

# **Função sexual de mulheres diagnosticadas com lesão de colo uterino**

## **Sexual function of women diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia**

Aline Dill Winck<sup>1</sup>

Cassiana Roncada Bardo<sup>2</sup>

Pablo Heitor Gubert Michelon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doutora em pediatria/saúde da criança, fisioterapeuta, docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (UCS)

<sup>2</sup>Discente do curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (UCS)

<sup>3</sup>Discente do curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Universidade de Caxias do Sul

Endereço para correspondência:

Pablo Heitor Gubert Michelon

Rua João Pratavieira, 158, bairro Santa Catarina

(54) 9 9199-9470

[pablomichelon@gmail.com](mailto:pablomichelon@gmail.com)

Nº total de palavras: 3307

Nº total de tabelas e figuras: 3

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, sendo que, a infecção pelo vírus HPV é necessária para o surgimento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A maioria das infecções se cura espontaneamente, mas até 20% das infecções por HPV persistem, gerando lesões intra-epiteliais escamosas, com possíveis repercussões sexuais negativas relacionadas à própria doença e também a seus tratamentos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal, com análise de prontuários de pacientes participantes de uma pesquisa prévia, onde foram coletados dados sócio demográficos e gineco obstétricos e aplicação do questionário FSFI, sendo estes dados utilizados para análise neste estudo. **Resultados:** De um total de 279 participantes da pesquisa, 29 fizeram parte deste estudo segundo os critérios de inclusão. A média de idade expressou-se em  $37,51 \pm 11,34$  e a escolaridade predominante foi o ensino médio, contando com 55,2% da população. Os escores do FSFI apresentaram uma média de 23,74 ( $\pm 7,99$ ), e os domínios mais prejudicados foram excitação ( $3,50 \pm 1,27$ ), lubrificação ( $4,06 \pm 1,97$ ) e dor ( $4,10 \pm 1,20$ ). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo evidenciam uma diferença expressiva quanto à presença de disfunção sexual das pacientes que *não* haviam realizado tratamento cirúrgico em relação às que haviam realizado. Salientamos a importância da realização de mais estudos abrangendo a disfunção sexual feminina e as lesões de colo uterino, e a necessidade de observar a influência das especialidades envolvidas no tratamento na recuperação dessas pacientes.

**Palavras chave:** infecções por papillomavirus, neoplasias do colo do útero, neoplasia intraepitelial cervical, sexualidade, fisioterapia.

## **ABSTRACT**

*Introduction: Cervical cancer is the third most frequent tumor in the female population, which, HPV infection is necessary for the onset of cervical intraepithelial neoplasia (CIN). Most infections heal spontaneously, but up to 20% of HPV infections persist, resulting in squamous intraepithelial lesions, with possible negative sexual repercussions related to the disease and to its treatments. Methodology: This is an observational epidemiological study of the cross-sectional type, with an analysis of the medical records of patients participating in a previous study, in which the sociodemographic and obstetrical gynecological data were collected and the FSFI questionnaire was used. Results: Of a total of 279 participants in the study, 29 took part in this study according to the inclusion criteria. The mean age was  $37.51 \pm 11.34$  and the predominance was senior high school education, accounting for 55.2% of the population. The FSFI scores presented a mean of  $23.74 (\pm 7.99)$ , and the most affected domains were arousal ( $3.50 \pm 1.27$ ), lubrication ( $4.06 \pm 1.97$ ) and pain ( $4, 10 \pm 1.20$ ). Conclusion: The results of the present study show a significant difference regarding the presence of sexual dysfunction in patients who had not undergone surgical treatment compared to those who had. We emphasize the importance of further studies covering female sexual dysfunction and cervical lesions, and the need to observe the influence of the specialties involved in the treatment on the recovery of these patients.*

**Key words:** *papillomavirus infections, uterine cervical neoplasms, cervical intraepithelial neoplasia, sexuality, physical therapy specialty.*

## INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer) no estado do Rio Grande do Sul a incidência de câncer de colo de útero (CCU) é de 14,75/100.000 habitantes<sup>1</sup>. A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da ONU (IARC) afirma que em 2018 foram registrados aproximadamente 570 mil novos casos de câncer de colo uterino no mundo<sup>2</sup>.

A contaminação pelo papiloma vírus humano (HPV) é uma das infecções genitais mais frequentes no mundo<sup>3</sup>. Estudos mostram que a infecção persistente pelo HPV é o fator principal para o desenvolvimento de câncer de colo de útero<sup>4,5</sup>. Outros fatores como: HPV de alto risco, idade, gravidez, vaginose e estado civil são fatores que favorecem a progressão e persistência das lesões<sup>4,6,7</sup>.

A infecção por HPV é muito comum em mulheres jovens de 18 a 30 anos e o diagnóstico pode causar preocupações relacionadas à transmissão da DST e possíveis repercussões sexuais negativas. A maioria das infecções se resolve espontaneamente, mas até 20% persistem, levando a lesões intraepiteliais escamosas de baixo, moderado ou alto grau<sup>8</sup>. Quando essas lesões se transformam em neoplasias intraepiteliais cervicais são chamadas de NIC e podem ser precursoras do câncer de colo uterino, sugerindo sinal alerta quando encontradas em exames de citologia como o Papanicolau. A presença dessas neoplasias deve ser confirmada através da colposcopia com biópsia, podendo ser classificadas em NIC I (baixo grau oncogênico), NIC II (moderado grau oncogênico) ou NIC III (alto grau oncogênico). Nem todas as lesões evoluem para o câncer, porém as pacientes devem fazer acompanhamento regular e tratamento, quando houver indicação<sup>9</sup>.

O tratamento preconizado para as lesões uterinas é a conização, que pode ser realizada pela técnica tradicional (bisturi a frio) ou a laser e por cirurgia de alta frequência (CAF)<sup>10</sup>. Quando este tipo de tratamento não é suficiente para eliminação da lesão e do risco de evolução para o câncer, e somente em últimos casos, realiza-se a histerectomia. A cirurgia de histerectomia pode gerar alterações na anatomia pélvica como encurtamento da vagina, bem como a ruptura do sistema vascular e suprimento nervoso para a pelve<sup>11</sup>. Além disso, a remoção dos ovários (histerectomia radical) antes da menopausa leva à menopausa prematura com alterações hormonais e físicas que podem alterar diversos domínios da função sexual. Desse modo, a vida sexual da mulher é impactada negativamente<sup>12</sup>.

Estudos mostram que o diagnóstico de HPV surte um impacto negativo na saúde psicológica, sexual e na qualidade de vida das mulheres. Sentimentos como confusão, preocupação e depressão podem ser vividos pelas mulheres, além de efeitos negativos sobre a autoestima, função sexual e imagem corporal<sup>8,13</sup>.

Reforçando a importância de pesquisas acerca deste tema urgente em saúde pública, este estudo caracteriza uma amostra de mulheres com lesões de colo de útero atendidas e tratadas em um ambulatório na Universidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. Assim, temos por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e gineco obstétrico da população estudada, associando tais dados à função sexual das pacientes.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa caracteriza-se como um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. Foram compreendidas na pesquisa as mulheres em atendimento no Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, em Caxias do Sul (RS) com especificidade no setor de ginecologia e obstetrícia. Em relação aos critérios de inclusão, foram compreendidas no estudo mulheres com diagnóstico de lesão de colo uterino, atendidas neste serviço. Como critérios de exclusão foram elencados: idade inferior a 20 anos, estar em período gestacional, não ser alfabetizada, apresentar deficiência visual ou limitações cognitivas, não ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou ter entregado o questionário incompleto.

A coleta dos dados foi efetuada na Universidade de Caxias do Sul, através de pesquisadores devidamente treinados, no período de junho e setembro de 2017, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes. Esse estudo integra o Projeto de Pesquisa “Atuação da Fisioterapia Pélvica e Obstétrica no Ambiente Hospitalar e Ambulatorial”, aprovado e institucionalizado pela Universidade de Caxias do Sul – UCS.

A amostra foi selecionada conforme a demanda, de forma aleatória, por conveniência. Para a determinação do tamanho amostral foi considerado um intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 4,8% totalizando 279 participantes no total. Desse número, foram selecionados 80 prontuários para análise, finalizando em 29 prontuários com confirmação de diagnóstico de lesão de colo uterino, sendo os demais excluídos por não apresentarem essa característica.

A coleta dos dados foi realizada enquanto as participantes aguardavam consulta, em uma sala de espera. Primeiramente os objetivos do estudo foram contextualizados de modo explanatório e descritos através de linguagem coloquial para fácil compreensão, bem como foram sanadas dúvidas que surgiram por parte das participantes.

As informações sociodemográficas foram avaliadas por meio de um questionário com as seguintes variáveis: idade, escolaridade, quantidade de filhos, número de parceiros e número de partos (normais ou cesáreos). A função sexual das participantes foi avaliada, por meio do questionário FSFI (Female Sexual Function Index) composto por 19 itens que avalia o funcionamento sexual feminino em seis domínios e, ainda, o funcionamento sexual global<sup>14,15</sup>. Os seis domínios que compõem a escala são os seguintes: desejo (2 itens); excitação (4 itens); lubrificação (4 itens); orgasmo (3 itens);

satisfação (3 itens); e dor (3 itens). As opções de resposta do FSFI estão dispostas numa escala (escala de Likert) que vai de 1 a 5 nos itens 1, 2, 15 e 16 e de 0 a 5 nos demais, lembrando que nas questões referentes à dor a pontuação é definida de forma invertida. O nível de funcionamento sexual pode variar entre 2 e 36, sendo os valores abaixo de 26,55 correspondentes a disfunção sexual<sup>14,15,16,17</sup>.

Em relação à análise de dados, a normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão, enquanto os dados assimétricos, em mediana e intervalo interquartil. Também foi calculada a variação mínima-máxima e a variância dos dados. Já as informações qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%).

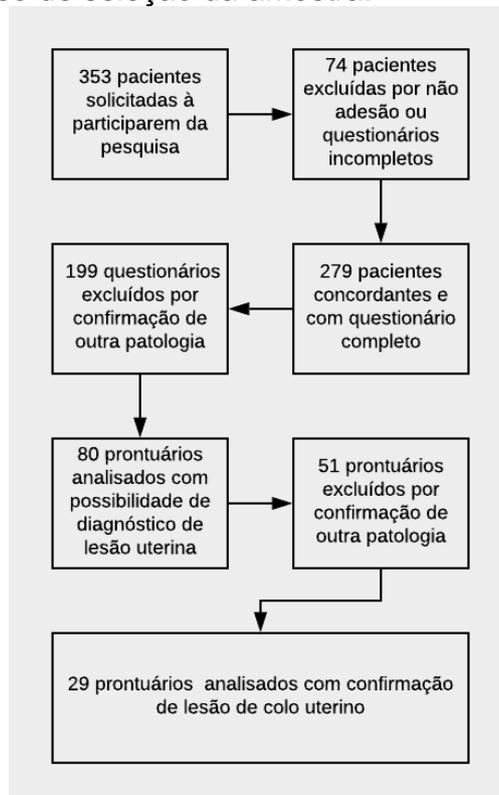
As comparações das variáveis quantitativas foram realizadas pelos testes t de Student para amostras independentes, U de Mann-Whitney, ANOVA de uma via (pós-teste de Bonferroni) ou pelo teste de Kruskal-Wallis, dependendo da quantidade de grupos/categorias e da distribuição dos dados. As relações desses dados foram realizadas pelos testes de correlação de Pearson ou Spearman, de acordo com a homogeneidade.

Por fim, as medidas qualitativas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson (análise de resíduos ajustados) ou pelo método exato de Fisher. Todas as análises e processamento dos dados foram realizados no programa SPSS 18,0. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

De um total de 353 mulheres participantes de uma pesquisa prévia, atendidas no setor de ginecologia e obstetrícia no Ambulatório Central, 279 mulheres tiveram seus dados analisados durante o período disponibilizado para coleta. Desse número, 80 tiveram seus prontuários verificados e apenas 29 foram selecionadas por apresentarem diagnóstico de lesão de colo uterino, se encaixando nos critérios de inclusão em nossa pesquisa. O fluxograma 1 demonstra os dados referentes à seleção do grupo analisado.

FLUXOGRAMA 1 - Processo de seleção da amostra.



A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e gineco obstétricas do grupo total. A média de idade expressou-se em  $37,51 \pm 11,34$  anos e o grau de escolaridade predominante na amostra foi o ensino médio, contando com 55,2% da população. Observou-se uma média  $2,03 \pm 1,70$  para o número de filhos e média de  $4,24 \pm 3,84$  referentes ao número de parceiros. A média de partos normais supera a média de partos cesáreos e grande parte das pacientes informam que foram submetidas à episiotomia.

TABELA 1 - Caracterização da amostra.

Variáveis avaliadas	N = 29	Varição (mínima-máxima)
<i>Características</i>		
<i>Sociodemográficas</i>		
Idade, anos	37,51 ± 11,34	20 - 63
Escolaridade (%):		
Ensino Fundamental	34,5	-
Ensino Médio	55,2	-
Ensino Superior	10,3	-
<i>Informações Ginecobstétricas</i>		
Nº de filhos	2,03 ± 1,70	0 - 7
Nº de parceiros	4,24 ± 3,84	1 - 18
Tipo de Parto:		
Cesáreo	0,62 ± 1,01	0 - 4
Normal	1,51 ± 1,78	0 - 7
Episiotomia (%)	44,8	-

Dados contínuos apresentados em média e desvio padrão, com exceção da escolaridade e episiotomia (porcentagem). Variáveis categóricas expressas em frequência absoluta e relativa.

Das 29 pacientes, 14 estavam sexualmente inativas nas últimas 4 semanas, anteriores à pesquisa. Sendo assim, as 15 participantes sexualmente ativas responderam ao FSFI. Dentre essas, 27,6% apresentou disfunção sexual (n=8) e 24,1% apresentou normalidade (n=7) segundo o escore total. A Tabela 2 apresenta a pontuação do questionário FSFI representada pela média e desvio padrão do escore total e domínios. Os domínios mais prejudicados foram: excitação (3,50±1,27), lubrificação (4,06±1,97) e dor (4,10±1,20). Além disso, o escore total do grupo avaliado apresentou-se abaixo do valor adequado, caracterizando disfunção sexual na média geral.

TABELA 2 - Pontuação dos predomínios do questionário de função sexual.

Variáveis avaliadas	N = 15	Varição (mínima-máxima)	Ponto de Corte
Desejo	3,44 ± 1,18	1,2 - 5,40	4,28
Excitação	3,50 ± 1,27	0 - 4,80	5,08
Lubrificação	4,06 ± 1,97	0 - 6	5,45
Orgasmo	4,13 ± 2,23	0 - 7,20	5,05
Satisfação	4,53 ± 1,10	2,40 - 6	5,04
Dor	4,10 ± 2,20	0 - 6	5,51
Escore total	23,74 ± 7,99	5,20 - 33,60	26,55

Dados contínuos apresentados em média e desvio padrão e mínima e máxima.

As pacientes que haviam realizado tratamento previamente à pesquisa, apresentaram função sexual melhor do que as que ainda não tinham sido submetidas à nenhuma intervenção, resultando em significância estatística de  $p=0,04$ . Já ao associar o número de filhos com a função sexual, não se observou resultado estatisticamente significativo, com  $p=0,88$  assim como quando correlacionadas episiotomia e função sexual com  $p=0,12$ . O mesmo ocorre com a presença de lesão (NIC) que, ao ser relacionada à função sexual, apresentou  $p=0,37$  para NIC I,  $p=0,450$  para NIC II e  $p=0,24$  para NIC III. Sobre os métodos de tratamento, 24,1% das entrevistadas realizaram histerectomia, enquanto 82,8% passaram pelo procedimento de conização, porém nenhuma das intervenções teve influência significativa sobre a função sexual com  $p=0,66$  e  $p=0,37$ , respectivamente. Os tipos de parto também não apresentaram influência significativa sobre a função sexual, com  $p=0,71$  para cesáreos e  $p=0,80$  para partos normais.

## DISCUSSÃO

Os achados evidenciaram diferença expressiva quanto à presença de disfunção sexual nas pacientes que ainda não haviam realizado tratamento para lesões de colo de útero, em relação àquelas que já haviam realizado tratamento para tal alteração.

É possível perceber certa dificuldade metodológica em estimar a prevalência de disfunção sexual feminina de forma fidedigna, pois pode-se dizer que muitas mulheres habitam-se à conviver com essas alterações, muitas vezes considerando-as normais dentro do seu cotidiano, fazendo-as suportar os prejuízos da disfunção sem se darem conta de que existe uma alteração patológica<sup>18,19</sup>. Atualmente, aproximadamente 40 a 50% das mulheres relatam pelo menos um sintoma sexual independente de ter um diagnóstico associado<sup>19</sup>.

Ao analisar a presença de lesão de colo uterino e a função sexual de nossas pacientes, não encontramos resultados estatisticamente significativos que comprovem que as lesões causam disfunção sexual. Um estudo feito com 78 mulheres demonstrou que após o diagnóstico do HPV, diversos sentimentos negativos podem surgir em relação ao acontecimento, porém, a frequência e qualidade na atividade sexual não teve uma modificação significativa quando comparada à antes da descoberta, o que sugere uma vida sexual normal e uma boa convivência com o diagnóstico<sup>7</sup>. Outro estudo com o intuito de comparar a atividade sexual de mulheres diagnosticadas com HPV e de mulheres sem o diagnóstico de HPV foi realizado através de um questionário que avaliou: intimidade física na atividade sexual, sentimentos em relação à sexualidade e sentimentos associados às relações das pacientes. Esse estudo também não encontrou diferenças significativas entre os dois grupos<sup>20</sup>.

Uma análise sobre o impacto social e interpessoal do teste HPV positivo identifica a ansiedade e medo como sentimentos recorrentes frente ao diagnóstico. O impacto varia e está correlacionado a um estado afetivo e histórico pessoal, padrões sociais e culturais e hábitos sexuais<sup>21</sup>.

Os métodos de tratamento preconizados para as lesões de colo uterino são a conização e, em casos mais extremos, a histerectomia. Em nosso estudo, 82,8% das pacientes passaram pelo procedimento de conização, enquanto 24,1% foram submetidas à histerectomia. A conização é um procedimento com algumas variações, sendo duas delas a cirurgia de alta frequência (CAF) e a conização clássica. A primeira modalidade realiza uma cauterização sob anestesia local e na segunda modalidade, a anestesia é

geral. Ambas têm por objetivo remover a área onde localiza-se a diferenciação celular indicativa de lesão, prevenindo então a evolução para o câncer de colo uterino (CCU). Apesar de haver interferência direta sobre os tecidos da região genital, a conização pode não apresentar relação com os sintomas de disfunção sexual das pacientes<sup>22,23</sup>.

Outro estudo publicado em 2012 verificou a presença de alterações na função sexual pós-operatória em mulheres com câncer cervical em estágio inicial tratado cirurgicamente através de três técnicas cirúrgicas: conização, traquelectomia e radioterapia. Para avaliar a função sexual das mulheres após a cirurgia foi utilizado o questionário FSFI. Como resultado, o grupo que fez a cirurgia de conização não apresentou disfunção sexual<sup>24</sup>.

Em contraponto, quando avaliada a relação entre a conização e a disfunção sexual em outro estudo, verificou-se que mulheres submetidas à conização de alta frequência (CAF) foram prejudicadas no domínio sexual relacionado ao desejo, que diminuiu significativamente<sup>25</sup>. Já em nossos resultados, apesar das pacientes apresentarem alguns domínios prejudicados individualmente, observamos que não apresentaram escores totais significativos para a disfunção sexual.

O outro método de tratamento, em caso de lesões mais avançadas, é a histerectomia, que pode ser definida como uma cirurgia de remoção do corpo uterino com (histerectomia total) ou sem remoção do colo do útero (histerectomia subtotal). A redução da preocupação com gravidez indesejada, fim do sangramento vaginal e a ausência da menstruação que ocorrem após a cirurgia, são elementos que beneficiam a função sexual feminina após a histerectomia<sup>26</sup>. Um estudo feito com 413 mulheres que foram submetidas à histerectomia por doença benigna (excluídas pacientes com prolapso sintomático do útero e endometriose) mostrou que todos os grupos obtiveram um aumento no prazer sexual depois do procedimento<sup>27</sup>. Outro estudo com 104 mulheres, avaliando o comportamento sexual das mesmas antes e depois da cirurgia de histerectomia, mostrou que fatores como: frequência das relações sexuais, presença e frequência do orgasmo, percepção do desejo sexual e grau de excitação sexual das mulheres não sofreram alterações significativas<sup>28</sup>.

Demais autores também demonstram associação entre problemas sexuais e histerectomia para tratamento de patologia cervical<sup>29</sup>. Sugere-se que a causa desses distúrbios seja a danificação ao sistema nervoso autônomo local, ressecção dos tecidos que circundam a vagina e o encurtamento da vagina. Outro fator associado à problemas na sexualidade feminina é a remoção dos ovários (em caso de histerectomia radical), que

têm um impacto negativo na saúde cardiovascular, cognitiva, mental e psicosssexual em mulheres pré menopausa<sup>29</sup>. Redução do desejo e lubrificação inadequada são reportados como persistentes dois anos após a cirurgia de histerectomia em um estudo feito com pacientes com câncer cervical em estágio inicial<sup>30</sup>.

Ao avaliar a diferença entre a histerectomia radical via laparoscopia e via laparotomia em relação à impacto na qualidade de vida pós-operatória e sexualidade, ambos os grupos apresentaram alterações negativas na função sexual, independentemente da abordagem cirúrgica<sup>31</sup>. Após a cirurgia de histerectomia radical, as mulheres experimentam alterações na anatomia e função vaginal, como: encurtamento e inelasticidade da vagina, ressecção dos tecidos em torno da vagina e perda da função ovariana, fatores que se associam à disfunção sexual<sup>32</sup>.

Quando se pensa em investigar a função sexual feminina, o questionário FSFI é o mais utilizado<sup>12,15</sup>. Além de avaliar a função sexual através de uma pontuação global, o FSFI também realiza a classificação através de domínios, sendo eles: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor<sup>14,15,16,17</sup>. Em nosso estudo os seguintes domínios apresentaram-se diminuídos em relação à normalidade: excitação ( $3,50 \pm 1,27$ ), lubrificação ( $4,06 \pm 1,97$ ) e dor ( $4,10 \pm 1,20$ ). Além disso, o escore total do grupo avaliado apresentou-se abaixo do valor adequado para normalidade, caracterizando disfunção sexual na média geral.

Estudos avaliando o impacto do tratamento de conização e histerectomia na função sexual feminina obtiveram resultados semelhantes aos nossos, quando observados os domínios da função sexual. Foram encontradas alterações significativas nos domínios de desejo e lubrificação<sup>30</sup> e também problemas relacionados à lubrificação e à dispareunia<sup>34</sup>. A excitação também apresentou-se como um domínio afetado após histerectomia<sup>35</sup>.

Outra questão frequentemente associada à função sexual são os dados gineco-obstétricos da mulher. Na gestação e no trabalho de parto ocorre a modificação da posição da musculatura pélvica, das vísceras e do períneo<sup>33</sup>. A quantidade de filhos/partos se mostra como fator predisponente às alterações sexuais. Eventos como: a passagem do feto pelo canal vaginal, episiotomia durante o parto normal e a cirurgia de cesárea podem surtir impacto na anatomia feminina. Para avaliar a repercussão desses fatores na função sexual, um estudo comparou a função sexual de mulheres multíparas (parto normal ou cesáreo) com mulheres nulíparas (sem filhos). Não houve diferença significativa na relação dos escores totais do FSFI com o número de partos<sup>17</sup>. Outros autores corroboram com esse achado, mostrando não haver relação entre número de

partos/filhos e função sexual feminina<sup>18,37</sup>. Esses estudos validam os achados de nossa pesquisa, onde não houve significância estatística relacionando número de partos e função sexual.

Analisando outra pesquisa, que por sua vez aborda a influência negativa do número de filhos sobre a função sexual, foi possível observar que mulheres nulíparas apresentaram maior escore no domínio desejo comparadas à mulheres que fizeram cesárea, segundo o FSFI. Mulheres nulíparas apresentaram também um score significativamente maior no domínio excitação comparadas às múltiparas, além disso, mulheres que fizeram cesárea apresentaram maior incidência de dor durante a relação sexual, quando comparadas à mulheres que não tiveram parto.<sup>17</sup> Já em nossos achados o número de filhos não apresentou influência significativa sobre a função sexual das mesmas, com média de 2,03 ( $\pm 1,70$ ) filhos por paciente.

O tipo de parto realizado (cesárea ou normal) compromete diferentes estruturas da anatomia feminina, podendo levar à disfunção sexual. Nas pacientes avaliadas em nosso trabalho, a média do número de partos normais foi de 1,51 ( $\pm 1,78$ ) e de 0,62 ( $\pm 1,01$ ) para partos cesáreos. Um estudo com mulheres comparou a força do MAP e a função sexual em três grupos distintos: nulíparas, mulheres que realizaram parto normal e mulheres que realizaram parto cesárea. O resultado mostra que não houve diferença entre os grupos quanto aos escores da função sexual além de uma correlação não significativa entre função sexual e força muscular pélvica<sup>37</sup>.

Dentre as mulheres de nosso estudo que realizaram parto normal, 41,4% foram submetidas à episiotomia no momento do parto. Associando esses dados aos escores de função sexual das mesmas, os resultados mostram que este procedimento não possui influência negativa significativa na função sexual das mesmas, o que difere dos achados da literatura. Apesar disso, alguns estudos demonstram que o procedimento pode resultar em traumas perineais importantes levando à disfunções do assoalho pélvico como dispareunia, vaginismo e transtorno orgásmico<sup>38,39</sup>. Em um desses estudos o FSFI foi utilizado para avaliar a função sexual das mulheres que realizaram episiotomia, comparando-as a um grupo que não realizou. Concluiu-se que as pacientes que realizaram o procedimento apresentaram disfunção sexual nos domínios: excitação, satisfação e dor, com diferença estatística significativa entre os grupos<sup>39</sup>.

Por fim, considerando os diversos estudos que evidenciam a presença de alterações sexuais nas mulheres diagnosticadas com lesão de colo uterino, a fisioterapia se apresenta como aliada para o tratamento dessas possíveis alterações. O

restabelecimento de uma vida sexual saudável ocorre através de técnicas fisioterapêuticas simples e de baixo custo objetivando a reeducação do assoalho pélvico e a melhora do tônus muscular. Algumas opções são: utilização de cones vaginais, intervenção por biofeedback, eletroestimulação, trabalho manual com toque bidigital, além de orientações que proporcionam à paciente o empoderamento sobre seu tratamento através da realização de determinadas técnicas a domicílio<sup>40,41</sup>.

Tivemos como principal limitação do presente estudo o baixo tamanho amostral devido à inatividade sexual das participantes no momento em que o FSFI foi coletado, além da ausência da análise de outros tipos de tratamentos associados ao método cirúrgico. Apesar dessas limitações, ressaltamos a importância de mais estudos associando a fisioterapia pélvica, função sexual e lesão de colo uterino.

Em conclusão, os resultados do presente estudo evidenciam uma diferença expressiva quanto à presença de disfunção sexual das pacientes que não haviam realizado tratamento cirúrgico em relação às que haviam realizado. Salientamos a importância da realização de mais estudos abrangendo a disfunção sexual feminina e as lesões de colo uterino, além da necessidade de observar a influência das especialidades envolvidas no tratamento sobre a recuperação dessas pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (BR). Câncer do colo do útero [acesso em 12 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>
2. International Agency for Research on Cancer (US). Global Cancer Observatory [acesso em 10 jun 2019]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>
3. Ayres ARG, Azevedo e Silva G. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. *RevSaúde Pública*. 2010;44(5):963-974.
4. Ho GYF, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang CJ, Prabhudas P. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *Journal of the National Cancer Institute* 1995;87:1365-1371.
5. Aoyama EA et al. Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. *Braz J Hea Rev*. 2019;1(2):162-170.
6. Nagele E, Reich O, Greimel E, et al. Sexual activity, psychosexual distress, and fear of progression in women with human papillomavirus-related premalignant genital lesions. *J Sex Med*. 2016;13:253–259.
7. Carvalho VA et al. Temas em psico oncologia. São Paulo:Summus; 2009.
8. Simões RB. Evolução pós-conização cervical de pacientes acometidas por lesão intraepitelial de alto grau histológico [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2012.
9. Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J Sex Med*. 2013;10(Suppl 1):5–15.
10. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril* 2013;100(4):916–921.
11. Minotto FN. Influência da infecção genital pelo Papilomavírus humano no ciclo de resposta sexual feminino [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
12. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Translation into Portuguese, cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(10):504-510.
13. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurocienc*. 2010;18(2):267-74.
14. Amorim H, Brasil C, Gomes T, Correia L, Martins P, Lordelo P. Relação do tipo e número de parto na função sexual e autoimagem genital feminina: um estudo observacional. *Rev Pesq Fisio*. 2015;5(1):49–56.
15. FSFI. Female Sexual Function Index. [acesso em 12 jun 2019] Disponível em: <http://www.fsfquestionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>
16. Ribeiro B, Magalhaes AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam* 2013;29(1):16-24.
17. Nappi PR, Cucinella L, Martella S, et al. Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 2016;94:87–91.
18. Reed BD, Ruffin MT, Gorenflo DW, Zazove P. The psychosexual impact of human papillomavirus cervical infections. *J Fam Pract*. 1999;48:110–6.
19. Guy H. Survey shows how we live with HPV, *HPV News*, 1993;3(2):4-8. Citado por Minotto FN. Influência da infecção genital pelo Papilomavírus humano no ciclo de resposta sexual feminino [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
20. Maggino T, Casadei D, Panontin E et al. Impact of an HPV diagnosis on the quality of life in young women. *Gynecol Oncol*. 2007;107:S175–S179.
21. Frigo LF, Zambarda SO. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. *Cinergis*. 2015;16(3):164-168.
22. Song T, Choi CH, Lee YY, et al. Sexual function after surgery for early-stage cervical cancer: is there a difference in it according to the extent of surgical radicality? *J Sex Med*. 2012;9(6):1697–704.
23. Serati M, Salvatore S, Cattoni E, Zanirato M, Mauri S, Siesto G, et al. The impact of the loop electrosurgical excisional procedure for cervical intraepithelial lesions on female sexual function. *J Sex Med* 2010;7:2267–2272.

24. Real AA, Cabeleira MEP, Nascimento JR, Braz MM, Pivetta HMF. Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. *Saúde, Santa Maria*. 2012;28(2):123-30
25. Roovers JP, Van Der Bom JG, Van Der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ*. 2003;327(7418):744-748.
26. Urrutia MT, Araya, A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(4):301-306.
27. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Curr Sex Health Rep*. 2014;6:244–251.
28. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer*. 2004;100(1):97–106.
29. Xiao M, et al. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone: a comparison between total laparoscopy and laparotomy. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(36):e4787.
30. Ceccaroni M, Roviglione G, Spagnolo E, Casadio P, Clarizia R, Peiretti M, et al. Pelvic dysfunctions and quality of life after nerve-sparing radical hysterectomy: a multicenter comparative study. *Anticancer Res*. 2012;32:581–588.
31. Barbosa AMP et al. Efeito da via de parto na força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):677-82.
32. Silva TB et al. Análise da função sexual e imagem genital em primíparas e multíparas pós-parto vaginal. *Id On Line Rev Mult Psic*. 2017;11(39):97-111.
33. Thompson, JF, Roberts, CL, Currie, M, Ellwood, DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Association with parity and method of birth. *Birth* 2002;29:83-94.
34. Baytur YB. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. 2005 Mar. Citado por Amorim H, Brasil C, Gomes T, Correia L, Martins P, Lordelo P. Relação do tipo e número de parto na função sexual e autoimagem genital feminina: um estudo observacional. *Rev Pesq Fisio*. 2015;5(1).
35. Cavalcanti IF, Farias PD, Ithamar L, Silva VM, Lemos A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(11):497-502.
36. Pauls RN. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int J Impot Res*. 2010;22(2):105–14.
37. Su TH, Lau HH, Huang WC et al. Short term impact on female sexual function of pelvic floor reconstruction with the Prolift procedure. *J Sex Med*. 2009;6(11):3201–3207.
38. Philippini ACO; Santos DM; Vital JEC; Carvalho HB; Macêdo LC. A influência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico. *II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*; 2017 jun 14-16; Campina Grande:Realize; 2017.
39. Alves A. et al. Sintomas do Vaginismo em Mulheres Submetidas à Episiotomia. *Revista de Psicologia*. Editorial Paraíso. 2018;13(43):329–39.
40. Franceschini J, Scarlato A, Cisi MC. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer de colo de útero: revisão bibliográfica. *Rev Bras Cancerol*. 2010;56(4):501-506.
41. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurocienc*. 2010;18(2):267-74.