

## PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÕES SEXUAIS E FATORES ASSOCIADOS EM PUÉRPERAS DE UMA CIDADE DO OESTE DO PARANÁ

### PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTIONS AND ASSOCIATED FACTORS IN PUERPERAL WOMEN FROM A CITY IN WESTERN PARANÁ

Vitória Zubeldia<sup>1</sup>, Lucineia de Fatima Chasko Ribeiro<sup>1</sup>, Lizyana Vieira<sup>2</sup>, Juliana Cristina Frare<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Cascavel, Brasil;

<sup>2</sup>Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel, Brasil

\*Autor correspondente: Rua Universitária, 1619 – Universitário Cascavel-PR, 85819-110

Telefone: (45) 9 9915-1177 jcfre@yahoo.com.br

#### HIGHLIGHTS

- O tempo médio para retorno da atividade sexual após o parto neste estudo foi de 6 ( $\pm 4,53$ ) semanas, o que vai ao encontro de diversas pesquisas que mostram que a retomada das relações sexuais após o parto acontece em média de seis a oito semanas após o parto, com uma recuperação gradual de frequência somente após seis meses. 56,67% das entrevistadas relatou sentir medo ao realizar atividade sexual, sendo os principais motivos o medo de uma nova gestação durante o puerpério e o medo de se machucar ou sentir dor, por estar com o corpo mais sensível após a gestação e o parto.
- A prevalência das disfunções sexuais em mulheres puérperas nessa pesquisa foi de 56,66%, segundo o questionário FSFI. Esse resultado é indicativo de que a prevalência das DSF entre as puérperas da cidade de Cascavel-PR seja alta. As variáveis sociodemográficas e os dados obstétricos avaliados não estão relacionadas diretamente ao aparecimento ou não das disfunções sexuais em mulheres puérperas neste estudo.
- Do total de participantes, 63,33% apresentaram diminuição na nota atribuída a sua autoestima no puerpério em comparação a antes da gestação. Entre essas, 73,68% afirmaram acreditar que as mudanças no corpo, emocionais e psicológicas características desta fase afetaram sua autoestima. Além disso, 53,33% das mulheres relataram sentir vergonha do próprio corpo.
- Metade das entrevistadas (50%) não conhecia ou tinha ouvido falar das disfunções sexuais, sendo que 41,17% das puérperas que apresentavam DSF nesse estudo se encaixavam nessa realidade. Tal resultado expressa a necessidade de maior divulgação sobre a temática, em especial entre esta população, pois mulheres que sofrem com alguma dessas disfunções, mas não têm conhecimento sobre o assunto, não possuem condições de buscar por tratamento adequado.

#### RESUMO

A disfunção sexual feminina é uma perturbação em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual da mulher, sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. Durante o puerpério, as mulheres experimentam alterações físicas, emocionais e sociais, que afetam diretamente suas necessidades sexuais e causam dificuldades no retorno da atividade sexual. O objetivo deste estudo é investigar a ocorrência de disfunções sexuais

em puérperas de até 12 meses pós-parto, além de caracterizar os dados sociodemográficos, psicossociais e antecedentes obstétricos relacionados. A coleta de dados ocorreu por meio da abordagem de mulheres aguardando o serviço de puericultura e vacinação em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Cascavel-PR, no ano de 2024, com a aplicação de um questionário de coleta de dados, elaborado pelas pesquisadoras, e do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), adaptado para a língua portuguesa, além da aplicação remota dos questionários para um grupo de saúde comunitário de puérperas da cidade. A amostra foi composta por 30 puérperas que estavam ativas sexualmente nas últimas 4 semanas. 56,66% das mulheres participantes desse estudo possuíam o quadro de disfunção sexual, sendo que os fatores sociodemográficos e obstétricos não apresentaram influência sobre o aparecimento de tais disfunções. A diminuição da autoestima, vergonha do corpo, medo da atividade sexual e falta de conhecimento sobre as disfunções sexuais foram comuns entre as participantes do estudo.

**Palavras-chave:** Disfunção Sexual Fisiológica, Período Pós-Parto, Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

Female sexual dysfunction is a disturbance in one or more phases of the female sexual response cycle, and is recognized by the World Health Organization (WHO) as a public health issue. During the postpartum period, women experience physical, emotional, and social changes, which directly affect their sexual needs and cause difficulties in returning to sexual activity. The objective of this study is to investigate the occurrence of sexual dysfunctions in puerperal women up to 12 months postpartum, as well as to characterize the sociodemographic, psychosocial, and obstetric factors associated with these dysfunctions. Data collection was conducted by approaching women waiting for child healthcare and vaccination services at a Primary Health Care Unit (PHCU) in the city of Cascavel-PR, in the year 2024, using a data collection questionnaire created by the researchers, and the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire, adapted into Portuguese, along with the remote distribution of research questionnaires to a community health group of puerperal women in the city. The sample consisted of 30 puerperal women, sexually active in the previous 4 weeks. 56.66% of the women in this study had sexual dysfunction, with sociodemographic and obstetric factors showing no influence on the occurrence of such dysfunctions. Decreased self-esteem, body shame, fear of sexual activity, and lack of knowledge about sexual dysfunctions were common among study participants.

**Keywords:** Physiological Sexual Dysfunction, Postpartum Period, Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é uma condição geralmente descrita como uma perturbação em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual da mulher, sendo essas: excitação, platô, orgasmo e resolução (Mendonça et al., 2015). Essa disfunção é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública, devido ao significativo impacto que pode causar na qualidade de vida das mulheres, visto que a função sexual é um importante componente da saúde feminina (Schlossmacher et al., 2021). Em todo o mundo, 41% das mulheres em idade reprodutiva são afetadas pela DSF, tornando-se, assim, um problema de saúde de alta prevalência (Mccool-Myers et

al., 2018). As DSF interferem tanto na qualidade de vida das mulheres quanto no relacionamento com seus parceiros e, apesar da pouca procura por tratamento, o que dificulta o diagnóstico, a incidência é alta (Antonioli et al., 2009; Silva et al., 2022).

A sexualidade humana engloba vários aspectos, entre estes, os biológicos, sócio-culturais e psicológicos (Baracho, 2007). Embora as dificuldades no exercício da sexualidade possam incidir nas diversas fases da vida da mulher, o ciclo gravídico, em especial o puerpério, merece um olhar mais atento. A gravidez e o puerpério são períodos da vida da mulher marcados por inúmeros fatores que interferem na função sexual, incluindo alterações hormonais, anatômicas, psicológicas e sociais (Araujo et al., 2019). Nessa fase, a mulher pode experimentar problemas como: sangramento e secreção vaginal contínuos, desconforto perineal, hemorroidas, mamas doloridas, diminuição da lubrificação vaginal, fadiga pela privação de sono e outros fatores como o medo de acordar o bebê, mudança na imagem corporal ou modificações no humor (Vettorazzi et al., 2012; Neme, 2005). Assim, muitos casais retomam a atividade sexual em média seis a oito semanas após o parto, mas há relatos que este tempo pode perdurar por até um ano (Banaei et al., 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o puerpério é o período em que as modificações locais e sistêmicas no organismo da mulher, provocadas pela gravidez e pelo parto, retornam à situação do estado pré-gravídico. O estado pré-gravídico é dividido em três estágios: puerpério imediato, que se estende do primeiro ao décimo dia após o parto; puerpério tardio, que compreende do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia; e puerpério remoto, que corresponde do quadragésimo quinto dia em diante (Baracho, 2007).

As inúmeras alterações físicas da mulher no pós-parto, principalmente na musculatura do assoalho pélvico, associadas com fatores como paridade, via de parto, instrumentalização do parto, estresse e aspectos psicológicos se apresentam como fatores de risco que impactam diretamente na função sexual (Neme, 2005). A gravidez e o parto são um processo fisiológico, porém, podem estar associados a fatores potencialmente perigosos para a saúde das mulheres, sendo que o trabalho de parto tem efeito direto na estrutura muscular pélvica, e esta exerce papel primordial na função sexual (Hadizadeh-Talasaz et al., 2019). A dispareunia aparece na maioria dos estudos publicados como uma das principais DSF nesse período, supostamente relacionada ao parto vaginal, a presença de episiotomia e/ou lacerações e a amamentação. Essa disfunção compromete o desejo, a satisfação e a frequência das relações sexuais, mas não é a única que acomete as mulheres nessa fase de suas vidas (Leeman et al., 2012).

O diagnóstico precoce das DSF no pós-parto é de suma importância para os devidos encaminhamentos (Araujo et al., 2019). Ignorar o impacto destas queixas no pós-parto pode acarretar redução da autoconfiança, autoestima e segurança feminina, além de problemas conjugais e diversos transtornos psicológicos (Antonioli et al., 2009). A integralidade na assistência às mulheres acerca da sexualidade neste período é comumente negligenciada, visto que a maioria das orientações da equipe de saúde limita-se ao período recomendável para o retorno das atividades sexuais, sem abordar os aspectos inerentes à qualidade destas e as estratégias para lidar com as alterações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal. Assim, conhecer os aspectos epidemiológicos das DSF, especialmente neste período da vida, pode contribuir para o direcionamento de ações no processo assistencial de saúde e para a melhora da qualidade de vida das puérperas (Vettorazzi et al., 2012).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência de disfunções sexuais em mulheres em até um ano pós-parto, além de caracterizar os dados sociodemográficos, psicossociais e

antecedentes obstétricos relacionados, a fim de fornecer subsídios aos profissionais da área de saúde do município para o desenvolvimento de planos de tratamento mais eficazes para esta população, bem como estimular o direcionamento a tratamentos especializados.

## MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa é um estudo observacional com delineamento transversal. Todos os procedimentos seguiram os critérios éticos exigidos para o trabalho com seres humanos, aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Parecer nº 7.199.478.

A coleta de dados aconteceu no ano de 2024, por meio da abordagem presencial das puérperas que aguardavam por atendimento nos serviços de puericultura e vacinação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Nova Cidade e Parque São Paulo, na cidade de Cascavel-PR. Também foi realizada coleta de dados através de um link enviado via *WhatsApp* para o grupo de saúde comunitária Maternar, que dava acesso ao programa de formulário online *Google Forms* contendo os instrumentos de pesquisa. O grupo Maternar é um grupo composto por puérperas, aberto ao público, com o objetivo de divulgar conhecimento em saúde, por meio de materiais educativos compartilhados de forma online ou palestras realizadas presencialmente com as participantes.

Inicialmente foi apresentado às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que trazia informações sobre a pesquisa, objetivos, possíveis riscos e benefícios, além do direito de cancelar a participação na pesquisa a qualquer instante. Após assinatura do termo, foi aplicado um questionário de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora, seguido do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), adaptado para a língua portuguesa.

O questionário de coleta de dados continha questões para caracterização da amostra, como idade, estado civil, escolaridade, atividade laboral e renda; questões relacionadas ao histórico obstétrico; questões sobre fatores psicológicos e sociais envolvidos na maternidade, autoestima e sexualidade, além de questões relacionadas ao conhecimento sobre as disfunções sexuais.

O questionário FSFI, adaptado para a língua portuguesa, possui 19 itens que contemplam os 6 domínios da função sexual feminina: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Cada questão gera uma pontuação de 0 a 5 de acordo com a resposta escolhida, gerando um escore final que varia de 2 a 36, sendo que as menores pontuações indicam piores desempenhos. A pontuação de corte é de 26,55, ou seja, escores menores que 26,55 indicam disfunção sexual, e escores maiores que 26,55 indicam função sexual normal. Este questionário é baseado na Classificação Internacional de Doenças – 10a edição (CID-10) e no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR*) (Dall’agno, 2018) e tem por objetivo o rastreamento de disfunções sexuais, sendo um dos mais utilizados mundialmente, com confiabilidade e validações demonstradas em estudos com diferentes populações (Chedraui et al., 2015).

A população da pesquisa foi composta por mulheres puérperas de até 12 meses pós-parto, maiores de 18 anos, com condições cognitivas para compreender os instrumentos de pesquisa, sexualmente ativas nas últimas 4 semanas, como preconizado no instrumento de avaliação utilizado, e que concordaram em participar do estudo por meio do TCLE. A amostra total da pesquisa foi limitada devido à elevada taxa de ausência das puérperas nos agendamentos de puericulturas nas UBS onde a pesquisa foi realizada.

As respostas coletadas foram submetidas aos critérios de inclusão e exclusão estipulados previamente e, em seguida, foram analisadas pela pesquisadora responsável. Todos os dados obtidos nos

questionários foram computados em planilhas do programa Microsoft Excel para posterior análise estatística. Os dados referentes à caracterização da amostra e à prevalência de disfunções sexuais foram analisados por meio de análise estatística descritiva simples, através de média, desvio padrão e frequências absoluta e relativa. Os dados relacionados à diferença de pontuação dentro de cada grupo foram analisados através do teste de Modelos Lineares Generalizados, com nível de significância 5%, utilizando-se o programa Jamovi, onde valores de p iguais ou superiores a 0,05 não apresentam relevância estatística.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 30 puérperas que responderam aos questionários e se encaixavam em todos os critérios de inclusão propostos pelo estudo.

A idade das participantes variou de 19 a 39 anos, sendo a média de idade de 29,73 ( $\pm 6,30$ ) anos. A maior parte das mulheres se encontrava na categoria acima de 30 anos, revelando a tendência atual de gestações mais tardias. Mulheres na faixa dos 30 anos tendem a ter mais estabilidade financeira e emocional, o que pode contribuir para uma gravidez mais tranquila; no entanto, fisicamente, as mulheres mais velhas podem enfrentar um aumento nos riscos de complicações. 25 (83,33%) eram casadas, 11 (36,67%) possuíam ensino superior completo ou pós-graduação e 22 (73,33%) referiram renda mensal média entre 1 e 3 salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização da amostra

Características	n	%
<b>Idade</b>		
< 20 anos	1	3,33%
20 - 29 anos	12	40,00%
30 - 39 anos	17	56,67%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	5	16,67%
Casada	25	83,33%
<b>Escolaridade</b>		
E. fundamental incompleto	2	6,67%
E. fundamental completo	1	3,33%
E. médio incompleto	1	3,33%
E. médio completo	8	26,67%
E. superior incompleto	7	23,33%
E. superior completo	8	26,67%
Pós-graduação	3	10,00%
<b>Renda mensal (salários mínimos)</b>		
1 - 3 salários	22	73,33%
4 - 6 salários	6	20,00%
7 - 10 salários	1	3,33%
> 10 salários	1	3,33%

**Fonte:** As autoras.

17 (56,67%) puérperas possuíam mais de uma gestação e, quando questionadas sobre seu último parto, 15 (50%) tiveram parto cesárea e 15 (50%) parto vaginal. 8 (53,33%) das que tiveram parto vaginal passaram por episiotomia ou apresentaram laceração perineal durante o parto. O tempo de puerpério variou de 8 a 48 semanas (Tabela 2).

**Tabela 2** – Histórico obstétrico

Dados obstétricos	n	%
<b>Número de gestações</b>		
1	13	43,33%
2	8	26,67%
3 ou mais	9	30,00% (Cont.)
<b>Dados obstétricos</b>	<b>n</b>	<b>% (Cont.)</b>
<b>Tipo de parto (último parto)</b>		
Cesárea	15	50,00%
Vaginal	15	50,00%
<b>Episiotomia/Laceração</b>		
Não	7	46,66%
Sim	8	53,33%
<b>Tempo de puerpério</b>		
8 a 12 semanas	11	37,93%
16 a 24 semanas	8	27,59%
28 a 36 semanas	5	17,24%
40 a 48 semanas	5	17,24%

**Fonte:** As autoras.

Estudos como os de McDonald et al. (2019) e Duarte et al. (2024) mostram que mulheres que têm um parto vaginal espontâneo, com o períneo intacto, têm maior probabilidade de retomar o sexo vaginal no período de seis a oito semanas após o parto, em comparação com mulheres que tiveram uma episiotomia, laceração do períneo, parto vaginal assistido ou parto cesárea. No estudo de Elias et al. (2023), no qual foram entrevistadas 14 mulheres que passaram pelo parto vaginal, estas relataram um retorno satisfatório à atividade sexual no puerpério, demonstrando que a vivência da sexualidade no pós-parto vaginal pode ser segura e prazerosa.

O tempo médio observado neste estudo para retorno da atividade sexual após o parto foi de 6 ( $\pm 4,53$ ) semanas, variando de 4 a 24 semanas. 23 (76,66%) puérperas retomaram a atividade sexual entre 6 e 8 semanas, 5 (16,67%) entre 12 e 24 semanas e 1 (3,33%) em apenas 1 semana.

Este resultado vai ao encontro de diversas pesquisas que mostram que a retomada das relações sexuais após o parto acontece em média de seis a oito semanas após o parto, com uma recuperação gradual de frequência somente após seis meses (Johnson, 2011; Grussu et al., 2021; Anbaran et al., 2015). Atualmente, sugere-se que é seguro retomar a atividade sexual pós-parto com pelo menos seis semanas pós-parto (Iliyasul et al., 2018). No estudo de Edosa et al. realizado na Etiópia no ano de 2021, com 421 mulheres, a prevalência do retorno à atividade sexual dentro de 6 semanas de parto foi de 31,6%, sendo que a maioria delas, 221 (52,5%) discutiu sobre o retorno à atividade sexual pós-parto



com seus maridos para iniciar a relação sexual após o parto recente, e 195 (46,3%) mulheres retomaram suas práticas sexuais sob a influência de seus maridos.

A média da pontuação do questionário FSFI foi de 23,29 ( $\pm 6,58$ ), sendo a maior pontuação de 34,2 e a menor 7,6. Das 30 puérperas de até 12 meses pós-parto participantes deste estudo, 17 (56,66%) apresentaram pontuação menor que 26,55, valor indicativo de presença de DSF, segundo o questionário (Dall'agno, 2018; Chedraui et al., 2015). Tais achados corroboram com o estudo de Duarte et al. (2024), que encontraram na literatura uma prevalência de disfunção sexual variando de 41 a 83% nos três primeiros meses pós-parto e continuando após seis meses com uma média de 64%.

Abdo et al. (2004) avaliaram 1219 mulheres de todo o Brasil, encontrando um total de 49% delas com alguma disfunção sexual. Já no estudo de Holanda et al. (2014), realizado no nordeste do Brasil, das 200 mulheres avaliadas, entre 12 e 24 semanas pós-parto, a prevalência da DSF foi de 43,5%. Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Belentani et al. (2011), realizado com mulheres até 12 semanas após o parto, no qual identificou-se que 83% delas vivenciaram problemas sexuais, declinando para 64% as 24 semanas, embora não atingindo os níveis pré-gestacionais de 38%. No estudo de Pandolfo et al. realizado mais recentemente (2021) em Cascavel-PR, cidade da atual pesquisa, foi encontrado um percentual de 22% de mulheres com DSF, utilizando outro questionário de função sexual, o Quociente Sexual – versão feminina (QS-F). Também no estado do Paraná, em Curitiba, Schossmacher et. al. (2021) identificou 36,8% de mulheres com DSF dentre as 100 avaliadas.

As variáveis sociodemográficas avaliadas e os dados obstétricos coletados não influenciaram significativamente ( $p$  superior a 0,05) na pontuação média do questionário FSFI, ou seja, não estão relacionadas diretamente ao aparecimento ou não das disfunções sexuais em mulheres puérperas (Tabela 3)

Ao serem avaliadas quanto à sua autoestima antes da gestação e no puerpério, observou-se que antes da gestação o valor médio atribuído era de 7,33 ( $\pm 2,32$ ), e no momento da avaliação era de 5,9 ( $\pm 2,42$ ), apontando para fatores psicológicos e emocionais envolvidos na aceitação das mudanças corporais do período puerperal. Do total de participantes, 19 (63,33%) apresentaram diminuição na nota atribuída a sua autoestima no puerpério em comparação a antes da gestação, 7 (23,33%) afirmaram que não houve mudança na sua autoestima e 4 (13,33%) apresentaram melhora na pontuação de autoestima ao comparar os dois períodos. Esses valores não apresentaram relação alguma com o tempo após o parto destas mulheres.

Entre as puérperas que apresentaram redução na autoestima pós-parto, 14 (73,68%) afirmaram acreditar que as mudanças no corpo, emocionais e psicológicas características desta fase afetaram sua autoestima. Em contrapartida, aquelas que tiveram uma melhora na pontuação de autoestima afirmaram que o puerpério afetou positivamente nesta alteração.

**Tabela 3** – Influência das variáveis nas médias do questionário FSFI

Característica	Quantidade (%)	Média FSFI $\pm$ DP	(p)
Faixa etária			
<20 anos	1 (3,33%)	27,5 $\pm$ NaN	
20-29 anos	12 (40%)	23,6 $\pm$ 5,46	0,803
30-39 anos	17 (56,67%)	22,8 $\pm$ 7,53	

*Continua*

## Conclusão

Característica	Quantidade (%)	Média FSFI $\pm$ DP	(p)
<b>Estado civil</b>			
Casada	25 (83,33%)	23,2 $\pm$ 5,73	0,934
Solteira	5 (16,67%)	23,5 $\pm$ 10,8	
<b>Escolaridade</b>			
E. fundamental in/com	3 (10%)	24,6 $\pm$ 5,52	
E. médio in/com	9 (30%)	21 $\pm$ 7,41	
E. superior in/com	15 (50%)	25,2 $\pm$ 6,41	0,291
Pós-graduação	3 (10%)	19,3 $\pm$ 3,53	
<b>Renda mensal (salários mínimos)</b>			
1/3 salários	22 (73,33%)	23,33 $\pm$ 7,1	
4/6 salários	6 (20%)	22,9 $\pm$ 5,99	0,98
mais de 7 salários	2 (6,66%)	24 $\pm$ 4,1	
<b>Número de gestações</b>			
1	13 (43,33%)	22,5 $\pm$ 5,28	
2	8 (26,66%)	25,7 $\pm$ 7,1	0,479
3 ou mais	9 (30%)	22,2 $\pm$ 7,96	
<b>Tipo de parto (último parto)</b>			
Cesárea	15 (50%)	23,7 $\pm$ 4,96	0,735
Normal	15 (50%)	22,9 $\pm$ 8,06	

**Legenda:** Média FSFI = Média aritmética das pontuações do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI). DP = Desvio padrão. P = valor de significância verificado pelo teste Qi-Quadrado. NaN = Resultado numérico indefinido ou irrepresentável.

**Fonte:** As autoras.

Quando perguntadas se possuíam vergonha do corpo ou de realizar atividade sexual devido às mudanças físicas pós-parto, 16 (53,33%) puérperas responderam não e 14 (46,67%) sim.

Mulheres no puerpério sofrem uma pressão externa e interna para retornarem à forma e ao tamanho do corpo pré-gestacional, sendo que essa pressão pode levar à redução da satisfação com a imagem corporal, a autoestima e o humor (Lee et al., 2023). As mulheres também descreveram as mudanças físicas e emocionais relacionadas à gravidez como causadoras de uma renegociação de sua identidade, afastando-as da identidade de ser uma mulher sexualmente atraente e colocando-as em direção a uma identidade maternal (Hodgkinson et al., 2014). Isso sugere a necessidade de melhores práticas de educação e políticas de saúde nos cuidados pré-natais e pós-parto direcionados à imagem corporal e à educação. Além disso, são necessárias pesquisas para explorar a temática e a eficácia de abordagens mais amplas para mulheres durante esse período vulnerável da vida (Lee et al., 2023).

17 (56,67%) das entrevistadas referiram medo de realizar atividade sexual no puerpério, destas 13 (76,47%) citaram como motivo o medo de uma nova gestação durante o puerpério e 12 (70,59%) o medo de se machucar ou sentir dor, por estar com o corpo mais sensível após a gestação e o parto (Tabela 4). As participantes poderiam marcar mais de uma opção.



**Tabela 4 – Medo da atividade sexual no puerpério**

Motivos do medo da atividade sexual no puerpério	n	%
Medo de se machucar ou sentir dor por estar mais sensível após gestação e parto	12	70,58%
Medo de decepcionar o parceiro por não estar mais atraente ou desejável	5	29,41%
Medo de estar longe do bebê ou desatenta durante atividade sexual	5	29,41%
Medo de uma nova gestação no período do puerpério	13	76,47%

**Fonte:** As autoras.

Estes resultados estão em consonância com os obtidos no estudo de Enderle et al. (2014), que constatou como motivo principal para que as puérperas participantes do estudo ainda não tivessem reiniciado a atividade sexual o medo de uma nova gravidez, receio que também foi manifestado pelas mulheres que já haviam iniciado a atividade sexual. Também no estudo acima, despontaram como fatores condicionantes e/ou determinantes para o retorno sexual pós-parto o medo de sentir dor, a liberação do profissional de saúde, a vergonha do próprio corpo e as alterações na libido.

15 (50%) puérperas participantes do presente estudo relataram conhecer ou ter ouvido falar sobre DSF. A Tabela 5 apresenta as fontes por meio das quais as entrevistadas afirmaram ter recebido informações sobre as DSF. As participantes poderiam marcar mais de uma alternativa nessa questão, pois a informação em muitos casos chegou através de mais de uma via.

**Tabela 5 – Fontes de informação sobre DSF**

Fontes de informação sobre DSF	n	%
Profissionais da saúde	6	40%
Conhecidos, não profissionais da saúde, que saibam algo do assunto	5	33,33%
Meios de comunicação e meios digitais	7	46,66%
Materiais educativos em locais ou eventos de saúde pública	1	6,66%

**Fonte:** As autoras.

Das 17 puérperas que apresentavam DSF, segundo a pontuação do questionário FSFI, 7 (41,17%) disseram não conhecer nem ter ouvido falar sobre este tipo de disfunção.

Tal resultado expressa a necessidade de maior divulgação sobre temática, em especial entre esta população. Mulheres que sofrem com alguma dessas disfunções, mas não têm conhecimento sobre o assunto, como as encontradas neste estudo, não possuem condições de reconhecer o problema que enfrentam e buscar por tratamento adequado. A educação sexual é o primeiro passo no tratamento de qualquer queixa sexual ou disfunção (Lara et al., 2018).

No atual estudo, dentre as mulheres que haviam recebido algum tipo de informação sobre as DSF, 12 (80%) conheceram o assunto através de meios de comunicação ou mídias digitais e por pessoas não profissionais da saúde que sabiam sobre o assunto; porém, se torna difícil avaliar a qualidade de tais informações. Verifica-se a necessidade de uma maior abordagem do tema pelos profissionais de saúde e da realização de campanhas com materiais educativos, os quais deveriam ser disponibilizados em locais de atendimento à saúde pública.

Ademais, é preciso que os profissionais da saúde que lidam com as puérperas, principalmente médicos ginecologistas, enfermeiros e fisioterapeutas, estejam preparados para abordar as queixas

sexuais e fornecer as orientações necessárias para garantir um cuidado específico e de maior qualidade a essas pacientes. Abdo et al. (2004) encontraram, entre 3.148 mulheres pesquisadas em 18 cidades brasileiras, 32,4% de queixas sexuais não relatadas ao seu ginecologista, relacionando este fato à vergonha da mulher e à falta de habilidade e preparo do profissional em abordar o assunto. Visto isso, a inclusão do profissional fisioterapeuta no serviço multiprofissional das unidades básicas de saúde poderia ser benéfica para melhorar a abordagem e o tratamento desse tipo de disfunção e outras problemáticas relacionadas à saúde da mulher.

As limitações do presente estudo foram o número da amostra reduzido, devido à alta taxa de ausência nos agendamentos de puericultura, podendo ser este também o motivo de não ter sido encontrada diferença com significância estatística entre grupos quando avaliada a influência das variáveis no aparecimento ou não de disfunções sexuais. Também houve uma limitação no número de artigos mais atuais encontrados sobre a temática. Dessa forma, fazem-se necessárias pesquisas que investiguem tanto a prevalência de disfunções sexuais quanto a influência de fatores sociodemográficos e obstétricos no aparecimento das DSF com amostras mais amplas e mais atuais.

## CONCLUSÃO

A partir dos achados deste estudo, conclui-se que a prevalência de disfunções sexuais entre puérperas da cidade de Cascavel-PR é elevada, atingindo 56,66% das participantes. Diante disso, torna-se essencial a ampliação dos programas de saúde pública voltados a esse público, com maior ênfase na abordagem da sexualidade, a fim de identificar essas disfunções e encaminhar as mulheres para o tratamento adequado.

Fatores sociodemográficos, como idade, estado civil, escolaridade e renda, assim como fatores obstétricos, como número de gestações ou tipo de parto, não demonstraram influência significativa no aparecimento das disfunções sexuais.

Além disso, o estudo evidenciou que as mudanças corporais, emocionais e psicológicas decorrentes da gestação, do parto e do puerpério impactaram negativamente a autoestima da maioria das mulheres entrevistadas. Sentimentos como vergonha do próprio corpo, medo da retomada da atividade sexual no puerpério e falta de conhecimento sobre disfunções sexuais foram comuns entre as participantes. Esses dados reforçam a necessidade de um acompanhamento qualificado por parte dos profissionais de saúde, com foco na educação em saúde, no acolhimento emocional e psicológico e na orientação sobre sexualidade.

Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos na área, incluindo a avaliação do preparo dos profissionais de saúde que atuam com gestantes e puérperas para abordar adequadamente questões relacionadas à sexualidade e às queixas sexuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MENDONÇA, C.R.; SILVA, T.M.; ARRUDA, J.T.; GARCÍA-ZAPATA, M.T.A; AMARAL, W.N. Função sexual feminina: aspecto normal e patológico. **Revista Movimenta**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 195-202, 2015.

2. SCHLOSSMACHER, C.S.; BONATO, F.; SCHLOSSMACHER, L. Prevalência de disfunções sexuais entre mulheres atendidas em unidades de saúde de Curitiba. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 30-38, 2021.
3. 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 Womens Health**, v. 18, art. 108, 2018.
4. ANTONIOLI, R.S.; SIMÕES, D. Abordagem Fisioterapêutica nas Disfunções Sexuais Femininas. **Revista Neurociências**, Teresópolis-RJ, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2009.
5. SILVA, J.V.; CARDOSO, V.L.S.; CARVALHO, M.N. Prevalência de disfunções sexuais femininas em um ambulatório de ginecologia em Aracaju, Sergipe. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 33, p. 1029, 2022.
6. BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4.ed. Ver. e amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
7. ARAUJO, T.G.; SCALCO, S.C.P.; VARELA, D. **Função e disfunção sexual feminina durante o ciclo gravídico-puerperal: uma revisão de literatura**. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 2019.
8. VETTORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENSCHER, H.; RAMOS, J.G.L.; MARTINSCOSTA, S.H.; BADALOTTI, M. Sexuality and the postpartum period: a literature review. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 473-479, 2012.
9. NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2005.
10. BANAEI, M.; MORIDI, A.; DASHTI, S. Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women. **Mater Sociomed**, Sarajevo, v. 30, n. 3, p. 198-203, 2018.
11. HADIZADEH-TALASAZ, Z.; SADEGHI, R.; KHADIVZADEH, T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. **Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 41, n. 11, p. 1234-1241, 2019.
12. LEEMAN, L.M.; ROGERS, R.G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647-655, 2012.
13. DALL'AGNO, M.L. Validação da versão brasileira do Índice da Função Sexual Feminina de 6 itens (FSFI-6). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 5, p. 262-268, 2018.
14. CHEDRAUI, P.; PÉREZ-LÓPEZ, F.R. Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. **Maturitas**, v. 82, n. 3, p. 299-303, 2015.
15. MCDONALD, E.; GARTLAND, D.; WOOLHOUSE, H.; BROWN, S. Resumption of sex after a second birth: An Australian prospective cohort. **Birth**, v. 46, n. 1, p. 173-181, 2019.
16. DUARTE, G.G.; ESTEVES, A.V.F.; PEREIRA, M.S.S.; FRANCO, P.C. Fatores que influenciam a disfunção sexual feminina após o parto vaginal: revisão integrativa de literatura. **Revista Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política**, Cascavel, v. 4, n. 9, p. e5700, 2024.
17. ELIAS, E.A.; FLORIANI, D.T.G.C.; PAIVA, A.C.P.C.; MANHÃES, L.S.P.; SILVA, L.M.; TORRES, D.M.A.; SOARES, G.R.S. Significados da vivência da sexualidade feminina após o parto vaginal. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, p. e023064, 2023.
18. JOHNSON, C.E. Sexual health during pregnancy and the postpartum. **Journal of Sexual Medicine**, Chicago, v. 8, n. 5, p. 1267-1284, 2011.

19. GRUSSU, P.; VICINI, B.; QUATRARO, R.M. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. **Sexual & Reproductive Healthcare Journal**, v. 30, art. 100668, p. 100668, 2021
20. ANBARAN, Z.K.; BAGHDARI, N.; POURSHIAZI, M.; KARIMI, F.Z.; REZVANIFARD, M.; MAZLOM, S.R. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 65, n. 3, p. 248–252, 2015.
21. ILIYASUL, Z.; GALADANCI, H.S.; DANLAMI, K.M.; SALIHU, H.M.; ALIYU, M.H. Correlates of Postpartum Sexual Activity and Contraceptive Use in Kano, Northern Nigeria. **Journal of Reproductive Health**, v. 22, n. 1, p. 103-112, 2018.
22. EDOSA, D.D.; AWOL, S.M.; ETICHA, T.R.; GELETA, T.A.; DERIBA, B.S. Return of sexual activity within six weeks of childbirth among married women attending postpartum clinic of a teaching hospital in Ethiopia. **Frontiers in Medicine**, v. 9, art. 865872, p. 1-9, 2022.
23. ABDO, C.H.; OLIVEIRA, W.M.; MOREIRA, E.D.; FITTIPALDI, J.A. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, Londres, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004.
24. HOLANDA, J.B.L.; ABUCHAIM, E.S.V.; COCA, K.P.; ABRÃO, A.C.F.V. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 573-578, 2014.
25. BELENTANI, L.M.; MARCON, S.S.; PELLOSO, S.M. Sexuality patterns of mothers with high-risk infants. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 107-113, 2011.
26. PANDOLFO, I.A.; LAVRATTI, V.B.; FONTANA, F.J.; COSTANZO, G.S.; POSSOBON, A.L. Prevalência de disfunção sexual feminina em mulheres que buscam atendimento ginecológico em uma unidade de saúde de Cascavel/PR. **Revista Thêma et Scientia**, Cascavel-PR, v. 11, n. 1E, p. 89-100, 2021.
27. LEE, M.F.; BOLTON, K.; MADSEN, J.; BURKE, K.J. A systematic review of influences and outcomes of body image in postpartum via a socioecological framework. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, Londres, v. 14, n. 330, p. 1-11, 2023.
28. HODGKINSON, E.L.; SMITH, D.M.; WITKOWSKI, A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 43, n. 3, p. 789-826, 2014.
29. ENDERLE, C.F.; KERBER, N.P.C.; LUNARDI, V.L.; NOBRE, C.M.G.; MATTOS, L.; RODRIGUES, E.F. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 3, p. 719-725, 2014.
30. LARA, L.A.; LOPES, G.P.; SCALCO, S.C.; VALE, F.B.; RUFINO, A.C.; TRONCON, J.K.; ABDO, C.H. N.; SERAPIÃO, J.J.; AGUIAR, Y. **Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018.

Recebido em 13/05/2025. Aceito em 06/08/2025