

RELAÇÃO DO TIPO E NÚMERO DE PARTO NA FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM GENITAL FEMININA

• *um estudo observacional* •

*Hortênsia Amorim**, *Cristina Brasil***, *Tâmara Gomes****, *Larissa Correia**, *Patricia Martins****,
*Patricia Lordelo*****

* Acadêmica de Fisioterapia - Bolsista PIBIC/Bahiana. E-mails: hortensia_amorim@hotmail.com; laly.correia@hotmail.com

** Mestranda em Medicina e Saúde Humana - Bolsista FAPESB. E-mail: tinaabrasil@hotmail.com

*** Mestranda em Tecnologias em Saúde - Bolsista FAPESB. E-mails: gomestam@gmail.com; pmcarvalho@bahiana.edu.br

**** Doutora em Medicina e Saúde Humana, Docente permanente da Pós-graduação nos programas Medicina e Saúde Humana e Tecnologias em Saúde. E-mail: pvslordelo@hotmail.com

Resumo

Introdução: Devido às mudanças anatômicas que a gestação, o parto e a multiparidade causam nos músculos do assoalho pélvico (MAP) esses são fatores de risco para distúrbios do assoalho pélvico. Essas alterações podem levar a disfunção sexual ou a alteração da percepção da autoimagem genital. **Objetivo:** Verificar a relação dos tipos e número de parto com a função sexual e a autoimagem genital feminina. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal. Foram analisadas 384 mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos, sexualmente ativas, matriculadas em academias. Os critérios de exclusão envolvem as participantes com dificuldades de compreensão dos instrumentos e o preenchimento inadequado dos questionários. Os questionários FSFI (Female Sexual Function Index), FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) e os dados sociodemográficos foram autoaplicáveis. O FGSIS possui uma variação na pontuação de 7 a 28, no qual escores mais altos indicam uma autoimagem genital positiva e o FSFI – considera-se disfunção sexual o escore ≤ 26 . As variáveis categóricas (tipo e número de parto) foram apresentadas em frequências, e a relação do FSFI e FGSIS foi feita pelo teste t independente considerado um $p \leq 0,05$. **Resultados:** 384 mulheres com média da idade de $34,9 \pm 10,1$ anos e IMC de $24,1 \pm 3,5$ kg/m². O FSFI apresentou alteração nos domínios desejo e excitação, já os escores do FGSIS não tiveram influencia do número e tipo de parto. **Conclusão:** Os resultados mostraram que o número e o tipo de parto apresenta uma relação com a função sexual feminina diminuída, o que não foi demonstrado com relação a autoimagem genital.

Palavras-chave: Parto natural; Cesárea; Paridade; saúde sexual; autoimagem; genitália; mulheres.

CONNECTION TYPE AND NUMBER OF CHILDBIRTH IN SEXUAL FUNCTION AND FEMALE GENITAL SELF-IMAGE

• *observational study* •

Abstract

Introduction: Due to the anatomical changes that pregnancy, childbirth and multiparity cause in the pelvic floor muscles (PFMs), these are risk factors for pelvic floor disorders. These changes can lead to sexual dysfunction or alteration of the perception of genital self-image. **Objective:** To investigate the relationship between types and number of births and sexual function and female genital self-image. **Materials and Methods:** Observational cross-sectional study. We analyzed 384 women aged 18-60 years, sexually active, enrolled in gyms. The exclusion criteria involved participants who have difficulty in understanding the instruments. The FSFI (Female Sexual Function Index), FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) questionnaires and the sociodemographic data were self-reported. Higher FGSIS scores - which can range from 7 to 28 - were considered indicative of positive genital self-image and FSFI scores under 26 were considered indicative of sexual dysfunction score. Categorical variables (number and type of births) were presented in frequency and the association of FSFI and FGSIS was taken by independent t-test, $p = 0.05$ considered. **Results:** 384 women with a mean age of 34.9 ± 10.1 years and BMI of 24.1 ± 3.5 kg / m² were evaluated. The FSFI showed changes in desire and arousal domains and the FGSIS scores did not suffer influence of the number and type of deliveries. **Conclusion:** The results showed that the number and type of deliveries are related to reduced female sexual function, which has not been associated to genital self-image.

Keywords: Natural childbirth; Cesarean section; Parity; Sexual health; Self concept; Genitalia; Women.

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e multiparidade são fatores de risco para a disfunção dos músculos do assoalho pélvico (MAP), devido as mudanças anatômicas que estes causam.⁽¹⁾ Os músculos do períneo permitem o intercurso sexual e o parto, quando estão deficientes podem levar a disfunção sexual.⁽²⁾ Durante a gestação o MAP sofre grande tensão, por suportar o peso do feto durante a gestação. É na fase de expulsão do feto que esses músculos passam pelo maior estresse.⁽³⁾

A função sexual normal foi definida, por Kaplan (1977), como um ciclo composto por quatro fases

sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.⁽⁴⁾ Sendo a disfunção sexual caracterizada por falta, excesso, desconforto ou dor no desenvolvimento desse ciclo, podendo afetar uma ou mais fases.⁽⁵⁾ No Brasil, 30% das mulheres referem ter disfunção sexual.⁽⁶⁾

A autoimagem genital é a percepção que a mulher tem do seu órgão genital, podendo ser negativa ou positiva. Esta é influenciada por fatores socioculturais externos em relação ao órgão genital e por experiências sociais e sexuais.⁽⁷⁾ Andersen (1999) em seu estudo propôs que mulheres com

autoimagem negativa estão mais propensas a terem disfunção sexual. Ele também mostrou que uma autoimagem genital positiva pode ser um protetor para algum tipo de disfunção sexual, pois mulheres com autoimagem genital positiva são consideradas mais seguras e confiantes.⁽⁸⁾

É importante entender as alterações que o tipo de parto e o número podem causar no MAP para saber qual a relação com a saúde sexual e na percepção que a mulher estabelece com sua genitália. Já existem estudos que relacionam a saúde sexual com a autoimagem genital feminina,⁽⁸⁾ mas faltam pesquisas que os relacionem com o tipo e número de parto. O estudo tem o propósito de verificar a relação entre o tipo e número de parto com a função sexual e com autoimagem da genitália feminina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, realizado no período entre Fevereiro e Junho de 2014, com mulheres matriculadas em três academias de grande porte, sendo duas mistas e uma feminina, localizadas na cidade de Salvador e Lauro de Freitas - Ba. Foram incluídas mulheres com faixa etária entre 18 e 60 anos, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas e não grávidas. E excluídas aquelas que não preencheram adequadamente os instrumentos de avaliação propostos e que apresentavam dificuldades na compreensão dos questionários.

As mulheres foram convidadas pelas pesquisadoras a participarem da pesquisa. As que manifestaram interesse foram direcionadas para preencher os questionários autoaplicáveis em um local individualizado e reservado. Informações sociodemográficas como: Idade, grau de escolaridade, estado civil e renda, além de dados clínicos: IMC, tipo de parto, uso de medicamentos, menopausa e número de cirurgias na região pélvicas e genital, integravam os questionários.

A investigação foi realizada através da coleta de informações sociodemográficas, clínicas e dos instrumentos de avaliação propostos o FSFI (Female

Sexual Function Index) e o FGSIS (Female Genital Self-ImageScale). O questionário FGSIS, não foi validado para versão portuguesa, no entanto, o mesmo foi traduzido pelos autores do projeto para sua aplicação.

Para a avaliação da função sexual foi utilizado o FSFI que é um instrumento específico para avaliar a resposta sexual feminina nas últimas quatro semanas com os domínios – desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.⁽⁹⁾ Para cada pergunta há um padrão de resposta, cujas opções recebem uma pontuação de zero a cinco de forma crescente em relação à pergunta feita, exceto as questões referentes à dor, que a pontuação é definida de forma invertida.⁽¹⁰⁾ Com escore total variando entre dois a 36 pontos, sendo que escores ≤ 26 indicam disfunção sexual.

A avaliação da autoimagem genital foi feita através do FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) o qual avalia a autoimagem genital feminina seguindo os domínios - odor, aparência e funcionamento genital. É composto por sete perguntas com quatro opções de respostas (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente). Os escores variam de sete a 28 pontos, onde pontuações maiores demonstram uma autoimagem genital positiva.⁽¹¹⁾

O cálculo amostral foi realizado pela calculadora Winpepi (<http://www.brixtonhealth.com/pepi-4windows.html>) para uma estimativa de proporção usando como desfecho principal a função sexual. Foi baseado no estudo de ABDO, 2002.⁽⁶⁾ Então foi utilizado uma estimativa de proporção de 30% (estimativa da prevalência de mulheres com disfunção sexual) diferença aceitável de ± 5 , um nível de confiança de 95%, totalizando 323 participantes, acrescido 10% de possíveis perdas foram necessárias 355 mulheres.

As variáveis independentes corresponderão às informações sociodemográficas (idade, grau de escolaridade, estado civil, renda); informações clínicas: número de gestações tipo de parto, reposição hormonal, cirurgia na região genital e informações antropométricas. Tendo como variáveis

dependentes a função sexual e a autoimagem genital feminina.

As variáveis numéricas corresponderam às informações clínicas (IMC e idade), no qual foram apresentadas por média \pm desvio-padrão, e as variáveis categóricas do estudo consistiram nas informações sociodemográficas (grau de escolaridade, estado civil, renda, tipo e número de parto) que foram expressas em frequências absolutas. Os questionários foram categorizados de acordo com seus respectivos pontos de corte, a comparação entre função sexual, autoimagem genital e número e tipo de parto foi feito pelo teste T independente.

Para elaboração do banco de dados, análise descritiva e análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 14.0 para Windows. Os dados categóricos (estado civil, escolaridade, renda, IMC, tipo de parto, uso de medicamentos, menopausa, cirurgia pélvica e/ou genital e escores do FSFI e FGSIS) foram apresentados em frequência absoluta, enquanto os dados numéricos (idade) foram apresentados em termos de média e desvio padrão. Para a relação do número e tipo de parto com os escores do FSFI e FGSIS foi utilizado o teste t independente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), aprovado com CAAE no. 14425813.9.0000.5544, conforme rege a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes do início da coleta dos questionários.

RESULTADOS

Foram aplicados 385 questionários, sendo um perdido por não responder corretamente o instrumento FGSIS, finalizando a amostra com 384 mulheres. A média da idade foi $34,9 \pm 10,1$ anos e IMC de $24,1 \pm 3,5$ kg/m², 72,8% tiveram nível superior; a predominância do estado civil foi de mulheres casadas com 49,6%; a renda mais frequente foi de um a três salários mínimos com 29,2%. Dessas, 52,5% nulíparas, 15,2% tiveram um parto e 32,3% mulheres tiveram duas ou mais partos. Em relação ao tipo de parto 55,5% das mulheres não tiveram partos, 7,6% fizeram parto vaginal, 32,4% tiveram parto cesárea e 4,5% fizeram os dois tipos de parto, Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

(continua)

VARIÁVEL	MÉDIA FFL DP
IDADE	34,9 FFL 10,1 ANOS
IMC	24,10ffl3,52 kg/m ²
ACADEMIA	N (%)
Mista	249 (64,7)
ESCOLARIDADE	
Superior Completo	280 (72,7)
Superior Incompleto	69 (17,9)
Ensino Médio Completo	33 (8,6)
Fundamental	2 (0,5)
ESTADO CIVIL	
Casadas	190 (49,6)
Solteiras	180 (47,0)
Divorciadas	13 (3,4)

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

(conclusão)

VARIÁVEL	MÉDIA FFL DP
RENDA	
Nenhuma renda	31 (8,3)
Um a três salários mínimos	72 (19,3)
Quatro a seis salários mínimos	148 (29,2)
Sete a nove salários mínimos	63 (16,8)
Dez ou mais salários mínimos	94 (25,1)
NÚMERO DE PARTOS	
Nulíparas	202 (52,5)
Múltiparas	124 (32,3)
Um parto	58 (15,2)
TIPO DE PARTO	
Não tiveram partos	213 (55,5)
Cesárea	124 (32,4)
Vaginal	29 (7,6)
Vaginal e cesárea	17 (4,5)

IMC - Índice de massa corpórea.

Não houve diferença significativa ($p \geq 0,05$) na relação dos escores totais do FSFI com o número de partos. Porém, quando analisados os domínios do FSFI separadamente, e relacionando com o número de partos, foi encontrada significância. Com relação ao domínio “desejo” do questionário

FSFI, as mulheres nulíparas apresentaram média de $4,10 \pm 0,92$ e múltiparas $3,64 \pm 0,94$ ($p \leq 0,01$). Comparando o domínio “excitação” houve diferença significativa entre nulíparas ($4,73 \pm 0,96$) com múltiparas ($4,42 \pm 0,94$) ($p \leq 0,01$), Tabela 2.

Tabela 2 - Relação de nulíparas e múltiparas com FSFI, domínio desejo e excitação das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

NÚMERO DE PARTO	NULÍPARAS	MULTÍPARAS	P
Desejo	$4,10 \pm 0,92$	$3,64 \pm 0,94$	$p < 0,01$
Excitação	$4,73 \pm 0,96$	$4,42 \pm 0,94$	$p < 0,01$

Teste T independente.

Na análise do FSFI com o tipo de parto avaliado pelo Test t independente, podemos perceber que mulheres que não tiveram partos obtiveram um maior escore do domínio “desejo” $4,11 \pm 0,93$ quando comparado com mulheres que realizaram ce-

sárea $3,75 \pm 0,92$ ($p \leq 0,00$). Em relação ao domínio “dor”, mulheres que tiveram cesárea obtiveram um escore maior com $5,41 \pm 0,88$, quando comparado com mulheres que não tiveram parto com $5,03 \pm 1,2$ ($p \leq 0,01$), Tabela 3.

Tabela 3 – Relação de nenhum parto e parto cesáreo com os domínios desejo e dor do questionário FSFI das mulheres sexualmente ativas em academias de Lauro de Freitas e Salvador (BA), 2014

TIPO DE PARTO	NÃO TIVERAM PARTO	CESÁREA	P
Desejo	4,1ff10,9	3,8ff10,9	p· 0,00
Dor	5,0ff11,2	5,4ff10,9	p· 0,01

Teste T independente.

Quanto aos escores do questionário FGSIS com o número de parto, também não houve significância, com $p=0,72$. As mulheres nulíparas tiveram média de $23,8\pm 3,4$, as que tiveram um parto, $24,1\pm 3,1$ e as multíparas $23,7\pm 3,4$.

Relacionando o FGSIS com o tipo de parto, não foi encontrada significância. As mulheres que realizaram cesárea apresentaram uma média de $23,8\pm 3,2$, as que fizeram parto vaginal $24,5\pm 3,8$ e as que tiveram os dois tipos de parto $23,1\pm 3,2$ ($p=0,59$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, mulheres que fizeram parto cesáreo tiveram escores piores nos domínios dor e desejo do questionário FSFI quando comparado a mulheres que não realizaram nenhum tipo de parto, porém sem diferença entre os escores totais do FSFI das mulheres que tiveram parto vaginal e cesáreo. Independente do tipo de parto, a gestação causa alterações no MAP, visto que esses músculos precisam suportar o peso do útero gravídico.⁽¹²⁾ Apesar das pesquisas mostrarem que o parto normal influencia mais no MAP, quando comparados ao parto cesáreo, o fato de entrar em trabalho de parto, independente da via, pode gerar lesões nestas musculaturas devido ao estiramento desses músculos e à ação de alguns hormônios que causam o relaxamento muscular.⁽¹⁾ Tal relato pode explicar a não significância dos escores do FSFI das mulheres que tiveram parto vaginal e cesáreo. Acreditamos que nossos achados podem estar relacionados às alterações no assoalho pélvico decorrente da gestação que podem levar ao aumento

de dor durante a relação sexual e, com isso, diminuição do desejo.

Os músculos do assoalho pélvico permitem o intercuro sexual e o parto e, quando deficientes, podem levar a disfunções sexuais,⁽¹³⁾ concordando com o atual estudo que mostrou que mulheres não fizeram parto não apresentaram alteração na função sexual. Acreditamos, portanto, que não ter partos seja um fator de proteção para a disfunção sexual. Silva (2011) também afirma que o aumento do peso corpóreo materno, o peso do feto, os múltiplos partos e o parto normal são fatores agravantes para a diminuição de força do MAP, o que pode levar, em longo prazo, a disfunções do assoalho pélvico.⁽³⁾ Isso vai de encontro com nosso estudo, que mostrou que mulheres que tiveram partos vaginais não apresentam alterações na função sexual.

No estudo de Baytur et al. (2005), que avaliou a força do MAP e a função sexual utilizando o FSFI em três grupos de mulheres (pós parto vaginal, pós parto cesáreo e nulíparas), não houve significância em relação ao tipo de parto e a função sexual.⁽¹⁴⁾ Esse estudo corrobora com o presente trabalho, no qual, de modo geral, os escores do FSFI não mostraram diferença entre as mulheres que fizeram parto normal ou cesáreo.

Em relação ao número de partos, mulheres que tiveram algum parto apresentaram alteração na função sexual nos domínios “dor” e “excitação”, quando comparadas as mulheres que não tiveram partos. Não foram encontrados na literatura estudos que relacionem de forma direta o número de partos com a função sexual. Podemos relacionar a alteração dos escores dor e excitação com a alteração dos músculos do assoalho pélvico. Sendo justificado por Silva (2011) e Marcelino (2009), que afirmam

que a multiparidade é fator de risco para disfunção do assoalho pélvico (AP).⁽³⁻¹⁵⁾ As alterações nos MAP podem ser influenciadas pelo número de partos vaginais seguidos.⁽¹⁶⁾

Em relação à autoimagem genital feminina, nesse estudo não foi encontrada relação com o número e tipo de parto. Na literatura não há relatos da influência do número e tipo de parto na imagem que a mulher estabelece em relação a sua genitália. Pouco se sabe como o tipo e número de parto podem influenciar na autoimagem genital, podendo ser negativa ou positiva.

Acreditamos que a gestação pode alterar a autoimagem que a mulher estabelece com o seu corpo, visto que as alterações físicas, hormonais e psicológicas que ocorrem nesse período podem causar mudanças significativas na percepção corporal.⁽¹⁷⁾ Tais mudanças podem ser transferidas para a autoimagem genital, como afirma Berman (2013), que a insatisfação com o corpo pode se estender aos genitais.⁽⁷⁾ O estudo de Sanchez (2007) relata que mulheres que estão insatisfeitas com sua aparência corporal fazem menos sexo, experimentam menos o prazer sexual e têm o desejo e a satisfação diminuídos.⁽¹⁸⁾

Mulheres com autoimagem genital positiva foram definidas como emocionalmente quentes, indivíduos apaixonados que estão abertos a romances e liberais em suas atitudes sexuais.⁽⁷⁾ Esse estudo apresentou limitações quanto à população estudada, pois não houve diversidade, sendo estudadas somente mulheres praticantes de exercício físico e com predominância de renda e escolaridade altas.

CONCLUSÃO

Esse estudo conclui que o número e o tipo de parto têm influência na função sexual feminina, o que não aconteceu com a autoimagem genital. Faltam pesquisas na área da saúde sexual relacionadas ao número/tipo de parto e, principalmente, relacionando esses à autoimagem genital feminina. Os

autores sugerem pesquisas nessa área com outras populações para ampliação do tema.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2005; 27(11): 677-82.
2. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev. bras. fisioter.* 2009;13(5):383-9.
3. Silva CR. Cinesioterapia do assoalho pélvico feminino: abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas. São Paulo: Editora Phorte; 2011. pp. 32, 43-46.
4. Abdo CHH, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. clin.* 2006; 33(3):162-7.
5. Abdo CHH. Depressão e sexualidade. 2004^a. Citado por Abdo, Carmita Helena Hajjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos Diagnósticos e terapêuticos das Disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. clin.* 2006; 33(3):162-7.
6. Abdo CHH, Oliveira Júnior WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil Sexual da população Brasileira: resultado do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. *RBM rev. bras. med.* 2002;59(4):250-7.
7. Berman L, Berman J, Miles M, Pollets D, Powell JA. Genital Self-Image as a Component of Sexual Health: Relationship Between Genital Self-Image, Female Sexual Function, and Quality of Life Measures. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(s):11-21.
8. Andersen BL. Surviving cancer: The importance of sexual self-concept. *Med Pediatr Oncol.* 1999;33:15-23.
9. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do

- Female Sexual Function Index. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2008; 30(10):504-510.
10. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *J Sex Med.* 2011;8:158-166.
 11. RC, Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. Adaptação transcultural do índice de função sexual feminina *Cad. saúde pública.* 2008;24(2):416-26.
 12. Kisner C, Colby L. *Exercícios terapêuticos.* 3.ed. São Paulo: Manole; 1998.
 13. Francesche J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev. bras. fisio.* 2009;13(5):383-9.
 14. Baytur YB. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. 2005 Mar. Citado por Friedman S, Blomquist JL, Nugent JM, Mcdermott KC, Muñoz A, Handa VL. Pelvic Muscle Strength After Childbirth. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5).
 15. Marcelino TC, Lanuez FV. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. *ConScientiae saúde,* 2009; 8(2):339-344.
 16. Correggio KS, Junior Trapani A, Correggio KS, Mantovani PR. Avaliação da função muscular perineal em gestantes. *ACM Arq. catarin. med.* 2010; 39(3).
 17. Passanha A, Bortoletto APM, Feldenheimer ACS, Benício MHD. Insatisfação com a imagem corporal no período pré-gestacional e fatores associados. *Revista Psicologia e Saúde,* 2013;5(2),92-101
 18. Sanchez D, Kiefer A. Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Arch Sex Behav.* 2007;36:808-20.