulheres alegam que no período pós-parto não desfrutam da relação sexual devido a sensação de ardor e ressecamento com redução do desejo sexual e consequente dispareunia (SPAICH et al., 2020). Em nossos achados, apesar de não existir uma diferença estatisticamente significativa entre grupos sociodemográficos, as pontuações de ambos indicaram dificuldade no domínio da dor, de acordo com o FSFI, mas apresentou significância nos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e autoestima. Porém, apesar das altas taxas de puérperas que se queixavam de dor durante a relação sexual no pós-parto, as pontuações médias da EVA indicaram um nível de dor leve em ambos os grupos, esta pode ser uma das razões pelas quais muitas mulheres não buscam ajuda de um profissional de saúde. A predominância de tratamentos medicamentosos segundo Walton et al. (2021) em sua revisão sistemática mostram que a maioria dos tratamentos medicamentosos é contabilizado por placebo, e enfatiza a necessidade contínua de um tratamento mais eficaz para a disfunção sexual feminina.

Este estudo apresentou como limitações um número pequeno de voluntárias até o momento, visto que grande parte da coleta foi realizada durante a pandemia, e, este fato resultou em uma maior dificuldade de

acesso e um índice de abstinência maior do que o usual no Ambulatório de Planejamento Familiar. Algumas mulheres não responderam ao nosso contato ou desistiram de participar da pesquisa, isto pode ser explicado por se tratar de um assunto considerado tabu. O excesso de pudor ou vergonha de falar sobre sexualidade podem aumentar as chances de desistência. Outro fator limitante foi o pequeno número de estudos voltados para o transtorno do desejo sexual hipoativo durante o período puerperal.

CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que o transtorno do desejo sexual hipoativo é prevalente entre as mulheres puérperas. No entanto, a influência dos fatores sociodemográficos e das variáveis de parto ainda se encontram pouco claras fazendo necessário a realização de mais estudos voltados para o desejo sexual hipoativo. Os profissionais de saúde devem estar cientes desses fatores de risco buscando estratégias de prevenção e promoção em saúde sexual com o objetivo de oferecer conhecimento, empoderamento e melhor qualidade de vida independente do contexto em que vivem.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflito de interesses.

RECONHECIMENTOS

Este estudo foi financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco-PIBIC/UFPE/CNPq.

REFERÊNCIAS

- ABDO CHN, VALADARES ALR, OLIVEIRA JR WO, SCANAVINO MT, AFIF-ABDO J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women. **Menopause**. 2010, 17(6), p. 1114-1121. doi:10.1097/gme.0b013e3181e19755.
- ARIBI L, HOUIDI AB, MASMOUDI R, CHAABANE K, GUERMAZI M, AMAMI O. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum: a propos de 80 femmes Tunisiennes. **La Tunisie medicale**. 2012, 90(12), p.873-7.
- ASADI M, NOROOZI M, ALAVI M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2021, 21, 7. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03504-8>.
- CHOI H, KIM JH, PARK JY, SHIM JS, LEE JG, YOON HY, BAE JH. Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**. 2014, 125(1), p. 60-64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.10.006>.
- GRAZIOTTIN A. Prevalence and evaluation of sexual health problems--HSDD in Europe. **The journal of sexual medicine**. 2007, 4, p. 211-219. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00447.x.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2022.
- KELLEY EL, SHEYN D, HIJAZ A, KINGSBERG SA, POPE RJ. Sexual Function and Help-Seeking Behaviors following Childbirth: A Cross-Sectional Study. **Journal of sex & marital therapy**. 2022, 1-11. doi:10.1080/0092623X.2022.2117747.
- KHAJEHEI M, DOHERTY M, TILLEY PJM, SAUER K. Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. **The Journal Of Sexual Medicine**. 2015, 2(6), p.1415-1426, jun. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12901>.

- LEIBLUM SR, KOOCHAKI PE, RODENBERG CA, BARTON IP, ROSEN RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: us results from the women's international study of health and sexuality (wishes). **Menopause**. 2006, 13(1), p. 46-56. <http://dx.doi.org/10.1097/01.gme.0000172596.76272.06>.
- LEITE MG, RODRIGUES DP, SOUSA AAS, MELO LPT, FIALHO AVM. Feelings arising out of motherhood: Revelations of a group of pregnant women. **Psicologia**. 2014, 19(1), p, 115-124, [doi.org/10.1590/1413-7372217650011](http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372217650011).
- MAGNO LDP, FONTES-PEREIRA AJ, NUNES EFC. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-amazônica de Saúde**. 2011, 2(4), p.39-46. [//dx.-doi.org/10.5123/s2176-62232011000400006](http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232011000400006).
- MCCOOL-MYERS M, THEURICH M, ZUELKE A, KNUETTEL H, APFELBACHER C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **Bmc Women'S Health**. 2018, 18(1), 108. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>.
- NERY NG, RIBEIRO PM, VILELA SC, NOGUEIRA DA, LEITE EPRC, TERRA FS. Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal/ Evaluation of self-esteem in women in the postnatal period. **Brazilian Journal of Health Review**. 2021, 4(1), p.729-743. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-063>.
- O'MALLEY D, HIGGINS A, BEGLEY C, DALY D, SMITH V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum, a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). **Bmc Pregnancy And Childbirth**. 2018, 18(1), 196. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>.
- PARISH SJ, HAHN SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. **Sexual Medicine Reviews**. 2016, 4(2), p.103-120. [doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009).
- PICCININI CA, GOMES AG, NARDI T, LOPES RS. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**. 2008, 13 (1), p. 63-72. [//dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008](http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008).
- PINHEIRO BF, FRANCO GR, FEITOSA SM, YUASO DR, CASTRO RA, GIRÃO MJBC. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioterapia em Movimento**. 2012, 25(3), p.639-648. [//dx.doi.org/10.1590/s0103-51502012000300019](http://dx.doi.org/10.1590/s0103-51502012000300019).
- REZAEI N, AZADI A, SAYEHMIRI K, VALIZADEH R. Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women. **Malaysian Journal Of Medical Sciences**. 2017, 24(1), p.94-103. <http://dx.doi.org/10.21315/mjms2017.24.1.10>.
- SOUZA LC, PEREIRA ECA, VASCONCELOS EFS, PEREIRA MP. Fisioterapia na disfunção sexual da mulher: revisão sistemática. **Rev Ciên Saúde** 2020, 5(2):36-44.
- SPAICH S, LINK G, ALVAREZ SO, WEISS C, SÜTTERLIN M, TUSCHY B, BERLIT S. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. **The Journal Of Sexual Medicine**. 2020, 17, (7), p.1312-1325, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.383>.
- VETTORAZZI J, MARQUES F, HENTSCHEL H, RAMOS JGL, MARTINS-COSTA SH, BADALOTTI M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Clinical and Biomedical Research**. 2013, 32(4), P.1-7.
- WALTON AB, LEINWAND GZ, RAHEEM O, HELLSTROM WJG, BRANDES SB, BENSON CR. Female Sexual Dysfunction After Pelvic Fracture: A Comprehensive Review of the Literature. **J Sex Med**. 2021, 18(3):467-473. [doi: 10.1016/j.jsxm.2020](http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2020).
- WEINBERGER JM, HOUMAN J, CARON AT, ANGER J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. **Sex Med Rev**. 2019 Apr;7(2):223-250. [doi: 10.1016/j.sxmr.2017.12.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004).
- WIEGEL M, MESTON C, ROSEN R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal Of Sex & Marital Therapy**. 2005, 31(1), p.1-20, [doi.org/10.1080/00926230590475206](http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475206).
- WOOD SN, PIGOTT A, THOMAS HL, WOOD C, ZIMMERMAN LA. A scoping review on women's sexual health in the postpartum period: opportunities for research and practice within low-and middle-income countries. **Reproductive Health**. 2022, 19(1), 112. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01399-6>.