

ARTIGO ORIGINAL

Incontinência urinária e disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional e seis meses após o parto

Urinary incontinence and sexual dysfunction in the third trimester of pregnancy and six months after delivery

Ana Eliza Rios de Araújo Mathias ^{1*}, Ana Carolina Rodarti Pitangui ², Leane Feitosa Macedo ³, Thaís Guimarães Dias ³.

RESUMO

Introdução: A gestação, o parto e o pós-parto podem levar a alterações no sistema geniturinário da mulher, sendo esses alguns dos fatores de risco relevantes para o desencadeamento de sintomas urinários e subsequentes mudanças na função sexual.

Objetivos: Determinar a prevalência de Incontinência Urinária (IU) e Disfunções Sexuais (DS) em mulheres durante o terceiro trimestre gestacional e no sexto mês pós-parto, e sua associação com fatores de risco. **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal realizado nos postos de saúde das cidades de Juazeiro-Bahia e Petrolina-Pernambuco (Brasil). Realizado com 54 mulheres, as quais preencheram uma ficha de dados sociodemográficos e os questionários Female Sexual Function Index (FSFI) e International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). Os dados foram processados e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Resultados:** Dentre as 54 participantes 37% apresentaram IU durante o terceiro trimestre gestacional, e em seis meses após o parto 14,8%. Com relação a prevalência de DS, durante a gravidez foi de 42,6% e 32,6% após o parto. Não houve diferença estatística na associação entre as variáveis idade, Índice de Massa Corpórea (IMC), paridade e escolaridade com a presença de IU e DS.

Conclusões: O presente estudo evidenciou uma maior prevalência de IU durante a gestação quando comparada em seis meses após o parto, e uma taxa moderada de mulheres com DS no terceiro trimestre gestacional, havendo melhora na função sexual em seis meses após o parto. Além disso, não foi verificada diferença estatística na associação de DS e IU com as variáveis idade, paridade, IMC e escolaridade.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Sexualidade, Prevalência, Gravidez, Período pós-parto.

ABSTRACT

Introduction: pregnancy, childbirth and the postpartum can lead to changes in the genitourinary system of women, these being some of the important risk factors for the onset of urinary symptoms and subsequent changes in sexual function. **Objectives:** To determine the prevalence of urinary incontinence (UI) and Sexual Dysfunctions (DS) in women during the third trimester of pregnancy and the sixth month postpartum, and its association with risk factors. **Methodology:** This is a longitudinal study conducted in health centers in the cities of Juazeiro-Bahia and Petrolina-Pernambuco (Brazil) conducted with 54 women who filled out a form of sociodemographic data and questionnaires Female Sexual Function Index (FSFI) and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). Data were processed and analyzed by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). **Results:** Among the 54 participants 37% had UI during the third trimester, and six months after birth 14.8%. Regarding the prevalence of DS during pregnancy it was 42.6% and 32.6% after delivery. There was no statistical difference in the association between age, body mass index (BMI), parity and education with the presence of UI and DS. **Conclusions:** The present study showed a higher prevalence of UI during pregnancy compared to six months after birth, and a moderate rate of women with DS in the third trimester with an improvement in sexual function in six months after delivery. Also, it could not find statistical difference in the association of DS and IU with age, parity, BMI and education.

Keywords: Urinary Incontinence, Sexuality, Prevalence, pregnancy, postpartum period.

¹Professora Assistente do colegiado de Fisioterapia, Universidade de Pernambuco (UPE) – Petrolina (PE), Brasil.

²Professora Adjunta do colegiado de Fisioterapia, UPE - Petrolina (PE), Brasil.

³Curso de Graduação em Fisioterapia, UPE, Petrolina (PE), Brasil

*Autor correspondente: E-mail: elizamathias@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o pós-parto podem levar a alterações no sistema geniturinário da mulher, sendo esses alguns dos fatores de risco relevantes para o desencadeamento de sintomas urinários e subsequentes mudanças na função sexual^{1,2}. Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a Incontinência Urinária (IU) consiste em perda involuntária de urina, que acarreta um problema de saúde pública que pode interferir na qualidade de vida das mulheres de forma negativa, levando-as a uma mudança de comportamento. Segundo dados sobre a prevalência da IU durante o período gestacional, principalmente no terceiro trimestre, a prevalência é de 30,61%³, enquanto que no puerpério varia de 27 a 33%^{4,5,11}, considerando-se o tipo mais frequente a IUE.

Essa doença pode ser dividida em três subtipos: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU), ou bexiga hiperativa (BH), e incontinência urinária mista (IUM)⁴, sendo a IUE a forma mais comum de incontinência na mulher, cuja principal causa é a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP), que leva a hiper mobilidade vesical, como consequência de partos múltiplos, cirurgias pélvicas, idade avançada, múltiplas gestações e deficiência estrogênica^{5,6}.

Além desses fatores, a duração do trabalho de parto, dificuldade na extração fetal durante a cesariana, peso do recém-nascido, trauma perineal, episiotomia e outros fatores mecânicos, endócrinos e neurais podem levar também à perda ou diminuição do tônus muscular perineal, causando disfunção geniturinária^{1,2}. Além disso, a gestação leva ao aumento de peso no útero e nas vísceras pélvicas sobre a MAP, causando enfraquecimento e consequente incontinência urinária (IU)⁶. Da mesma forma, o período pós-parto caracteriza-se por inúmeras mudanças e adaptações, e quando somado à perda

involuntária de urina, a situação pode se tornar uma experiência negativa para a mulher diante da maternidade^{1,7}.

A presença de sintomas urinários, assim como tais alterações pertinentes desses períodos podem modificar a função sexual da mulher desencadeando algum dos tipos de DS. Sendo esses referentes a falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento de uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, compostas pelo desejo, excitação, orgasmo e resolução⁸⁻¹⁰. Segundo a última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) publicada em 2013, as DS são consideradas gênero-específicas, sendo o comprometimento das fases de desejo e de excitação da mulher constituintes de uma única disfunção¹⁰.

Ainda de acordo com esse Manual (DSM-V), as DS femininas podem ser classificadas em Transtorno do Orgasmo, Transtorno do Desejo/Excitação Sexual (diminuição ou ausência de desejo sexual e/ou lubrificação-turgescência), Transtorno de Dor Gênero-Pélvica/Penetração (Dispareunia e Vaginismo) e Disfunção Sexual induzida por Medicação/Substância. Quanto aos subtipos podem ser conceituadas em recorrentes ou persistentes, primárias ou secundárias, situacionais ou generalizadas¹⁰.

Assim, de acordo com os dados sobre o comportamento sexual do brasileiro (ECOS), cerca de 30% das mulheres apresentam algum tipo de DS⁸, com aumento desses índices nos períodos da gestação e pós-parto, com prevalências de 33,5%, 76% e 43,5%, antes, durante a gestação e no período puerperal¹¹. No entanto, apesar de tais transtornos apresentarem alta prevalência na população feminina e influenciarem tanto a qualidade de vida quanto a relação conjugal da mulher⁸, principalmente no período gestacional e puerperal, ainda são poucos abordados na prática dos profissionais de saúde.

Além disso ainda são escassos os dados referentes a esses assuntos especificamente no público envolvido, principalmente em relação à região Nordeste. Desta forma diante das inúmeras repercussões negativas que a IU e DS podem ocasionar na vida da mulher, principalmente nesses períodos, destaca-se a relevância do presente estudo, que teve como objetivo determinar a prevalência de IU e de DS em mulheres no terceiro trimestre de gestação e no sexto mês após o parto, e sua associação com os possíveis fatores de risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo com delineamento longitudinal, que foi realizado nos postos de saúde das cidades de Juazeiro-Bahia e Petrolina-Pernambuco. A amostra foi composta por 54 gestantes que realizavam acompanhamento de pré-natal nos postos de saúde das respectivas cidades. A coleta de dados foi realizada no período entre setembro de 2013 a setembro de 2014, e foram realizadas nos postos de saúde ou na residência das participantes, com agendamento prévio por contato telefônico.

Incluíram-se gestantes no terceiro trimestre gestacional com gestação de baixo risco e com relação sexual ativa. Quanto aos critérios de exclusão, foram utilizados: gestação de alto risco ou gemelar, infecção urinária no momento da entrevista, portadora de diabetes mellitus e mulheres que relataram ter sido vítimas de violência sexual e ter apresentado quadro de depressão anterior ou atual diagnosticada, assim como não falar ou compreender a língua portuguesa.

A amostra não probabilística foi intencional e por conveniência. As voluntárias foram convidadas pela pesquisadora a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi solicitado o preenchimento da ficha de dados sociodemográficos e clínicos e, em seguida, o preenchimento dos questionários

International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) e o Female Sexual Function Index (FSFI). O ICIQ-SF validado por Tamanini *et al.*¹³, que pode ser utilizado para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida, a prevalência da IU, classificar os tipos de incontinência. As respostas resultam em uma soma, de 0 a 21, onde 0 representa a ausência de IU e maior ou igual a 1, a presença de IU.

O FSFI é um instrumento utilizado para avaliar a função sexual e foi validado para língua Portuguesa por Thiel *et al.*¹⁴. É composto por 19 questões, divididos em cinco domínios para avaliar a função sexual: desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor/desconforto, no qual as pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que formam cada domínio (escore simples) e que multiplicadas pelo fator correspondente fornecem o escore ponderado, a pontuação final (escore total: mínimo de 2 e máximo de 36) é alcançada pela soma dos escores ponderados de cada domínio, sendo 26,55 o ponto de corte para uma boa função sexual¹⁵.

Este estudo seguiu as determinações éticas para pesquisa com seres humanos, segundo a resolução nº466/12, de 12 de dezembro de 2012. Além disso, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o CAAE nº 19374713.2.0000.5207 do ano de 2013.

Foi realizado estudo piloto em 10 gestantes para verificar a compreensão e eficácia dos instrumentos de coletas de dados e possíveis vieses, correções ou limitações nos procedimentos de pesquisa.

Os dados foram processados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, Estados Unidos da América). Após a codificação das variáveis em um banco de dados e da validação por dupla entrada, foi feita uma análise exploratória das variáveis. A análise dos resultados foi descritiva. Inicialmente, foi verificada a normalidade dos dados pelo

teste Kolmogorov-Smirnov, diante de uma distribuição simétrica foi utilizada medida de tendência central e de dispersão para apresentação das variáveis contínuas, ou medida de tendência central adicionada a separatrizes quando a distribuição foi não paramétrica. Calculou - se possíveis associações por meio do teste Qui-Quadrado. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$. Intervalos de confiança (IC_{95%}) quando determinados foram exatos.

RESULTADOS

A idade das participantes variou de 15 a 40 anos, com mediana de 25 anos. Todas as participantes fizeram acompanhamento pré-natal com mediana de 6 consultas, variando de 1 a 11 consultas. Na tabela 1 encontra-se a descrição dos dados clínicos e obstétricos das mulheres entrevistadas.

Tabela 1. Características biológicas, demográficas e obstétricas das mulheres entrevistadas nos postos de saúde das cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Petrolina, Pernambuco, 2014.

Variáveis	N	%	IC _{95%}
Idade			
Abaixo de 19 anos	11	20,4	10,63 – 33,53
Acima de 20 anos	43	79,6	66,47 – 89,37
Estado Marital			
Com companheiro	53	98,1	3,08 – 20,30
Sem companheiro	1	1,9	0,05 – 9,89
Renda Familiar (SM)*			
Até 1 SM	21	38,9	90,11 – 99,95
1-2 SM	30	55,6	41,40 – 69,08
> 2 SM	3	5,6	1,16 – 15,39
Escolaridade			
Ens. Fundamental incompleto e completo	11	20,4	10,63 – 33,53
Ens. Médio incompleto e Completo	32	59,3	45,03 – 72,43
Ens. Superior incompleto e completo	11	20,4	10,63 – 33,53
Atividade remunerada			
Sim	23	42,6	29,23 – 56,79
Não	31	57,4	43,21 – 70,77
Tipo de parto			
Vaginal	36	66,7	53,68 – 80,08
Cesárea	17	31,5	19,92 – 46,32
Paridade			
Primigesta	26	48,1	34,34 – 62,16
Multigesta	28	51,9	37,84 – 65,66
Índice de Massa Corpórea (IMC)			
Obesidade	6	12,2	4,63 – 24,77
Sobrepeso	9	18,4	8,76 – 32,02
Eutrófico	31	63,3	48,29 – 76,58
Baixo peso	3	6,1	1,28 – 16,87

*SM, Salário Mínimo. Considerou-se o valor de 724,00 reais de acordo com o decreto 8.166/2013.

De acordo com os instrumentos aplicados, a prevalência da IU durante a gestação foi de 37% e de 14,8% em seis meses após o parto. Na Tabela 2 estão representados dados sobre a classificação obstétrica e a análise da severidade da IU através do ICIQ-SF. Quanto à severidade das incontinentes durante a gestação, 55% apresentou IU moderada não sendo

verificada diferença estatística significativa em seis meses após o parto, sendo tais dados demonstrados na Tabela 2. Adicionalmente nessa tabela, observa-se que a situação mais prevalente de perda de urina foi durante a tosse/espirro tanto no período gestacional como em seis meses após o parto, sendo a perda antes de chegar ao banheiro também um dos mais frequentes no pós-parto.

Tabela 2. Classificação da Incontinência Urinária (IU) pelo ICIQ-SF e situações de perda de urina durante a gestação e pós-parto das mulheres entrevistadas nos postos de saúde das cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Petrolina, Pernambuco, 2014.

	N	%
Terceiro Trimestre Gestacional		
<i>Classificação</i>		
Sem IU	34	63
IU Leve	6	11,1
IU Moderada	11	20,4
IU Severa	3	5,6
<i>Situações de perda de urina</i>		
Nunca	34	63
Antes de chegar ao banheiro	3	5,6
Tosse/espirro	8	14,8
Após terminar de urinar e estar se vestindo	1	1,9
Sem razão óbvia	1	1,9
Outras	7	13
Seis Meses Após o Parto		
<i>Classificação</i>		
Sem IU	46	85,2
IU Leve	3	5,6
IU Moderada	3	5,6
IU Severa	2	3,7
<i>Situações de perda de urina</i>		
Nunca	46	85,3
Antes de chegar ao banheiro	3	5,6
Tosse/espirro	3	5,6
Dormindo	1	1,9
Outras	1	1,9

Com relação a associação das variáveis idade, IMC e paridade com a prevalência de IU em seis meses após o

parto, não houve associação significativa (Tabela 3).

Tabela 3. Associação das variáveis idade, IMC e paridade com a presença de incontinência urinária em seis meses após o parto das mulheres entrevistadas nos postos de saúde das cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Petrolina, Pernambuco, 2014.

Variáveis	IU Leve		IU Moderada		IU Severa		Sem IU		p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	Idade								
Abaixo de 19 anos	0	0	0	0	0	0	11	23,9	0,162
Acima de 20 anos	3	100	3	100	2	100	35	76,1	
IMC**									
Obesidade	1	33,3	0	0	0	0	5	11,9	0,869
Sobrepeso	0	33,3	2	66,7	0	0	7	16,7	
Eutrófico	1	33,3	1	33,3	1	100	28	66,7	
Baixo peso	1	33,3	0	0	0	0	2	4,8	
Paridade									
Primigesta	1	33,3	1	33,3	0	0	24	52,2	0,119
Multigesta	2	66,7	2	66,7	2	100	22	47,8	

* $p \leq 0,05$; ** IMC - Índice de Massa Corpórea. Teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 4, demonstra-se a associação entre as variáveis idade, IMC, paridade e escolaridade com a presença de DS constatando-se que não houve diferença estatística. Quanto às características sexuais das 54 participantes durante a gestação, 23 (42,6%) referiram algum tipo de DS com média de função sexual feminina (FSFI) de

25,95. Ao serem entrevistadas seis meses após o parto, 46 voltaram a ter relação sexual e dentre essas 15 (32,6%) apresentaram DS com média de função sexual de 27,69. Os domínios da função sexual das mulheres referentes ao terceiro trimestre gestacional e em seis meses após o parto estão representados no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos escores dos domínios dos FSFI nas mulheres entrevistadas nos postos de saúde das cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Petrolina, Pernambuco, 2014.

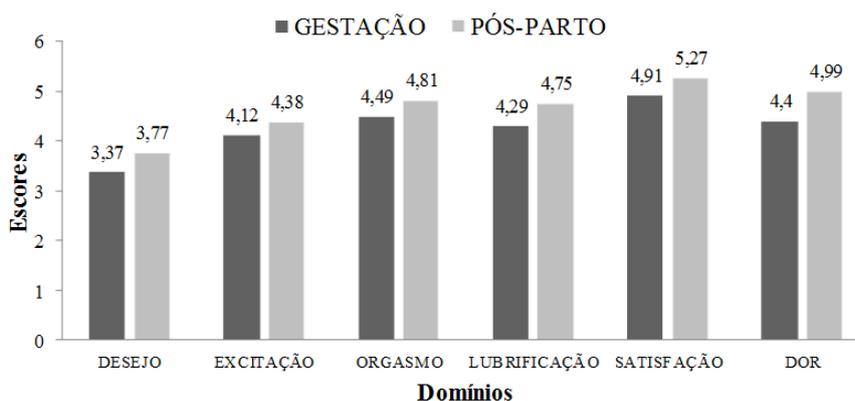


Tabela 4. Associação das variáveis idade, IMC, paridade e escolaridade com a presença de disfunção sexual seis meses após o parto nas cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Petrolina, Pernambuco, 2014.

Variáveis	Com disfunção sexual		Sem disfunção sexual		p*
	N	%	N	%	
Idade					
Abaixo de 19 anos	5	33,3	6	19,4	0,501
Acima de 20 anos	10	66,7	25	80,6	
IMC**					
Obesidade	2	15,4	4	13,3	0,947
Sobrepeso	1	7,7	6	20	
Eutrófico	10	76,9	17	56,7	
Baixo peso	0	0	3	10	
Paridade					
Primigesta	9	60	14	45,2	0,529
Multigesta	6	40	17	54,8	
Escolaridade					
Ens.Fundamental incompleto e completo	4	26,7	6	19,4	0,502
Ens. Médio incompleto e completo	9	60	19	61,3	
Ens. Superior incompleto e completo	2	13,3	6	19,4	

* $p \leq 0,05$; ** IMC - Índice de Massa Corpórea. Teste Qui-Quadrado.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados pelo presente estudo pode-se inferir uma prevalência de IU na gestação de 37% que diminuiu para 14,8% seis meses após o parto. Estes dados são semelhantes ao encontrado em outros estudos, como uma alta taxa de IU durante a gravidez com melhora no período pós-parto⁷.

Em relação à severidade, constatou-se que das incontinentes durante a gestação 55% apresentou IU moderada não sendo verificada diferença estatística significativa seis meses após o parto. Já em um estudo realizado em São Paulo sobre IU autorreferida no pós-parto com 71 mulheres incontinentes, demonstrou uma gravidade

classificada como IU moderada, em 53 mulheres (74,7%)¹.

Não foi encontrada relação entre o IMC, a paridade e a idade com a IU. Na variável idade, foi observado que a mediana da faixa etária das entrevistadas deste estudo foi de 25 anos. Tal situação mostra que a IU está presente, também, em mulheres jovens. Ainda que na literatura sejam reduzidos os estudos que discordem sobre a relação entre faixa etária e IU, devido ao fato que o aumento da idade afeta a estática pélvica, doenças crônicas e o aumento do IMC, assim como uma redução da capacidade vesical e o hipoestrogenismo predispondo, assim, a mulher a desenvolver tal doença³. Como no estudo de Valeton *et al*³, os resultados corroboram com o presente estudo, em que 343 gestantes

entrevistadas no terceiro trimestre e no puerpério, também não foi constatada associação entre essa variável e os sintomas urinários.

Com relação ao IMC e a paridade apresentam-se discordante da literatura segundo a qual essas duas variáveis são fatores que agravam ou contribuem para o desenvolvimento da IU, existindo uma associação entre o incremento de peso e a quantidade de partos prévios com a prevalência de IU no período gestacional^{4,15,16}. Segundo Ferederice *et al*¹⁷, puérperas obesas e com sobrepeso tiveram 4,6 vezes mais queixas de noctúria, urgência e aumento da frequência urinária diurna, levando a observar que o peso da puérpera pode também ser um fator predisponente da IU, devido ao fato da obesidade ou o alto IMC, aumentar a pressão intra-abdominal e afetar a função neuromuscular do trato genitourinário⁶.

Observou-se ainda que a maior causa de perda de urina, durante a gestação, está relacionada a algum tipo de esforço como tossir e espirrar concordando com estudos anteriores^{1,17-19}. Uma revisão sistemática de 28 artigos mostrou resultados semelhantes, sendo a média de prevalência de IU de esforço de 41%, com aumento gradual conforme a idade gestacional²⁰.

No que diz respeito a prevalência de DS durante o terceiro trimestre gestacional, esta foi considerada elevada, com prevalência 42,66% de ao menos uma DS nesse período e melhora no pós-parto com prevalência de 32,6%. Em estudo desenvolvido por Morin *et al*²¹, maiores prevalências de DS foram evidenciadas em uma amostra de mulheres, com valores de 81,1% na gestação e melhora da função sexual seis meses após o parto com 65,8%.

Contudo, cabe ressaltar que geralmente o retorno da atividade sexual em seis meses após o parto ocorre com dificuldades, em virtude das modificações que ocorrem no organismo da mulher após o nascimento, decorrente ao hipostrogenismo, que pode ocasionar alterações genitourinárias e consequente

dispareunia durante a penetração vaginal^{12,22}.

Quanto aos tipos de DS mais prevalentes, a disfunção de desejo hipotativo e de excitação sexual foram mais frequentes na gestação persistindo no período puerperal. Esse resultado corrobora os dados encontrados no estudo de Abdo *et al*⁹, em que a disfunção do desejo foi a mais encontrada (26,7%), seguida da dispareunia (23%) e anorgasmia (21%). Porém, a literatura evidencia uma variação de valores, sendo verificada diferentes prevalências, como no estudo de Connolly *et al*²⁴ que constatou durante a gestação e seis meses após o parto, maior ocorrência de disfunção do orgasmo em 61% das participantes.

Em estudo realizado por Rowland *et al*²⁵ com 315 puérperas, a perda de desejo sexual foi relatada em 9% das mulheres no ano anterior a gravidez e em 53% e 37% em 3 meses e 6 meses após o nascimento respectivamente. Assim, pode-se atribuir que a diminuição do desejo sexual e da capacidade orgástica possam ser decorrentes de fatores como a amamentação²⁶. Indo ao encontro dessas constatações, Cerejo²⁶, verificou que 66% das mulheres que amamentavam em seis meses após o nascimento apresentavam o desejo sexual levemente diminuído.

O desejo é regulado por outras questões importantes da vida da mulher, que vão além das mudanças fisiológicas, como a autoimagem corporal, saúde mental e relação conjugal¹². Nesse sentido, a congestão, ingurgitamento, mastites e fissuras que ocorrem nas mamas podem diminuir as atividades das regiões erógenas¹². Ainda, a hiperprolactinemia durante a amamentação levaria a diminuição acentuada do desejo sexual e da capacidade orgástica. Além desses fatores, a formação de um novo vínculo familiar faz com que as mudanças na perspectiva de vida da mulher possam afetar sua vida sexual²⁷.

Nesse estudo, não houve associação da DS com a paridade, provavelmente tal

fato pode ter sido decorrente do pequeno tamanho amostral. Porém, dados distintos foram verificados no estudo de Yeniel e Petri²⁸ que incluiu 276 participantes e constatou que mulheres nulíparas tinham índices de satisfação sexual superiores em comparação com mulheres multíparas, corroborando os resultados de Cerejo²⁶, que observou que a multiparidade pode aumentar a perturbação do desejo hipoativo e a nuliparidade estar associada à dispareunia.

Com relação ao IMC, os resultados encontrados não demonstraram associação com a DS. Em contrapartida, Silva *et al*²⁹, verificaram prevalência de 78,3% de DS em pacientes obesas, sendo que as mais frequentes foram a falta de desejo e de excitação, enquanto a satisfação e a lubrificação apresentaram os maiores escores. A relação da obesidade com a DS seria decorrente da ação deletéria sobre a função vascular e endotelial, sendo a insuficiência vascular um importante fator de risco, por ser diretamente relacionada a diminuição do fluxo sanguíneo genital e decréscimo do inorgitamento clitoriano. Contudo, essa relação ainda não está bem esclarecida nas mulheres²⁹.

No que diz respeito ao fator idade, não houve associação dessa variável com a DS. Provavelmente, esse fato poderia ser explicado pela composição etária da população estudada, que foi composta principalmente por mulheres jovens. Em contrapartida, Cerejo²⁶ averiguou que a dispareunia estava relacionada com idades mais jovens, enquanto que o transtorno do desejo era mais comum no decorrer da idade.

Quanto a escolaridade, também não se verificou associação com a DS, corroborando os resultados de Ferreira *et al*³⁰ que igualmente não constatou tal associação. Por outro lado, Cerejo³², constatou-se que a DS foi mais prevalente nas mulheres com grau escolar mais elevado.

Assim, ainda consta-se uma contradição na literatura acerca dessa

variável, no entanto, postula-se que mulheres com baixa renda familiar e menor grau escolar, apresentariam piores acessos a saúde, lazer e trabalho, submetidas a maiores condições de estresse comprometendo sua qualidade de vida e, conseqüentemente a função sexual³⁰.

Por fim, algumas limitações devem ser feitas em relação ao presente estudo, como o pequeno tamanho amostral para verificar associação entre as variáveis estudadas, e as respostas serem baseadas nos relatos das pacientes, que podem superestimar ou subestimar informações. Desse modo, os dados apresentados representam o padrão da população estudada, podendo não representar mulheres de outras localidades.

Diante do exposto, espera-se que as prevalências encontradas nesta pesquisa possam demonstrar a importância de se diagnosticar precocemente a IU e DS nas mulheres durante o ciclo reprodutivo, a fim de evitar futuras complicações, assim como para a implementação precoce de medidas estratégicas de intervenção para esse público.

CONCLUSÃO

Em suma, pode-se concluir com o presente estudo que foi elevada a prevalência de DS nas mulheres durante o terceiro trimestre gestacional, com média de função sexual ruim. Assim como, uma maior prevalência de IU nesse período. No pós-parto remoto, houve melhora na função sexual e dos sintomas urinários, sendo menos prevalentes do que quando comparados ao período gestacional. Não constatou-se associação significativa entre a IU e DS e as variáveis idade, IMC, paridade, escolaridade.

REFERÊNCIAS

1. Lopes DBM e Praça NS. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2010 Out-Dez; 19(4): 667-74.

2. Bortolini MA, Drutz HP, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol J* 2010;21(8):1025-30.
3. Valetton CT, Do Amaral VF. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program : a prospective study. *Int Uro Gynecol.* 2011; 22(7): 813-818.
4. Thom DH e Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol.* 2010;89:1511-22.
5. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(3):618-28.
6. Narciso FV, Resende APM, Bernardes BT, Gonzaga CMR, Mota BJ, Sanchez HM et al. Avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico de puérperas. *Fisioterapia Brasil - Volume 11 - Número 5 - setembro/outubro de 2010.*
7. Martins L, Sousa ALL, Salgado CM. Prevalência da incontinência urinária em gestantes e puérperas em maternidades públicas. *Fisioterapia Brasil - Volume 11 - Número 5 - setembro/outubro de 2010.*
8. Abdo CHN, Lucena BB. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. *Diagn Tratamento.* 2012;17(2):82-5.
9. Abdo CHN. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagn Tratamento.* 2010;15(2):88-90.
10. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Arlington, VA: APA; 2013.
11. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccelia S, Bertelli E, Ghezzi F, et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol.* 2008;87(3):313-8.
12. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *J Sex Med.* 2010;7:2782-2790.
13. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Jr Netto NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44.
14. 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;30(10):504-510.
15. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journ. of sex & marital therapy.* 2005;31(1):1-20.
16. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *EJOG.* 2012;160:110-5.
17. Ferederice CP, Eliana A, Neville OF. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(4):188-95.
18. Sacomori C, Böer L, Sperandio FF, Cardoso FL. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife,* 13 (3): 215-221 jul. / set., 2013.
19. Magajewski FRL, Beckhauser MT, Grott Y. Prevalência de incontinência urinária em primigestas em um hospital no sul do Brasil. *Arq Catarin Med.* 2013 jul-set; 42(3): 54-58.
20. Sangsawang B e Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International Urogynecology Journal* 2013;1:1-12.

21. Morin CG, Pérez RV, Sáez KC. Función sexual femenina durante el período pós-parto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2013;73(3):181-186.
22. Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):205-9.
23. Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16:160-6.
24. Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J.* 2005;16: 263–267.
25. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician.* 2005;51:1366-7.
26. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. *Rev Port Clin Geral.* 2006;22:701-20.
27. Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):205-9.
28. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J.* 2014; 25:5–14.
29. Silva BM, Rêgo LM, Galvão MA, Florêncio TMMT, Cavalcante JC. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso atendidos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – UFAL. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(3):196-202.
30. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007;7(2):143-150.