

Prevalência de disfunções sexuais em adultas jovens e sua correlação com  
desfechos peripartais

Prevalence of sexual dysfunctions in young adults and their correlation with labour  
outcomes

Prevalência de disfunções sexuais e sua correlação com desfechos peripartais.

Janaina Almeida da Silva<sup>1</sup> Renata Florêncio Lopes<sup>2</sup> Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Discente do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA  
rfl\_renata@hotmail.com

<sup>2</sup> Discente do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA  
jjanainalmeida@gmail.com

<sup>3</sup>Docente do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA  
[belisaduarte@asces.edu.br](mailto:belisaduarte@asces.edu.br)

Autor correspondente: Janaina Almeida da Silva

Endereço: Rua Professor José Lucas N° 60

Cep:55660-000

Conflito de interesse: Nada a declarar

Fonte de financiamento do projeto: Estudantes

## Resumo

**Introdução:** Fatores comportamentais e biológicos podem influenciar a função sexual feminina, especialmente relativa ao desejo hipoativo. Apesar dos fatores subjetivos serem bem documentados na influência sobre a função sexual feminina, há uma escassez relativa às variáveis concretas ligada à função muscular perineal, que podem influenciar positiva e negativamente na sexualidade da mulher,

**Objetivo:** Investigar a prevalência de disfunções sexuais, e sua associação com fatores peripartais em mulheres adultas. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo piloto quantitativo, analítico de corte transversal. A população estudada foi mulheres adultas jovens, com histórico de partos pregressos, onde foram recrutadas 40 mulheres para a pesquisa. A amostra foi recrutada em clínicas de saúde e repartição que atende público feminino da cidade de Caruaru-PE. Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: um formulário desenvolvido especificamente para esta pesquisa, com dados sociodemográficos e um segundo instrumento de coleta, o Female Sexual Function Index (FSFI), para avaliar a função sexual em mulheres. **Resultados:** A prevalência de disfunção sexual entre as entrevistadas foi de 25%, sendo a maioria dessas mulheres multíparas (100%), histórico de parto cesáreo/vaginal (40%), com tempo de parto recente <5 anos (60%) e histórico de episiotomia como trauma perineal (50%). **Conclusão:** Os resultados encontrados sugerem que os desfechos peripartais, como trauma perineal por episiotomia, parto recente e multiparidade podem influenciar na vida sexual da mulher.

**Descritores:** Sexualidade, Paridade, Disfunção Sexual.

## Abstract

**Introduction:** Behavioral and biological factors may influence female sexual function, especially regarding hypoactive desire. Although the subjective factors being well documented in the influence on the female sexual function, there is a shortage relative to the concrete variables related to the perineal muscular function, that can influence positively and negatively in the sexuality of the woman. **Objective:** To investigate the prevalence of sexual dysfunctions, and its association with peripartal factors in adult women. **Material and Methods:** This is a quantitative,

cross-sectional analytical pilot study. The population studied was young adult women, with history of births and 40 women were recruited for the research. The sample was recruited in health clinics and distribution that serves the female public of the city of Caruaru-PE. For the data collection, two instruments were used: a form developed specifically for this research, with sociodemographic data and the second collection instrument, the Female Sexual Function Index (FSFI), that was applied to evaluate sexual function in women. **Results:** The prevalence of sexual dysfunction among the interviewees was 25%, with the majority of these women multiparous (100%), a history of cesarean / vaginal delivery (40%), recent delivery time of <5 years (60%) and with episiotomy, having a more prevalent type of perineal trauma (50%). Conclusion: The results suggest that peripartal outcomes, such as episiotomy perineal trauma, recent birth and multiparity can influence the sexual life of the woman.

**Descriptors:** Sexuality, Parity, Sexual Dysfunctions.

## **Introdução**

A saúde sexual é definida como a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor.<sup>1</sup> A sexualidade, um dos indicadores de qualidade de vida, influencia em ações e pensamentos, sentimentos e integrações, portanto, na saúde física e mental do indivíduo. Tem relação com fatores extrínsecos, como religião, condição social, econômica, e cultural; e fatores intrínsecos como, emocional, intelectual e psicológico, podendo assim ser parte importante na saúde da mulher <sup>2</sup>.

Para a análise de qualquer disfunção sexual é importante o entendimento do ciclo da resposta sexual normal, bem como a compreensão de que os distúrbios orgânicos e psíquicos estão intimamente relacionados<sup>3</sup>. Então, pode ser caracterizada a disfunção sexual por um conjunto de queixas e sintomas sexuais, que pode resultar em falta de interesse sexual, falta de prazer, por falha das

respostas fisiológicas necessárias para a interação sexual, ou ainda por incapacidade de controlar ou experimentar o orgasmo <sup>4</sup>.

As disfunções sexuais femininas podem estar associadas à idade, estado civil, religião, etnia, fatores relacionados ao parto ou a algum tipo de procedimento cirúrgico, como cirurgia cesariana, episiotomia, laceração perineal ou à presença de alguma disfunção pélvica, como incontinências urinárias, fecais e distopias genitais<sup>5</sup>.

A disfunção geniturinária e sexual produzida pelo trauma perineal (por episiotomia ou laceração espontânea) pode ser atribuída à perda ou diminuição do tônus muscular na estrutura pélvica <sup>6</sup>.

Evidências científicas apontam que a episiotomia de rotina danifica as estruturas vaginais mais do que as protege. O fato pode ser reforçado com a informação de que mulheres cujos filhos nasceram por um períneo intacto mostram os menores índices de disfunções sexuais; enquanto os traumas perineais e o uso de instrumentação obstétrica são fatores relacionados à frequência e gravidade da dispareunia pós-parto, indicando que, independentemente do tipo de lesão, é importante minimizar a extensão do dano perineal durante o parto<sup>7</sup>.

Em relação à paridade, estudos indicam que mesmo quando adotadas políticas de assistência obstétrica baseadas em evidências científicas, as mulheres com histórico de parto normal e primíparas estão propensas a sofrer consequências no assoalho pélvico (decorrente de episiotomia e de lacerações espontâneas) do que mulheres múltiparas ou que fizeram cesariana eletiva, ainda que esta não seja um fator protetor de doenças geniturinárias<sup>8,9</sup>.

Apesar de fatores comportamentais como depressão juntamente com o seu tratamento, conduzirem a um agravamento da disfunção sexual, especialmente relativo ao desejo hipotativo<sup>10</sup>, autores relatam que outros fatores podem induzir positivamente uma melhora da satisfação feminina ligada ao sexo. Segundo Antunes<sup>11</sup> (2008) a amamentação, por exemplo, induz respostas biológicas semelhantes às do coito, pois estimulam a contratilidade uterina e um aumento do interesse sexual pós-parto.

Apesar da literatura ser bem documentada a respeito dos fatores subjetivos que podem influenciar a função sexual feminina, há uma escassez relativa às variáveis concretas ligada à função muscular perineal, que podem influenciar

positiva e negativamente na sexualidade da mulher, tais como o tipo de parto, histórico de traumas perineais peripartais e paridade. Portanto, este estudo teve como objetivo Investigar a prevalência de disfunções sexuais, e sua associação com fatores peripartais em mulheres adultas.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo piloto quantitativo, analítico de corte transversal que analisou mulheres adultas jovens, com histórico de partos progressos. Foram recrutadas por conveniência 40 mulheres. A amostra foi recrutada em clínicas de saúde e repartição que atende público feminino da cidade de Caruaru-PE. A coleta de dados em campo da pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces/Unita sob protocolo no. 62295016.0.0000.5203.

Foram incluídas no estudo mulheres com idade entre 18 e 45 anos, atendidas em clínicas de saúde e repartição que atende público feminino da cidade de Caruaru-PE e excluídas do estudo mulheres nulíparas, grávidas, com histórico de violência sexual, que não tinham parceiro fixo, que apresentaram comprometimento cognitivo que impossibilitaram a compreensão das questões ou analfabetismo, além de abstinência sexual nas últimas 4 semanas. Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro tratou-se de um formulário desenvolvido especificamente para esta pesquisa, composto de 28 questões, com dados sociodemográficos (idade, ocupação, estado civil, religião e escolaridade); antecedentes pessoais (comorbidades, etilismo, tabagismo, terapia de reposição hormonal e cirurgias ginecológicas); antecedentes obstétricos (paridade, tempo de paridade, tipo de parto, história do uso de fórceps e de episiotomia) e história sexual (satisfação com a vida sexual).

Em seguida, foi aplicado o segundo instrumento de coleta, o Female Sexual Function Index (FSFI),<sup>12</sup> para avaliar a função sexual em mulheres. A escala tem avaliação psicométrica, incluindo estudos de confiabilidade, validade de convergência e de discriminação, sendo um questionário desenvolvido para ser auto-aplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina. O mesmo é

composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas à aplicação do questionário e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada.

Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total <sup>13</sup>.

As mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade e desejaram participar da pesquisa, assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, e foram submetidas ao questionário sócio-demográfico. Em seguida, receberam o Female Sexual Function Index para preenchimento próprio, sem interferência do entrevistador para a não ocorrência de viés de resposta (esse só foi acionado apenas para tirar dúvidas do preenchimento, caso a participante necessitasse). Ao final do preenchimento, a participante colocava a resposta em um envelope opaco para posterior avaliação. Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Excel (versão 2013).

## **Resultados**

Foram selecionadas no estudo 47 mulheres. 7 mulheres foram excluídas por estarem grávidas (4), não possuírem parceiro fixo (2), ou por serem analfabetas (1). As características da amostra são demonstradas na tabela 1. Entre as 40 mulheres que foram incluídas no estudo, vimos que a média de idade foi de 33,5 anos ( $\pm 6,64$ ) e a média da renda individual aproximada foi um pouco maior que um salário mínimo. Em relação à quantidade de filhos foi visto que a maioria das mulheres tinham até 3 filhos, em relação ao grau de instrução, a maior parte tinha escolaridade acima do ensino fundamental completo e a maioria era casada ou vivia em união estável com seu parceiro, dados referentes a tabela 1.

No que se refere aos dados peripartais e ginecológicos a tabela 2, mostra que o tipo de parto mais prevalente foi o cesáreo (40%) e em seguida o parto vaginal (37,5). 50% das mulheres relataram não ter sofrido algum tipo de trauma perineal durante o parto e as que relataram ter sofrido, o tipo mais incidente foi a episiotomia (45%). Sobre a realização de cirurgias ginecológicas, 57,5% das mulheres relataram não ter realizado, e as que realizaram 37,5% foi do tipo laqueadura.

A tabela 3 refere-se à satisfação do relacionamento com seu parceiro, se a participante apresenta algum tipo de desconforto (físico ou psicológico) e episódio de perda de urina durante o ato sexual ou ao decorrer do dia. Como observado, a maioria das mulheres relataram se sentirem satisfeitas com o relacionamento (50%), apenas 5% se sentem insatisfeitas e 10% pouco satisfeitas. O desconforto sexual mais prevalente foi a dor (dispaurenia) (17,5%), onde 10% dessas mulheres apresenta perda de urina durante a relação sexual e 5% durante o dia.

A tabela 4 é relativa a prevalência de disfunção sexual de acordo com questionário FSFI<sup>12</sup> e sua correlação com desfechos peripartais. Como podemos observar, 25% das mulheres entrevistadas apresentaram disfunção sexual (score $\leq$ 26), cerca de 30% destas mulheres tem histórico de parto cesáreo, e 40% cesáreo/vaginal. Todas as mulheres que apresentaram disfunção sexual são múltiparas (100%), e 60% possui tempo de parto <5 anos. A prevalência de trauma perineal do tipo episiotomia foi maior (50%) nas mulheres que apresentaram disfunção sexual. Podemos observar que a maioria das mulheres sem disfunção sexual (Score>26), não sofreram trauma perineal peripartal (57%).

## **Discussão**

Os resultados encontrados no presente estudo mostram que a prevalência de disfunções sexuais foi de 25% entre as participantes, valor considerado razoavelmente alto. Tais dados concordam com alguns estudos, nos quais a prevalência de disfunção sexual feminina variou de 20% a 73%<sup>14,15</sup> A disfunção sexual feminina apresenta elevada taxa de prevalência na população, tendendo a aumentar conforme a idade, já sendo considerada importante problema de saúde da mulher, com repercussões significativas na qualidade de vida. Estudos

epidemiológicos nos EUA, Reino Unido e Suécia indicam que cerca de 40% das mulheres com idades entre 18- 59 anos apresentam queixas sexuais significativas<sup>3</sup>.

Em um estudo realizado por Prado<sup>16</sup>, não foi observado uma associação entre escolaridade ou renda e disfunção sexual, resultado similar com o presente estudo. A disfunção sexual pode não surgir diretamente relacionada com o tipo de parto, mas sim com os distúrbios resultantes do traumatismo do assoalho pélvico<sup>17</sup>.

De acordo com os resultados, 50% das mulheres entrevistadas não sofreram algum tipo de trauma perineal, porém foi visto que as mulheres que apresentaram disfunção sexual tiveram trauma perineal do tipo episiotomia. Tal resultado condiz com um estudo<sup>18</sup> que analisou a repercussão da episiotomia sobre a sexualidade, que as mulheres submetidas a este procedimento cirúrgico apresentaram queixa ou desconforto sexual. Segundo Hasegawa e Leventhal<sup>19</sup>, a função sexual da mulher também pode ser alterada por fatores, como traumas perineais, que são muito comuns em mulheres que já tiveram filho devido ao parto ou foram submetidas a outros tipos de cirurgias ginecológicas.

No que se refere à paridade, o presente estudo observou que a maior parte das participantes que apresentaram disfunção sexual são multíparas, sugerindo assim uma relação entre alta paridade e disfunção sexual. Tais achados discordam do estudo de Silva<sup>20</sup>, que não encontrou diferença entre escores de função sexual de mulheres primíparas e multíparas. Segundo Silva<sup>21</sup>, a multiparidade também pode ser um fator de risco para disfunção do assoalho pélvico, pois independente do tipo de parto, a gestação causa alterações na musculatura do assoalho pélvico por suportarem o peso do útero gravídico<sup>22</sup>, fato que, por si só, é capaz de intervir na função biomecânica desses músculos.

Os músculos do assoalho pélvico permitem o intercuro sexual e o parto e, quando deficientes, podem levar a disfunções sexuais<sup>23</sup>. Os estudos de Amorim et al.<sup>24</sup> que mostraram que mulheres sem histórico de parto não apresentaram alteração na função sexual, sugerindo que nuliparidade pode ser um fator de proteção para a disfunção sexual. Os fatores ligados à gestação, como 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, fatores que podem levar, em longo prazo, a disfunções do assoalho pélvico.



Por outro lado, as mulheres que apresentaram disfunção sexual tinham o tempo de parto mais recente (<5anos). Resultados semelhantes foram identificados em um estudo com mulheres no primeiro ano após o parto, onde cerca de 64% vivenciaram problemas sexuais nesse primeiro ano<sup>25</sup>. Essa prevalência de disfunção sexual em tempo recente de parto pode ser presente, pelo fato da mulher buscar conciliar a função materna às outras funções que desempenham na sociedade. Algumas mulheres acabam por colocar suas necessidades em último plano, ficando sem tempo, disposição e condições físicas e/ ou emocionais para o exercício satisfatório de sua sexualidade<sup>26</sup>

O desconforto sexual e perda de urina foi investigado no presente estudo e o desconforto mais prevalente entre as participantes foi a dor (dispareunia) durante o ato. Esse dado condiz com o estudo de Auge<sup>3</sup> realizado para investigar a prevalência das principais queixas sexuais, onde 23,1% das entrevistadas relataram sentir dor na relação sexual.

Um outro fator investigado foi o relato de perda urinária durante o ato sexual. A literatura aponta as hipóteses de haver perda de urina pelo aumento de pressão abdominal ou por contrações involuntárias do detrusor durante o intercurso do sexo. A perda urinária relacionada ao momento do coito tem grande impacto na qualidade de vida sexual das mulheres. A prevalência desse problema é considerável, variando na literatura de 10,6% a 36,2% das pacientes incontinentes<sup>3</sup>, resultados similares ao nosso estudo.

Os resultados encontrados sugerem que os desfechos peripartais, como histórico de trauma perineal peripartal decorrente da episiotomia, histórico de parto recente e multiparidade com histórico de parto vaginal e cesáreo, podem influenciar na vida sexual da mulher. A investigação desses fatores em amostras maiores e estudos estatísticos que apontem a real influência dos mesmos na qualidade de vida dessas mulheres podem ajudar a elucidar maneiras de diminuir a incidência de disfunção sexual na população materna.

## **Referências**

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *Cadernos de atenção básica*. 2013, Brasília, 1. ed., 1. reimpr.

2. Tozo IM, Lima SMR, Gonçalves N, Moraes JC, Aoki T. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med*,2007, São Paulo,52(3):94-9.
3. Auge APFE, Silva RSB, Leite AKN, Gouvêa ES, Genevcius RFF, Pinto RO, et. al. Sintomas do trato urinário inferior e sexualidade: uma revisão. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*, 2010, São Paulo,55: 76-81.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
5. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol* ,2002,Los Angeles, 20,111–118.
6. Leeman LM, Rogers RG, Greulich B, Albers LL. Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *J Am Board Fam Méd*. 2007; 20(5):451-7.
7. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*,2003;43 (6):555-68.
8. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43:880-8.
9. Dellú MC, Zácaro PMD, Schimitti ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Revista Bras Fisioter.*, 2008,São Carlos,.
10. Brasiliano S, Hochgraf, PB. Substance use disorder women with and without eating disorders: clinical and demographic characteristics and length of stay in a substance use gender-responsive program. No prelo, 2006
11. Antunes LS, Antunes LA, Corvino MPF, Maia LCI. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,2008, Rio de Janeiro;13(1):103-109.

12. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet.*;2008, Campinas, 30(10):504-10
13. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. *Cad. Saúde Pública*, 2009, novembro, Rio de Janeiro, 25(11):2333-2344.
14. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Bras. Saúde Matern. Infant.*,2007, Recife,7(2):143-150.
15. Belentani .M, Marcon SS, Pelloso SM. Sexuality patterns of mothers with high-risk infants. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(1):107-13.
16. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(3):139-43.
17. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(2):281-9.
18. Hisasue SI., Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R et. al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 2005; 65: 143-148.
19. Hasegawa J, Leventhal LC. Pharmacological and non pharmacological treatment for relief of perineal pain after vaginal delivery. *Einstein (São Paulo)*. 2009;7(2):194-200.
20. 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.
21. Silva SCB. Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento,2014.

22. 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.
23. 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.
24. Amorim et al. Relação do tipo e número de parto na função sexual e autoimagem genital feminina um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia.* 2015 Abr;5(1):49-56.
25. Holanda JBL, ABUCHAIM ESV, Coca KP, Abrão ACFV. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(6):573-8.
26. Marcelino TC, Lanuez FV. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. *ConScientiae saúde,* 2009; 8(2):339-344.

## Tabelas

**Tabela 1.** Características gerais da amostra relativas a dados pessoais e sociodemográficos

Variáveis	Resultados	
<b>Tamanho da amostra (N)</b>	%	
	40	100
<b>Idade (anos)*</b>	33,53	±6,64
<b>Renda individual aproximada*</b>	1.292	±709,50
<b>Quantidade de filhos*</b>	2,2	±1,11
<b>Grau de instrução</b>		
Ensino fundamental completo	3	7,5
Ensino fundamental incompleto	12	30

Ensino médio completo	7	17,5
Ensino médio incompleto	7	17,5
Superior completo	7	17,5
Superior incompleto	4	10
<b>Estado civil</b>		
Solteira	6	15
Casada/União estável	31	77,5
Divorciada	1	2,5
Viúva	2	5

---

\*Valores expressos como média  $\pm$  desvio padrão

**Tabela 2.** Características gerais da amostra relativas a dados peripartais e ginecológicos

<b>Variáveis</b>		<b>Resultados</b>	
<b>Tamanho da amostra</b>	<b>(N)</b>	<b>%</b>	
	24	100	
<b>Tipo de parto</b>			
Cesáreo	16	40	
Vaginal	15	37,5	
Vaginal e cesáreo	7	17,5	
Instrumental	1	2,5	
Instrumental e cesáreo	1	2,5	

**Trauma perineal**

Não	20	50
Episiotomia	18	45
Episiotomia e laceração	2	5

**Cirurgia ginecológica**

Não	23	57,5
Laqueadura	15	37,5
Laqueadura e histerectomia	1	2,5
Histerectomia	1	2,5

---

\*Valores expressos como média  $\pm$  desvio padrão

**Tabela 3.** Características gerais da amostra a dados relativos a satisfação com o relacionamento e presença de desconforto sexual ( físico ou psicológico)

---

<b>Variáveis</b>	<b>Resultados</b>	
<b>Tamanho da amostra (N)</b>		<b>%</b>
	40	100
<b>Satisfação com o relacionamento</b>		
Satisfeita	20	50
Muito satisfeita	14	35
Insatisfeita	2	5
Pouco satisfeita	4	10
<b>Desconforto sexual</b>		
Não	29	72,5

Dor	7	17,5
Indisposição	1	2,5
Emocional	2	5
Sem vontade	1	2,5
<b>Perda de urina</b>		
Não	34	85
Durante a relação sexual	4	10
Durante o dia	2	5

**Tabela 4.** Prevalência de disfunção sexual e sua correlação com os desfechos peripartais

Variáveis	Mulheres sem disfunção sexual		Mulheres com disfunção sexual	
	N	%	N	%
<b>Scores do FSFI</b>				
Score≤26			10	25
Score>26	30	75		
<b>Desfechos peripartais</b>				
<b>Tipo de parto</b>				
Cesáreo	13	43,3	3	30
Vaginal	13	43,3	2	20
Vaginal e cesáreo	3	10	4	40

Instrumental	1	3,3	-	-
Instrumental e cesáreo	-	-	1	10
<b>Trauma perineal</b>				
Não	17	57	3	30
Episiotomia	13	43,3	5	50
Episiotomia e laceração		-	2	20
<b>Paridade</b>				
Primíparas	11	37		-
Multiparas	19	63,3	10	100
<b>Tempo de parto</b>				
Abaixo de 5 anos	7	23,3	6	60
5 a 10 anos	14	47	3	30
10 a 20 anos	9	30	1	10

---