

O pós-parto e seu impacto sobre a qualidade de vida e satisfação sexual feminina após 6 a 12 meses em uma UBS do interior de RO

The postpartum period and its impact on quality of life and female sexual satisfaction after 6 to 12 months in a UBS in the countryside of RO

DOI:10.34117/bjdv8n8-040

Recebimento dos originais: 21/06/2022

Aceitação para publicação: 29/07/2022

Sheila Camila Hilarindo Gomes Favoretti

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifacimed

Instituição: Centro Universitário Unifacimed

Endereço: Avenida Rosilene Xavier Transpadini, 2070, Jardim Eldorado, Cacoal – RO,
CEP: 76966-180

E-mail: sheila.biomedicina@gmail.com

Kelli Moura Rodrigues

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifacimed

Instituição: Centro Universitário Unifacimed

Endereço: Avenida Rosilene Xavier Transpadini, 2070, Jardim Eldorado, Cacoal – RO,
CEP: 76966-180

E-mail: kelli.mourapb99@gmail.com

Juliana Gonzalez Helman

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifacimed

Instituição: Centro Universitário Unifacimed

Endereço: Avenida Rosilene Xavier Transpadini, 2070, Jardim Eldorado, Cacoal – RO,
CEP: 76966-180

E-mail: julianagonzalezhelman@gmail.com

Carolina Ferreira Santos

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifacimed

Instituição: Centro Universitário Unifacimed

Endereço: Avenida Rosilene Xavier Transpadini, 2070, Jardim Eldorado, Cacoal – RO,
CEP: 76966-180

E-mail: fisiocarolinafersan@gmail.com

Sabrina Peviani Messa

Doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Instituição: Centro Universitário Unifacimed

Endereço: Avenida Rosilene Xavier Transpadini, 2070, Jardim Eldorado, Cacoal – RO,
CEP: 76966-180

E-mail: sabrinapeviani@gmail.com

Ivana Leão Ribeiro

Doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
Instituição: Departamento de Kinesiologia da Universidad Católica del Maule, Talca,
Chile

Endereço: Avenida San Miguel, 3605, Talca - Maule, Chile
E-mail: ivanaleao@gmail.com

RESUMO

A sexualidade é considerada um importante pilar dentro da qualidade de vida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por ser um aspecto que acompanha toda a vida do ser humano. Qualquer disfunção que interfira no conforto e na vivência da sexualidade colabora para uma maior dificuldade e transtorno no âmbito afetivo, emocional e social do indivíduo. O objetivo do estudo foi avaliar o nível de satisfação sexual, qualidade vida geral e aspectos sociodemográficos de mulheres no pós-parto. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo (Nº 3.635.266). Trata-se de um estudo transversal observacional realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pastor Jonas, em Pimenta Bueno/RO. Amostra composta por 39 mulheres com idade média de 24 anos ($\pm 4,05$), no pós-parto de 6 a 12 meses. Foram utilizados três questionários: o sociodemográfico, Quociente Sexual Feminino (QSF) para avaliar a satisfação sexual feminina, e o questionário SF-36 (qualidade de vida). Em relação ao nível de satisfação sexual observou-se que apenas 28,20% das mulheres apresentaram um score de bom a excelente, sendo 2,56% da amostra apresentou um score ruim; 5,12% desconfortável; 28,20% regular e 35,89% bom. Detectou-se ainda a prevalência de dor durante relação sexual, sendo que 21% das mulheres já apresentavam esses sintomas antes da gestação, aumentando para 36% no período gestacional e 64% no período pós-parto. Notou-se impacto negativo na qualidade de vida e satisfação sexual. Pode-se considerar fatores associados como aspectos culturais e emocionais (religião, autoestima, vergonha, falta de diálogo com o parceiro), falta de autoconhecimento corporal, amamentação, uso de anticoncepcionais, não prática de atividade física e sobrecarga de trabalho.

Palavras-chave: disfunções sexuais fisiológicas, período pós-parto, qualidade de vida, sexualidade, satisfação sexual.

ABSTRACT

Sexuality is considered an important pillar within the quality of life by the World Health Organization (WHO) as it is an aspect that accompanies the entire life of the human being. Any dysfunction that interferes with the comfort and experience of sexuality contributes to greater difficulty and disorder in the affective, emotional and social sphere of the individual. The aim of the study was to assess the level of sexual satisfaction, general quality of life and sociodemographic aspects of postpartum women. The research was approved by the Research Ethics Committee, protocol (Nº 3,635,266). This is an observational cross-sectional study carried out at the Basic Health Unit (BHU) Pastor Jonas, in Pimenta Bueno/RO. Sample composed of 39 women with a mean age of 24 years (± 4.05), in the postpartum period of 6 to 12 months. Three questionnaires were used: the sociodemographic, Female Sexual Quotient (QSF) to assess female sexual satisfaction, and the SF-36 questionnaire (quality of life). Regarding the level of sexual satisfaction, it was observed that only 28.20% of the women had a good to excellent score, with 2.56% of the sample having a bad score; 5.12% uncomfortable; 28.20% regular and 35.89% good. The prevalence of pain during sexual intercourse was also detected, with 21% of women already having these symptoms before pregnancy, increasing to 36% in

the gestational period and 64% in the postpartum period. There was a negative impact on quality of life and sexual satisfaction. Associated factors such as cultural and emotional aspects (religion, self-esteem, shame, lack of dialogue with the partner), lack of body self-knowledge, breastfeeding, use of contraceptives, non-practice of physical activity and work overload can be considered.

Keywords: physiological sexual disorder, postpartum period, quality of life, sexuality, sexual satisfaction.

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade constitui-se como um importante pilar na qualidade de vida do indivíduo (CORREIA et. al., 2016). Mulheres durante o pós-parto podem passar por problemas de cunho emocional, psicológico, social e físico (SOK; SALTZMAN; TUROK, 2016) com alta prevalência de insatisfação e disfunção sexual e índices que podem chegar a 73%, comprometendo diretamente a qualidade de vida (HOLANDA et.al., 2014).

O assoalho pélvico é formado por um grupo de músculos, fâscias e ligamentos que tem a função básica de sustentar os órgãos pélvicos (bexiga, útero, vagina e intestino), possui ainda atuação na continência urinária e fecal, função sexual, além de estreita relação com o mecanismo de parto (BARACHO, 2018). Diante de um parto, seja ele cesariana ou parto vaginal, a musculatura do assoalho pélvico (MAPs) pode apresentar fraqueza e/ou sofrer trauma/laceração. Essas alterações repercutem sobre a atividade sexual levando a quadros de dor e desconforto durante o intercurso sexual (BARACHO, 2018; FRANCESCHET et al., 2009; BRASIL et al., 2018; SILVA, 2011).

A satisfação sexual é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos requisitos para uma saúde plena e possui expressiva correlação com a qualidade de vida. Embora a insatisfação sexual possa incidir em qualquer fase da vida feminina, o período de pós-parto necessita de maior atenção, uma vez que repercute em aspectos da vida da mulher, do parceiro, bem como da nova estrutura familiar - presença do bebê (ACELE E KARAÇAM, 2012).

De acordo com Signorello et al. (2001) por volta de 25% das mulheres primíparas podem referir diminuição na capacidade de atingir orgasmos com conseqüente piora da satisfação sexual quando comparado a período anterior ao parto. A demanda em adaptar-se as necessidades do bebê, as modificações na autoimagem, a dessexualização da mulher mãe pela sociedade e fatores de cunho religioso podem repercutir negativamente na

relação do casal com consequências limitadoras na experiência prazerosa e plena da sexualidade feminina (KOUAKOU et al., 2014;)

O amamentar é essencial para um bom desenvolvimento do recém-nascido e formação de laços afetivos mãe-bebê (SANTIAGO-CRUZ et al., 2019), entretanto, devido a fatores hormonais, as mulheres que amamentam podem apresentar até 4 vezes mais chances de referir dispareunia em comparação aos que não amamentam repercutindo na redução do desejo sexual feminino e qualidade de vida (HYDE et al., 1998; SIGNORELLO et al., 2001).

A segurança e a eficácia do uso dos anticoncepcionais hormonais tem sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas, todavia, o impacto sobre aspectos da sexualidade feminina pouco discute-se (BOTH et al., 2019). Conforme Caruso et.al (2004) e Greenstein et.al. (2007) os anticoncepcionais podem levar a uma redução da lubrificação vaginal e dispareunia, afetando na fase de excitação genital.

Considerando tais aspectos, o objetivo do estudo foi avaliar o nível de desempenho/satisfação sexual e qualidade vida geral de mulheres no pós-parto de 6 a 12 meses, verificar possíveis fatores associados a disfunção sexual, nível de qualidade de vida e características sociodemográficas, bem como proporcionar autoconhecimento corporal às participantes.

2 MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número de protocolo N° 3.635.266, tratando-se de um estudo transversal observacional realizado em uma Unidade Básica de Saúde, denominada UBS Pastor Jonas, situada em Pimenta Bueno, no interior do estado de Rondônia, região Norte do Brasil.

A amostra foi composta por mulheres no pós-parto no período de 6 a 12 meses, que estivessem mantendo relação sexual ativa, com idade de 15 a 30 anos de idade, que tiveram acompanhamento pré-natal e pediátrico nesta UBS, primíparas ou multíparas, tendo parto vaginal ou cesariano. Considerou-se como critérios de exclusão: mulheres que tivessem realizado procedimentos cirúrgicos na região pélvica, que fizessem uso de fármacos controlados, drogas ou álcool ou que tivessem alguma patologia ginecológica que contraindicasse a realização da prática sexual.

O relatório inicial cedido pela direção da UBS contava com 56 mulheres, no entanto, ao iniciar a coleta de dados, houve a exclusão de 17 mulheres por não realizarem

mais o acompanhamento na Unidade Básica, restando como amostra final 39 participantes.

A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde, em uma sala reservada, por meio de entrevistas individuais, feitas mediante o agendamento de data e horário de preferência das pacientes, com intuito de preservar a identidade e intimidade das mulheres. Os dados foram coletados através da aplicação dos questionários: Quociente Sexual Feminino-QSF; o Questionário genérico de Qualidade de vida SF-36 e um questionário próprio sociodemográfico desenvolvido especialmente para o estudo.

O QSF foi utilizado para avaliar o desempenho e satisfação da mulher na relação sexual, além disto este questionário informa em qual dos aspectos as pacientes encontram mais dificuldades (ABDO, 2009). O questionário é composto por 10 questões, cada questão sendo respondida em uma escala de 0 a 5. As questões avaliam todas as fases do ciclo de resposta sexual, contemplando: (questão 1, 2 e 8) desejo e interesse sexual; (questão 3) preliminares; (questão 4 e 5) excitação pessoal e sintonia com o parceiro; (questão 6 e 7) conforto; (questão 9 e 10) orgasmo e satisfação. Os valores são categorizados em: 82-100 pontos: bom a excelente; 62-80 pontos: regular a bom; 42-60 pontos: desfavorável a regular; 22-40 pontos: ruim a desfavorável; 0-20 pontos: nulo a ruim. Trata-se de um questionário validado em português, a consistência interna foi verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. A validação foi feita pela comparação das médias dos scores de mulheres com DSF e de outras que não apresentavam DSF, utilizando-se o teste de Mann-Whitney.

O Questionário genérico de Qualidade de vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) é instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, composto por 36 itens multidimensionais englobados em oito categorias: aspecto funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta score de 0 a 100 em cada domínio e, quanto maior a pontuação melhor é o estado de saúde avaliado (CICONELLI et al., 1999).

O questionário sociodemográfico permitiu avaliar o perfil social, tendo em vista vários aspectos, sendo eles, dados pessoais (como idade, profissão, estado civil, religião), hábitos de vida, antecedentes obstétricos e características uroginecológicas. Uma vez que a coleta de dados sociodemográficos possibilita entender as características e particularidades do indivíduo a fim de compreender questões sociais (WILLIAMS-ROBERTS et al., 2018). Posteriormente, cada participante do estudo recebeu um folder de conscientização, do qual explicava e demonstrava a anatomia do assoalho pélvico,

exercícios para fortalecimento dos MAPs e sobre a satisfação sexual após o parto, e todas as dúvidas sobre o assunto foram sanadas.

Os dados foram incluídos no Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, onde obteve-se o resultado de cada modalidade do questionário SF-36. Os resultados dos questionários QSF e o sociodemográfico foram alcançados através do Microsoft Office Excel 2016. O armazenamento de ambos os dados obtidos foi disposto no Microsoft OneDrive, obtendo acesso somente as pesquisadoras responsáveis a fim de manter a confidencialidade dos dados coletados na pesquisa.

Quanto à análise estatística, para as variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas foram utilizadas como medidas-resumo, média, desvio padrão (limite inferior e limite superior do intervalo de confiança a 95%).

3 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 39 mulheres com as seguintes características sociodemográficas (tabela 1): a média de idade foi de 24 anos ($\pm 4,05$); estado civil: 25 (64%) casadas e 14 (36%) solteiras; considerando-se a religião: 21 (54%) eram evangélicas, 11 (29%) católicas, 5 (13%) não possuíam nenhuma religião, 1 (2%) espírita e 1 (2%) protestante. A distribuição relativa à escolaridade foi de: 2 (5%) com o ensino fundamental completo, 27 (69%) com o ensino médio completo e 10 (26%) com o ensino superior completo.

Os dados da tabela 1 mostram as características sociodemográficas e antecedentes obstétricos obtidos através de questionário, apresentado por mulheres de 15 a 30 anos, inclusas no período de pós-parto de 6 a 12 meses.

Tabela 1: Características de saúde, sociodemográficas e obstétricas das participantes (n=39).

Variáveis sociodemográficas	(N=39)
Idade – média \pm DP (lim. sup.; inf.)	24,10 \pm 4,05 (29,10; 19,10)
Estado Civil (%)	
Solteira	14 (36%)
Casada	25 (64%)
Religião (%)	
Nenhuma	5 (13%)
Católica	11 (29%)
Evangélica	21 (54%)
Espírita	1 (2%)
Protestante	1 (2%)
Escolaridade (%)	
Ensino fundamental completo	2 (5%)

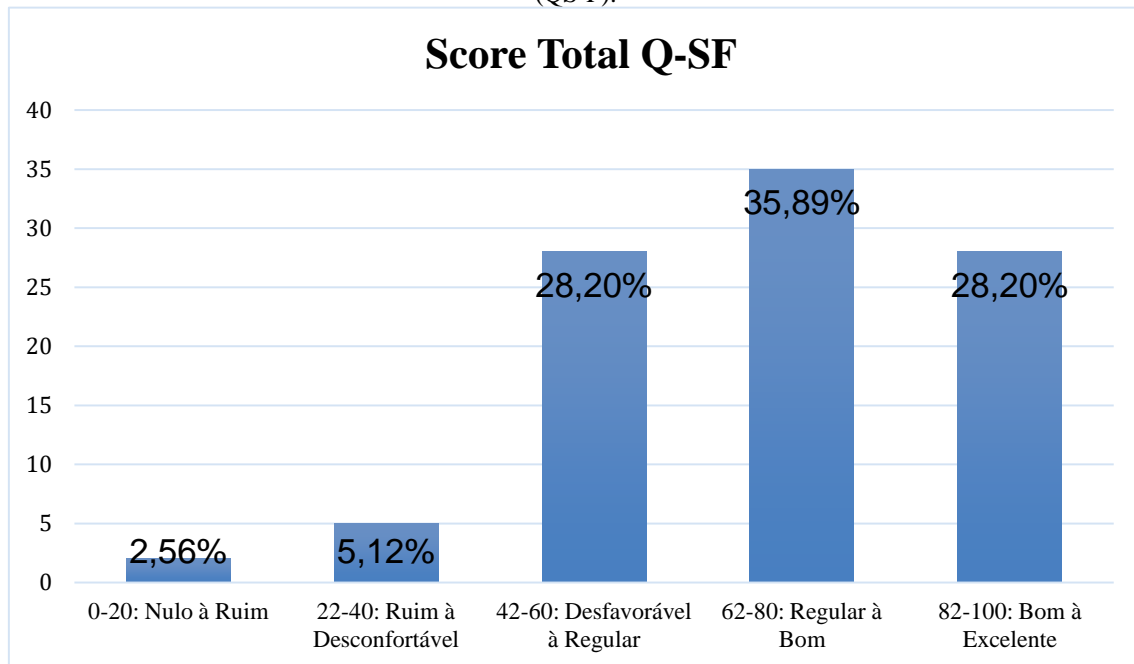
Ensino médio completo	27 (69%)
Ensino superior completo	10 (26%)
Carga horária de trabalho – média ± DP (lim. sup.; inf.)	8,23 ± 1,26 (11; 3,23)
Atividade física (%)	
Praticante	12 (31%)
Não praticante	27 (69%)
Uso de anticoncepcional	
Utiliza	20 (51%)
Não utiliza	19 (49%)
Tipo de parto (%)	
Parto vaginal	5 (13%)
Parto cesariana	34 (87%)
Amamentação (%)	
Amamentando	20 (51%)
Não amamentando	19 (49%)
Conhecimento do assoalho pélvico	
Sim	7 (18%)
Não	32 (82%)

Fonte: Elaborada pelos autores. N= número de participantes; %= porcentagem de participantes; DP= desvio padrão.

As participantes apresentaram em média 8,22 horas de trabalho por dia; quanto à prática de atividades físicas, apenas 12 (31%) mulheres eram praticantes, enquanto 27 (69%) não praticantes. Considerando o uso de anticoncepcionais, 20 (51%) referiram utilizar e 19 (49%) não utilizavam. Quanto aos dados obstétricos, verificou-se que 24 (62%) das mulheres eram múltiparas e a maioria, 34 (87%), havia sido submetida ao parto cesariano e, destas se encontravam em média no 10º mês de pós-parto e 20 (51%) ainda amamentavam. Dentre as 39 mulheres, 32 (82%) não sabiam o que era ou as funções da musculatura do assoalho pélvico.

No gráfico 1, os resultados correspondem ao questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), que mostra o nível de satisfação e desempenho sexual das participantes, com base nos últimos 6 meses de atividade sexual, e que abrangem os aspectos de desejo e interesse sexual, preliminares, excitação e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual e orgasmo. Em relação ao nível de desempenho e satisfação sexual, avaliado pelo QS-F, observou-se que 2,56% das mulheres apresentaram um score ruim; 5,12% desconfortável; 28,20% regular; 35,89% bom e 28,20% excelente.

Gráfico 1: Porcentagem dos valores obtidos no Questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).



Fonte: Elaborado pelas autoras com base no questionário QS-F.

Foi detectado ainda, em relação à prevalência de dor durante relação sexual, que 21% das mulheres já apresentavam esses sintomas antes da gestação, aumentando para 36% no período gestacional e 64% no período pós-parto, conforme representado na tabela 2.

Tabela 2: Avaliação da prevalência de dor durante a relação sexual.

Prevalência de dor na relação sexual	
Dor antes da gestação (%)	
Sim	8 (21%)
Não	31 (79%)
Dor durante a gestação (%)	
Sim	14 (36%)
Não	25 (64%)
Dor no pós-parto (%)	
Sim	25 (64%)
Não	14 (36%)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os dados da tabela 3 mostram os resultados obtidos com a aplicação do questionário SF-36, e tem como função avaliar a qualidade de vida, onde cada domínio compreende a aspectos de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, saúde geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Tratando-se da qualidade de vida em geral, a capacidade funcional das participantes foi equivalente a uma média de 87,30 ($\pm 15,67$); os aspectos físicos 64,74 ($\pm 35,68$); dor 61,79 ($\pm 21,74$);

saúde geral 46,28 ($\pm 24,02$); vitalidade 73,59 ($\pm 24,73$); aspectos sociais 44,82 ($\pm 50,61$); aspectos emocionais 59,69 ($\pm 22,16$) e saúde mental correspondendo a 54,48 ($\pm 22,11$).

Tabela 3: Questionário SF-36: domínios e componentes de qualidade de vida das participantes do estudo.

DOMÍNIOS (0-100)	Participantes do estudo (N=39)
Capacidade Funcional	87,30 \pm 15,67 (82,30; 92,30)
Aspectos Físicos	64,74 \pm 35,68 (59,74; 69,74)
Dor	61,79 \pm 21,74 (56,79; 66,79)
Saúde Geral	46,28 \pm 24,02 (41,28; 51,28)
Vitalidade	73,59 \pm 24,73 (68,59; 78,59)
Aspectos Sociais	44,82 \pm 50,61 (39,82; 49,82)
Aspectos Emocionais	59,69 \pm 22,16 (54,69; 64,69)
Saúde Mental	54,48 \pm 22,11 (49,48; 59,48)

Fonte: Elaborada pelas autoras com base no questionário SF-36.

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, notou-se alterações no grau de satisfação sexual em mulheres no período de pós-parto tardio de 6 a 12 meses. Optou-se por avaliar os aspectos de satisfação sexual e qualidade de vida dentro desse intervalo pois conforme Fauconnier, et al. (2012) entre 3 a 6 meses após o parto há o processo normal de cicatrização de lesões perineais, o que pode influenciar nas queixas relatadas pelas mulheres e retomada das relações sexuais. Logo, infere-se que mulheres em pós-parto tardio de 6 a 12 meses também podem apresentar alterações nos níveis de desempenho e satisfação sexual, sendo que, apenas 28,20% da amostra apresentou scores de bom a excelente, com reflexos nos aspectos da qualidade de vida como os domínios de aspecto emocional e saúde mental abaixo de 60 em uma escala de 0 a 100.

Tratando-se de aspectos culturais, a religião católica correspondeu a (29%) da amostra e a evangélica (54%), o que de acordo com Salim et.al (2010) e Abuchaim et.al. (2006) podem apresentar maior risco para a disfunção sexual do que para as pessoas sem religião. Tal fato, remete-nos a reflexão sobre a necessidade da manutenção da “maternidade ideal” secularmente cultuada sobre a mulher e mãe, como aquela que deve se dedicar integralmente a seu filho, não podendo vivenciar os prazeres relacionados com a sexualidade (BARBAUT, 1990).

Em relação ao nível de escolaridade, embora a amostra tenha sido composta pela maioria com elevado nível de escolaridade, 69% com nível médio completo e 26% com nível superior completo foi detectado a falta de conhecimento do próprio corpo e sobre a musculatura do assoalho pélvico, onde apenas 18% da amostra relataram algum domínio sobre o assunto. Fato esse de importante discussão, pois embora o conhecimento e as

ferramentas de comunicação sejam disseminados e de fácil acesso, uma baixa parcela das mulheres têm conhecimento sobre uma particularidade de grande importância para a saúde da mulher em todos os aspectos.

Outra questão a ser levada em consideração é necessidade de retorno ao trabalho e à vida social, que faz com que algumas mulheres deixem suas necessidades em último plano, desencadeando falta de tempo, disposição, concentração, vontade e condições físicas ou emocionais para a prática sexual. Evidenciando tal fato, Abuchaim et. al. (2006), e Salim et. al. (2010) alegam que a carga horária de trabalho além de 8 horas/diárias afeta os níveis de satisfação sexual. É interessante observar que a média da carga horária de trabalho obtida pelas participantes também se encontrou acima de 8 h diárias, o que possivelmente também poderia estar relacionado com as insatisfações detectadas.

Em relação a prática de atividade física, na gestação e pós-parto houve baixo predomínio, onde apenas 31% das mulheres eram ativas o que pode estar relacionado aos baixos scores nos domínios aspectos físicos 64,74 e saúde geral 46,28 em uma escala de 0 a 100. De acordo com Tendais et. al. (2011) a qualidade de vida no pós-parto é significativamente melhor em mulheres ativas durante a gestação do que as que não praticaram nenhuma atividade física, de certa forma promovendo melhora na qualidade de vida sexual, física, social e psicológica, fazendo com que se diminua o risco de disfunções na sexualidade feminina.

O deficit de satisfação sexual pode estar associado também ao uso de anticoncepcionais, corroborando com os resultados identificados em 51% das participantes (uso de contraceptivos orais e injetáveis). De acordo com Caruso et.al (2004) e Greenstein et.al. (2007) os anticoncepcionais que têm baixa concentração de estrogênios, podem causar diminuição da lubrificação vaginal, levando ao aparecimento de dispareunia, afetando na fase de excitação genital, podendo estar ligado ao resultado obtido, sendo mais um fator a contribuir na atividade sexual das participantes.

Uma questão relevante a ser discutida é a relação da via de parto com a conseguinte satisfação sexual, que dela podem emergir. Nesse contexto, muitas mulheres acreditam que apenas o parto vaginal tem influência sobre os MAPs e ocasiona maiores déficits para a saúde em geral. Estudos mostram que apenas a sobrecarga da gestação já é suficiente para aumentar os riscos de disfunções do assoalho pélvico. Barbosa et. al. (2005), Kisner et. al. (1998), e Pereira et. al. (2018), afirmam que independente da via de parto, alterações nos MAPs podem ocorrer pela sustentação do peso do bebê por todo o

período gestacional, ocasionando lesões em consequência do estiramento destes músculos e da ação de hormônios que causam relaxamento muscular.

Observou-se que na amostra analisada a maioria (87%) foi submetida ao parto cesariano, diferindo o sugerido pela OMS, uma vez que não há justificativa para grandes proporções dessa via de parto. Dias et. al. (2005) relatam que muitas optam por essa via de parto motivadas pelo medo da dor, insegurança, receio ou falta de conhecimento. Segundo Berman et.al. (2003), e Lima et.al. (2013), as altas taxas de insatisfação sexual estão inteiramente ligadas a falta de busca por orientações, ou busca tardia, por vergonha, receio e frustração em expor-se, colaborando para que muitas mulheres não procurem orientações no que tange a saúde sexual.

A dor e a falta de interesse sexual podem também estar diretamente ligadas a amamentação, 51% da amostra (tabela1). Hyde et. al. (1998) diz que este é um dos fatores principais ligados a diminuição dos níveis de prazer e interesse sexual após o parto, o que pode estar relacionado com a supressão de estrógenos durante a lactação, provocando diminuição da lubrificação vaginal, podendo ocasionar dispareunia, tornando o ato sexual menos confortável. Associa-se a este fenômeno o aumento da prolactina e os baixos níveis de progesterona, ambos ligados a diminuição do desejo sexual da mulher durante a amamentação.

Vale destacar que após a entrega do folder de esclarecimento a respeito dos MAPS com demonstrações de exercícios de fortalecimento, conscientização perineal e orientações gerais sobre a satisfação sexual no pós-parto, houve uma dificuldade em dialogar abertamente a respeito de relações sexuais e libido sexual, percebendo-se um receio em falar sobre o tema, possivelmente advindos de fatores culturais e sociais (MAGNO et al., 2011; LARA, 2008; BARACHO, 2018,). As mulheres ainda hoje possuem escasso conhecimento sobre os MAPs, suas funções, disfunções e tratamento (NEELS et al., 2016; BERZUK E SHAY, 2015). Segundo Berman et.al. (2003), e Lima et.al. (2013), as altas taxas de disfunção sexual estão inteiramente ligadas a falta de busca por orientações, ou busca tardia, por vergonha, receio e frustração em expor-se, colaborando para que muitas mulheres não procurem orientações no que tangem a saúde sexual.

Embora as disfunções sexuais sejam frequentes e notadas, poucas mulheres conseguem dialogar abertamente com o marido, algum familiar ou profissional da saúde, por acreditar que está dentro da normalidade devido estar em período pós-parto. Contudo, é necessário desmistificar e disseminar a anormalidade de disfunções, sendo

imprescindível a busca por amparo profissional. É essencial que haja integralidade na assistência à mulher, seja na fase gestacional se estendendo pelo pós-parto. Os problemas advindos dessa fase da vida da mulher podem ser evitados e reduzidos com orientações e informações adequadas, buscando desromantizar o pós-parto e as decorrentes alterações. A participação do parceiro é fundamental nesse processo de intensa sobrecarga para a mulher, sendo indispensável a sua participação nas consultas, além da ajuda, compreensão e atenção para possíveis mudanças comportamentais (HOLANDA et, al., 2014).

Levando em consideração o número reduzido da amostra e único local selecionado para coleta dos dados, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que abranjam um número maior de mulheres, com um maior intervalo de idade tendo em vista a crescente tendência tardia da maternidade, e coleta em diferentes postos de saúde para que possa incrementar e ser gerados dados mais consistentes da qualidade de vida e satisfação sexual feminina após o parto. A escolha do momento, 06 a 12 meses de pós-parto foi feita a fim de prevenir a interferência dos efeitos da cicatrização local imediata ao parto, evitar período de não retomada a atividade sexual além de possuir escassos trabalhos na temática voltada a essa população. Entretanto, no quesito dispareunia pode ser difícil recordar as experiências antes, durante e imediatamente após o parto tendo em vista que o momento da coleta tenha se passado mais que um ano.

5 CONCLUSÃO

De modo geral, a qualidade de vida, saúde sexual, satisfação e desempenho sexual feminina, foi afetada de forma negativa em mulheres no pós-parto no período de 6 a 12 meses. Pode-se considerar um conjunto de fatores associados com essas condições, como fatores culturais e emocionais (religião, autoestima, vergonha, falta de diálogo com o parceiro), falta de autoconhecimento corporal, uso de anticoncepcional, não prática de atividade física, amamentação e sobrecarga de trabalho. Vale ressaltar que todos os sintomas apresentados estiveram presentes mesmo sendo a cesariana a via de parto de escolha prevalente, uma vez que apenas o processo de gestação já é um fator predisponente para as consequências da sobrecarga no assoalho pélvico. Por fim, mesmo com a facilidade e praticidade do acesso as informações poucas mulheres conhecem sobre o funcionamento do próprio corpo sendo essencial a disseminação e normalização da sexualidade feminina em qualquer fase da vida da mulher, em especial no pós-parto.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E. S.; SILVA, I. A. Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: “Dividindo-se entre ser mãe e mulher”. **Ciência Cuidado e Saúde.**; v. 5, n. 2, p. 220-8, 2006. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-01122005-132140/pt-br.php>>. Acesso em: 06 de mai de 2020.

ACELE, EO.; KARAÇAM Z. **Sexual problems in women during the first postpartum.** J Clin Nurs. 2012; 21(7-8):929-37.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher.** 6. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARBAUT, J. **Histoires de la naissance à travers le monde.** Paris: Éditions Plume, 1990.

BARBOSA, A. M. P. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Rev. bras. ginecol. obstet.** v. 27, n. 11, p. 677-82, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001100008>. Acesso em: 06 de mai de 2020.

BERMAN, L; BERMAN, J; FELDER, S; POLLETS, D; CHABRA, S; MILES, M; POWELL, J. A. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient’s experience. **Fertil Steril.** v. 79, n. 3, p. 572-6, 2003. Disponível em: <[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(02\)04695-2/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(02)04695-2/pdf)>. Acesso em: 07 de mai de 2020.

BRASIL, D. M; NICOLAU, A. I. O; BILHAR, A. P. M; KARBAGE, S. A. L; LUCENA, S. V; CARMO, T. F; BEZERRA, L. R. P. S; Incontinência urinária e função sexual feminina: revisão integrativa de questionários validados. **Acta Paul Enferm.** V. 31, n. 5, p. 558-63, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n5/1982-0194-ape-31-05-0558.pdf>>. Acesso em: 14 de mai de 2020.

BERZUK, K; SHAY, B. **Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial.** Int Urogynecol J. 2015;26(6):837–44.

BOTH, S; LEW-STAROWICZ, M; LURIA, M; SARTORIUS, G; MASEROLI, E; TRIPODI, F; LOWENSTEIN, L. NAPPI, R. E; CORONA, G; REISMAN, Y; VIGNOZZI, L. Hormonal Contraception and Female Sexuality: **Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM).** J Sex Med. 2019 Nov;16(11):1681-1695. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.005. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31521571.

CARUSO, S; AGNELLO, C; INTELISANO, G; FARINA, M; MARI, L. D; CIANCI, A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. **Contraception.** V. 69, n 3, p.237- 40, 2004. Disponível em: <<https://www.contraceptionjournal.org/action/showPdf?pii=S0010-7824%2803%2900297-X>>. Acesso em: 26 de abr de 2020.

CICONELLI, R. M; FERRAZ, M. B; SANTOS, W; MEINÃO, I; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras de Reumatol.** V. 39, n 3, p. 143 -150, 1999. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296502&indexSearch=ID_>. Acesso em: 04 de nov de 2020.

CORREIA, L. S; BRASIL, C; SILVA, M. D; SILVA, D. F. C; AMORIN, H. O;LORDÊLO, P. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam**, Lauro de Freitas–BA, v. 32, n. 6, p. 405, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n6/v32n6a07.pdf>>. Acesso em: 06 de mai de 2020.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>>. Acesso em: 08 de mai de 2020.

FERREIRA, A. L. C. G; SOUZA, A. I; AMORIN, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>>. Acesso em: 23 de set de 2019.

FRANCESCHET, J; SACOMORI, C; CARDOSO, F. L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev Bras Fisioter.**, v. 13, n. 5, p. 383-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop052_09.pdf>. Acesso em: 20 de abr de 2020.

GREENSTEIN, A; BEM-AROYA, Z; FASS, O; MILITSCHER, I; ROSLIK, Y; CHEN, J; ABRAMOV, L. Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. **J Sex Med.** v 4, n 6, p.1679-83, 2007. Disponível em: <https://www.academia.edu/14378340/Vulvar_Vestibulitis_Syndrome_and_Estrogen_Dose_of_Oral_Contraceptive_Pills>. Acesso em: 20 de mai de 2020.

HOLANDA, J. B. L; ABUCHAIM, E. S. V; COCA, K. P; ABRÃO, A. C. F. V. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 573-578, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0573.pdf>>. Acesso em: 12 de abr de 2020.

HYDE, J. S; DELAMATER, J. D; PLANT, E. A; BYRD, J. M. Sexuality during Pregnancy and the Year Postpartum. **The Journal of Family Practice.** New Jersey: Quadrant HealthCom Inc. v. 47, n. 4, p. 305-308, 1998. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/13495905_Sexuality_during_Pregnancy_and_the_Postpartum_Year>. Acesso em: 12 de Jun de 2020.

KISNER, C; COLBY, L. **Exercícios terapêuticos. 3.ed. São Paulo: Manole; 1998.**

LARA, L. A. S; SILVA, A. C. J. S. R; ROMÃO, A. P. M. S; JUNQUEIRA, F. R. R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n6/08.pdf>>. Acesso em: 20 de jun de 2019.

LIMA, A. C; DOTTO, L. M. G; MAMEDE, M. V. Prevalência de disfunção sexual em primigestas no município de Rio Branco , Acre, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 27, n. 8, p. 1544-1554, 2013. <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a07.pdf>>. Acesso em: 10 de Jun de 2020.

MAGNO, L. D. P; PEREIRA, A. J. F; NUNES, E. F. C. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Pará, v. 2, n. 4, p. 39-46, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v2n4/v2n4a06.pdf>>. Acesso em: 11 de set 2019.

MENDONÇA, C. R; SILVA, T. M; ARRUDAI, J. T; GARCIA-ZAPATA, M. T. A; AMARAL, W. N. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Femina**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 195-202, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>>. Acesso em: 07 de mai de 2019.

MOURA, T. R; NUNES, E. F.C; LATORRE, G. F. S; VARGAS, M. M. Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 27, n. 3, p. 157-165, 2018. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981293/4283-16310-1-pb.pdf>>. Acesso em: 23 de set de 2019.

NEELS, H; WYNDAELE, J. J; TJALMA, W. A; DE WACHTER, S; WYNDAELE, M; VERMANDEL, A. **Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women.** J Phys Ther Sci. 2016;28(5):1524–33.

PEREIRA, T. R. C; DOTTORI, E. H; MENDONÇA, F. M. A. F; BELEZA, A. C. S. Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto: um estudo transversal. **Rev Saúde Mater. Infant.** v.18, n. 2, p. 295-300, 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v18n2/pt_1519-3829-rbsmi-18-02-0289.pdf>. Acesso em: 20 de jun de 2020.

SALIM, N. R.; GUALDA, D. M. Sexuality in the puerperium: the experience of a group of women. **Rev Esc Enferm USP.** v. 44, n. 4, p. 888-95, 2010. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/05.pdf>>. Acesso em: 20 de jan de 2020.

SILVA, C. R. **Cinesioterapia do assoalho pélvico feminino: abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas.** São Paulo: Editora Phorte; 2011. p. 32, 43-46.

SANTIAGO-CRUZ, R. M; ALVARADO-DE LUZURIAGA, E; MONROY-AZUARA, M. G; ARCIGA-VÁZQUEZ, G. S; CANO-VÁZQUEZ, E. N; CRUZ-APANCO, U; PALMA-JIMÉNEZ, I; MÉNDEZ-MARTÍNEZ, S. **Lactancia materna y alimentación infantil en el primer nivel de atención [Breastfeeding and infant feeding in the first level of attention].** Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2019 Dec 30;57(6):387-394. Spanish. PMID: 33001615.

SOK, C; SANDERS, J. N; SALTZMAN, H. M; TUROK, D. K. Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. **J Midwifery Womens Health**. 2016 Mar-Apr;61(2):158-65. doi: 10.1111/jmwh.12409. Epub 2016 Feb 5. PMID: 26849286.

TENDAIS, I; FIGUEIREDO, B; MOTA, J; CONDE, A. Atividade física, qualidade de vida e depressão durante a gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 219-228, 2011. Disponível em:
< <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/03.pdf>>. Acesso em: 07 mai de 2020.

World Health Organization. **Appropriate technology for birth**. *Lancet*. 2:436 -7, 1985.

WILLIAMS-ROBERTS, H; NEUDORF, C; ABONYI, S; CUSHON, J; MUHAJARINE, N. Facilitators and barriers of sociodemographic data collection in Canadian health care settings: a multisite case study evaluation. **Int J Equity Health**. 2018 Dec 27;17(1):186. doi: 10.1186/s12939-018-0903-0. PMID: 30591045; PMCID: PMC6307203.