



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANA LÍGIA VIEIRA FONTES

**TRANSTORNO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO E FATORES DE RISCO PARA
DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES PUÉRPERAS ATENDIDAS NO
AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HC-UFPE**

RECIFE
2022

ANA LÍGIA VIEIRA FONTES

**TRANSTORNO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO E FATORES DE RISCO PARA
DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES PUÉRPERAS ATENDIDAS NO
AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HC-UFPE**

**HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER AND RISK FACTORS FOR SEXUAL
DYSFUNCTION IN POSTPARTUM WOMEN ASSISTED AT THE FAMILY
PLANNING CLINIC OF HC-UFPE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade de Pernambuco, elaborado pela acadêmica *Ana Lígia Vieira Fontes*, sob orientação do *Prof. Dr. Marcelo Renato Guerino* e Co-orientação do *Prof. Dr. Agostinho de Sousa Machado Júnior*

Artigo a ser submetido ao *Brazilian Journal of Physical Therapy*

RECIFE
2022

Transtorno do desejo sexual hipoativo e fatores de risco para disfunção sexual em mulheres puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do HC-UFPE

Ana Lígia Vieira Fontes^a, Grazielle Maria da Silveira^a, Agostinho de Sousa Machado Júnior^b, Marcelo Renato Guerino^c

^a Discente do Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

^b Docente Adjunto da Área Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

^c Docente Adjunto do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Autor Correspondente: Ana Lígia Vieira Fontes

Rua Marechal Bittencourt, 128, CEP: 52061-250, Poço, Recife.

E-mail: ligiavieira.98@gmail.com

Resumo

Introdução: Durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher sofre alterações físicas, hormonais e psicológicas, favorecendo o aparecimento de disfunções sexuais como desejo sexual hipoativo, dispareunia, redução da excitação e da lubrificação e dificuldades para atingir o orgasmo. **Objetivo:** Analisar a prevalência de transtorno do desejo sexual hipoativo e investigar fatores que influenciam no aparecimento da disfunção sexual em mulheres puérperas. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2021 e julho de 2022, através de entrevistas. Foram aplicados os seguintes questionários: questionário sociodemográfico, Escala Visual Analógica da Dor (EVA), Escala de Autoestima de Rosenberg (ERA) e o *Female Sexual Function Index (FSFI)*. **Resultados:** Foram incluídas 32 puérperas, a maioria das participantes (56,25%) apresentou transtorno do desejo sexual hipoativo. Autoestima e outras disfunções sexuais como redução da excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação foram associadas ao desejo sexual hipoativo no puerpério. 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. **Conclusão:** O transtorno do desejo sexual hipoativo é uma disfunção sexual prevalente no puerpério. Cabe aos profissionais de saúde buscar oferecer conhecimento em educação sexual, empoderamento e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Disfunções Sexuais Psicogênicas; Período Pós-parto; Saúde Sexual; Transtorno do desejo sexual hipoativo

Abstract

Introduction: During the pregnancy-puerperal cycle, women undergo physical, hormonal and psychological changes, favoring the onset of sexual dysfunctions such as hypoactive sexual desire, dyspareunia, reduced arousal and lubrication, and difficulties in reaching orgasm. **Objective:** To analyze the prevalence of hypoactive sexual desire disorder and investigate factors that influence the onset of sexual dysfunction in postpartum women. **Method:** This is a cross-sectional study, carried out at the Family Planning Outpatient Clinic

of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco. Data collection was carried out between February 2021 and July 2022, through interviews. The following questionnaires were applied: sociodemographic questionnaire, Visual Analog Pain Scale (VAS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RAS) and Female Sexual Function Index (FSFI). **Results:** 32 puerperae were included, most participants (56.25%) had hypoactive sexual desire disorder. Self-esteem and other sexual dysfunctions such as reduced arousal, lubrication, orgasm and satisfaction were associated with hypoactive sexual desire in the puerperium. Other factors such as age ($p=0.967$), marital status ($p=0.586$), type of delivery ($p=0.940$) and parity ($p=0.762$) did not predict hypoactive sexual desire. **Conclusion:** The hypoactive sexual desire disorder is a prevalent sexual dysfunction in the puerperium. It is up to health professionals to seek to offer knowledge in sexual education, empowerment and better quality of life.

Keywords: Psychogenic Sexual Dysfunctions; Postpartum; Sexual Health; Hypoactive sexual desire disorder

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.¹ 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.²

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.³ 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 puerperas estão descritas taxas de prevalência que rondam os 50%.⁴

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.⁵ 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.⁶

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.⁷ 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.⁸

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.⁹

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 conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque para pesquisas em humanos, resolução CNS 466/12. 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). O recrutamento foi realizado forma presencial, durante a consulta ao ginecologista ou através de chamada telefônica onde o profissional de saúde realizava o contato inicial e repassava para os autores o contato telefônico da puerpera. Foram determinados como critérios de inclusão: mulheres entre 18 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.

As pacientes foram submetidas às seguintes avaliações: anamnese, avaliação sociodemográfica; avaliação da dor durante a relação sexual, 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, validada para o português, 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.¹⁰

O questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)* foi utilizado para avaliar a função sexual de puérperas. Trata-se de um questionário validado para o português, 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.^{5,11} De acordo com a pontuação de corte do domínio de desejo sexual do questionário FSFI a amostra foi dividida em dois grupos. O Grupo C/ TDSH composto pelas participantes que apresentaram transtorno do desejo sexual hipoativo e o Grupo S/ TDSH composto pelas participantes que não apresentaram transtorno do desejo sexual hipoativo.

Análise estatística

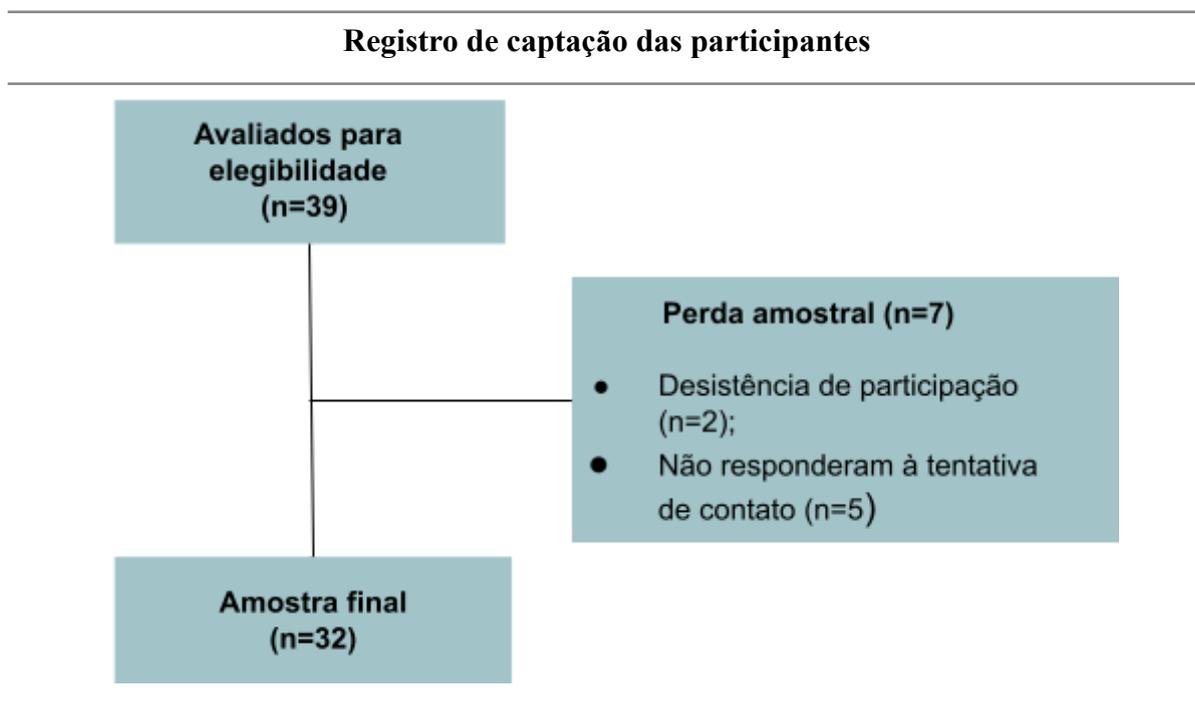
A análise estatística foi realizada através do software SigmaPlot 12.0 (Systat Software, Inc., Germany). Para análise de distribuição dos dados foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk e para análise de homogeneidade foi utilizado o Teste de Igual Variância.

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 C/ TDSH (n=18) foi encontrada uma prevalência de 56,25%. 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 familiar de até 1 salário mínimo (72,2%).

Figura 1. Fluxograma de captação das participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar



O grupo S/TDSH (n=14) apresentou uma média de idade de 28,14±5,50. Observou-se a predominância mulheres autodeclaradas 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 puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar (n=32)

Variáveis	Grupo C/ TDSH (n=18)	Grupo S/ TDSH (n=14)	p-valor
Idade (anos)	28,05±6,07	28,14±5,50	0,967
Raça			
Parda	13 (72,2%)	9 (64,3%)	0,520
Branca	3 (16,7%)	1 (7,1%)	
Preta	1 (5,6%)	3 (21,4%)	
Amarela	1 (5,6%)	1 (7,1%)	
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%)	

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar (n=32)

Variáveis	Grupo C/ TDSH (n = 18)	Grupo S/ TDSH (n=14)	p-valor
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 \pm desvio padrão (M \pm 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 em participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar.

Variáveis	Grupo C/ TDSH (n=18)	Grupo S/ TDSH (n=14)	p-valor
Número de Gestações	2,6 \pm 1,60	2,85 \pm 1,91	0,762

Tabela 2. Variáveis relativas à gestação, parto e puerpério em participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar.

Variáveis	Grupo C/ TDSH (n=18)	Grupo S/ TDSH (n=14)	p-valor
Número de Partos	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 (35,7%)	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 (14,3%)	
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 C/ TDSH 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 grupo S/ TDSH 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 esse resultado também não houve diferenças entres 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 S/ TDSH obteve uma média de 32,3±4,5 ($p = 0,009$).

Tabela 3. Análise dos itens relacionados a Escala Analógica da Dor (EVA), Escala de Autoestima de Rosenberg e *Female Sexual Function Index (FSFI)* em participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar.

Variáveis	Grupo C/ TDSH (n=18)	Grupo S/ TDSH (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(%)

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 comportamentais, culturais e religiosos.¹² 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.¹³

Os achados deste estudo apontaram que a maioria das participantes (56,25%) apresentou transtorno do desejo sexual hipoativo. Uma pesquisa com mulheres Iranianas observou uma prevalência de 79%.¹⁴ Já na Tunísia, foram encontradas taxas de cerca de 33,4%.¹⁵ Essas variações observadas entre diferentes nacionalidades 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.⁸

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.¹⁶ Esta discrepância pode ser explicada por se tratar de um estudo realizado anteriormente (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.^{5,8} Sabe-se que as variáveis sociodemográficas influenciam no acesso a educação em saúde sexual incluindo a busca sobre orientações e

possíveis cuidados.¹⁷ 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.⁸ 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.¹⁸ 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.¹⁹

Verificamos em nosso estudo uma relação entre o desejo sexual hipoativo e a baixa autoestima. Corroborando com esses achados, uma pesquisa mostrou que uma imagem negativa sobre si mesmo é considerada um fator de risco para essa disfunção sexual.⁸ 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. 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.²⁰ 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.²¹

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.²²

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.¹⁹ Em nossos achados, apesar de não existir uma diferença estatisticamente significativa entre grupos, as pontuações de ambos indicaram dificuldade no domínio da dor, de acordo com o FSFI. 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.

Este estudo apresentou como limitações um número pequeno de voluntárias, visto que grande parte da coleta foi realizada durante a pandemia, 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. Desta forma torna-se de grande importância a criação de políticas públicas e ações prioritárias voltadas para essa população. Além disso, fica claro a necessidade de um trabalho multiprofissional por parte dos profissionais de saúde. Cabe a eles reconhecer os 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

1. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AASD, et al. Feelings arising out of motherhood: Revelations of a group of pregnant women. *Psicologia Em Estudo*. 2014; 19(1):115-124, <https://doi.org/10.1590/1413-7372217650011>.
2. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, et al. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*. 2008;13(1):63-72, <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008>.
3. 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):39-46, <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232011000400006>.
4. Pinheiro BDF, Franco GR, Feitosa SM, et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback.

Fisioterapia em Movimento. 2012; 25(3):639-648, <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-51502012000300019>.

5. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med*. 2015;12(6):1415-1426. <http://doi:10.1111/jsm.12901>.
6. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Clinical and Biomedical Research*. 2013;32(4).
7. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1189253773>; Acessado em 16 de Agosto de 2022.
8. 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*. 2018;18(1):108. <http://doi:10.1186/s12905-018-0602-4>.
9. 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. *Reprod Health*. 2022;19(1):112. <http://doi:10.1186/s12978-022-01399-6>.
10. Nery NG, Ribeiro PM, de Carvalho Vilela S, et al. Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal. *Brazilian Journal Of Health Review*. 2021, 4(1): 729-743, <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-063>.
11. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20. <http://doi:10.1080/00926230590475206>.
12. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev*. 2016;4(2):103-120. <http://doi:10.1016/j.sxmr.2015.11.009>.
13. Kelley EL, Sheyn D, Hijaz A, Kingsberg SA, Pope RJ. Sexual Function and Help-Seeking Behaviors following Childbirth: A Cross-Sectional Study. *J Sex Marital Ther*. 2022;1-11. <http://doi:10.1080/0092623X.2022.2117747>.
14. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women. *Malays J Med Sci*. 2017;24(1):94-103. <http://doi:10.21315/mjms2017.24.1.10>.
15. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guerhazi M, Amami O. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum: a propos de 80 femmes Tunisiennes [Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women]. *Tunis Med*. 2012;90(12):873-877.
16. Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM Jr, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010;17(6):1114-1121. <http://doi:10.1097/gme.0b013e3181e19755>.
17. Choi H, Kim JH, Park JY, et al. Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;125(1):60-64. <http://doi:10.1016/j.ijgo.2013.10.006>.
18. 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 Childbirth*. 2018;18(1):196. <http://doi:10.1186/s12884-018-1838-6>.

19. Spaich S, Link G, Alvarez SO, et al. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. *J Sex Med.* 2020;17(7):1312-1325. [http:// doi:10.1016/j.jsxm.2020.04.383](http://doi:10.1016/j.jsxm.2020.04.383).
20. 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(1):7. <http://doi:10.1186/s12884-020-03504-8>.
21. 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):46-56. <http://doi:10.1097/01.gme.0000172596.76272.06>.
22. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems--HSDD in Europe. *J Sex Med.* 2007;4 Suppl 3:211-219. <http://doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00447.x>.