



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE - CAMPUS ARARANGUÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

Thaise dos Santos Henrique

**FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO**

Araranguá

2021

Thaise dos Santos Henrique

**FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof. Janeisa Franck Virtuoso, Dra.

Araranguá

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Henrique, Thaise dos Santos  
Função sexual e via de parto durante o puerpério remoto  
/ Thaise dos Santos Henrique ; orientadora, Janeisa Franck  
Virtuoso, 2021.  
116 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Função sexual feminina.  
3. Puerpério. 4. Parto vaginal e parto cesáreo. 5.  
Disfunções sexuais no puerpério. I. Virtuoso, Janeisa  
Franck . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. III.  
Título.

Thaise dos Santos Henrique

## **FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Alessandro Haupenthal, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Núbia Carelli Pereira de Avelar, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Thuane Huyer da Roza, Dra.  
Universidade do Estado de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGCR).

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Janeisa Franck Virtuoso, Dra.  
Orientadora

Araranguá, 2021

Este trabalho é dedicado a todos os profissionais que estudam e dedicam-se a uma assistência humanizada, pautada na ética e no conhecimento científico. Dedico também a todas as puérperas que participaram e contribuíram com o desenvolvimento da pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

Em um período tumultuado, de adaptações e incertezas, certamente os planos para a pesquisa foram, de algum modo, influenciados pela pandemia. Ainda assim, pude contar com o suporte de pessoas especiais que auxiliaram no enfrentamento das dificuldades, direta ou indiretamente e assim fortaleceram o meu interesse na construção deste trabalho.

Início os agradecimentos a minha orientadora, professora Dra. Janeisa, peça fundamental para o resultado desta dissertação e a quem tenho muito respeito e admiração. Agradeço por toda atenção, paciência e amparo em momentos que vão além dos vividos com o desenvolvimento da pesquisa. Acredito muito no poder do exemplo, no quanto ele pode nos desmotivar ou inspirar e, felizmente, nos últimos dois anos vi em você um exemplo de humildade, resiliência, dedicação e amor por aquilo que faz. Você é uma inspiração para mim!

Agradeço a Deus por ser amparo e guia em circunstâncias que vão além do nosso entendimento. Pela coragem, ânimo nos dias difíceis e também pelas oportunidades, pessoas que o senhor coloca em minha vida.

A minha família pela ajuda psicológica e apoio ao renunciar outras conquistas em prol do meu bem estar e dedicação neste trabalho. Muito obrigada, Eunice (mãe), José (pai), Tamires (irmã), Thiago (irmão), Maria (cunhada) e Roger (namorado) por entenderem o significado pessoal e profissional dessa pesquisa. A minha irmã Tamires, agradeço também pela amizade e ajuda nesta reta final e ao Roger minha gratidão pela presença, carinho, sugestões e ajuda nas mais variadas atividades, alegrias e dificuldades do dia-a-dia. Meu amor por vocês só aumenta.

Aos colegas e amigos do GEFISAM pelas discussões, ensinamentos e auxílio com a coleta de dados. Agradeço também por dividirem comigo as frustrações, lutas e alegrias por uma universidade mais valorizada e com maior incentivo à pesquisa. Obrigada, Carol, Amanda Roque, Viviane, Leonara, Amanda Mendrano e Izabela por fazer parte desse período da minha vida. Em especial, muito obrigada Guilherme pela amizade e auxílio com o desenvolvimento da revisão sistemática e por dividir experiências valiosas nesses últimos dois anos. À Gabriela, muita gratidão pela ajuda com a coleta e criação do banco de dados, sua amizade e por confiar em mim momentos importantes de sua formação acadêmica.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGCR) da UFSC agradeço pelas aulas, simpósios e cursos ofertados neste período e que certamente auxiliaram na construção do pensamento crítico.

Agradeço também aos integrantes da banca de defesa, Prof. Dr. Alessandro Haupenthal, Profa. Dra. Núbia Carelli Pereira de Avelar, Profa. Dra. Thuane Huyer da Roza e Profa. Dra. Inês Amanda Streit, por aceitaram o convite e contribuírem para a qualidade deste trabalho. À Profa. Ana Lúcia Danielewicz que, infelizmente, não poderá participar da defesa, mas certamente deu orientações valiosas durante a qualificação, muito obrigada.

Aos profissionais das Secretárias Municipais de Saúde da região pela confiança e divisão de informações que contribuíram para a seleção das participantes. Essa ajuda, sem dúvidas, foi fundamental.

Por fim, agradeço todas as mulheres que cederam seu tempo durante as coletas de dados, todos que compartilharam informações sobre a pesquisa e aqueles que direta ou indiretamente cruzaram o meu caminho e ajudaram nesta trajetória. Muito obrigada!

## RESUMO

O relacionamento sexual deve equilibrar aspectos físicos e emocionais como desejo, excitação, orgasmo e resolução. No puerpério diferentes condições tornam a mulher vulnerável a presença de disfunções sexuais (DS), como por exemplo, variáveis obstétricas. Esta pesquisa analisou a função sexual (FS) de mulheres primíparas em diferentes períodos do puerpério por vias de parto vaginal (PV) e cesáreo (PC) em municípios do sul catarinense. No estudo 1 foi realizado uma série de casos com seguimento prospectivo para avaliar a FS aos 3, 6 e 12 meses e verificar sua relação com as vias de parto. No estudo 2 foi adotado o método transversal para analisar a presença de DS e verificar se existe associação com a via de parto durante o puerpério (estudo 2). Ambos os estudos avaliaram puérperas primíparas, alfabetizadas, com idade  $\geq$  a 18 anos durante o puerpério remoto e que estivessem mantendo relações sexuais nas últimas 4 semanas. Além desses, outros critérios para a elegibilidade foram adotados conforme o tipo de estudo. No estudo 1 as mulheres foram avaliadas aos 3 meses (presencial) e reavaliadas aos 6 e 12 meses (*online*). Para o estudo 2, as participantes foram avaliadas de forma remota dentro do período igual ou menor à 12 meses de puerpério (*online*). Nos dois estudos os dados foram coletados através de um questionário para caracterização da amostra e a avaliação da FS pelo instrumento *Female Sexual Function Index* (FSFI). A análise estatística foi realizada pelo software estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 22.0 IBM®), por meio de uma estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. Análises específicas foram realizadas para cada tipo de estudo. Participaram do estudo 1, 20 mulheres com média de idade de  $24,5 \pm 4,99$  anos, categorizadas em PV (12) e PC (08). Nessas mulheres, a dor foi o único domínio com diferença significativa durante o puerpério ( $p = 0,001$ ) e entre as vias de parto (PV = 0,032; PC = 0,022). Aos 12 meses, o escore dor aumentou quando comparado aos 3 meses ( $p = 0,005$ ). No estudo 2, foram avaliadas 242 mulheres com média de idade de  $27,28 \pm 4,81$  anos, categorizadas em PV (85) e PC (157). Nesse estudo, as participantes com PV apresentaram uma tendência a melhorar o desejo ( $p = 0,061$ ) entre 9 e 12 meses, enquanto no PC houve associação entre 1 e 4 meses na redução da excitação ( $p = 0,026$ ) e entre 9 e 12 meses melhora do orgasmo ( $p = 0,028$ ). Intervenções obstétricas no PV foram associadas à piora do escore dor entre 9 e 12 meses, enquanto PC de emergência foi associado a presença de DS entre 9 e 12 meses. Em ambos os estudos (1 e 2) não houve associação ou diferença significativa na FS quando comparado o tipo de parto, independente do tempo de puerpério. Concluímos que a via de parto não deve ser utilizada como método de escolha para a prevenção das DS, tendo em vista que os resultados da FS recuperam-se ao longo do puerpério.

**Palavras-chave:** Período pós-parto; Disfunções Sexuais Fisiológicas; Cesárea; Parto Normal.

## ABSTRACT

The sexual relationship must balance physical and emotional aspects such as desire, excitement, orgasm and resolution. There are different puerperium conditions of women vulnerable to the presence of sexual dysfunctions (DS), such as obstetric variables. This research analyzed the sexual function (FS) of primiparous women in different periods of the puerperium through vaginal (PV) and cesarean (PC) delivery in cities in southern Santa Catarina. In study 1, a series of cases with prospective follow-up was carried out to evaluate a SF at 3, 6 and 12 months and verify its relationship with the modes of delivery. In study 2, the cross-sectional method was adopted to analyze the presence of DS and verify whether there is an association with the mode of delivery during the puerperium (study 2). Both studies evaluated primiparous postpartum women, literate, aged  $\geq$  to 18 years old during the remote postpartum period and who had been having sex in the last 4 weeks. In addition to these, other eligibility criteria were adopted according to the type of study. In study 1, women were assessed at 3 months (in person) and reassessed at 6 and 12 months (online). For study 2, participants were evaluated remotely within a period equal to or less than 12 months of puerperium (online). In both studies, data were collected through a questionnaire to characterize the sample and the FS assessment using the Female Sexual Function Index (FSFI) instrument. A statistical analysis was performed using the statistical software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (version 22.0 IBM®), using descriptive and inferential statistics, with a significance level of 5%. Specific analyzes were performed for each type of study. Participated in the study 1, 20 women with a mean age of  $24.5 \pm 4.99$  years, categorized into PV (12) and PC (08). In these women, pain was the only domain with significant difference during the puerperium ( $p = 0.001$ ) and between the modes of delivery (PV = 0.032; PC = 0.022). At 12 months, the pain score increases when compared to 3 months ( $p = 0.005$ ). In study 2, 242 women with a mean age of  $27.28 \pm 4.81$  years, categorized into PV (85) and PC (157) were evaluated. In this study, as participants with dissipated PV there was a tendency to improve desire ( $p = 0.061$ ) between 9 and 12 months, while no PC had an association between 1 and 4 months in arousal reduction ( $p = 0.026$ ) and between 9 and 12 months improvement in orgasm ( $p = 0.028$ ). Obstetric interventions in PV were associated with score worsening between 9 and 12 months, while emergency PC was associated with the presence of DS between 9 and 12 months. In both studies (1 and 2) there was no association or significant difference in SF when comparing the type of delivery, regardless of the time since the postpartum period. We conclude that the mode of delivery should not be used as the method of choice for the prevention of DS, considering that the FS results are recovered throughout the puerperium.

Keywords: Postpartum period; Physiological Sexual Dysfunctions; Cesarean section; Normal birth.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos da revisão sistemática baseado na recomendação PRISMA (MOHER et al., 2009).....27

Figura 2 – Representação das regiões AMESC e AMREC.....47

### ARTIGO 1

Figura 1 – Fluxograma com as etapas da pesquisa (recrutamento e acompanhamento prospectivo aos 3, 6 e 12 meses).....61

### ARTIGO 2

Figura 1 – Fluxograma das participantes incluídas e excluídas do estudo com justificativa....81

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese qualitativa dos estudos inseridos na revisão sistemática (n=19).....	30
Quadro 2 - Avaliação da qualidade metodológica por meio da escala Downs and Black (n=19).....	37
Quadro 3 – Tamanho da amostra e critérios de elegibilidade de acordo com o tipo de estudo.....	49
Quadro 4 – Variáveis investigadas conforme o tipo de estudo (1 e 2).....	50

### ARTIGO 1

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas avaliadas aos 3 meses nas puérperas com via de parto vaginal (n= 12).....	63
Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas avaliadas aos 3 meses nas puérperas com via de parto cesáreo (n =8).....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência simples e relativa dos nascidos vivos e tipo de parto, segundo a microrregião de nascimento (AMESC e AMREC) em 2019.....48

### ARTIGO 1

Tabela 1 – Escores do FSFI para cada participante do estudo e comparação com os períodos de puerpério (3, 6 e 12 meses) de acordo com a via de parto.....68

### ARTIGO 2

Tabela 1 – Associação entre as características das participantes incluídas no estudo segundo a via de parto. (n = 242).....82

Tabela 2 – Associação entre a frequência das disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI em diferentes períodos do tempo e de acordo com a via de parto (vaginal ou cesárea)..84

Tabela 3 – Análise da associação entre a frequência das disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI e via de parto (cesáreo e vaginal) ao longo do tempo.....84

Tabela 4 - Associação entre o parto vaginal espontâneo e com uso de intervenções obstétricas (fórceps, laceração, episiotomia) na frequência de disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI em diferentes períodos do tempo.....85

Tabela 5 - Associação entre o parto cesáreo eletivo e de emergência com a frequência de disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI em diferentes períodos do tempo.....85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
AMESC	Associação dos Municípios do Sul do Estado de Santa Catarina
DAP	Desconfortos do Assoalho Pélvico
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DS	Disfunção Sexual
FSFI	Female Sexual Function Index
FS	Função Sexual
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do Trato Urinário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
MESH	Medical Subject Headings
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Parto Cesáreo
PV	Parto Vaginal
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises
PROQUEST	Proquest Dissertations Theses Database
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1	OBJETIVOS.....	19
1.1.1	<b>Objetivo Geral</b>	<b>19</b>
1.1.2	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>19</b>
1.2	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	19
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
2.1	FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO EM MULHERES DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. ....	20
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>46</b>
3.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	46
3.2	LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
3.3	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	49
3.3.1	<b>Ficha de caracterização da amostra</b>	<b>49</b>
3.3.2	<b>Female Sexual Function Index (FSFI)</b>	<b>51</b>
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	52
3.5.1	<b>Etapas da coleta de dados do Estudo 1</b>	<b>52</b>
3.5.2	<b>Etapas da coleta de dados do Estudo 2</b>	<b>53</b>
3.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	54
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
4.1	ARTIGO 1: FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES PRIMÍPARAS NO PRIMEIRO ANO DE PUERPÉRIO: UMA SÉRIE DE CASOS.....	55
4.2	ARTIGO 2: DISFUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO EM MULHERES PRIMÍPARAS DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO: UM ESTUDO OBSERVACIONAL... ..	74
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE A – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): ESTUDO 1.....</b>	<b>103</b>

<b>APÊNDICE C – FOLDER COM ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO TREINAMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO E MEDIDAS PARA MELHORA DA FUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO. ....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): ESTUDO 2.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO A - FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO B – APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA UFSC .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO C – EMENDA AO PROJETO DE PESQUISA COM APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA UFSC .....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sexualidade corresponde a um conjunto de características físicas, sociais e culturais responsáveis pela integração e manutenção das relações humanas (BRASIL, 2013). Masters e Johnson (1966) foram os primeiros a descrever as características e elementos que influenciam a resposta sexual. Após contribuições feitas por Kaplan (1974), esse ciclo ficou caracterizado pelo desejo, excitação, orgasmo e resolução, sendo influenciado também por fatores emocionais e psicológicos conforme Basson (2001). Diante desses aspectos, a função sexual (FS) esta associada à interação ampla e contínua entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais responsáveis pela manutenção do ciclo sexual (MOLLAOGLU; TUNCAY; FERTELLI, 2013; MCCABE et al., 2016; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ et al., 2017).

Rogers et al. (2018) descreveram que qualquer fenômeno mórbido ou desvio na normalidade da estrutura, função ou sensação experimentada pela mulher durante as fases do ciclo de resposta sexual resultam em uma disfunção sexual (DS). Dados sobre a prevalência mundial indicam que aproximadamente 40% das mulheres tem ou terão algum problema sexual durante a vida (MCCOOL et al., 2016; ROGERS et al., 2018). No Brasil, uma revisão sistemática de literatura indicou que a prevalência de DS variou de 13,3% a 79,3% em mulheres (WOLPE et al., 2017).

Uma das causas associadas ao surgimento das DS é o período denominado puerpério (YENIEL; PETRI, 2014; GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019), que, segundo o Ministério da Saúde, é classificado em três momentos: imediato (1º ao 10º dia pós-parto), tardio (11º à 42º dia pós-parto) e remoto (a partir do 43º dia pós-parto), estendendo-se até o retorno das condições fisiológicas ao estado pré-gravídico (BRASIL, 2001). Além das modificações físicas, psíquicas e hormonais (BRASIL, 2013), esse período caracteriza-se pela adaptação com a amamentação, estresse parental, fadiga, ansiedade assim como modificações associadas à rotina e sexualidade do casal (LEEMAN; ROGERS, 2012; KAHRAMANOGLU et al., 2017; DROZDOWSKYJ et al., 2019). Conforme Khajehei et al (2015) e Kahramanoglu et al (2017) é recorrente a diminuição do desejo sexual, excitação e lubrificação nesse período. Alguns autores sugerem que essa redução esteja associada à fadiga, diminuição de hormônios sexuais, medo de uma nova gestação, dispareunia, aversão à imagem corporal, lacerações no assoalho pélvico e até mesmo presença de incontinência urinária e incontinência anal (HIPPI; KANE LOW; VAN ANDERS, 2012; LEADER-CRAMER et al., 2016; DROZDOWSKYJ et al., 2019).

Nesse sentido, cresce o interesse em investigar a associação entre a via de parto e a FS (FAISAL-CURY et al., 2015; KAHRAMANOGLU et al., 2017; HANDELZALTS et al., 2018). Estudos demonstram associação entre o parto vaginal (PV) espontâneo ou instrumental (fórceps e extrator a vácuo) com as DS, principalmente, entre mulheres primíparas (BARBARA et al., 2016; BANAEI et al., 2019). De modo geral, todos os domínios da FS são prejudicados durante o puerpério, sendo mais recorrente a diminuição dos escores de desejo, excitação, lubrificação e dor nos três primeiros meses em mulheres que realizaram o PV (EID et al., 2015; KAHRAMANOGLU et al., 2017).

Mesmo com a melhora ao longo do tempo, desejo, excitação e dor tendem a permanecer alterados aos 6 meses (KAHRAMANOGLU et al., 2017). Já nas mulheres com lacerações perineais, os domínios orgasmo e excitação, geralmente, manifestam melhora entre o sexto e décimo segundo mês de puerpério (SOUZA et al., 2015). Tais alterações justificam-se pela neuropatia do nervo pudendo ou por intervenções relacionadas ao uso de fórceps, episiotomia e sutura perineal intraparto (DELANCEY et al., 2008; MCDONALD et al., 2015; AHMED et al., 2016; GOMMESEN et al., 2019). Além disso, essa via está mais vulnerável a avulsão parcial ou total dos levantadores do ânus, prolapso de parede anterior e aumento do hiato genital (VAN DELFT et al., 2014).

Com relação ao parto cesáreo (PC), sabe-se que a prática no Brasil, principalmente nos serviços privados (85%) (BRASIL, 2021), supera a recomendação de 10 a 15% da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizada em 1985. Muitas mulheres optam por essa via de parto acreditando que haverá menos dor e melhor experiência sexual no período pós-parto (REZAEI et al., 2018). No entanto, alguns estudos sugerem uma pior qualidade de vida nas mulheres que optam pelo PC (REZAEI et al., 2018), assim como uma série de complicações relacionadas à cirurgia (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017) e a transtornos mentais do tipo depressão (CHANG et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016) e ansiedade (FIELD, 2018). Eid et al (2015) e Amiri et al (2017) afirmam uma incerteza a respeito da via de parto que garanta menor dano para a FS durante o puerpério.

Em contrapartida, Qian et al (2016), em um estudo com 2.649 mulheres, identificaram redução do desejo (20,7%), menor lubrificação vaginal (15,7%), maior queixa de dispareunia (22,3%) e pior satisfação sexual (20,7%) nas mulheres expostas ao PC quando comparado àquelas que realizaram o PV (6,1%; 2,6%; 3,2% e 7,7% respectivamente). Da mesma forma, Liebling e colaboradores (2004), ao avaliarem uma coorte de mulheres durante

o primeiro ano pós-parto, identificaram um aumento na incidência de dor moderada a intensa durante o intercurso sexual aos 12 meses entre aquelas submetidas ao PC.

Nesse contexto, mesmo não havendo consenso, a literatura aponta que o tempo pode beneficiar os domínios da FS, tornando questionável a escolha do PC para proteção da FS (SOUZA et al., 2015; KAHRAMANOGLU et al., 2017; SALEH; HOSAM; MOHAMED, 2019). Kahramanoglu et al (2017) ao estudarem um grupo de primíparas (n= 403) em diferentes períodos do tempo, identificaram que as pontuações do *Female Sexual Function Index* (FSFI) melhoraram ao longo do tempo tanto entre as mulheres que optaram pelo PV quanto pelo PC. Do mesmo modo, Souza e colaboradores (2015) acompanharam 440 mulheres e concluíram que a FS aos 12 meses pós-parto é semelhante aos escores pré-gestacionais, independentemente da via de parto ou lesão perineal.

Assim, diante da falta de consenso relacionado aos efeitos da via de parto na FS, torna-se importante conhecer como essas variáveis comportam-se em diferentes momentos do puerpério. Para Wolpe et al, (2017), há uma limitação no número de publicações direcionadas ao tema no Brasil, principalmente com avaliação prospectiva (FAISAL-CURY et al., 2015) e construção de critérios bem definidos para o recrutamento e análise das participantes. Além disso, algumas mulheres desconhecem sua própria sexualidade, assim como fatores que influenciam a FS (LEEMAN; ROGERS, 2012). Consequentemente, torna-se necessário que profissionais da saúde tenham conhecimento sobre os eventuais efeitos dessa associação. Para Fan et al (2017), é importante que os profissionais estejam capacitados e orientem as gestantes durante o pré-natal sobre as alterações da FS e efeitos da via de parto durante o puerpério.

Com base nas considerações supracitadas, elaborou-se as seguintes perguntas de pesquisa: (1) Como se comporta a FS em mulheres primíparas acompanhadas durante o primeiro ano do puerpério (três, seis e doze meses) e qual sua relação com a via de parto (vaginal e cesárea)? (2) Existe associação entre a presença de DS e a via de parto em mulheres primíparas durante o puerpério remoto?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a FS de mulheres primíparas em diferentes períodos do puerpério remoto de PV e PC.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Avaliar a FS de mulheres primíparas durante o primeiro ano de puerpério (três, seis e doze meses) e verificar a sua relação com a via de parto (vaginal e cesárea). **(Estudo 1)**

Analisar a presença de DS em mulheres primíparas e verificar se existe associação com as vias de parto vaginal (PV) e cesárea (PC), uso de intervenções obstétricas e caráter emergencial durante o puerpério remoto. **(Estudo 2)**

## 1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação contempla o “Modelo Alternativo” para a elaboração de dissertações, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação - Campus Araranguá, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme Norma 04/PPGCR/2018.

A dissertação foi organizada em quatro principais partes: 1ª) **Introdução teórica** contendo problema e justificativa da pesquisa; 2ª) **Revisão de Literatura** em que será apresentada uma revisão sistemática da literatura sobre o tema dessa dissertação, 3ª) **Materiais e Métodos** contendo a descrição pormenorizada dos procedimentos, destacando a diferença entre os estudos; 4ª) **Resultados** com a apresentação de dois artigos científicos que contemplam os objetivos geral e específico; e 5ª) **Considerações Finais** com conclusões obtidas através dos resultados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para verificar a associação entre a via de nascimento e a FS durante o puerpério remoto, foi conduzida uma revisão sistemática de literatura, redigida em forma de artigo científico.

### 2.1 FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO EM MULHERES DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Revista sugerida para publicação: American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Qualis (2019): A1

Fator de impacto (2019): 6.502

Autores: Thaise dos Santos Henrique<sup>1</sup>, Guilherme Tavares de Arruda<sup>2</sup>, Janeisa Franck Virtuoso<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil;

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, Brasil;

Corresponding author: Thaise dos Santos Henrique. Address: Rodovia Governador Jorge Lacerda, 3201, Jardim das Avenidas – Araranguá, SC – CEP: 88.906-072. E-mail: [thaise.henrique@posgrad.ufsc.br](mailto:thaise.henrique@posgrad.ufsc.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a associação entre função sexual (FS) e via de parto em mulheres primíparas durante o puerpério remoto.

**Fontes de dados:** Science Direct, Medline, Pubmed Central, Web of Science, Cinahl e Proquest, foram pesquisados sistematicamente até janeiro de 2021. As listas de referências bibliográficas dos estudos incluídos também foram avaliadas para esta revisão.

**Crítérios de elegibilidade do estudo:** artigos originais na íntegra com metodologia observacional cuja amostra fosse mulheres primíparas no puerpério remoto. Os artigos precisavam apresentar dados sobre a relação entre o parto vaginal (PV) e parto cesáreo (PC) com a FS. Foram excluídos cartas, editoriais, capítulos de livro, estudos experimentais e ensaios clínicos randomizados ou que utilizassem modelos animais.

**Métodos de avaliação e síntese do estudo:** Dois revisores selecionaram e revisaram os estudos. As discordâncias foram resolvidas por meio de consenso ou por um terceiro revisor. Para a síntese qualitativa foram registradas informações sobre autor(es), ano e país de publicação, tamanho e características da amostra, período do acompanhamento, instrumento utilizado, objetivo(s) do estudo e principais resultados. A avaliação metodológica foi dada por meio do checklist *Downs & Black*.

**Resultados:** Aos 3 meses foi observado prejuízo em todos os domínios do FSFI, independentemente da via de parto, sendo desejo, excitação e dor os domínios mais afetados no PV e desejo e lubrificação no PC. Aos 6 meses, as alterações na FS permaneceram, principalmente, entre aquelas puérperas expostas ao vácuo, fórceps ou com algum grau de laceração. O tempo de puerpério demonstrou-se benéfico na redução dos problemas sexuais, não havendo mais diferença na FS a partir dos 12 meses, independentemente da via de parto.

**Conclusão:** Independentemente da via de parto as mulheres apresentaram DS aos 3 meses que estenderam-se até os 6 meses, principalmente quando utilizado intervenções obstétricas. A partir dos 12 meses não há mais diferença na FS para ambas as vias de parto e, portanto, a via de parto não deve ser sugerida como alternativa na prevenção de alterações na FS.

**Palavras-chave:** Função sexual. Parto vaginal. Parto Cesáreo. Período Pós-Parto. Disfunção Sexual Fisiológica.

## ABSTRACT

**Objective:** To verify the association between sexual function (FS) and delivery in primiparous women during the remote postpartum period.

**Data sources:** Science Direct, Medline, Pubmed Central, Web of Science, Cinahl, and Proquest were systematically searched until January 2021. The bibliographic reference list of included studies was also removed for this review.

**Study eligibility criteria:** Original articles in the integration with observational methodology whose sample of women were primiparous in the remote postpartum period. The articles needed to present data on the relationship between vaginal delivery (PV) and cesarean delivery (PC) with FS. Letters, editors, book chapters, experimental studies and randomized trials or those using animal models were excluded.

**Study evaluation and synthesis methods:** Two reviewers selected and reviewed the studies. Disagreements were resolved through consensus or by a third reviewer. For the qualitative synthesis, information on author(s), year and country of publication, sample size and characteristics, follow-up period, instrument used, study objective(s) and main results were cited. Methodological assessment was performed using the Downs & Black checklist.

**Results:** At 3 months, impairment was observed in all FSFI domains, regardless of the mode of delivery, with desire, excitement and pain being the most affected domains in the PV and desire and lubrication in the PC. At 6 months, the changes in FS remained, mainly, among those mothers exposed to vacuum, forceps or with some degree of laceration. The postpartum period is beneficial in reducing sexual problems, with no more difference in FS from 12 months, regardless of the mode of delivery.

**Conclusion:** Regardless of the mode of delivery, women presented DS at 3 months, which lasted up to 6 months, especially when obstetric interventions were used. From 12 months onwards, there is no longer any difference in FS for both modes of delivery and, therefore, the mode of delivery should not be suggested as an alternative to prevent changes in FS.

**Keywords:** Sexual function. Vaginal delivery. Cesarean delivery. Postpartum Period. Physiological Sexual Dysfunction.

## INTRODUÇÃO

Saúde e bem estar sexual constituem aspectos fundamentais para a promoção do bem-estar físico, mental e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), sendo influenciados por variáveis obstétricas, como gravidez, parto e puerpério (GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019). No puerpério, a função sexual (FS) diminui devido às alterações na imagem corporal, privação do sono, fadiga e mudanças comportamentais relacionadas à rotina do casal e família (GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ et al., 2017). Além disso, são comuns nesse período alterações no padrão sexual associadas ao aleitamento materno (O'MALLEY et al., 2018; FUENTIALBA-TORRES *et al.*, 2019) e crenças ao tipo de parto (GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019).

No parto vaginal (PV), as alterações anatômicas relacionadas à lesão do nervo pudendo e as terminações nervosas ligadas à genitália feminina são comumente associadas às intervenções obstétricas do tipo fórceps, laceração, episiotomia e sutura perineal (MCDONALD et al., 2015). Deane e colaboradores (2019) apontam um risco aumentado para o desenvolvimento de lesões obstétricas e incontinência anal a longo prazo em mulheres submetidas ao PV instrumentalizado. Já Barbara et al (2016) revelam que o uso dessas intervenções podem predispor ao desenvolvimento de complicações sexuais.

Nesse sentido, algumas mulheres creem que a via de parto cesárea (PC) proporcionará uma melhor experiência sexual pós-parto (GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019), seja pelo medo da dor durante o trabalho de parto e/ou rupturas perineais durante o PV (HATAMLEH *et al.*, 2019). No entanto, alguns autores apontam pior qualidade de vida (REZAEI et al., 2018) e maior chance de dispareunia em mulheres com PC (OR= 1,96; IC95%1,29–2,63) (KABAKIAN-KHASHOLIAN et al., 2015). Assim, independentemente da via de parto, sabe-se que alterações no desejo, excitação, orgasmo e dor são as disfunções sexuais (DS) de maior ocorrência no puerpério (KAHRAMANOGLU et al., 2017; KHAJEHEI *et al.*, 2015), sendo as primíparas as mais expostas a esses problemas (BANAEI et al., 2019; KABAKIAN-KHASHOLIAN et al., 2015).

Diante do exposto, buscamos trazer por meio dessa revisão, resultados atuais que auxiliem os profissionais no aconselhamento de mulheres e casais durante o pré-natal e puerpério. Além disso, buscou-se esclarecer a falta de consenso sobre o efeito da via de parto na FS durante o puerpério (FAN et al., 2017; HICKS et al., 2004). Desse modo, o objetivo

desse estudo foi revisar sistematicamente a literatura científica e associar a FS com a via de parto em mulheres primíparas durante o puerpério remoto.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Estratégias de pesquisa**

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com as orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER et al., 2009). Uma busca sistemática da literatura foi conduzida por dois revisores independentes através dos termos e filtros nas bases de dados *Science Direct*, *Pubmed Central (PMC)*, *Medline/Pubmed*, *Web of Science* e *CINAHL*. Para ampliar os resultados, os autores realizaram também a busca na literatura cinzenta *Proquest Dissertations Theses Database* (ProQuest) e, por último, busca e seleção manual nas referências bibliográficas dos estudos selecionados. Os idiomas pesquisados foram inglês, português e espanhol, sem limite de data da publicação.

A busca bibliográfica nas bases de dados ocorreu entre os dias 11 e 20 de janeiro de 2021. A estratégia de busca adotada foi: (“sexual function, physiological” OR “sexual function”) AND (“puerperium” [MeSH Terms] OR “postpartum period” [MeSH Terms]).

O registro dessa revisão sistemática foi realizado e aprovado pelo *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) em 28 de abril de 2020, sob protocolo CRD42020145243.

### **Seleção do estudo**

Para análise, registro e armazenamento dos resultados, foi utilizado o gerenciador de referências *EndNote Web* e uma planilha no programa Microsoft Excel (versão 14.0 – 2010). Para distinguir os estudos elegíveis, dois pesquisadores independentes (T.S.H. e G.T.A.) realizaram uma triagem criteriosa dos títulos e resumos, permanecendo para a leitura completa somente aqueles que atendessem aos objetivos e critérios pré-estabelecidos da revisão. Discordâncias que ocorreram durante o processo de seleção, foram solucionadas por meio de consenso ou por um terceiro revisor (J.F.V.).

Foram incluídos na revisão artigos originais, com metodologia observacional (transversais, caso-controle e coorte), cuja população e amostra foram compostas por

mulheres primíparas no puerpério remoto ( $\geq 43$  dias pós-parto) (BRASIL, 2001). Foram inseridos estudos que avaliaram a relação entre via de parto (vaginal e cesárea) e a função/funcionamento sexual durante o puerpério remoto. Foram excluídos cartas, editoriais, capítulos de livro, estudos experimentais e ensaios clínicos randomizados ou que utilizassem modelos animais.

### **Extração de dados**

Foram coletadas as seguintes informações dos artigos incluídos após a revisão final: nome do (s) autor (es), ano e país de publicação, tamanho e características da amostra, período do acompanhamento, instrumento utilizado, objetivo(s) do estudo e principais resultados. Quando disponíveis, as medidas quantitativas da "função/funcionamento sexual" foram extraídas e armazenadas em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel, com médias e desvios-padrão dos domínios e escore total para cada via de parto.

### **Avaliação da qualidade metodológica**

A avaliação da qualidade metodológica e risco de viés dos estudos incluídos nesta revisão foi realizada de forma independente por dois revisores (T.S.H. e G.T.A.). Quando necessário, os casos que geraram dúvidas entre os avaliadores foram definidos com o auxílio de um terceiro revisor (J.F.V.).

O instrumento utilizado para a avaliação da qualidade metodológica foi o *checklist Downs & Black*, constituído por 27 itens e dividido em avaliação do relato (10 perguntas), validade externa (3 perguntas), viés – medição dos resultados (7 perguntas), confundimento – viés de seleção dos sujeitos (6 perguntas) e poder (1 pergunta). Cada item é pontuado de acordo com três opções de resposta: sim, não e incapaz de determinar (DOWNS; BLACK, 1998). As questões 4, 8, 13, 14, 15, 19, 23 e 24 foram excluídas do *checklist*, pois avaliam os ensaios clínicos randomizados e, desse modo, não se adequam aos critérios de inclusão desta revisão. Dessa forma, permaneceram 18 questões do instrumento e a pontuação máxima dos estudos incluídos foi de 19 pontos. Considerou-se estudo de boa qualidade metodológica aquele que atingiu 70% da pontuação total, ou seja, igual ou superior a 12 pontos (DOWNS; BLACK, 1998).

## RESULTADOS

### Seleção e características dos estudos

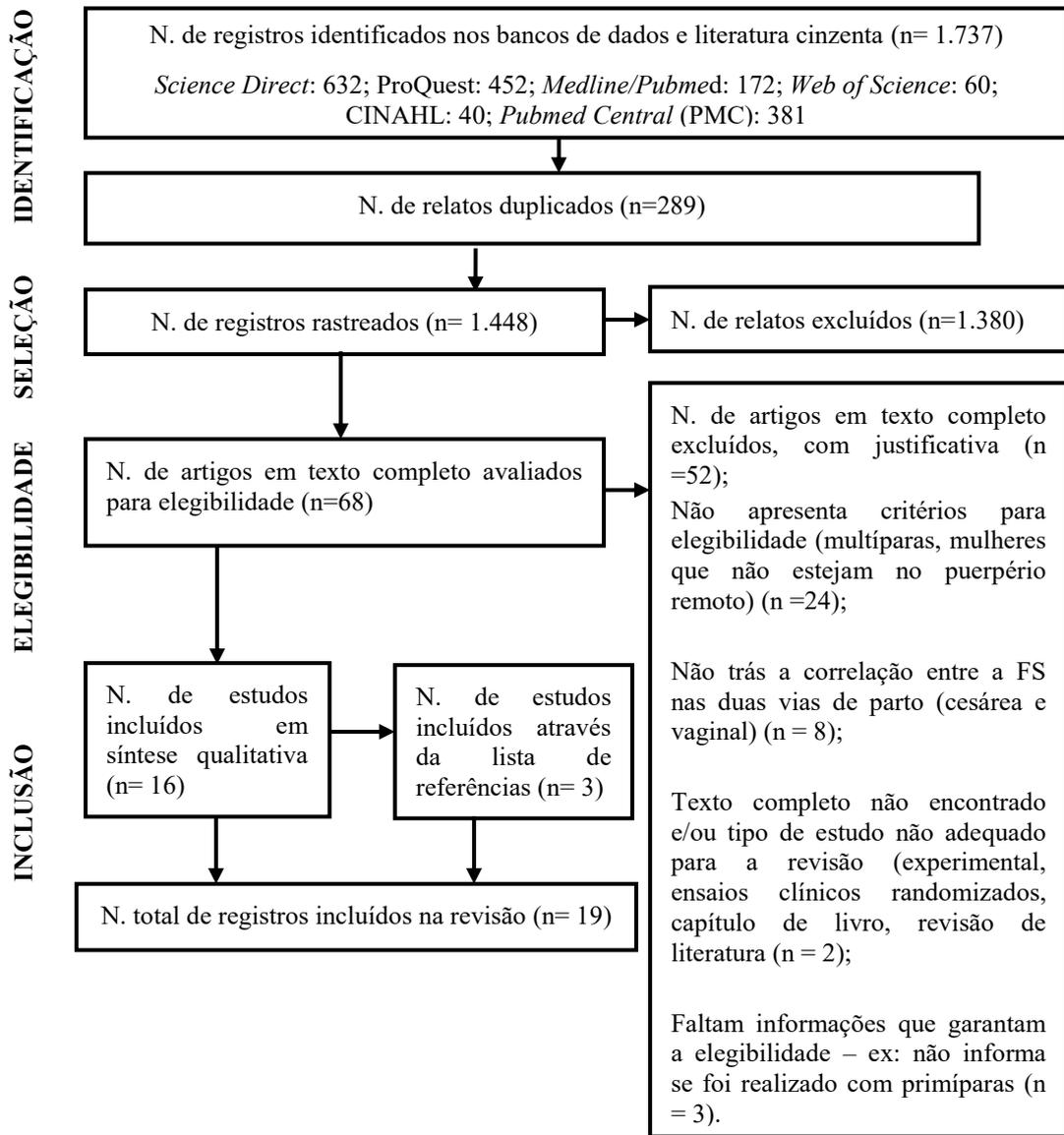
Foram identificados 1.737 estudos, dos quais 632 foram encontrados na base *Science Direct*, 452 na ProQuest, 172 no *Medline/Pubmed*, 60 no *Web of Science*, 16 no CINAHL e 381 no *Pubmed Central* (Figura 1). Após a remoção das duplicatas, 1.448 títulos e resumos foram avaliados, sendo 1.380 deles excluídos. Desse modo, restaram para a leitura completa 68 artigos, sendo que 16 deles atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão sistemática.

Após concluir essa etapa, foi realizada a leitura dos títulos nas listas de referências bibliográficas dos estudos incluídos, gerando a inclusão de 3 novos estudos. Ao todo, 19 estudos foram incluídos nessa revisão e suas características seguem descritas no Quadro 1.

Todos os estudos foram publicados na última década, principalmente por autores de países do Oriente Médio, como Irã e Turquia. O desenho metodológico utilizado em todos os estudos foi observacional, sendo 4 (21,05%) deles com abordagem retrospectiva, 5 (26,31%) com análise transversal e 10 (52,63) com abordagem prospectiva. Foi avaliado um total de 7.128 mulheres nesta revisão, sendo 2.334 (32,74%) por via de PC e 4.794 (67,26%) pela via de PV. O tipo de via de parto variou entre os estudos. O PV foi categorizado em: PV assistido/instrumental; PV não assistido/espontâneo; PV com laceração; PV com uso de fórceps; PV com vácuo; PV com episiotomia e/ou episiotomia mediolateral; e PV com/sem ruptura do esfíncter anal. Já a via PC foi classificada em: PC eletiva; PC de emergência; e PC com/sem trabalho de parto.

A forma como os autores avaliaram a FS foi diferente de acordo com o tipo de estudo. Entre os 19 artigos selecionados, 13 deles avaliaram a FS através do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), 3 baseados em estudos de outros autores (BARRETT et al., 2005; LYDON-ROCHELLE; HOLT; MARTIN, 2001; O'MALLEY et al., 2018), 2 através de questionários desenvolvidos pelos autores da pesquisa (BUHLING et al., 2006; KHAJEHEI et al., 2009) e 1 através do instrumento *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire* (PISQ-12) (1). Durante o puerpério remoto, prevaleceu a avaliação da FS aos 3 (n = 6; 31,57%), 6 (n = 12; 63,15%), 12 (n = 5; 26,31%) e 24 meses (n = 2 - 10,52%).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos da revisão sistemática baseado na recomendação PRISMA (MOHER et al., 2009).



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

### Síntese dos resultados

Os dados desta revisão serão apresentados de acordo com domínios do FSFI, categorização da via de parto e os diferentes períodos do tempo.

Aos 3 meses, mulheres que deram à luz pelo PV apresentaram maior alteração em todos os domínios do FSFI. Quando comparado a FS ao período inicial ou anterior à gestação, as mulheres com PV apresentaram piores escores para desejo, excitação, lubrificação (AMIRI

et al., 2017; EID et al., 2015; KAHRAMANOGLU et al., 2017), orgasmo (AMIRI et al., 2017), satisfação, dor (KAHRAMANOGLU et al., 2017; AMIRI et al., 2017) e escore total (KAHRAMANOGLU et al., 2017). Já as puérperas com PC, manifestaram redução do desejo (EID et al., 2015; KAHRAMANOGLU et al., 2017), lubrificação, satisfação, dor e escore total (KAHRAMANOGLU et al., 2017).

Aos 6 meses, as alterações nos escores do FSFI foram menores em ambas as vias de parto quando comparado ao período anterior a gestação e aos 3 meses. Na via PV, permaneceram alterações nos domínios desejo, excitação, dor e escore total, enquanto no PC ocorreram alterações em desejo, lubrificação e escore total (KAHRAMANOGLU et al., 2017). Em mulheres com PV instrumentalizado permaneceram alterações significativas em todos os domínios do FSFI (BAKSU et al., 2007; KHAJEHEI et al., 2009; O'MALLEY et al., 2018) e quando comparado ao PC houve piores resultados para excitação, lubrificação, orgasmo e escore total (BARBARA et al., 2016).

Ao comparar a FS com a via de parto, 2 estudos (BARRETT et al., 2005; KAHRAMANOGLU et al., 2017) identificaram aos 3 meses uma pior FS nas mulheres expostas ao PV em comparação à via PC. Além disso, comparando dados das mulheres que tiveram um PV com episiotomia e mulheres que realizaram PC, observou-se que os efeitos negativos da episiotomia mantiveram-se aos 6 meses na via PV (BAKSU et al., 2007). O PV com laceração e o PC também foram associados a uma retomada tardia da atividade sexual quando comparado ao PV sem uso de intervenções (BRUBAKER et al., 2008). Contrapondo estes resultados, Safarinejad, Kolahi, Hosseini, (2009) verificaram uma redução nos domínios desejo, excitação, orgasmo, dor, lubrificação e satisfação do FSFI aos 3 meses, independentemente do tipo de parto (PV com ou sem intervenções obstétricas e PC eletivo ou emergência). Por último, O'Malley et al., (2018) descreveram resultados favoráveis ao PC aos 6 meses, sendo o PC de emergência um fator de proteção para a perda do interesse sexual (OR= 0,6; IC95% 0,4-0,9) e o PC eletivo na redução das chances de dispareunia (OR= 0,5; IC95% 0,3-0,9). Também aos 6 meses, ter um PV assistido à vácuo esteve associado ao risco maior de dispareunia (OR= 1,6, IC 95% 1,1 – 2,4) (O'MALLEY et al., 2018).

Referente ao uso de intervenções obstétricas, Baksu et al (2007) relataram que aos 6 meses houve redução nos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor na FS das mulheres que deram à luz por via PV com episiotomia. Da mesma forma, Buhling et al (2006), Lydon-Rochelle, Holt, Martin, (2001) e Moghadam et al (2019) também verificaram que mulheres expostas ao PV com intervenção (ex: episiotomia, fórceps) obtiveram piores escores para FS quando comparadas àquelas com PV sem intervenção

(LYDON-ROCHELLE; HOLT; MARTIN, 2001; BUHLING et al., 2006) e piores escores para desejo, excitação, satisfação (MOGHADAM et al., 2019) e dor (MOGHADAM et al., 2019; BUHLING et al., 2006) quando comparado ao PC. Barbara e colaboradores (2016) também destacaram valores mais altos para orgasmo ( $B= 0,605$ , erro padrão=  $0,233$ ,  $p= 0,010$ ,  $IC95\% = 0,145$  e  $1,064$ ) nas mulheres submetidas ao PV sem uso de intervenções, quando comparado àquelas com uso de vácuo. Comparado ao PC, o uso do vácuo esteve associado à piora da excitação, lubrificação, orgasmo e avaliação geral do FSFI aos 6 meses (BARBARA et al., 2016). PV assistido a vácuo esteve associado também à dispareunia aos 6 meses (O'MALLEY et al., 2018).

Dessa forma, os resultados desta revisão apontam que independentemente da via de parto, DS ocorrerão no puerpério e que o prejuízo na FS seja maior nas mulheres expostas a alguma intervenção obstétrica, quando comparado a partos espontâneos e/ou planejados. Souza et al (2015) após controlar variáveis de confusão, como idade e depressão, descreveram orgasmo e dor como os únicos domínios com diferença ao longo do tempo. Além disso, independentemente da via de parto (vaginal ou cesárea), todos os domínios do FSFI melhoraram com o avanço do puerpério (KAHRAMANOGLU et al., 2017; SAFARINEJAD; KOLAH; HOSSEINI, 2009), não havendo dessa forma diferença significativa na FS aos 3 (LYDON-ROCHELLE; HOLT; MARTIN, 2001; EID et al., 2015; AMIRI et al., 2017), 6 (AMIRI et al., 2017; BARBARA et al., 2016; BARRETT et al., 2005; BRUBAKER et al., 2008; DABIRI et al., 2014; KAHRAMANOGLU et al., 2017), 12 (KAHRAMANOGLU et al., 2017; KLEIN et al., 2009; SOUZA et al., 2015) e 24 meses pós parto (HOSSEINI; IRANPOUR; SAFARINEJAD, 2012; KAHRAMANOGLU et al., 2017). O resultado se manteve também na análise feita por Malchi et al (2016) entre 6 e 18 meses do puerpério.

Quadro 1 – Síntese qualitativa dos estudos inseridos na revisão sistemática (n=19).

Autor (es) / Ano/País de publicação	Tamanho e características da amostra	Período do acompanhamento e instrumento utilizado	Objetivos do estudo	Principais resultados
LYDON-ROCHELLE; HOLT; MARTIN/ 2001 / EUA.	971 primíparas (PC = 220; PV assistido = 265; PV sem intervenção = 486).	Avaliadas durante a 7ª semana do puerpério. Utilizou perguntas elaboradas e extraídas pelos autores do estudo StORQS, sobre atividade sexual e funcionamento intestinal/urinário.	Avaliar a associação entre a via de parto e o estado geral de saúde, funcionamento sexual, intestinal e urinário de mulheres primíparas após o parto.	Houve diferença do funcionamento sexual (47,9 – 54,1: p <0,04), função física (89,1 – 92,0: p <0,01), dor corporal (74,7 – 78,3: p <0,05), função social (79,3 – 82,9: p <0,05) funcionamento intestinal e urinário (81,0 – 85,0: p <0,03) entre as mulheres com PV assistido e PV sem intervenção, respectivamente. Não houve diferença significativa no funcionamento sexual entre as mulheres com via PV sem intervenção e PC.
BARRETT <i>et al.</i> / 2005 / Londres.	484 primíparas (PV espontâneo = 243; PV instrumental = 122; PC com trabalho de parto = 73; PC sem trabalho de parto = 46).	Avaliação do período anterior à gravidez e aos 3 e 6 meses pós-parto. Utilizado dados de um estudo anterior com perguntas sobre dor, lubrificação, orgasmo e desejo, elaborado pelos mesmos autores (BARRETT <i>et al.</i> , 2000).	Avaliar se mulheres submetidas ao PC apresentam melhor saúde sexual quando comparado ao PV.	Aos 3 meses pós-parto, mulheres com via PC apresentaram 38% (OR: 0.38; IC95% (0.22 a 0.63)) menos chances de dispareunia em relação a via PV. Houve diferença na dispareunia aos 3 meses, durante a comparação entre “PC eletiva” versus “PV assistido” (p= 0,035) e entre “PC com trabalho de parto” e “PV assistido” (p = 0,001). Aos 6 meses, não houve diferença significativa entre as vias de parto.
BUHLING. <i>et al.</i> / 2006 / Alemanha.	633 primíparas (PV sem laceração = 115; PV com episiotomia ou laceração = 316; PV com uso de instrumentais/vácuo = 144; PC eletiva ou por falha no progresso do trabalho de parto = 58).	Avaliação do período anterior à gravidez, durante a gestação e entre 6 à 18 meses pós-parto. Utilizado um questionário sobre comportamento sexual e dispareunia elaborado pelos autores.	Avaliar a influência da via de parto na FS.	O relato de dispareunia a partir do 6º mês foi maior em mulheres submetidas à episiotomia/laceração (11%) e fórceps (14%) quando comparado à via PV espontânea (3,5%) e PC (3,4%) (p = 0.049).
BAKSU <i>et al.</i> / 2007 / Turquia.	248 primíparas (PV com episiotomia mediolateral = 156; PC eletiva = 92).	Avaliação do período anterior à gravidez realizado durante as 6 primeiras semanas de	Avaliar o efeito da via de parto na FS pós-parto em mulheres	Na avaliação de 6 meses pós-parto, houve redução (p < 0,05) em todos os domínios do FSFI nas mulheres expostas ao PV com episiotomia (Desejo: 4.5; Excitação: 3.75; Lubrificação: 4.2; Orgasmo: 3.36; Satisfação: 4.92; Dor: 3.12 e escore total: 22,16)

		gestação. Nova avaliação aos 6 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	primíparas.	quando comparado aos escores pré-gestacionais (4,87; 4,53; 5,22; 5,21; 5,22; 4,88 e 28,0 respectivamente). Não houve diferença na FS entre o período pré-gestacional e o período pós-parto nas mulheres com PC. Aos 6 meses, com exceção do desejo todos os demais domínios do FSFI foram melhores nas mulheres com PC quando comparado ao PV com episiotomia (Excitação: 4,83 – 3,75; Lubrificação: 5,04 – 4,2; Orgasmo: 5,48 – 3,36; Satisfação: 5,5 – 4,92; Dor: 4,8 – 3,12 e; Escore Geral: 28,32 – 22,16 respectivamente) ( $p < 0,001$ ).
BRUBAKER <i>et al.</i> / 2008 / EUA.	459 primíparas (PV com ruptura do esfíncter anal de 3º ou 4º grau = 198; PV sem ruptura de esfíncter anal de 3º ou 4º grau = 200; PC eletivo, sem trabalho de parto = 61).	Avaliação realizada aos 6 meses pós-parto. FS avaliada pelo PISQ-12.	Explorar a associação de laceração do esfíncter anal e FS 6 meses após o parto.	Aos 6 meses, 94% das mulheres com PV sem ruptura do esfíncter anal retomaram a atividade sexual. A porcentagem de mulheres que retomaram o ato sexual foi menor em PC (86%) e PV com ruptura do esfíncter anal (88%) ( $p = 0,028$ ). Aos 6 meses, não houve diferença significativa na FS entre as vias de parto.
KHAJEHEI <i>et al.</i> / 2009 / Irã.	40 primíparas (PV com episiotomia mediolateral = 20; PV eletiva = 20).	Avaliação do período anterior à gravidez e entre 6 e 12 meses pós-parto. Avaliado o funcionamento sexual através de um questionário elaborado pelos autores do estudo.	Avaliar e comparar o funcionamento sexual pós-parto após PV e PC.	Mulheres expostas ao PV com episiotomia mediolateral apresentaram piora na excitação (45%, $p=0,038$ ), desejo (80%, $p=0,001$ ), vaginismo (40%, $p=0,023$ ), frouxidão vaginal (55%, $p=0,001$ ) e insatisfação sexual (65%, $p=0,001$ ) quando comparado ao período pré-gestacional. Mulheres com PC apresentaram no puerpério maior relato de insatisfação sexual (60%, $p=0,003$ ), redução do desejo (35%, $p=0,048$ ), baixa lubrificação (15%, $p=0,001$ ) e dor durante o orgasmo (5%, $p=0,001$ ) quando comparado ao período pré-gestacional.
KLEIN <i>et al.</i> / 2009 / Áustria.	99 primíparas (PV sem intervenções = 55; PC eletiva = 44 mulheres).	Avaliação realizada entre 12 e 18 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Avaliar a influência da via de parto na FS entre 12 e 18 meses de puerpério.	Aos 12 meses não foi identificado diferença significativa entre os domínios e escore total do FSFI entre a via de PV (29.6) e PC (30.5). PC eletiva não demonstrou vantagem em relação ao PV livre de complicações e/ou intervenções na prevenção de DS.
SAFARINEJA D, KOLAH, HOSSEINI / 2009 / Irã.	912 primíparas (PV sem lesões e/ou uso de instrumentais = 169; PV com episiotomia ou laceração = 167; PV com uso de fórceps = 165; PC eletiva = 168; PC de	Avaliação realizada durante a 24ª semana de gestação e aos 3, 6 e 12 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Quantificar a relação entre a via de parto com a incidência de DS e comprometimento da QV durante o puerpério.	Aos 3, 6 e 12 meses mulheres com PV, principalmente aquelas com PV associado à episiotomia/laceração ou fórceps, apresentaram frequências maiores de DS em todos os domínios do FSFI quando comparado ao PC (eletivo ou emergência). Nas mulheres com PV espontâneo, PV com episiotomia e PV com uso de fórceps, todos os domínios do FSFI apresentaram melhora significativa entre 3 e 12 meses pós-parto ( $p < 0,05$ ).

	emergência = 167).			Puérperas com PC eletivo apresentaram as menores frequências de DS durante o puerpério quando comparado as demais vias/tipos de parto e na comparação entre 3, 6 e 12 meses nenhum domínio do FSFI apresentou diferença significativa. Mulheres com PC de emergência apresentaram melhora significativa dos escores desejo (p=0,03), excitação (p=0,04) e satisfação (p=0,04) entre 3 e 12 meses pós-parto.
HOSSEINI; IRAN-POUR; SAFARINEJ AD / 2012 / Irã.	213 primíparas (PV = 114; PC = 99).	Avaliação realizada antes da gravidez e aos 6 e 24 meses do puerpério. FS avaliada pelo FSFI.	Comparar a FS entre mulheres que tiveram PV e PC planejada.	Independente da via de parto, não houve diferença significativa aos 24 meses entre os domínios e escore total do FSFI.
DABIRI <i>et al.</i> / 2014 / Irã.	150 primíparas (PV com episiotomia mediolateral = 81; PC= 69).	Avaliação realizada aos 3 e 6 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Avaliar o efeito da via de parto na FS de mulheres primíparas durante o puerpério.	O tempo de puerpério beneficiou a FS das mulheres avaliadas. Aos 6 meses, as mulheres apresentaram uma melhora significativa nos escores do FSFI tanto na via PV (desejo: 3,31 e 3,84; p < 0,001; excitação: 3,71 e 4,04, p = 0,003 e dor: 4,06 e 3,88, p = 0,020) quanto na via PC (desejo: 2,95 e 3,55, p < 0,001; excitação: 3,49 e 3,89, p=<0,001; lubrificação: 4,21 e 4,57, p = 0,006; orgasmo: 4,1 e 4,37, p= 0,008 e dor: 4,01 e 3,51, p= 0,020) quando comparado aos 3 meses do puerpério. Na comparação entre grupos (PV e PC), não houve diferença significativa entre os domínios FSFI.
EID <i>et al.</i> / 2015 / Egito.	200 primíparas (PV com episiotomia = 90; PC = 110).	Avaliação realizada durante a gestação e na 12ª semana pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Avaliar o efeito da via de parto na FS feminina após o parto.	Na comparação entre os escores pré e pós-gestacionais, houve uma piora nos domínios desejo (4.97 e 3.78; p= 0.02), excitação (4.84 e 3.69; p= 0.02) e lubrificação (4.95 e 4.66; p= 0.04) para a via PV com episiotomia. Já para a via PC, a piora ocorreu apenas no escore desejo (4.22 - 3.84; p = 0.03). Não houve diferença significativa na comparação entre os dois grupos.
SOUZA <i>et al.</i> / 2015 / Austrália.	260 primíparas (PV espontâneo = 133; PV com fórceps = 37; PV com uso de vácuo = 20; PC = 70).	Avaliação realizada durante as primeiras 28 semanas de gestação e aos 6 e 12 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Determinar o efeito da via de parto e da lesão perineal na FS aos 6 e 12 meses pós-parto.	Entre o 6º e 12º mês pós-parto, houve melhora do desejo (2.96 e 3.46; p= 0.007), excitação (3.44 e 3.97; p= 0.007), orgasmo (4.20 e 4.66; p= 0.026) e escore total (22.79 - 25.06; p= 0.019) nas mulheres com alterações perineais. Após controle de variáveis de confusão como idade e depressão, orgasmo e dor foram os únicos domínios que demonstraram diferença significativa ao longo do tempo. Escores de dor foram menores aos 6 meses quando comparado a gestação (5,09 e 4,77; p= 0,012) e o orgasmo apresentou melhora entre 6 e 12 meses pós-parto (4,13 e 4,49; p= 0,029) em ambas as vias de parto. A FS aos 12 meses do puerpério foi semelhante ao início da gravidez, independente da

				via de parto.
ALESHEIKH <i>et al.</i> / 2016 / Irã.	450 primíparas (PV = 225; PC = 225).	Avaliadas em um único momento, entre 3 e 6 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Avaliar a relação entre a via de parto e a FS.	Independente da via de parto, não houve diferença significativa na FS e seus domínios durante o puerpério.
BARBARA <i>et al.</i> / Itália / 2016.	269 primíparas (PV espontâneo = 132; PV instrumentalizado (vácuo) = 45; PC = 92).	Avaliação realizada durante o último trimestre da gestação e aos 6 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Investigar o impacto da via de parto na FS feminina, comparando o PV espontâneo, o PV operatório e o PC.	Aos 6 meses pós-parto, 40,9% das mulheres apresentaram DS, entre elas uma pior excitação (B= 0,471, erro padrão= 0,192, p= 0,015, IC 95% = -0,849 a -0,093), lubrificação (B= 0,451, erro padrão= 0,226, p= 0,047, IC 95% = -0,897 a -0,005), orgasmo (B= 0,627, erro padrão= 0,253, p= 0,014, IC 95% = -1,125 a -0,129) e avaliação geral do FSFI (B= -2,566, erro padrão= 0,995, p= 0,010, IC 95% = -4,525 a 0,607) nas mulheres expostas ao uso do vácuo em comparação ao PC. Já na comparação entre a via de PV espontâneo e PV com uso de vácuo, mulheres expostas ao PV espontâneo apresentaram valores mais altos para orgasmo (B= 0,605, erro padrão= 0,233, p= 0,010, IC 95% = 0,145 a 1,064). Na comparação da FS entre PV espontâneo e PC, não houve diferença significativa.
MALCHI <i>et al.</i> / 2016 / Irã.	306 primíparas (PV espontâneo, sem laceração = 153; PC = 153).	Avaliação realizada entre 6 e 18 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Investigar a relação entre a via de parto e a FS em mulheres primíparas.	Quando comparado os domínios e escore total do FSFI no período de 6 a 18 meses, não houve diferença significativa entre ambas às vias de parto.
AMIRI <i>et al.</i> / 2017/ Irã.	203 primíparas (PV = 90; PC = 113).	Avaliação do período anterior à gravidez e entre 3 e 6 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Comparar a FS pós-parto em mulheres primíparas de PV e PC.	Sem considerar a via de parto, entre 3 e 6 meses pós-parto houve redução significativa da FS para desejo (7.0 - 5.9, p <0.001), excitação (6.6 - 5.9, p < 0.001), orgasmo (7.5 - 7.0, p <0.001) e satisfação (8.2 - 7.9, p <0,004) quando comparado ao período anterior à gestação. Não houve diferença na FS entre 3 e 6 meses pós-parto, na comparação entre via de parto.
KAHRAMAN OGLU <i>et al.</i> / 2017/ Turquia.	Aos 3 meses = 368 puérperas (235 PV e 133 PC); Aos 6 meses = 337 puérperas (216 PV e 121 PC); Aos 12 meses = 300 puérperas (189 PV e 111 PC); Aos 24 meses = 218 puérperas (133 PV e 85 PC);	Avaliado a FS pré-gestacional e aos 3, 6, 12 e 24 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Avaliar através do FSFI o impacto da via de parto na FS feminina e comparar prospectivamente aos 3, 6, 12 e 24 meses, os efeitos do PV com episiotomia mediolateral e PC	Quando comparado aos escores pré-gestacionais do FSFI, aos 3 meses houve redução do desejo (4,32 - 3,11), excitação (4,49 - 4,12), lubrificação (4,78 - 4,27), satisfação (5,01 - 4,40) dor (4,60 - 3,02) e escore total (27,36 - 23,1) respectivamente, nas mulheres com via PV. No mesmo período, as mulheres com via PC, apresentaram piora do desejo (4,38 - 3,15), lubrificação (4,99 - 4,34), satisfação (4,98 - 4,81), dor (4,49 - 4,35) e avaliação geral do FSFI (27,5 - 25,06) quando comparado ao período anterior a gestação (p<0,05).

			eletivo.	<p>No sexto mês, a redução nos domínios do FSFI mantiveram-se para ambas as vias de parto: desejo (PV: 3,58; PC: 3,60), excitação (PV: 4,42), lubrificação (PC: 4,77), dor (PV: 4,28) e escore total (PV: 26,6; PC: 26,08) (<math>p &lt; 0,05</math>). Já no período de 12 e 24 meses, não houve diferença significativa entre os escores pré e pós-gestacionais em ambas as vias de parto.</p> <p>Quando comparado as vias de parto, o único período do tempo com diferença significativa foi aos 3 meses, em que mulheres com PV apresentaram piores resultados para satisfação (4,40 – 4,81), dor (3,02 – 4,35) e escore total (23,1 – 25,06), quando comparado ao PC, respectivamente.</p>
O'MALLEY, et al./ 2018/ Irlanda	832 primíparas (PV espontâneo = 296; PV com vácuo = 172; PV com fórceps = 101; PC eletiva = 74; PC de emergência = 189).	Avaliação do período anterior à gravidez e aos 6 e 12 meses pós-parto. Questionário elaborado com base nos instrumentos do estudo MHS.	Relatar a prevalência de problemas relacionados à saúde sexual e os fatores potenciais associados ao pós-parto.	Aos 6 meses pós parto, PV assistido a vácuo foi associado ao risco de dispareunia (OR 1,6, IC de 95% 1,1-2,4, $p=0,013$ ), PC eletiva associada à proteção da dispareunia (OR 0,5, IC 95% 0,3-0,9, $p=0,03$ ) e PC de emergência associada à proteção da perda de interesse na atividade sexual (OR 0,6, IC de 95% 0,4-0,9, $p=0,027$ ). Em análise de regressão logística não foi observada associação entre dispareunia e via de parto aos 6 e 12 meses do puerpério.
MOGHADA M, et al./ 2019/ Irã	107 primíparas (PV com episiotomia = 49 e PC = 58).	Avaliação do período anterior à gravidez e aos 6 e 12 meses pós-parto. FS avaliada pelo FSFI.	Comparar a FS entre mulheres submetidas ao PC e PV com episiotomia mediolateral 6 meses e 12 meses pós-parto.	Na comparação realizada entre o período anterior a gravidez e 6 meses pós-parto, mulheres com PV apresentaram piores escores para desejo (3,9 – 3,2: $p=0,000$ ), excitação (4,2 – 3,6: $p=0,000$ ), lubrificação (4,9 – 4,5: $p=0,001$ ), satisfação (5,1 – 4,6: $p=0,003$ ) e orgasmo (4,9 – 4,3: $p=0,002$ ) e escore total (27,2 – 24,4: $p=0,000$ ). Somente o escore dor não apresentou diferença entre os dois períodos. Considerando o PC na comparação entre período pré-gestacional e 6 meses pós-parto houve piora significativa do desejo (3,9 – 3,8: $p=0,000$ ), excitação (4,2 – 4,1: $p=0,000$ ), satisfação (5,3 – 5,01: $p=0,000$ ), orgasmo (4,8 – 4,7: $p=0,000$ ) e escore total (27,1 – 26,8: $p=0,000$ ). Por outro lado, as mulheres com PC melhoraram sua lubrificação (4,7 – 4,8: $p=0,000$ ) e dor (4,2 – 4,4: $p=0,000$ ) aos 6 meses. Na comparação realizada aos 6 meses entre as vias de parto, mulheres expostas ao PV com episiotomia apresentaram piores escores para desejo (3,8 – 3,4: $p=0,001$ ), excitação (4,0 – 3,6: $p=0,02$ ) e escore total (26,8 – 24,7: $p=0,01$ ) quando comparado ao PC. Aos 12 meses a diferença se manteve apenas para o desejo (PC: 3,8 e PV: 3,4 – $p=0,03$ ).

Legenda: DS: Disfunção sexual; FS: Função sexual; FSFI: Female Sexual Function Index; IU: Incontinência urinária; PC: Parto Cesárea; PISQ-12: Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire; PV: Parto Vaginal; QV: Qualidade de Vida; StORQS: Statewide Obstetrical Review of Quality System; MHS: Maternal Health Study.

## **Risco de viés dos estudos incluídos**

No Quadro 2 apresenta-se a análise da qualidade dos artigos incluídos nessa revisão, conforme a escala *Downs and Black*. Entre os 19 estudos incluídos, 3 (15,78%) deles apresentaram baixa qualidade metodológica (EID et al., 2015; KHAJEHEI et al., 2009; MALCHI et al., 2016), não sendo descrito a avaliação das variáveis de confundimento, características dos pacientes perdidos ou informações sobre o tamanho e representatividade da amostra. No total, 16 (84,21%) artigos apresentaram boa qualidade metodológica (pontuação igual ou superior a 12 na escala *Downs and Black*), sendo que 4 (21,05%) deles apresentaram pontuação 12, aproximando-se daqueles com baixa evidência.

Os principais vieses encontrados entre os trabalhos incluídos foram: viés de memória (BARRETT et al., 2005; BAKSU et al., 2007; KHAJEHEI et al., 2009; BARBARA et al., 2016; AMIRI et al., 2017; O'MALLEY et al., 2018; MOGHADAM et al., 2019), amostragem (HOSSEINI; IRAN-POUR; SAFARINEJAD, 2012; MALCHI et al., 2016) e perdas durante o acompanhamento (DABIRI et al., 2014; EID et al., 2015).

Os motivos que levaram a exclusão de múltiparas foram descritos nos trabalhos de Lydon-Rochelle; Holt; Martin, 2001, Barrett et al., 2005, Baksu et al., 2007, Klein et al., 2009 e Dabiri et al., 2014 sendo apontado como um fator confundidor para avaliação da FS. Além desse motivo, gestação múltipla (LYDON-ROCHELLE; HOLT; MARTIN, 2001; BARBARA et al., 2016; KAHRAMANOGLU et al., 2017), idade materna avançada, peso do RN superior à 4000 gramas (BAKSU et al., 2007; DABIRI et al., 2014; MOGHADAM et al., 2019), prematuridade (BAKSU et al., 2007; BUHLING et al., 2006; DABIRI et al., 2014; KAHRAMANOGLU et al., 2017; MOGHADAM et al., 2019; SAFARINEJAD; KOLAH; HOSSEINI, 2009), Índice de Massa Corporal materno elevado, tabagismo, alcoolismo e doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, depressão (SAFARINEJAD; KOLAH; HOSSEINI, 2009; DABIRI et al., 2014; BARBARA et al., 2016; AMIRI et al., 2017; KAHRAMANOGLU et al., 2017; MOGHADAM et al., 2019) são exemplos de variáveis analisadas para exclusão durante a seleção das participantes. Foram realizadas análises de perda no acompanhamento nos estudos de Souza et al., 2015, Barrett et

al., 2005, Buhling et al., 2006, Brubaker et al., 2008 e Safarinejad; Kolahi; Hosseini, 2009. Destaca-se que a metodologia apresentada na obra de Safarinejad; Kolahi; Hosseini 2009 foi questionada e conseqüentemente excluída de bases como *ScienceDirect* e *Pubmed*.

Quadro 2 - Avaliação da qualidade metodológica por meio da escala *Downs and Black* (n=19).

Itens da escala <i>Downs and Black</i>	Estudos incluídos na revisão																		
	Lydon-Rochelle; Holt; Martin, 2001	Barrett et al., 2005	Buhling et al., 2006	Baksu et al., 2007	Brubaker et al., 2008	Khajehi et al., 2009	Safarinejad, Kolahi, Hosseini., 2009	Klein et al., 2009	Hosseini; Iran-Pour; Safarinejad, 2012	Dabiri et al., 2014	Souza et al., 2015	Eid et al., 2015	Alesheikh et al., 2016	Barbara et al., 2016	Malchi et al., 2016	Kahramanoglu et al., 2017	Amiri et al., 2017	O'Malley et al., 2018	Moghadam et al., 2019
1.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
3.	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5.	2	0	1	1	1	0	2	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	0
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9.	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
10.	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11.	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
12.	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1
16.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
17.	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
18.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21.	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
25.	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
26.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	12	16	12	14	14	9	12	17	14	14	19	10	16	16	6	15	15	12	14

Legenda: Pontuação: Questão 5 = (2) Sim, (1) Parcialmente; (0) Não. Demais questões: (1) Sim, (0) Não ou incapaz de determinar.

Nota: Questões 4, 8, 13, 14, 15, 19, 23, 24 e 27 não avaliadas.

Fonte: Downs and Black, 1998.

## DISCUSSÃO

Foram incluídos nesta revisão 19 artigos, contabilizando 7.128 mulheres primíparas assistidas pela via de PV ou PC durante o puerpério remoto. Os resultados demonstraram aos 3 meses um prejuízo em todos os domínios do FSFI, independentemente da via de parto, sendo desejo, excitação e dor os domínios mais afetados no PV e desejo e lubrificação no PC. Aos 6 meses, as alterações na FS permaneceram, principalmente, entre aquelas expostas ao vácuo, fórceps ou com algum grau de laceração. O tempo de puerpério demonstrou-se benéfico na redução dos problemas sexuais, não havendo diferença da FS a partir dos 12 meses, independentemente da via de parto.

Tais resultados são semelhantes aos de Saotome, Yonezawa e Suganuma (2018) que apontam piora da FS durante o puerpério em ambas as vias de parto, principalmente, durante os primeiros meses. Além disso, dados de um estudo publicado em 2019 com 554 primíparas dinamarquesas indicam um risco maior de dispareunia entre mulheres expostas a lacerações de segundo (OR= 2,05; IC95% 1,51 – 2,78) e terceiro ou quarto grau (OR= 2,09; IC95% 1,55 – 2,81), estendendo-se até os 12 meses pós-parto (GOMMESEN et al., 2019). Leeman et al., (2016) afirmam que além da dispareunia, alterações em outros domínios do FSFI como satisfação e excitação podem prejudicar o escore geral do FSFI nas mulheres com PV associado a lacerações de 2, 3 ou 4 grau (LEEMAN et al., 2016). Quanto ao uso de fórceps e vácuo, García-Mejido *et al.*, (2020) identificaram, através de ultrassonografia transperineal 3D, uma avulsão do músculo elevador do ânus em 38% das mulheres (42,1% pelo PV com fórceps e 57,9% PV com vácuo). Os autores identificaram também que mulheres com esse tipo de alteração apresentaram redução de todos os domínios FSFI aos 6 meses, com exceção do domínio dor ( $p=0,541$ ) (GARCÍA-MEJIDO *et al.*, 2020).

Nesta revisão, aos 6 meses de puerpério, as alterações na FS ocorreram nos mesmos domínios (desejo, lubrificação, satisfação, dor e escore total) para PV espontâneo e PC. Os únicos domínios que apresentaram melhora ao longo do tempo (3 e 6 meses) foram excitação e orgasmo na via PV sem intervenção. Já o PC (eletivo e/ou com trabalho de parto) apresentou resultados favoráveis na redução do risco de dispareunia aos 3 meses (OR= 0.38; IC95% 0.22 – 0.63) (BARRETT et al., 2005) e 6 meses (OR= 0,5, IC 95% 0,3–0,9,  $p=0,03$ ) (O'MALLEY et al., 2018), quando comparado ao PV instrumental. Aos 6 meses, esse resultado estendeu-se também na prevenção do desejo hipoativo (OR 0,6, IC de 95% 0,4-0,9,  $p=0,027$ ) (O'MALLEY et al., 2018) nas mulheres com PC de emergência. A melhora desses domínios aos 3 e, principalmente, aos 6 meses pode ser explicada pelo desmame ou prática do

aleitamento materno misto com o avanço do puerpério. Szöllösi e Szabó (2020) avaliaram 300 puérperas com diferentes métodos de aleitamento aos 3 meses e identificaram que aquelas que amamentavam exclusivamente (n=180) tinham uma probabilidade aumentada de DS (p= 0,002) quando comparado àquelas com uso de fórmula infantil. Os autores identificaram também pontuações menores para excitação (p= 0,034), lubrificação (p= 0,020), orgasmo (p= 0,015) e dor (p= 0,021) nas mulheres que amamentavam exclusivamente (SZÖLLÖSI; SZABÓ, 2020). Segundo Leeman e Rogers (2012) o aumento na produção de prolactina durante o aleitamento materno ajuda a explicar a presença de DS, já que a liberação de hormônios sexuais como androgênio e estrogênio, responsáveis pelo desejo e lubrificação vaginal, tornam-se menores nesse período.

Em relação aos resultados da FS e associação com a via de parto ao longo do tempo, dados de uma meta-análise realizada com mulheres chinesas (FAN et al., 2017), uma revisão de literatura em puérperas (GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019) e um acompanhamento transversal realizado com mulheres japonesas (SAOTOME; YONEZAWA; SUGANUMA, 2018) assemelham-se aos achados deste estudo, indicando não ter diferença na FS ao longo do tempo, independentemente da via de parto. Sob outra perspectiva, Baud e colaboradores (2020) avaliaram 517 mulheres 6 anos após o parto e identificaram uma maior associação entre a dispareunia com o PC (OR= 2,50; IC de 95% 1,19 - 5,26). Já Dean *et al.* (2008) avaliaram 2.765 mulheres 6 anos após o parto e identificaram melhor percepção da satisfação e maior tônus vaginal entre as mulheres com PC, principalmente quando comparado ao PV instrumentalizado. Considerando os outros aspectos e domínios da FS, a via de parto apresentou um impacto pequeno na sexualidade feminina ao longo do tempo (DEAN *et al.*, 2008).

Diante desses resultados, acredita-se que a permanência das DS ao longo do tempo esteja limitada e/ou associada a fatores como aleitamento materno, qualidade da parceria (MATTHIES et al., 2018) e não necessariamente à via de parto. Os efeitos no assoalho pélvico devido à gestação e parto também podem apresentar efeito significativo na FS, principalmente, quando aplicado instrumentais que predisponham a ocorrência de alterações anatômicas e desconfortos do assoalho pélvico (DAP) como incontinência urinária, anal e prolapso de órgãos pélvicos (DELANCEY et al., 2008). Por exemplo, no estudo publicado por Wu et al., (2020) com 12 primíparas avaliadas por ressonância magnética durante a gestação e puerpério, foi verificado aos 3 meses aumento do hiato genital, piora do prolapso de órgãos pélvicos (p= 0,001) e descida da bexiga tanto no repouso quanto em valsalva (p=

0,003) em comparação ao primeiro trimestre da gestação. Assim, a experiência do parto, seja ele vaginal ou cesáreo, pode implicar na percepção, satisfação e forma com que a mulher visualiza as mudanças físicas e sexuais pós-parto (HANDELZALTS et al., 2018). Nessa perspectiva, essas alterações podem explicar porque as alterações na FS são mais significativas durante o início do puerpério.

Uma das limitações desta revisão sistemática refere-se à inclusão de artigos com instrumento de pesquisa não específico ou validado para avaliação da FS (LYDON-ROCHELLE; HOLT; MARTIN, 2001; BARRETT et al., 2005; BUHLING et al., 2006; KHAJEHEI et al., 2009; O'MALLEY et al., 2018). Nesse quesito, é válido mencionar que 14 estudos utilizaram de instrumentos validados como PISQ-12 e FSFI para avaliação da FS. Além disso, buscando encontrar um número maior de obras relacionadas ao tema, não foi estipulado período para seleção do estudo, incluindo assim estudos realizados antes da criação (ROSEN et al., 2000) e validação (MESTON, 2003; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005) do FSFI ou PISQ-12 (ROGERS et al., 2003). Destacamos ainda que houve o cuidado por parte de Buhling et al (2006), Khajehei et al (2009) e O'Malley et al (2018) em avaliar propriedades de medidas (confiabilidade, validade de face, conteúdo) através de especialistas para elaboração dos questionários. Outra limitação diz respeito à baixa qualidade metodológica de 3 artigos incluídos nesta revisão (EID et al., 2015; KHAJEHEI et al., 2009; MALCHI et al., 2016).

Entre os pontos fortes destacam-se a composição de uma amostra exclusivamente primípara, durante o puerpério remoto o que demonstra cuidado na seleção e prevenção do risco de viés já que mulheres múltíparas podem conviver com experiências negativas associadas a partos anteriores (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2019; BANAEI et al., 2019). Já a inclusão de mulheres avaliadas em diferentes tipos de puerpério (imediate, tardio e remoto) poderia ser influenciado pela orientação quanto ao retorno da atividade sexual após as primeiras 6 semanas (BRASIL, 2018). Além disso, no início do puerpério tem-se alterações mais perceptíveis do corpo, estado psicossocial e adaptação com a rotina de aleitamento materno (LEEMAN; ROGERS., 2012; LAGAERT et al., 2017; DROZDOWSKYJ et al., 2019).

## Conclusões e implicações para a prática

Os resultados desta revisão indicam que independentemente da via de parto, o puerpério remoto está associado a alterações na FS. Nas mulheres expostas ao PV com uso de intervenções obstétricas a presença de DS aos 6 meses foi maior quando comparado ao PC e a partir dos 12 meses os resultados sexuais foram melhores e semelhantes em ambas as vias de parto. Assim, os prejuízos sexuais podem estar relacionados a experiência ou expectativa do nascimento e não necessariamente a via de parto, isso justifica porque intervenções durante a assistência podem trazer resultados negativos ao longo do tempo.

Nesse sentido, a via de parto não deve ser sugerida como método de escolha para a prevenção de problemas na FS, tendo em vista que os resultados sexuais assemelham-se em ambas as vias de parto aos 12 meses. Cabe aos profissionais da saúde, principalmente aqueles ligados à área de ginecologia e obstetrícia atentarem-se às variáveis confundidoras durante o planejamento e fornecimento de orientações de cunho sexual durante o puerpério.

## REFERÊNCIAS

- AMIRI, F. N. et al. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. **African Health Sciences**, v. 17, n. 3, p. 623–631, 2017.
- BAKSU, B. et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. **International Urogynecology Journal**, v. 18, n. 4, p. 401–406, 2007.
- BANAEI, M. et al. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 411–418, 2019.
- BAUD, David et al. Comparison of pelvic floor dysfunction 6 years after uncomplicated vaginal versus elective cesarean deliveries: a cross-sectional study. **Scientific Reports**, v. 10, n. 21509, 2020.
- BARBARA, G. et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 3, p. 393–401, mar. 2016.
- BARRETT, G. et al. Cesarean section and postnatal sexual health. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 32, n. 4, p. 306–311, 2005.
- BRASIL. Caderneta da Gestante. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde na Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUBAKER, L. et al. Sexual function 6 months after first delivery. **Obstetrics and Gynecology**, v. 111, n. 5, p. 1040–1044, 2008.

BUHLING, K. J. et al. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 124, n. 1, p. 42–46, 2006.

DABIRI, F. et al. The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. **Oman Medical Journal**, v. 29, n. 4, p. 276–279, 17 jul. 2014.

DEAN, Nicola et al. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 48, n. 3, p. 302–311, 2008.

DEANE, R. P. Operative vaginal delivery and pelvic floor complications. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 56, n. xxxx, p. 81–92, 2019.

DELANCEY, J. O. L. et al. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders : an integrated life span model. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 1, n. December, p. 610–615, 2008.

DOWNS, S. H; BLACK, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **J Epidemiol Community Health**, v.52, n.6, p. 377-84, jun, 1998.

DROZDOWSKYJ, E. S. et al. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 1–10, jan. 2019.

EID, M. A. et al. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. **International Journal of Impotence Research**, v. 27, n. 3, p. 118–120, 12 maio 2015.

FAN, D. et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 408, 6 dez. 2017.

FUENTEALBA-TORRES, M et al. Determinants of Female Sexual Function in breastfeeding women. **Journal of Sex & Marital Therapy**. 2019.

GARCÍA-MEJIDO, J.A et al. Association between sexual dysfunction and avulsion of the levator ani muscle after instrumental vaginal delivery. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.0, n.0, p.1–7, 2020.

GOMMESEN, D. et al. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 12, p. e032368, 16 dez. 2019.

GUTZEIT, O.; LEVY, G.; LOWENSTEIN, L. Postpartum Female Sexual Function : Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. **Sexual Medicine**, p. 1–6, 2019.

HANDELZALTS, J.E. et al. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297, n. 4, p. 927-932, 2018.

HATAMLEH, R et al. Maternal request for cesarian birth without medical indication in a group of healthy women: A qualitative study in Jordan. **Midwifery**. 2019, 79: 1-7.

HICKS, T. L. et al. Postpartum sexual functioning and method of delivery: Summary of the evidence. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 49, n. 5, p. 430–436, 2004.

HOSSEINI, L.; IRAN-POUR, E.; SAFARINEJAD, M. R. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. **Urology Journal**, v. 9, n. 2, p. 498–504, 2012.

KABAKIAN-KHASHOLIAN, T. et al. Mode of delivery and pain during intercourse in the postpartum period: Findings from a developing country. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 6, n. 1, p. 44–47, 2015.

KAHRAMANOGLU, I. et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 295, n. 4, p. 907–916, 6 abr. 2017.

KHAJEHEI, M. et al. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. **Indian Journal of Community Medicine**, v. 34, n. 2, p. 126–130, 2009.

KHAJEHEI, M et al. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med*. 2015; 12(6):1415-26. doi: 10.1111/jsm.12901.

KLEIN, K. et al. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? **Journal of Women's Health**, v. 18, n. 8, p. 1227–1231, 2009.

LAGAERT, L. et al. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 22, n. 3, p. 200–206, 2017.

LEEMAN, L. et al. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. **Birth Issues In Perinatal Care**, v. 43, n. 4, p. 293–302, 2016.

LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex After Childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647–655, mar. 2012.

LYDON-ROCHELLE, M. T.; HOLT, V. L.; MARTIN, D. P. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 15, n. 3, p. 232–240, jul. 2001.

MALCHI, F. et al. Assessment of the relationship between modes of delivery and sexual function in primiparous women perspective. **International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences**, v. 5, n. 3, p. 307–310, 2016.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. et al. Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 2, p. 253, 17 jan. 2019.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, A. et al. The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 32, n. 2, p. 181–194, 3 abr. 2017.

MATTHIES, L. M. et al. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 299, n. 1, p. 69–77, 16 jan. 2018.

MCDONALD, E. A. et al. Dyspareunia and childbirth : a prospective cohort study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. April 2003, p. 672–679, 2015.

MESTON, C. M. Validation of the female sexual function index (Fsf) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 29, n. 1, p. 39–46, 2003.

MOGHADAM, M. et al. The Relationship Between the Type of Delivery and Sexual Function in Mothers Referring to Kourdistan (Sanandaj) Health Centers in 2015-2016. **Crescent Journal of Medical and Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 473–480, 2019.

MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

O'MALLEY, D. et al. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 196, 31 dez. 2018.

REZAEI, N. et al. The relationship between quality of life and methods of delivery : A systematic review and meta-analysis *Electronic Physician* ( ISSN : 2008-5842 ). **Electronic Physician**, v. 10, n. 4, p. 6596–6607, 2018.

ROGERS, R.G. *et al.* A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, Albuquerque. v. 14, n. 3, p.164–168. 2003.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index ( FSFI ): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. p. 191–208, 2000.

SAFARINEJAD, M. R.; KOLAH, A. A.; HOSSEINI, L. The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 6, n. 6, p. 1645–1667, jun. 2009.

SAOTOME, T. T.; YONEZAWA, K.; SUGANUMA, N. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum. **Sexual Medicine**, v. 6, n. 4, p. 348–355, 2018.

SOUZA, A. et al. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 122, n. 10, p. 1410–1418, set. 2015.

SZÖLLŐSI, K.; SZABÓ, L. The Association Between Infant Feeding Methods and Female Sexual Dysfunctions. **Breastfeeding Medicine**, v. 16, n. 1, p. 93–99, 1 jan. 2020.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1–20, jan. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Defining sexual health: report of technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**; 2006. p. 35.

WU, E. et al. Pelvic floor changes in the first term pregnancy and postpartum period. **International Urogynecology Journal**, p. 1–9, 31 jul. 2020.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS**

Tratam-se de dois estudos observacionais, um do tipo série de casos com avaliação prospectiva (Estudo 1) e outro transversal (Estudo 2). Para ambos os estudos, foi adotada uma abordagem quantitativa e analítica para descrição e análise dos resultados. O estudo observacional caracteriza-se pela atuação do pesquisador como expectador dos fenômenos e ações desenvolvidas pela população em análise, ou seja, não permite a aplicação de intervenções que possam manipular ou influenciar os resultados da pesquisa (FONTELLES et al., 2009).

Para o Estudo 1, optou-se por uma série de casos com abordagem prospectiva, tendo em vista o tamanho da amostra e acompanhamento ao longo do tempo (3, 6 e 12 meses). Na modalidade prospectiva, os indivíduos são selecionados em um momento do tempo e acompanhados no futuro para determinar se houveram mudanças relacionadas a uma intervenção ou exposição do passado (HOCHMAN et al., 2005).

Já para o estudo 2, optou-se por aplicar uma abordagem transversal, através de ações, medições e avaliação do indivíduo em um único período do tempo (HULLEY; CUMMINGS; NEWMAN, 2015).

Quanto à abordagem quantitativa, foram utilizados instrumentos validados e pré-testes para relacionar hipóteses e resultados a partir de perguntas previamente formuladas dentro do campo investigativo (NIETSCHE; LEOPARDI, 2002). A pesquisa analítica por sua vez foi adotada buscando explicar a relação entre a causa e o efeito em uma análise mais profunda das informações coletadas (FONTELLES et al., 2009).

#### **3.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Os estudos foram conduzidos em duas microrregiões do sul catarinense: a Associação dos Municípios do Sul do Estado de Santa Catarina (AMESC) e a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) (Figura 2).

A AMESC foi fundada no ano de 1979 (AMESC, 2019) e localiza-se entre o oceano atlântico e a serra geral do extremo sul catarinense, ao sul e oeste faz divisa com o estado do Rio Grande do Sul, a Leste com o Oceano Atlântico e ao norte com a região da AMREC (ESTEVAM, JORGE, SALVARO., 2014). Esta associação é formada por quinze municípios:

Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo (AMESC, 2019). A população estimada para a região é de 195.079 habitantes (IBGE, 2019) e área territorial de 2.670,306 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2018).

Já a AMREC foi criada em 1983, localizando-se ao sul com a AMESC, ao oeste com a Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES), ao norte e leste com a AMUREL e Oceano Atlântico. Atualmente, a região é formada por 12 municípios: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga (AMREC, 2017). A população estimada para a região é de 448.166 habitantes (IBGE, 2019) em uma área territorial de 2.656,011 km<sup>2</sup> (IBGE, 2018).

Figura 2 – Representação das regiões AMESC e AMREC.



Fonte: Imagem adaptada do site da AMREC, 2020.

Para ambos os estudos, a população foi composta por puérperas primíparas com idade igual ou superior a 18 anos, durante o puerpério remoto. Mulheres multíparas foram excluídas da avaliação, tendo em vista os impactos biopsicossociais e alterações musculoesqueléticas que partos anteriores poderiam causar na FS (BANAEI et al., 2019).

Dados registrados na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) de Santa Catarina revelam 8.270 nascimentos no ano de 2019, nas regiões AMESC e AMREC, sendo

5.241 (63,30%) por via de parto cesáreo e 3.033 (36,63%) por via de parto vaginal (Tabela 1) (SANTA CATARINA, 2020).

Tabela 1 - Frequência simples e relativa dos nascidos vivos e tipo de parto, segundo a microrregião de nascimento (AMESC e AMREC) em 2019.

Microrregião do nascimento	Tipo de parto			Total n (%)
	PV n (%)	PC n (%)	Desconhecido n (%)	
AMESC	987 (36,50)	1.714 (63,39)	3 (0,11)	2.704 (32,66)
AMREC	2.046 (36,69)	3.527 (63,26)	3 (0,05)	5.576 (67,34)
Total	3.033 (36,63)	5.241 (63,30)	6 (0,07)	8.280 (100)

Fonte: SANTA CATARINA, 2020 apud Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2019.\*Dados atualizados em 10 de fevereiro de 2020. Legenda: PV = Parto vaginal; PC = Parto cesáreo;

Nota: Inclui nascimentos de mulheres primíparas e múltiparas.

A amostra foi recrutada de forma intencional em municípios do sul catarinense, conforme o tipo de estudo. No Estudo 1: “Função sexual em mulheres primíparas no primeiro ano de puerpério: uma série de casos”, as mulheres foram recrutadas e avaliadas pela primeira vez durante o terceiro mês do puerpério, seguindo com outras avaliações aos seis e doze meses pós-parto. Para o Estudo 2: “Disfunção sexual e via de parto em mulheres primíparas durante o puerpério remoto: um estudo observacional”, foram recrutadas mulheres com até 12 meses de puerpério. No Quadro 3, podem ser observados a amostra e os critérios de inclusão e exclusão de cada estudo.

Quadro 3 – Tamanho da amostra e critérios de elegibilidade de acordo com o tipo de estudo.

Estudo	Amostra	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
<b>1</b>	20 puérperas (PV = 12; PC = 08).	(1) Mulheres alfabetizadas, com idade igual ou superior a 18 anos; (2) mantendo relações sexuais nas últimas quatro semanas; (3) casadas ou com união estável e; (4) que estivessem no puerpério remoto do primeiro filho (a) (gestação única).	(1) Puérperas com histórico de aborto (independente do número/tempo de gestação); (2) história de cirurgia uroginecológica (nos últimos 3 anos); (3) que o filho (a) tenha necessitado algum tipo de internação hospitalar nas últimas 4 semanas e; (4) grávidas.
<b>2</b>	242 puérperas (PV = 85; PC = 157).	(1) Mulheres alfabetizadas, com idade igual ou superior a 18 anos; (2) mantendo relações sexuais nas últimas quatro semanas; (3) vivenciando o puerpério remoto do primeiro filho (a) (gestação única) e; (4) dentro do período inferior ou igual a 12 meses.	(1) Puérperas com histórico de aborto após a 12ª semana gestação; (2) histórico de cirurgia uroginecológica nos últimos 3 anos; (3) que apresentassem sinais ou sintomas sugestivos de Infecção do Trato Urinário (ITU) (disúria, ardência, poliúria) nas últimas 4 semanas; (4) que o filho (a) tenha necessitado de algum tipo de internação hospitalar nas últimas 4 semanas e; (5) grávidas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

### 3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para o desenvolvimento dos estudos, foram utilizados instrumentos para caracterização da amostra e avaliação da FS em diferentes períodos do puerpério remoto. Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa:

#### 3.3.1 Ficha de caracterização da amostra

Esse instrumento foi elaborado para caracterização da amostra (APÊNDICE A). Informações sociodemográficas, clínicas, ginecológicas, obstétricas, hábitos de vida e medidas antropométricas foram coletadas, conforme o tipo de estudo (Quadro 4).

#### Quadro 4 – Variáveis investigadas conforme o tipo de estudo (1 e 2).

Variáveis investigadas no estudo 1
<b>Sociodemográficas</b> (Idade, escolaridade e renda familiar); <b>Clínicos</b> (Presença de comorbidades, sinais ou sintomas de infecção do trato urinário e recebimento de orientações sobre FS no pré-natal); <b>Hábitos de vida</b> (Prática de atividade física na gestação e no puerpério; prática do aleitamento materno); <b>Ginecológicos</b> (Número de consultas no pré-natal; uso de pílula anticoncepcional); <b>Obstétricos:</b> (Via de parto (vaginal ou cesáreo); planejamento da gravidez; tempo de duração da gestação e tempo para retorno das relações sexuais pós-parto); <b>Medidas antropométricas</b> (Circunferência da cintura (cm), peso (kg) e estatura (cm), Índice de massa corporal (IMC)).
Variáveis investigadas no estudo 2
<b>Sociodemográficas</b> (Idade, estado civil, escolaridade, raça, renda familiar, religião e ocupação); <b>Clínicos</b> (Doenças progressas, uso de medicações e satisfação com o corpo durante o puerpério); <b>Hábitos de vida</b> (Prática de atividade física durante o puerpério, prática e tipo de aleitamento materno, recebimento de ajuda do esposo ou de familiares para o cuidado da criança); <b>Ginecológicos</b> (Uso de métodos contraceptivos, orientações sobre FS durante o pré-natal); <b>Obstétricos</b> (Histórico de aborto, gestação planejada, número de consultas no pré-natal, via de parto (vaginal, cesárea), tempo de puerpério (meses), peso do recém-nascido no nascimento); <b>Medidas antropométricas</b> (peso em (kg), estatura (cm), IMC);

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Independentemente do estudo, na avaliação obstétrica, perguntas específicas foram realizadas conforme o tipo de parto (PV ou PC). Para as mulheres que relatassem PV, foi questionado a realização e/ou uso de fórceps, laceração, episiotomia e sutura. Se PC, questionava-se o caráter da cirurgia (eletivo ou emergencial).

As medidas antropométricas foram avaliadas de modo distinto de acordo com o tipo de estudo. Para o Estudo 1, os pesquisadores avaliaram aos 3 meses o peso (kg), estatura (m) e circunferência da cintura através de balança portátil digital da marca *G Life Millenium*, estadiômetro portátil da marca *Cardiomed WCS* e fita métrica da marca *ISP®*, respectivamente. Para as avaliações subsequentes de 6 e 12 meses, questionou-se a altura e peso autorreferido. Para o Estudo 2, o peso (kg) e altura (m) das puérperas foram autorreferidas durante a avaliação. Para ambos os estudos, realizou-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da altura (m<sup>2</sup>) (NORTON et al., 2005).

### 3.3.2 Female Sexual Function Index (FSFI)

O *Female Sexual Function Index* (FSFI) (ANEXO A) é um instrumento proposto por Rosen et al (2000) para avaliação da FS feminina. Sua validação foi realizada por Meston (2003) e Wiegel, Meston e Rosen (2005). No Brasil, foi traduzido e validado por Thiel et al (2008) e também por Pacagnella, Martinez e Vieira (2009). Destaca-se que o instrumento também possui validação para aplicação via web (CRISP; FELLNER; PAULS, 2015). Sua estrutura é composta por seis domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) e 19 questões, pontuadas crescentemente entre zero e cinco. As questões 15 e 16 são as únicas que fogem a esse padrão de resposta, sendo classificadas de forma invertida e pontuadas entre um e cinco (THIEL et al., 2008). Seu score total varia de 2 a 36 pontos e é representado pela soma dos escores de cada domínio multiplicado por um fator que equilibra a influência de cada categoria (Desejo: 0,6; Excitação: 0,3; Lubrificação: 0,3; Orgasmo: 0,4; Satisfação: 0,4 e Dor 0,4) (ROSEN et al, 2000).

Além da avaliação global, os domínios do FSFI também podem ser categorizados a partir dos pontos de corte descritos por Jamali, Rahmanian e Javadpour (2016). Segundo os autores, valores inferiores à (4,8) para desejo, (5,0) para excitação, (5,4) para lubrificação, (5,0) para orgasmo, (5,0) para satisfação e (5,5) para dor indicam uma DS nos respectivos domínios (JAMALI, RAHMANIAN, JAVADPOUR, 2016). Quanto ao escore total do FSFI, um valor igual ou inferior a 26,55 pontos sinaliza que a mulher possui uma disfunção sexual (WIEGEL, MESTSON, ROSEN, 2005).

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466 (2012), do Conselho Nacional de Saúde. O estudo pertence também a um projeto guarda-chuva denominado “Estudo DAP SUL: Avaliação dos Desconfortos do Assoalho Pélvico na Região Sul do Brasil”, aprovado sob parecer (CEP/UFSC: 3.357.956) (ANEXO B), emenda (CEP/UFSC: 4.405.532) (ANEXO C) e CAAE: 13189919.0.0000.0121.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os procedimentos para coleta de dados dos estudos 1 e 2 foram diferentes. Abaixo segue a descrição de cada uma das etapas.

#### 3.5.1 Etapas da coleta de dados do Estudo 1

Para a coleta de dados desse estudo, as participantes foram acompanhadas ao longo do tempo (3, 6 e 12 meses) entre novembro de 2019 a outubro de 2020. O recrutamento da amostra ocorreu através da divulgação do estudo na rádio municipal (Araranguá) e também em mídias sociais como *Instagram* e *Facebook*. Além disso, por meio das Secretárias Municipais de Saúde dos municípios de Araranguá e Sombrio, os pesquisadores tiveram acesso a listas com nome e telefone de mulheres com parto realizado entre os meses de agosto a outubro de 2019.

Através das listas, quatro pesquisadores previamente treinados por meio de um manual, realizaram até duas tentativas de contato telefônico com as puérperas que haviam completado o terceiro mês pós-parto, explicando detalhes relacionados ao objetivo do estudo e aos aspectos éticos da pesquisa. Durante a ligação, também foi disponibilizada a opção de aplicabilidade dos instrumentos no domicílio ou em Unidades Básicas de Saúde. Caso a participante manifestasse interesse, o pesquisador aplicava uma série de perguntas para avaliar a elegibilidade da puérpera.

Aquelas que atenderam aos critérios pré-determinados e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foram avaliadas aos 3 meses no formato de entrevista individual e aos 6 e 12 meses através de um questionário *online*, adaptado para auto aplicação. Os instrumentos foram os seguintes: (1) Ficha de caracterização da amostra e (2) FSFI. As medidas antropométricas foram avaliadas no terceiro mês através da mensuração feita por um dos avaliadores e aos 6 e 12 meses foram autorreferidos.

No fim da pesquisa, quando completaram o questionário aos 12 meses, as puérperas receberam um folder *online* (via *whatsapp/e-mail*) com orientações sobre técnicas para fortalecimento do assoalho pélvico e melhora da FS (APÊNDICE C).

A versão online pode ser acessada através do sítio eletrônico: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzf2vmSHy\\_BXhaiCieDTj1U06fdlpOOMCPfnrXajER5c7Xhg/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzf2vmSHy_BXhaiCieDTj1U06fdlpOOMCPfnrXajER5c7Xhg/formResponse). Já o manual do entrevistador, poderá ser acessado através do

website: <https://lerer.paginas.ufsc.br/files/2019/11/Manual-entrevistador-DAP-SUL-PUERP%C3%89RIO-1.pdf>.

### 3.5.2 Etapas da coleta de dados do Estudo 2

Foi desenvolvida e adaptada pelos autores uma versão *online* dos instrumentos de pesquisa, a partir da plataforma *Google Docs*. A pesquisa transcorreu entre o dia 06 de fevereiro a 31 de outubro de 2020. Para a seleção e divulgação do estudo, foram desenvolvidos perfis oficiais nas plataformas de comunicação *Instagram* e *Facebook*. Do mesmo modo, com o objetivo de alcançar o maior número de mulheres, aplicou-se também a divulgação em grupos do *Whatsapp*.

Ao acessar a pesquisa (link), na página inicial as participantes recebiam orientações relacionadas ao objetivo do estudo, critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão), tempo estimado para aplicação dos instrumentos (entre 10 e 15 minutos) e acesso ao TCLE (APÊNDICE D). Questionava-se ainda a respeito da concordância e aceite na pesquisa (Sim/Não). Nos casos onde a resposta foi sim, data e horário do aceite foram registrados e as participantes foram direcionadas para a etapa seguinte com perguntas relacionadas à elegibilidade. As mulheres que se adequaram aos critérios pré-estabelecidos para o estudo, tiveram acesso aos instrumentos da pesquisa.

Os instrumentos foram organizados em sessões com perguntas que poderiam ser respondidas no formato discursivo, múltipla escolha e/ou em de caixas de seleção. Inicialmente, as participantes foram instruídas a responder a ficha de caracterização da amostra seguida pelo FSFI. Para cada sessão, também foi disponibilizado uma introdução com orientações relacionadas ao preenchimento das questões. Para evitar que as participantes pulassem etapas e não respondessem todas as perguntas, os pesquisadores sinalizaram cada pergunta como item obrigatório. Além disso, a participante era direcionada a outras perguntas de acordo com o tipo de resposta (Exemplo: Puérperas que relataram o PV foram direcionadas a perguntas ligadas ao uso de instrumentais, já aquelas que pariram por via PC receberam perguntas para caracterização do parto em eletivo ou emergência).

Ao final da avaliação, as puérperas que disponibilizaram e-mail e/ou telefone receberam um folder online (via *whatsapp/e-mail*) com orientações sobre técnicas para fortalecimento da MAP e melhora da FS (APÊNDICE C).

O questionário pode ser acessado e/ou visualizado através do sítio eletrônico: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfVIH0SEArPto8s4nnneMLB0TtU1ReYrvFVV-T-NcfFq2NCzw/viewform> ou pelo manual do entrevistador, disponível em: <https://lerer.paginas.ufsc.br/files/2019/11/ManualentrevistadorDAPSULPUERP%C3%89RIO-1.pdf>.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados de ambos os estudos foram armazenados em planilha eletrônicas no programa *Microsoft Excel*® e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22.0).

No estudo 1, os domínios e pontuação total do FSFI foram apresentados para cada participante do estudo, conforme os pontos de corte de Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel, Mestson, Rosen (2005). A comparação da FS entre as vias de parto (PV e PC) foi realizada pelo teste de U de Mann Whitney, com medida de efeito dada por meio do *d* de Cohen. Já a comparação entre os períodos de puerpério (3, 6 e 12 meses) foi realizada pelo teste de Friedman com nível de significância de 5%. Para as comparações significantes, foi aplicado o teste de Wilcoxon, com correção de Bonferroni, sendo considerado o  $p \leq 0,016$ .

Para o estudo 2, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados. Para análise e interpretação da FS e via de parto em diferentes períodos do tempo, a amostra foi categorizada em três grupos: até 4 meses; entre 5 e 8 meses e entre 9 e 12 meses. Além disso, também foi analisada a associação de intervenções obstétricas (episiotomia, fórceps, laceração) no PV e caráter emergencial do PC em relação a FS. As variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Para associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui Quadrado ou Exato de Fisher, conforme necessário. Os valores de ajuste residual acima de 2,0 foram apresentados a fim de determinar a tendência da associação. Os testes de Phi e V de Cramer foram apresentados como medida de efeitos das associações significativas. O nível de significância adotado foi de 5%.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO 1: FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES PRIMÍPARAS NO PRIMEIRO ANO DE PUERPÉRIO: UMA SÉRIE DE CASOS.

Revista sugerida para publicação: Journal of Sex & Marital Therapy

Qualis (2019): A3

Fator de impacto (2019): 1.775

Autores: Thaise dos Santos Henrique<sup>1</sup> and Janeisa Franck Virtuoso<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Mestranda em Ciências da Reabilitação na Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6658-7076>. E-mail: [thaise-henrique@posgrad.ufsc.br](mailto:thaise-henrique@posgrad.ufsc.br)

<sup>2</sup>Professora no Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC- Araranguá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4995-381X>.

## RESUMO

Foi avaliada a função sexual (FS) de 20 mulheres primíparas durante o puerpério e verificado sua relação com as vias de parto: vaginal (PV) e cesárea (PC). A FS foi avaliada pelo *Female Sexual Function Index* (FSFI) aos 3, 6 e 12 meses. Dor foi o único domínio com diferença significativa durante o puerpério ( $p=0,001$ ) e entre as vias de parto ( $PV=0,032$ ;  $PC=0,022$ ). Aos 12 meses, o escore dor aumentou significativamente quando comparado aos 3 meses ( $p=0,005$ ). Nas demais comparações entre dor e tempo de puerpério não houve diferença significativa, independente da via de parto.

**Palavras-Chave:** Função Sexual; Parto vaginal; Parto cesáreo; Período pós-parto; Série de casos.

## ABSTRACT

The sexual function (SF) of 20 primiparous women during the puerperium was evaluated and its relationship with the modes of delivery: vaginal (PV) and cesarean (PC) was verified. FS

was evaluated by the *Female Sexual Function* Index (FSFI) at 3, 6 and 12 months. Pain was the only domain with a significant difference during the puerperium ( $p = 0.001$ ) and between the modes of delivery (PV = 0.032; CP = 0.022). At 12 months, the pain score increased significantly when compared to 3 months ( $p=0.005$ ). In other comparisons between pain and postpartum period, there was no significant difference, regardless of the mode of delivery.

**Keywords:** Sexual Function; Vaginal delivery; Cesarean section; Postpartum period; Case reports.

## INTRODUÇÃO

A ampla interação entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais caracterizam a função sexual (FS) como um evento multifatorial que influencia na qualidade e sensação experimentada durante o ato sexual (BRASIL, 2013; ROGERS et al., 2018). No puerpério, junto com as modificações físicas, psíquicas e hormonais, existem adaptações relacionadas a nova rotina, amamentação, estresse parental, fadiga e ansiedade que influenciam na resposta sexual (LEEMAN; ROGERS, 2012; DROZDOWSKYJ et al., 2019). Além dessas alterações, aspectos como via de parto e tempo de puerpério também costumam ser citados como fatores que afetam o ciclo de resposta sexual (DROZDOWSKYJ et al., 2019).

Com relação à via de parto, os domínios mais afetados nas puérperas de parto vaginal (PV) são desejo, excitação, lubrificação (BARBARA et al., 2016; KAHRAMANOGLU et al., 2017) e dor (LAGAERT et al., 2017; O'MALLEY et al., 2018). Já no parto cesáreo (PC), os domínios mais afetados costumam ser desejo, excitação, satisfação, escore total (QIAN et al., 2016; KAHRAMANOGLU et al., 2017) e dor (KABAKIAN-KHASHOLIAN et al., 2015). No PV, as alterações costumam relacionar-se com a neuropatia do nervo pudendo ou intervenções relacionadas ao uso de fórceps, episiotomia e sutura perineal intraparto (DELANCEY et al., 2008; DROZDOWSKYJ et al., 2019). Além disso, essa via está mais vulnerável a avulsão parcial ou total dos levantadores do ânus (VAN DELFT et al., 2014). Já no PC existe um risco maior para complicações pós-parto devido à cirurgia (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017) e alterações de aspecto emocional (DEKEL et al., 2019).

Embora o efeito do tempo de puerpério na FS seja comumente apresentado na literatura, ainda não existe um consenso. Kahramanoglu et al. (2017) avaliaram 368 puérperas primíparas antes da gestação, aos 3, 6, 12 e 24 meses pós-parto e concluíram que a partir do

sexto mês, não houve diferença significativa da FS pré e pós-gestacional, em ambas as vias de parto. Da mesma forma, Barbara et al., (2016) não identificaram diferença nos escores do *Female Sexual Function Index* (FSFI) entre os grupos PV espontâneo e PC aos 6 meses, porém ao compararem mulheres primíparas com PV instrumentalizado e PC, houve piores resultados no PV. O uso de intervenções obstétricas no PV e prática do PC de emergência e/ou eletiva também provocaram aumento das chances de dispareunia aos 18 meses pós-parto (McDONALD et al., 2015).

Nesse sentido, cresce o interesse em investigar a FS durante o puerpério, com o propósito de esclarecer o efeito da via de parto na sexualidade feminina, de forma a contribuir com o planejamento e oferta de orientações durante o planejamento familiar, pré-natal e puerpério. Dessa maneira, buscamos através deste estudo avaliar a FS de mulheres primíparas durante o primeiro ano do puerpério (três, seis e doze meses) e verificar a sua relação com a via de parto (vaginal e cesárea).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Procedimentos e amostra**

Esta série de casos foi conduzida em duas microrregiões do sul catarinense, Brasil, tendo aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer 3.357.956. O estudo pertence a um projeto guarda-chuva denominado “Estudo DAP SUL” que tem como objetivo avaliar os desconfortos do assoalho pélvico (DAP) em mulheres adultas residentes no Sul do Brasil.

Mulheres primíparas, durante o puerpério e com idade igual ou superior a 18 anos foram avaliadas durante o período de novembro de 2019 a outubro de 2020. O recrutamento da amostra foi realizado de forma intencional, através da divulgação do estudo em veículos midiáticos locais e redes sociais como *Instagram e Facebook*. Secretarias municipais de saúde também forneceram listas com nome e telefone de mulheres que internaram em maternidades da região entre os meses de agosto e outubro de 2019, levando em consideração que na avaliação inicial a participante deveria estar com 3 meses pós-parto. O contato telefônico e agendamento das entrevistas foram realizados por quatro pesquisadores previamente treinados através de um manual. Durante a ligação, foi explicado o objetivo do estudo e aspectos éticos

da pesquisa. Caso a participante manifestasse interesse, o pesquisador aplicava uma série de perguntas para avaliar a elegibilidade.

Foram considerados critérios de inclusão gestação única, manter relações sexuais nas últimas quatro semanas, e ter relacionamento estável (casamento ou união estável) com um parceiro do sexo masculino. Foram excluídas mulheres com histórico de aborto (independentemente do número/idade gestacional) ou de cirurgia uroginecológica (nos últimos 3 anos), que estivessem grávidas durante a avaliação ou que seu filho(a) tivesse necessitado de internação hospitalar nas últimas quatro semanas. Além disso, mesmo não sendo um critério de elegibilidade, as participantes foram avaliadas quanto à presença de sintomas de infecção do trato urinário (ITU) (disúria, poliúria) aos três, seis e doze meses.

No total, 200 mulheres foram contatadas para participar do estudo, sendo 170 excluídas e 30 recrutadas para avaliação inicial aos 3 meses pós-parto. Os motivos que levaram à exclusão das participantes estão listados na Figura 1.

### **Ferramentas para coleta de dados**

As mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram avaliadas prospectivamente aos três, seis e doze meses de puerpério. A primeira avaliação foi realizada presencialmente, por meio de entrevista individual, enquanto as avaliações para acompanhamento aos 6 e 12 meses foram realizadas através de um questionário online. O método de avaliação precisou ser adaptado aos 6 e 12 meses para a forma online em virtude da pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19) e decretos municipais e estadual que orientavam o isolamento social.

Aspectos sociodemográficos (idade, escolaridade e renda familiar), clínicos (presença de comorbidades, uso de pílula anticoncepcional, sinais ou sintomas de infecção do trato urinário e recebimento de orientações sobre FS no pré-natal), hábitos de vida (prática de atividade física na gestação e no puerpério, prática do aleitamento materno) ginecológicos e obstétricos (número de consultas no pré-natal, via de parto no nascimento (PV ou PC), planejamento da gravidez, tempo de duração da gestação e tempo para retorno das relações sexuais pós-parto) foram avaliados através de uma ficha para caracterização da amostra. Para as mulheres que relatassem PV, foi questionada a realização e/ou uso de fórceps, laceração, episiotomia e sutura. Se PC, questionava-se o caráter da cirurgia eletivo ou emergencial. Por último, foi realizada a aferição das medidas antropométricas: circunferência da cintura (cm), peso (kg) e estatura (m) para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Os

pesquisadores avaliaram aos 3 meses o peso, estatura e circunferência da cintura através de balança portátil digital da marca *G Life Millenium*, estadiômetro portátil da marca *Cardiomed WCS* e fita métrica da marca *ISP®*, respectivamente. Aos 6 e 12 meses, peso e altura foram autorrelatados.

Para avaliação da FS, foi utilizado o instrumento *Female Sexual Function Index* (FSFI), proposto por Rosen et al (2000) e validado por Meston (2003) e Wiegel, Meston e Rosen (2005). A versão também foi traduzida e validada por Thiel et al (2008) e tem uma estrutura composta por seis domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) com 19 questões pontuadas crescentemente entre zero e cinco. As questões 15 e 16 são as únicas que fogem a esse padrão de resposta, sendo classificadas de forma invertida e pontuadas entre um e cinco (THIEL *et al*, 2008). Seu score total varia de 2 a 36 pontos (ROSEN *et al*, 2000), sendo categorizado a disfunção sexual (DS) quando valores iguais ou inferiores a 26,55 são relatados (WIEGEL, MESTSON, ROSEN, 2005). Esse instrumento possibilita também a classificação e categorização da DS de acordo com o resultado de cada domínio do FSFI. Conforme Jamali; Rahmanian; Javadpour (2016) valores inferiores à 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo, 5,0 para satisfação e 5,5 para dor indicam uma DS nos respectivos domínios.

A versão online dos instrumentos de pesquisa pode ser acessada através do sítio eletrônico: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzf2vmSHy\\_BXhaiCieDTj1U06fdlpOOMCPfnrXajER5c7Xhg/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzf2vmSHy_BXhaiCieDTj1U06fdlpOOMCPfnrXajER5c7Xhg/formResponse)

### **Análise estatística**

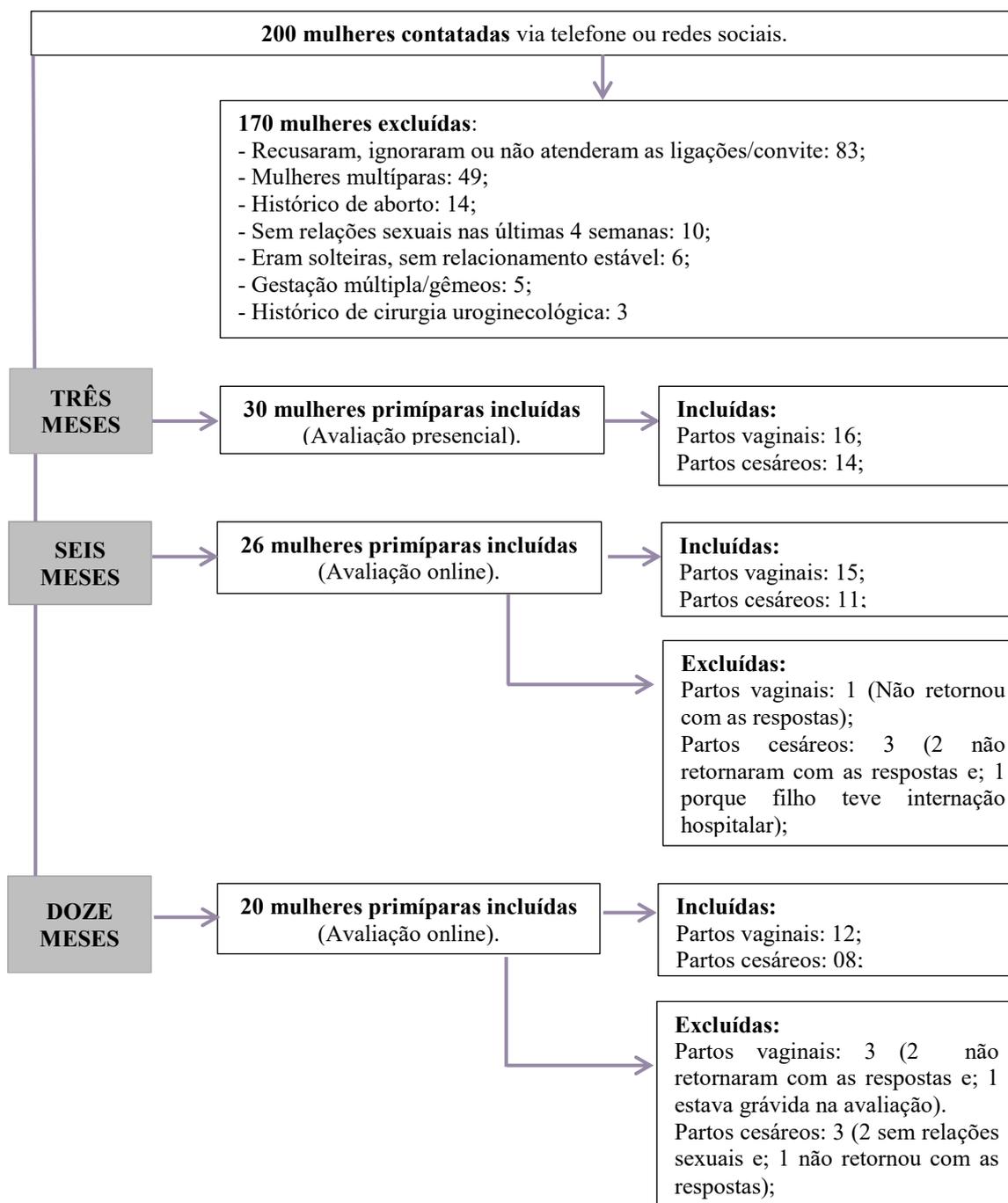
Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® e as informações foram apresentadas de forma individual. Os domínios e escore geral do FSFI foram apresentados para cada participante do estudo, conforme os pontos de corte de Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel, Mestson, Rosen (2005).

A comparação da FS entre a via de parto (PV e PC) foi realizada no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22.0) pelo teste de U de Mann Whitney, com medida de efeito dada por meio do *d* de Cohen. A comparação entre os períodos de puerpério (3, 6 e 12 meses) foi realizada pelo teste de Friedman com nível de significância de 5%. Para as comparações significantes, foi aplicado o teste de Wilcoxon, com correção de Bonferroni, sendo considerado o  $p \leq 0,016$ .

## **RESULTADOS**

Vinte mulheres com média de idade de  $24,5 \pm 4,9$  anos completaram a avaliação de 3, 6 e 12 meses, sendo 12 com PV e 8 com PC (Figura 1). No total, 11 mulheres relataram os sintomas de ITU, sendo 4 delas aos 6 meses (P2, P4, P9 e P20), e 7 aos 12 meses (P11, P12, P14, P15, P16, P18 e P19) pós-parto. Nenhuma participante relatou a presença dos sintomas de ITU aos 3 meses.

Figura 1 – Fluxograma com as etapas da pesquisa (recrutamento e acompanhamento prospectivo aos 3, 6 e 12 meses).



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O Quadro 1 apresenta os dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos coletados no início do estudo das 12 mulheres com PV. A média de idade das mulheres avaliadas nesse grupo foi  $24,0 \pm 5,5$  anos, sendo a maioria delas com ensino médio completo

(P1, P2, P7, P11 e P12), e renda familiar variando entre R\$ 2.091,00 e R\$ 4.178,00 (P2, P3, P5, P8, P11 e P12). Todas as mulheres foram expostas a alguma intervenção obstétrica (laceração, episiotomia ou sutura) durante a assistência ao parto e apresentaram mediana de 45 dias (amplitude: 60) para o retorno das relações sexuais.

As mulheres P2, P8, P10, P11 e P12 não receberam orientações sobre a FS durante o pré-natal e relataram episiotomia/sutura na assistência ao parto. Destacamos que as puérperas P2 e P11 apesar de relatarem um número menor de consultas de pré-natal, foram as primeiras a retomarem a atividade sexual durante o puerpério (30 dias) quando comparado às demais mulheres. A participante P8 foi a mulher com maior número de consultas no pré-natal, única com nascimento prematuro, e também a participante com maior intervalo de tempo para retorno do ato sexual (90 dias). Entre as 5 puérperas que receberam orientação sobre a FS, 4 delas (P1, P3, P4 e P7) realizaram 10 ou mais consultas no pré-natal.

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas avaliadas aos 3 meses nas puérperas com via de parto vaginal (n= 12).

Características das participantes	Participantes com parto vaginal											
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
<b>Idade</b>	22	21	21	38	31	18	20	22	23	22	24	26
<b>Escolaridade</b>	Médio Completo	Médio Completo	Superior incompleto	Superior Completo	Médio Incompleto	Médio Incompleto	Médio Completo	Médio Incompleto	Superior Completo	Superior incompleto	Médio Completo	Médio Completo
<b>Renda familiar</b>	Maior ou igual à R\$ 4.179,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Maior ou igual à R\$ 4.179,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Entre R\$ 1.046,00 até R\$ 2.090,00	Entre R\$ 1.046,00 até R\$ 2.090,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Entre R\$ 1.046,00 até R\$ 2.090,00	Entre R\$ 1.046,00 até R\$ 2.090,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00
<b>Presença de comorbidade</b>	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
<b>Classificação IMC</b>	Normal	Normal	Baixo peso	Normal	Normal	Normal	Sobrepeso	Baixo peso	Sobrepeso	Normal	Obesidade	Sobrepeso
<b>Gestação planejada</b>	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
<b>Nº de consultas do pré-natal</b>	12	7	11	10	12	12	12	13	7	10	6	8
<b>Recebeu orientações sobre FS no pré-natal</b>	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
<b>Tempo de gestação</b>	38	38 + 6	40 + 3	39	38 + 3	38 + 2	38	36	41	38 + 5	41	40
<b>Esta amamentando</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>PV com laceração</b>	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
<b>PV com episiotomia/sutura</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>PV com fórceps</b>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não lembra	Não	Não	Não	Não

<b>Tempo para retorno do ato sexual no puerpério</b>	43 dias	30 dias	32 dias	45 dias	47 dias	45 dias	70 dias	90 dias	45 dias	75 dias	30 dias	50 dias
--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: IMC= Índice de Massa Corporal; FS= Função Sexual; PV= Parto Vaginal;

O Quadro 2 apresenta os dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos de 8 puérperas de PC com média de idade de  $25,3 \pm 4,3$  anos. A renda familiar para a maioria das mulheres deste grupo variou entre R\$ 2.091,00 e R\$ 4.179,00. Com relação a escolaridade, prevaleceu o ensino superior completo para 4 das 8 participantes (P14, P15, P16 e P17), seguindo pelo ensino médio completo (P13, P19 e P20) e ensino superior incompleto (P18). Observa-se também que 5 mulheres receberam orientações sobre a FS no pré-natal, incluindo aquelas com presença de DS aos 3 meses (P14, P15 e P18) (Tabela 1). Também se observou predomínio de mulheres com alterações no IMC como obesidade (P13, P15, P16 e P20) e sobrepeso (P19) aos 3 meses. Apesar da causa para o PC de emergência não ter sido investigado neste estudo, nota-se que todas as puérperas que necessitaram desse tipo de parto não possuíam comorbidade e encontrava-se com gestação a termo no momento do parto (P13, P14 e P16). A mediana de tempo para retorno das relações sexuais no puerpério foi 45 dias (intervalo: 20).

Os escores de cada domínio do FSFI e a comparação com os períodos de puerpério (3, 6 e 12 meses) e via de parto para cada participante do estudo são apresentadas na Tabela 1. Aos 3 meses, entre as 20 mulheres avaliadas, 17 delas apresentaram desejo hipoativo (PV = 9; PC = 8), 16 relataram falta de excitação (PV = 9; PC = 7), 11 déficit de lubrificação (PV = 7; PC = 4), 12 disfunção orgástica (PV = 8; PC = 4), 9 insatisfação sexual (PV = 5; PC = 4), 14 dor genito-pélvica durante a relação sexual (PV = 8; PC = 6), e 9 disfunção sexual segundo o escore total do FSFI (PV = 6; PC = 3).

Aos 6 meses, o desejo hipoativo manteve-se para todas as mulheres que relataram o problema aos três meses (PV = 9; PC = 8), porém reduziu o número de mulheres com falta de excitação (PV = 7; PC = 5), déficit de lubrificação (PV = 6; PC = 1), queixa de disfunção orgástica (PV = 6; PC = 3) dor genito-pélvica na relação sexual (PV = 6; PC = 5) e disfunção sexual (PV = 5; PC = 2). Também aos 6 meses aumentou a frequência de mulheres com insatisfação sexual, igualando o número de mulheres com presença da disfunção nas duas vias de parto (PV= 5; PC= 5). Na avaliação de 12 meses, houve uma discreta redução no número de mulheres com desejo hipoativo (PV = 7; PC = 7), insatisfação sexual (PV = 6; PC = 1) e dor genito-pélvica durante a relação sexual (PV = 5; PC = 3). Por outro lado, aumentou a frequência de puérperas com falta de excitação no PV (PV = 8; PC = 5) e déficit de lubrificação em ambas as vias de parto (PV = 7; PC = 3). Também aos 12 meses, reduziu o número de participantes com disfunção orgástica (PV = 4; PC = 4) e permaneceu a disfunção sexual para 6 mulheres (PC = 2; PV = 5), da mesma forma que aos 6 meses.

Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas avaliadas aos 3 meses nas puérperas com via de parto cesáreo (n =8).

Características das participantes	Participantes com parto cesáreo							
	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
<b>Idade</b>	20	23	25	31	30	30	23	21
<b>Escolaridade</b>	Médio Completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Incompleto	Médio Completo	Médio Completo
<b>Renda familiar</b>	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Maior ou igual à R\$ 4.179,00.	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00	Maior ou igual à R\$ 4.179,00.	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.179,00	Maior ou igual à R\$ 4.179,00.	Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.178,00
<b>Presença de comorbidade</b>	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim
<b>Classificação IMC</b>	Obesidade	Peso normal	Obesidade	Obesidade	Peso normal	Peso normal	Sobrepeso	Obesidade
<b>Gestação planejada</b>	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
<b>Nº de consultas do pré-natal</b>	14	6	9	9	9	9	10	12
<b>Recebeu orientações sobre FS no pré-natal</b>	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
<b>Tempo de gestação</b>	39 + 4	40 + 1	39 + 3	37 + 5	38	39	39	39
<b>Esta amamentando</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
<b>Caráter do PC</b>	Emergência	Emergência	Eletiva	Emergência	Eletiva	Eletiva	Eletiva	Eletiva
<b>Tempo para retorno do ato sexual no puerpério</b>	42 dias	60 dias	45 dias	40 dias	40 dias	50 dias	45 dias	45 dias

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: IMC= Índice de Massa Corporal; FS= Função Sexual; PC= Parto Cesáreo;

Apesar do número expressivo de mulheres que permaneceram com desejo hipoativo (14) em todos os períodos do tempo, principalmente, aquelas com PC (P1, P2, P5, P6, P7, P8, P11, P13, P15, P16, P17, P18, P19 e P20), segundo análise de Friedman não há diferença significativa neste domínio ao longo do tempo ( $p = 0,811$ ), nem mesmo quando comparado com as vias de parto (PV = 0,794; PC = 0,499). Outros domínios do FSFI como excitação ( $p = 0,322$ ), lubrificação ( $p = 0,285$ ), orgasmo ( $p = 0,732$ ), satisfação ( $p = 0,584$ ) e escore geral ( $p = 0,428$ ) também não apresentaram diferença significativa nas comparações ao longo do tempo. Do mesmo modo, a via de parto também não apresentou diferença significativa na comparação dos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e escore geral do FSFI (Tabela 1).

O dor foi o único domínio que apresentou diferença significativa entre o tempo de puerpério e melhora dos escores ( $p = 0,001$ ). Aos 12 meses, o escore das mulheres com dor genito-pélvica durante a relação sexual foi maior quando comparado aos 3 meses ( $p = 0,05$ ), com tamanho de efeito médio de 0,62. Já nas comparações entre 3 e 6 meses e 6 e 12 meses, o escore dor não apresentou diferença significativa ( $p = 0,055$  e  $p = 0,34$ , respectivamente), conforme correção de Bonferroni ( $p \leq 0,016$ ). Quanto a comparação entre as vias de parto, a dor apresentou melhora significativa dos escores durante o puerpério (PV = 0,032; PC = 0,022). Entretanto quando comparado com os diferentes períodos do puerpério, não houve diferença significativa nos resultados sexuais entre 3 e 6 meses (PV = 0,141; PC = 0,158); 3 e 12 meses (PV = 0,059; PC = 0,017) e; 6 e 12 meses (PV = 0,588; PC = 0,461), conforme correção de Bonferroni.

Tabela 1 – Escores do FSFI para cada participante do estudo e comparação com os períodos de puerpério (3, 6 e 12 meses) de acordo com a via de parto.

Via de parto	Participantes	Domínios do <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI)																											
		Desejo				Excitação				Lubrificação				Orgasmo				Satisfação				Dor				Escore Geral			
		3 meses	6 meses	12 meses	Valor de p	3 meses	6 meses	12 meses	Valor de p	3 meses	6 meses	12 meses	Valor de p	3 meses	6 meses	12 meses	Valor de p	3 meses	6 meses	12 meses	Valor de p	3 meses	6 meses	12 meses	Valor de p				
Parto vaginal	P1	3,6	3,6	3,6		4,5	5,1	5,1		3,9	5,1	4,8		4,4	5,2	5,2		4,4	2,4	2,4		3,6	6,0	6,0		24,4	26,2	27,1	
	P2	1,2	1,2	3,0		2,1	3,3	4,2		3,9	3,3	5,1		2,4	3,6	2,8		3,6	2,8	4,8		2,8	4,0	4,8		16,0	19,4	24,7	
	P3	6,0	6,0	5,4	0,794 <sup>(a)</sup>	6,0	6,0	6,0		6,0	6,0	5,1		6,0	6,0	6,0		6,0	6,0	6,0		5,2	6,0	6,0		35,2	36,0	34,5	
	P4	3,6	3,6	4,8		5,1	2,7	5,1		6,0	6,0	6,0		4,8	1,2	4,4		5,2	4,4	5,6		4,0	2,0	6,0		28,7	19,3	31,9	
	P5	3,6	3,6	3,0		4,5	3,9	5,7		3,9	5,1	5,7		5,6	4,0	5,6		6,0	5,2	5,2		3,6	6,0	6,0		27,2	27,2	31,2	
	P6	3,6	3,6	3,0		4,8	4,2	3,6		5,7	6,0	6,0		4,8	5,6	5,6		6,0	6,0	6,0		6,0	6,0	6,0		30,9	32,0	30,2	
	P7	3,6	3,6	2,4		3,6	3,6	2,4		4,8	4,5	2,7		3,2	1,6	2,0		4,0	2,8	4,4		5,6	6,0	6,0		24,8	22,1	19,9	
	P8	1,8	1,8	1,2		2,1	2,4	2,1		2,4	2,1	1,5		3,2	1,2	1,2		3,2	2,4	2,4		1,6	2,0	1,6		14,3	12,5	10,0	
	P9	2,4	2,4	4,8		3,9	6,0	3,9		3,6	6,0	5,4		3,6	6,0	5,2		4,4	6,0	4,8		3,6	4,4	2,4		21,5	34,4	26,5	
	P10	4,8	4,8	5,4	0,811 <sup>(b)</sup>	5,7	5,7	6,0		6,0	5,7	5,1		6,0	5,2	6,0		6,0	6,0	6,0		6,0	4,4	4,8		34,5	31,2	33,3	
	P11	3,6	3,6	3,6		3,6	4,5	3,6		4,2	5,1	5,1		4,8	5,2	5,2		6,0	5,6	2,4		2,4	4,0	4,0		24,6	28,0	23,9	
	P12	4,8	4,8	4,8		4,2	5,4	4,2		6,0	6,0	6,0		5,6	6,0	6,0		6,0	6,0	6,0		5,6	6,0	6,0		36,2	34,8	33,0	
Parto cesáreo	P13	4,0	3,6	3,0		4,5	4,8	4,2		5,4	5,7	5,4		5,2	5,2	5,2		4,8	4,8	3,2		5,2	6,0	6,0		28,7	30,1	27,0	
	P14	3,0	3,0	4,8		3,9	5,1	3,6		4,2	5,4	4,5		4,0	5,2	4,4		4,0	4,8	4,4		3,6	5,2	4,0		22,7	29,3	25,7	
	P15	2,4	2,4	3,6		2,7	3,6	3,9		3,0	5,4	6,0		3,2	5,6	6,0		3,2	4,8	5,2		2,4	4,0	4,8		16,9	25,8	29,5	
	P16	3,6	3,6	3,6		5,1	5,1	5,4		6,0	6,0	5,4		4,8	5,6	4,8		6,0	6,0	6,0		6,0	5,2	6,0		31,5	32,1	31,2	
	P17	2,4	2,4	3,6		4,2	5,1	5,4		5,4	6,0	4,8		5,6	6,0	5,6		6,0	5,6	6,0		5,6	6,0	6,0		29,2	31,1	31,4	
	P18	3,6	3,6	2,4	0,499 <sup>(c)</sup>	3,3	2,4	3,0		3,9	2,4	3,0		4,4	4,0	2,0		5,2	4,0	4,0		2,8	2,0	5,6		23,2	17,2	20,0	
	P19	3,0	3,0	4,2		3,9	3,6	4,5		4,5	5,4	6,0		6,0	4,4	4,4		5,6	6,0	5,6		4,8	6,0	6,0		27,8	29,0	30,7	
	P20	3,6	3,6	3,6		4,2	4,5	5,1		5,7	5,7	5,7		5,6	4,0	5,6		4,8	4,8	5,2		4,0	4,4	4,4		27,9	27,0	29,6	

**Legenda:** Comparações realizadas pelo Teste de Friedman \*( $p \leq 0,05$ ), seguindo com Teste de Wilcoxon para comparações com significância ( $p \leq 0,016$ ).

<sup>(a)</sup> Comparação entre as pontuações do FSFI no parto vaginal;

<sup>(b)</sup> Comparação entre as pontuações do FSFI nos diferentes períodos do tempo (3,6 e 12 meses);

<sup>(c)</sup> Comparação entre as pontuações do FSFI no parto cesáreo;

**Nota:** Escores do FSFI grifados em negrito, indicando presença de DS conforme Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel, Mestson, Rosen (2005).

## DISCUSSÃO

Nesta série de casos, os resultados das comparações indicam que o tempo de puerpério e via de parto não apresentaram diferença significativa quando comparado aos escores de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e escore geral do FSFI. A dor foi o único domínio com diferença significativa durante o puerpério e que teve melhora dos escores em ambas as vias de parto. Aos 12 meses, o escore de dor aumentou significativamente quando comparado aos 3 meses. Com relação às demais comparações entre dor e tempo de puerpério, não foram verificadas diferença significativa, independente da via de parto.

A ausência de significância na comparação entre via de parto e FS é semelhante aos achados de outros estudos. Na revisão sistemática realizada por Fan et al (2017), os autores identificaram que a via de parto não influenciou na satisfação sexual pós-parto de primíparas chinesas, independentemente do período do tempo. Da mesma forma, Amiri et al (2017) avaliaram 203 primíparas iranianas e não identificaram diferença significativa na comparação da FS e via de parto entre 3 e 6 meses pós-parto.

Com relação ao tempo de puerpério, Kahramanoglu et al (2017) avaliaram uma amostra de mulheres primíparas e não identificaram diferença significativa nos escores do FSFI aos 12 e 24 meses pós-parto. De modo semelhante, Souza et al (2015) também avaliaram 260 puérperas primíparas e após controlar variáveis de confusão como idade e depressão, identificaram o orgasmo e dor como os únicos domínios com diferença na FS ao longo do tempo.

Estudos como o de Banaei et al (2019) demonstram uma relação direta entre escolaridade e renda familiar para a FS no puerpério, enquanto Malakouti et al., (2020) relatam os benefícios e importância do aconselhamento sexual antes e após o parto. Nesta série de casos, além da idade e tempo para retorno da relação sexual terem medidas similares, o número de consultas durante o pré-natal foi representativo entre as participantes, com todas elas recebendo no mínimo 6 consultas de pré-natal e 10 delas recebendo orientação sobre a FS (PV = 5; PC = 5).

Quanto aos resultados do domínio dor Saotome, Yonezawa, Suganuma (2018) também encontraram um melhor escore aos 12 meses quando comparado ao início do puerpério (1 e 3 meses). A presença de dor aos 3 meses pode relacionar-se ao uso de intervenções obstétricas nas mulheres com PV e presença de sobrepeso/obesidade entre as

mulheres com PC. Gommesen et al., (2019) relatam um risco maior de dispareunia entre mulheres expostas a lacerações de segundo (OR= 2,05; IC95% 1,51 – 2,78) e terceiro ou quarto grau (OR= 2,09; IC95% 1,55 – 2,81) e que esta disfunção se estende até os 12 meses pós-parto. Da mesma forma, a revisão sistemática realizada por Manresa et al (2019) indica maior ocorrência de dor no puerpério entre aquelas mulheres com trauma perineal. Nas puérperas avaliadas nesta série de casos, todas aquelas que apresentaram escores diminuídos para a dor aos 3 meses, relataram ter recebido um ou mais tipos de intervenções obstétricas (laceração, episiotomia e/ou sutura) durante o PV. No caso das mulheres com PC, aquelas que tinham piores escores para dor aos 3 meses, apresentavam predominantemente sobrepeso ou obesidade, condições consideradas prejudiciais para a FS e seus domínios, quando comparado a mulheres com peso normal (FAUBION et al., 2020).

A melhora da dor aos 12 meses em ambas as vias de parto também pode ser justificada pelo aleitamento materno. Segundo Szöllösi, Szabó (2020) aos 3 meses mulheres que amamentam exclusivamente tem pontuações piores para dor quando comparadas aquelas que utilizam fórmulas ( $p= 0,021$ ). Do mesmo modo, Lagaert et al (2017) afirmam que a intensidade da dor diminui significativamente entre 6 semanas e 6 meses após o parto ( $p = 0,003$ ), sendo a amamentação ( $p = 0,045$ ) e primiparidade ( $p = 0,020$ ) associadas com o grau da dispareunia no início do puerpério. Por fim, O'Malley et al (2018) avaliaram 832 primíparas aos 6 e 12 meses pós parto e identificaram o aleitamento materno como condição associada a presença de dispareunia aos 6 meses ( $p < 0,001$ ) mas não aos 12 meses ( $p = 0,477$ ). A principal razão para o aleitamento materno ser apontado como prejudicial na FS relaciona-se a redução de hormônios sexuais responsáveis pelo desejo e lubrificação (LEEMAN; ROGERS, 2012). Desse modo, sabendo que existe relação entre os domínios da FS, é possível prever que mulheres com baixa lubrificação apresentem dor genito-pélvica durante a relação sexual.

Uma das principais limitações deste estudo refere-se ao tamanho amostral e também a avaliação aos 6 e 12 meses ter sido realizada durante a pandemia de SARS-COV-2. Sabe-se que devido as medidas restritivas e também ao impacto psicossocial causado pela pandemia, a avaliação da FS e seus domínios pode ter sido influenciada por esta condição. Apesar disso, o cuidado metodológico adotado para a seleção das participantes e acompanhamento prospectivo adotado para a avaliação são pontos fortes deste estudo. Destacamos também que através destes resultados, é possível planejar e adotar alternativas para a melhora da FS durante o puerpério.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a ajuda recebida de Gabriela de Souza Pereira, Leonara Alves da Cruz Arnold e Viviane Becker, todas elas acadêmicas do curso de Fisioterapia e membros do Grupo de Pesquisa em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GEFISAM) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pela ajuda no recrutamento e avaliação das participantes aos 3 meses.

## DECLARAÇÃO DE JUROS/FINANCIAMENTO

Essa pesquisa não recebeu nenhuma fonte de financiamento.

## CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

AMIRI, F. N. et al. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. **African Health Sciences**, v. 17, n. 3, p. 623–631, 2017.

BANAEI, M. et al. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 411–418, 2019.

BARBARA, G. et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 3, p. 393–401, mar. 2016.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.**, v. 1, n. Caderno da Atenção Básica, nº 26, p. 300, 2013.

Cohen, J. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2ª edição. Routledge

DEKEL, S. et al. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. **Archives of Women's Mental Health**, v. 22, n. 6, p. 817–824, 2019.

DELANCEY, J. O. L. et al. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders : an integrated life span model. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 1, n. December, p. 610–615, 2008.

DROZDOWSKYJ, E. S. et al. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 1–10, jan. 2019.

FAN, D. et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 408, 6 dez. 2017.

FAUBION, S. S. et al. Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 10, p. 1971–1980, out. 2020.

GOMMESEN, D. et al. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 12, p. e032368, 16 dez. 2019.

JAMALI, S.; RAHMANIAN, A.; JAVADPOUR, S. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. v. 14, n. 1, p. 29–38, 2016.

KABAKIAN-KHASHOLIAN, T. et al. Mode of delivery and pain during intercourse in the postpartum period: Findings from a developing country. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 6, n. 1, p. 44–47, 2015.

KAHRAMANOGLU, I. et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 295, n. 4, p. 907–916, 6 abr. 2017.

LAGAERT, L. et al. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 22, n. 3, p. 200–206, 2017.

LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex After Childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647–655, mar. 2012.

MALAKOUTI, J. et al. The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 9, n. 284, p. 1–7, 2020.

MANRESA, M. et al. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth : a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 6, p. 853–868, 2019.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação : revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 105, p. 1–12, 2017.

MCDONALD, E. A. et al. Dyspareunia and childbirth : a prospective cohort study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. April 2003, p. 672–679, 2015.

MESTON, C. M. Validation of the female sexual function index (Fsf) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 29, n. 1, p. 39–46, 2003.

O'MALLEY, D. et al. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 196, 31 dez. 2018.

QIAN, R. et al. Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 132, n. 2, p. 200–205, fev. 2016.

ROGERS, R. G. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1–21, 14 abr. 2018.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. p. 191–208, 2000.

SAOTOME, T. T.; YONEZAWA, K.; SUGANUMA, N. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum. **Sexual Medicine**, v. 6, n. 4, p. 348–355, 2018.

SOUZA, A. et al. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 122, n. 10, p. 1410–1418, set. 2015.

SZÖLLŐSI, K.; SZABÓ, L. The Association Between Infant Feeding Methods and Female Sexual Dysfunctions. **Breastfeeding Medicine**, v. 16, n. 1, p. 93–99, 1 jan. 2020.

THIEL, R. DO R. C. et al. Tradução para português , adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 10, p. 504–510, 2008.

VAN DELFT, K. W. M. et al. The natural history of levator avulsion one year following childbirth : a prospective study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. 9, p. 1266–1273, 2014.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1–20, jan. 2005.

## 4.2 ARTIGO 2: DISFUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO EM MULHERES PRIMÍPARAS DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO: UM ESTUDO OBSERVACIONAL.

Revista sugerida para publicação: The Journal of Sexual Medicine

Qualis (2019): A1

Fator de impacto (2019): 3.293

Autores: Thaise dos Santos Henrique<sup>1</sup> and Janeisa Franck Virtuoso<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Mestranda em Ciências da Reabilitação na Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6658-7076>. E-mail: [thaise-henrique@posgrad.ufsc.br](mailto:thaise-henrique@posgrad.ufsc.br)

<sup>2</sup>Professora no Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC- Araranguá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4995-381X>.

### RESUMO

**Contexto:** Apesar do interesse na investigação entre os efeitos da via de parto na função sexual (FS) feminina, os resultados dessa associação durante o puerpério seguem inconsistentes.

**Objetivo:** Analisar a presença de disfunções sexuais (DS) em mulheres primíparas e verificar se existe associação com as vias de parto vaginal (PV) e cesárea (PC), uso de intervenções obstétricas e caráter emergencial durante o puerpério remoto.

**Métodos:** Neste estudo observacional online, foram avaliadas 242 mulheres com média de idade de  $27,28 \pm 4,81$  anos. As participantes foram categorizadas e avaliadas conforme o tipo de parto, sendo 64,88% delas com PC e 35,12% com PV. Para análise da FS e via de parto em diferentes períodos do tempo, a amostra foi categorizada em três grupos: entre 1 e 4 meses; 5 e 8 meses e 9 e 12 meses. O uso de intervenções obstétricas (episiotomia, fórceps e laceração) e o caráter cirúrgico do PC (eletivo ou emergencial) também foram avaliados em relação a FS.

**Principais medidas de resultado:** O Índice de função sexual feminina (FSFI) e as pontuações de cada domínio foram associados ao tempo de puerpério e via de parto dentro do primeiro ano pós-parto.

**Resultados:** Na comparação entre tempo de puerpério e via de nascimento, o PV não apresentou diferença significativa ao longo do puerpério, enquanto no PC houve redução da

excitação entre 1 e 4 meses e melhora do orgasmo entre 9 e 12 meses do puerpério. O uso de intervenções obstétricas foi associado à piora da dor genito-pélvica durante a relação sexual entre 9 e 12 meses quando comparado ao PV sem intervenções. Já o PC de emergência esteve associado a presença de DS entre 9 e 12 meses quando comparado ao PC eletivo. Não houve associação entre via de parto PV e PC e a presença de DS, independentemente do tempo de puerpério.

**Implicações clínicas:** Planejamento e aplicação de orientações sobre a FS durante o pré-natal são importantes.

**Pontos fortes e limitações:** A avaliação de mulheres durante a pandemia de SARSCOV-2 e a ausência de acompanhamento prospectivo são limitações deste estudo. Entre os pontos fortes está a avaliação de primíparas e seleção criteriosa das participantes.

**Conclusão:** Entendemos que a via de parto não deve ser utilizada como método de escolha para a prevenção das DS, tendo em vista que os resultados da FS são recuperados ao longo do puerpério, independentemente do tipo de parto.

**Palavras-Chave:** Função sexual; Disfunção sexual; Parto vaginal; Parto cesáreo; Período pós-parto.

## ABSTRACT

**Background:** Despite the interest in investigating the effects of the mode of delivery on female sexual function (SF), the results of this association during the puerperium remain inconsistent.

**Aim:** Objective: To analyze the presence of sexual dysfunctions (DS) in primiparous women and to verify if there is an association with the modes of vaginal delivery (PV) and cesarean (PC), use of obstetric interventions and emergencies during the remote postpartum period.

**Methods:** In this online observational study, 242 women with a mean age of  $27.28 \pm 4.81$  years. Participants were categorized and evaluated according to the type of participation, 64.88% of them with PC and 35.12% with PV. For analysis of FS and mode of delivery in different periods of time, the sample was categorized into three groups: between 1 and 4 months; 5 and 8 months and 9 and 12 months. The use of obstetric interventions (episiotomy, forceps and laceration) and the surgical nature of the PC (elective or emergency) were also adopted in relation to the FS.

**Outcome measures:** The Female Sexual Function Index (FSFI) and scores for each domain were associated with postpartum time and mode of delivery within the first year postpartum.

**Results:** In the comparison between puerperium time and birth route, the PV does not present significant difference throughout the puerperium, while no CP showed a reduction in arousal between 1 and 4 months and an improvement in orgasm between 9 and 12 months after the puerperium. The use of obstetric interventions was associated with worsening genito-pelvic pain during sexual intercourse between 9 and 12 months when compared to PV without interventions. Emergency PC was associated with the presence of SD between 9 and 12 months when compared to elective PC. There was no association between the mode of delivery and the presence of SD, regardless of the time since the postpartum period.

**Clinical implications:** Planning and application of guidelines on FS during prenatal care are important.

**Strengths and limitations:** The evaluation of women during the SARSCOV-2 pandemic and the lack of prospective follow-up are limitations of this study. Among the strengths is the evaluation of primiparas and careful selection of participants.

**Conclusion:** We understand that the mode of delivery should not be used as the method of choice for the prevention of SD, considering that the results of FS are recovered throughout the puerperium, regardless of the type of delivery.

**Keywords:** Sexual Function; Sexual dysfunction; Vaginal delivery; Cesarean section; Postpartum period.

## INTRODUÇÃO

Saúde sexual corresponde a um item vital para a manutenção e integração das relações humanas, sendo influenciada por fatores psicológicos, fisiológicos e sociais (BRASIL, 2013; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ et al., 2017). Na gestação, parto e puerpério é comum a ocorrência de alterações na frequência e função da resposta sexual (LEEMAN; ROGERS, 2012).

No puerpério, evidências indicam um prejuízo na função sexual (FS) devido alterações hormonais, mudanças na rotina, insatisfação com a imagem corporal, fadiga, amamentação, entre outros (DROZDOWSKYJ et al., 2019; LEEMAN; ROGERS, 2012). Dessa maneira, a presença de disfunções sexuais (DS) costuma ser comum nesse período e

pode ser caracterizada como qualquer anormalidade na estrutura, função ou sensação experimentada pela mulher durante as fases do ciclo de resposta sexual (ROGERS et al., 2018). Além disso, mulheres primíparas são mais vulneráveis a presença de DS, geralmente porque são mais expostas a intervenções obstétricas e porque possuem menor escolaridade (BANAEI et al., 2019).

Nesse contexto, a associação entre via de parto e FS ainda são inconclusivos. (FAN et al., 2017; KAHRAMANOGLU et al., 2017; QIAN et al., 2016). No parto vaginal (PV), uma sequência de complicações como avulsão parcial ou total dos levantadores do ânus, prolapso de parede anterior e aumento do hiato genital (VAN DELFT et al., 2014) podem comprometer a FS. Do mesmo modo, o parto cesáreo (PC) associa-se a uma menor qualidade de vida (REZAEI et al., 2018), maior risco de complicações relacionadas à cirurgia (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017) e transtornos mentais como ansiedade e depressão (FIELD, 2018; OLIVEIRA et al., 2016), os quais também podem repercutir em DS.

O uso de instrumentais ou procedimentos como laceração, episiotomia, sutura e vácuo extrator no PV, bem como o caráter emergencial do PC são variáveis que também devem ser considerados na avaliação da FS. Lacerações perineais de segundo, terceiro ou quarto grau indicam um risco maior de dispareunia (GOMMESEN et al., 2019) e maior prejuízo nos domínios da FS (BARBARA et al., 2016; LEEMAN et al., 2016). Já o PC de emergência esta associado a um risco maior de DS quando comparado à mulheres com PC eletivo (SAFARINEJAD; KOLAH; HOSSEINI, 2009).

O tempo de puerpério vem sendo considerado benéfico para a FS (BARBARA et al., 2016; KAHRAMANOGLU et al., 2017; SAFARINEJAD; KOLAH; HOSSEINI, 2009), no entanto, estudos nacionais ainda são limitados, principalmente tratando-se da avaliação em primíparas (FAISAL-CURY et al., 2015; PEREIRA et al., 2018). Saotome, Yonezawa, Suganuma (2018) identificaram uma piora nos domínios da FS entre 1 e 3 meses, porém na comparação com 12 meses verificaram melhora nos escores excitação, lubrificação, orgasmo e dor. Do mesmo modo, resultados recentes de uma revisão publicada em 2019 indicam que a via de parto não manifesta diferença na FS, independentemente do tempo de puerpério, porém enfatizam a necessidade de novos estudos sobre o tema (GUTZEIT; LEVY; LOWENSTEIN, 2019).

Dessa forma, sabendo que aspectos sociais e culturais como idade, religião, situação conjugal (PÉREZ; SIGLER; GENOVÉS, 2006), situação de moradia, escolaridade e renda familiar influenciam a FS (BANAEI et al., 2019), é fundamental conhecer e implementar

medidas que atendam as necessidades das mais variadas populações. Além disso, ter acesso a novas informações sobre a FS e impactos do tempo de puerpério e via de parto possibilitará o aconselhamento, planejamento e aperfeiçoamento de cuidados reconhecidos como benéficos para a FS durante o pré-natal e puerpério (SOBHGOL et al., 2018).

Assim, buscou-se através deste estudo analisar a presença de DS em mulheres primíparas e verificar se existe associação com as vias de parto vaginal e cesárea, uso de intervenções obstétricas e caráter emergencial durante o puerpério remoto.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Procedimentos e amostra**

O presente estudo é parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Estudo DAPSUL” que avalia os desconfortos do assoalho pélvico (DAP) em mulheres adultas da região sul do Brasil, tendo parecer de aprovação ética (CEP/UFSC: 3.357.956). Trata-se de um estudo observacional, conduzido entre fevereiro e outubro de 2020 com mulheres primíparas residentes do sul catarinense, Brasil.

As mulheres foram convidadas por pesquisadores treinados a participar de um estudo *online* através de plataformas digitais como *Instagram* e *Facebook*, sendo o recrutamento de forma intencional. Com o objetivo de alcançar o maior número de mulheres, aplicou-se também a divulgação em grupos do *Whatsapp*. Ao acessar a pesquisa (*link*), na página inicial, as participantes receberam orientações relacionadas ao objetivo do estudo, critérios de elegibilidade, tempo estimado para aplicação dos instrumentos e acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido. Ainda na página inicial, foi questionado sobre o aceite e concordância com os termos da pesquisa. Para aquelas que aceitaram, data e horário do aceite foram registrados e as participantes direcionadas para avaliação da elegibilidade. Mulheres que se adequaram aos critérios de seleção tiveram acesso aos instrumentos da pesquisa. Os instrumentos foram organizados em sessões com perguntas que poderiam ser respondidas no formato discursivo, múltipla escolha e/ou em de caixas de seleção.

Para a inclusão no estudo, as mulheres precisavam falar e compreender o idioma português brasileiro, ter idade igual ou superior a 18 anos, manter relações sexuais nas últimas quatro semanas, estar vivenciando o puerpério remoto do primeiro filho (a) no período igual ou inferior a 12 meses incompletos. Foram excluídas aquelas com histórico de aborto em idade gestacional superior a 12 semanas, histórico de cirurgia uroginecológica nos últimos 3

anos, sinais ou sintomas sugestivos de Infecção do Trato Urinário (ITU) (disúria, ardência, poliúria) autorrelatado nas últimas quatro semanas, grávidas, a gestação ter sido múltipla e/ou o recém-nascido/filho ter histórico de internação hospitalar nas últimas quatro semanas.

### **Ferramentas para coleta de dados**

Para caracterização da amostra, foram coletados dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, raça, renda familiar, religião e ocupação), clínicos (doenças pregressas, uso de medicações, prática de atividade física e satisfação com o corpo durante o puerpério), antropométricos (peso em (kg), altura em (cm)), ginecológicos (uso de métodos contraceptivos, orientações sobre FS durante o pré-natal) e obstétricos (histórico de aborto, gestação planejada, número de consultas no pré-natal, via de parto no nascimento (vaginal, cesárea), tempo de puerpério (meses), peso do recém-nascido no nascimento). Para as mulheres com relato de PV, foi questionado o uso ou prática de fórceps, laceração, episiotomia e/ou sutura. Se PC, investigou-se o caráter (eletivo ou emergencial). Além disso, foi avaliado o recebimento de ajuda do esposo ou de familiares para o cuidado da criança, tempo para retorno das relações sexuais no puerpério, prática e tipo de aleitamento materno.

A versão brasileira do instrumento *Female Sexual Function Index* (FSFI), proposto por Rosen et al., (2000) e validado por Meston (2003) e Wiegel; Meston; Rosen (2005), foi utilizado para avaliar a FS. No Brasil, sua tradução e validação foram feitas por Thiel et al (2008) e também por Pacagnella; Martinez; Vieira (2009). Além disso, o mesmo também é validado para aplicação online (CRISP; FELLNER; PAULS, 2015). Sua estrutura é composta por 19 questões divididas em seis domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) e pontuadas crescentemente entre zero e cinco. As questões 15 e 16 são as únicas que fogem a esse padrão de resposta, sendo classificadas de forma invertida e pontuadas entre um e cinco (THIEL et al., 2008). Seu score total varia de 2 a 36 pontos (ROSEN et al., 2000), sendo categorizada a DS quando valores iguais ou inferiores a 26,55 são relatados (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). Além disso, é possível classificar e categorizar a DS de acordo com o resultado de cada domínio do FSFI. Conforme Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016), valores inferiores à 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo, 5,0 para satisfação e 5,5 para dor indicam uma DS nos respectivos domínios.

## **Análise estatística**

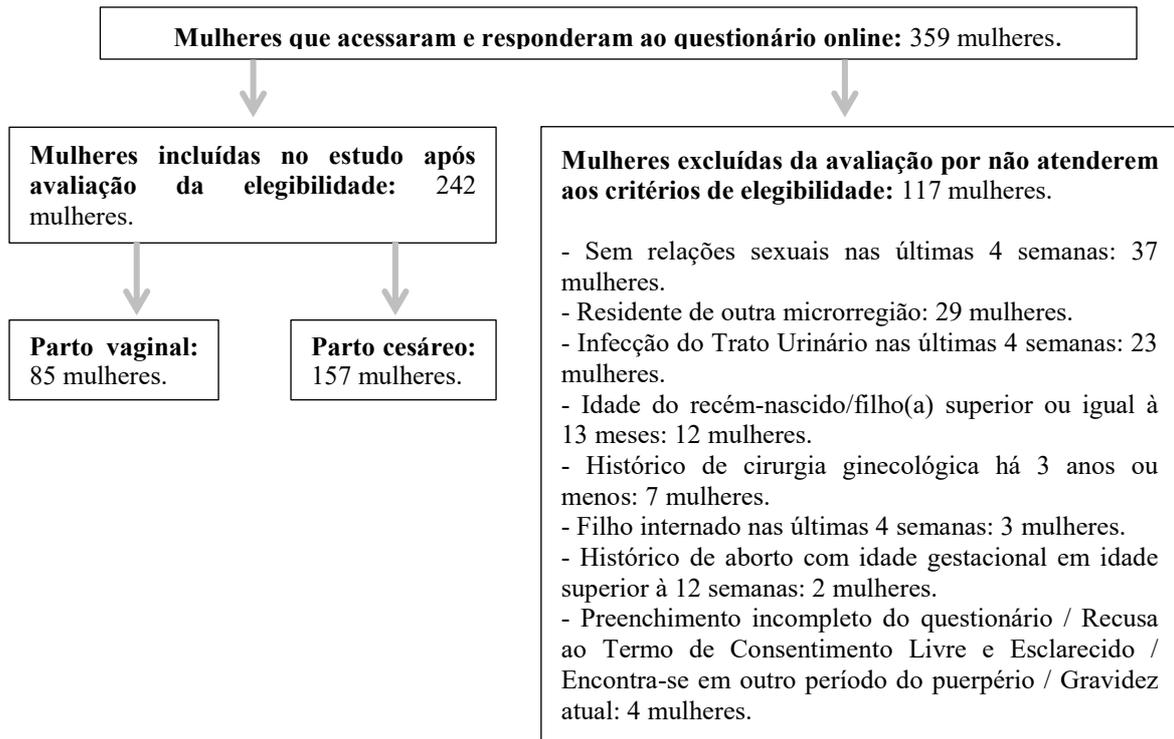
Os dados coletados foram armazenados em uma planilha no programa Microsoft Excel® e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22.0). Para análise e interpretação da FS e via de parto em diferentes períodos do tempo, a amostra foi categorizada em três grupos: até 4 meses; entre 5 e 8 meses e entre 9 e 12 meses. Além disso, também foi analisada a associação de intervenções obstétricas (episiotomia, fórceps, laceração) no PV e caráter emergencial do PC em relação a FS. As variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Para associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui Quadrado ou Exato de Fisher, conforme necessário. Os valores de ajuste residual acima de 2,0 foram apresentados a fim de determinar a tendência da associação. Os testes de Phi e V de Cramer foram apresentados como medida de efeitos das associações significativas. O nível de significância adotado foi de 5%.

## **RESULTADOS**

Um total de 359 mulheres foram selecionadas e convidadas para participar do estudo, sendo incluídas na análise 242 mulheres com média de idade de  $27,3 \pm 4,8$  anos que concordaram com os termos da pesquisa e obedeceram aos critérios de elegibilidade. Ao todo, 117 mulheres com média de idade de  $25,2 \pm 5,5$  anos foram excluídas do estudo devido a ausência de condições que garantissem a elegibilidade (Figura 1).

Com relação a via de parto, 64,8% mulheres eram puérperas de PC ( $27,3 \pm 4,8$  anos), sendo 50,3% eletivas e 49,7% emergências. O PV foi realizado em 35,1% das mulheres ( $26,8 \pm 4,8$  anos), sendo 69,4% em que houve uso de instrumentais (episiotomia, fórceps, laceração) e 30,6% espontâneos. O tempo médio para retorno das relações sexuais no puerpério foi de 45 dias (Amplitude Interquantil = 195), não havendo diferença entre a via de PC (Md= 45; 195 dias) e PV (Md= 45; 160 dias).

Figura 1 – Fluxograma das participantes incluídas e excluídas do estudo com justificativa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na associação entre as variáveis de caracterização da amostra e via de parto (Tabela 1) observou-se que puérperas de PV apresentaram maior tendência ao peso normal (69,4%), segundo classificação do IMC ( $p= 0,004$ ). Também houve associação entre ter recebido orientações sobre a FS no pré-natal e a realização do PC (72,0%) ( $p= 0,031$ ). Puérperas com PC receberam maior auxílio para o cuidado da criança (67,0%) ( $p= 0,033$ ), enquanto as mulheres com PV apresentaram maior tendência para a prática do aleitamento materno (85,9%) ( $p< 0,001$ ). Mesmo não havendo associação entre via de parto e tipo de aleitamento materno, observou-se, conforme o ajuste residual (2,5), que puérperas de PC tendem a praticar o aleitamento materno misto (20,6%).

Tabela 1 – Associação entre as características das participantes incluídas no estudo segundo a via de parto. (n = 242).

Características das participantes	Parto vaginal n=85		Parto cesáreo n= 157		Valor de p
	N	%	N	%	
<b>Idade</b>					
18 à 25 anos	33	38,8	57	36,3	0,721
26 à 34 anos	46	54,1	92	58,6	
≥ 35 anos	6	7,1	8	5,1	
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>					
Baixo peso	3	3,5	2	1,3	0,004*
Peso normal	59	69,4 <sup>‡</sup>	76	48,4	
Sobrepeso	17	20,0	50	31,8 <sup>‡</sup>	
Obesidade	6	7,1	29	18,5 <sup>‡</sup>	
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental incompleto	1	1,2	2	1,3	0,173
Médio incompleto	9	10,6	10	6,4	
Superior incompleto	33	38,8	54	34,4	
Superior completo	42	49,4	91	58	
<b>Estado civil</b>					
Solteira	5	5,9	8	5,1	0,773
Casada / União estável	80	94,1	149	94,9	
<b>Religião</b>					
Católica	49	57,6	103	65,6	0,437
Evangélica	23	27,1	39	24,8	
Espírita	5	5,9	4	2,5	
Outra	8	9,4	11	7,0	
<b>Raça</b>					
Branca	80	94,1	148	94,3	0,777
Negra	2	2,4	2	1,3	
Parda	3	3,5	7	4,5	
<b>Ocupação</b>					
Remunerada	60	70,6	115	73,2	0,655
Não remunerada	25	29,4	42	26,8	
<b>Renda familiar</b>					
Renda inferior à R\$1.046,00	9	10,6	11	7,0	0,647
Entre 1.046,00 até 2.090,00	16	18,8	35	22,3	
Entre 2.091,00 até 4.179,00	32	37,6	53	33,8	
Maior ou igual à 4.180,00	28	32,9	58	36,9	
<b>Histórico de aborto</b>					
Sim	6	7,1	17	10,8	0,491
Não	79	92,9	140	89,2	
<b>Comorbidade</b>					
Sim	27	31,8	48	30,6	0,885
Não	58	68,2	109	69,4	
<b>Uso de medicamentos</b>					
Sim	45	52,9	98	62,4	0,172
Não	40	47,1	59	37,6	
<b>Gravidez planejada</b>					
Sim	42	49,4	96	61,1	0,102
Não	43	50,6	61	38,9	
<b>Orientação sobre função sexual no pré-natal</b>					
Sim	49	57,6	113	72,0 <sup>‡</sup>	0,031*
Não	36	42,4	44	28,0	
<b>Número de consultas no pré-natal</b>					
Entre 1 e 5 consultas	1	1,2	6	3,8	0,888
Entre 6 e 10 consultas	60	70,6	101	60,0	
11 ou mais consultas	24	28,2	50	24,0	

<b>Peso do recém-nascido no nascimento</b>					
Menor que 2.500 gramas	1	1,2	10	6,4	
Entre 2.500 à 3.999 gramas	82	96,5	142	90,4	0,164
Superior à 4.000 gramas	2	2,4	5	3,2	
<b>Uso de método contraceptivo durante o puerpério</b>					
Sim	71	83,5	135	86,0	
Não	14	16,5	22	14,0	0,705
<b>Satisfação com o corpo no puerpério</b>					
Sim	27	31,8	42	26,8	
Mais ou menos	36	42,4	63	40,1	0,473
Não	22	25,9	52	33,1	
<b>Atividade física no puerpério</b>					
Sim	21	24,7	33	21,0	
Não	64	75,3	124	79,0	0,511
<b>No puerpério recebe alguma ajuda no cuidado com a criança</b>					
Sim	73	33,0	148	67,0 <sup>¥</sup>	
Não	12	57,1	9	94,3	0,033*
<b>Esta amamentando</b>					
Sim	73	85,9 <sup>¥</sup>	102	65,0	
Não	12	14,1	55	35,0	<0,001*
<b>Tipo de aleitamento (n = 175)</b>					
Aleitamento exclusivo	33	45,2	33	32,4	
Aleitamento predominante	1	1,4	1	1,0	
Aleitamento complementado	34	46,6	47	46,1	0,062
Aleitamento misto	5	6,8	21	20,6 <sup>¥</sup>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: ES: \*  $p < 0,05$  (Qui quadrado – Pearson ou Fisher); ¥ Resíduos ajustados  $\geq 2,0$ .

Para a análise da FS, a amostra foi categorizada em diferentes períodos do tempo (Tabela 2). Na associação entre a presença de DS e os períodos do tempo durante o puerpério de PC, observou-se maior frequência de mulheres com falta de excitação entre 1 e 4 meses (84,5%), e menor frequência de disfunção orgástica entre 9 e 12 meses (46,2%). A medida de efeito apontou que aproximadamente 18,7% e 20,2% da variação na contagem de frequências das puérperas com falta de excitação e disfunção orgástica, pode ser explicada pelo tempo de puerpério, respectivamente.

Mesmo com a ausência de significância na associação entre tempo de puerpério e DS no PV, foi verificado, por meio do ajuste residual (2,5) uma tendência de redução dos sintomas de desejo hipotativo entre 9 e 12 meses do puerpério ( $p = 0,061$ ). A medida de efeito apontou que 27,2% da variação da frequência de desejo hipotativo pode ser explicado pelo tempo de puerpério.

Na associação entre via de parto e DS não foi verificado diferença em nenhum dos períodos de tempo de puerpério analisados (Tabela 3).

Tabela 2 – Associação entre a frequência das disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI em diferentes períodos do tempo e de acordo com a via de parto (vaginal ou cesárea).

Disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI	Parto vaginal (n= 85)					Parto cesáreo (n= 157)				
	Tempo de puerpério n (%)					Tempo de puerpério n (%)				
	1 à 4 meses (n= 33)	5 à 8 meses (n= 30)	9 à 12 meses (n= 22)	Total	Valor de p	1 à 4 meses (n= 71)	5 à 8 meses (n= 47)	9 à 12 meses (n= 39)	Total	Valor de p
Desejo hipoativo	31 (93,9)	29 (96,7)	17 (77,3) <sup>¥</sup>	77 (90,6)	0,061	62 (87,3)	41 (87,2)	33 (84,6)	136 (86,6)	0,712
Falta de excitação	24 (72,7)	23 (76,7)	15 (68,2)	62 (72,9)	0,765	<b>60 (84,5) <sup>¥</sup></b>	33 (70,2)	26 (66,7)	119 (75,8)	<b>0,026*</b>
Déficit de lubrificação	17 (51,5)	16 (53,3)	10 (45,5)	43 (50,6)	0,697	48 (67,6)	28 (59,6)	23 (59,0)	99 (63,1)	0,328
Disfunção orgástica	19 (57,6)	20 (66,7)	12 (54,5)	51 (60,0)	0,912	49 (69,0)	32 (68,1)	<b>18 (46,2) <sup>¥</sup></b>	99 (63,1)	<b>0,028*</b>
Insatisfação sexual	18 (54,5)	14 (46,7)	13 (59,1)	45 (52,9)	0,823	47 (66,2)	29 (61,7)	23 (59,0)	99 (63,1)	0,438
Dor genito-pélvica na relação sexual	24 (72,7)	20 (66,7)	13 (59,1)	57 (67,1)	0,295	47 (66,2)	28 (59,6)	21 (53,8)	96 (61,1)	0,196
Disfunção sexual	18 (54,5)	16 (53,3)	10 (45,5)	44 (51,8)	0,531	43 (60,6)	28 (59,6)	19 (48,7)	90 (57,3)	0,262

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: p ≤ 0,05\* Qui-quadrado (Linear por linear). <sup>¥</sup> Resíduos ajustados ≥ 2,0.

Nota: Frequência de mulheres com DS, conforme pontos de corte Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel; Meston; Rosen (2005).

Tabela 3 – Análise da associação entre a frequência das disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI e via de parto (cesáreo e vaginal) ao longo do tempo.

Disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI	TEMPO DE PUERPÉRIO								
	1 à 4 meses n(%)			5 à 8 meses n(%)			9 à 12 meses n(%)		
	PV (n= 33)	PC (n= 71)	Valor de P	PV (n= 30)	PC (n= 47)	Valor de P	PV (n= 22)	PC (n= 39)	Valor de p
Desejo hipoativo	31 (93,3)	62 (87,3)	0,496	29 (96,7)	41 (87,2)	0,237	17 (77,3)	33 (84,6)	0,504
Falta de excitação	24 (72,7)	60 (84,5)	0,185	23 (76,7)	33 (70,2)	0,607	15 (68,2)	26 (77,7)	1,000
Déficit de lubrificação	17 (51,5)	48 (67,6)	0,132	28 (59,6)	16 (53,3)	0,642	10 (45,5)	23 (59,0)	0,423
Disfunção orgástica	19 (57,6)	49 (69,0)	0,275	20 (66,7)	32 (68,1)	1,000	12 (54,5)	18 (46,2)	0,600
Insatisfação sexual	18 (54,5)	47 (66,2)	0,282	14 (46,7)	29 (61,7)	0,242	13 (59,1)	23 (59,0)	1,000
Dor genito-pélvica na relação sexual	24 (72,7)	47 (66,2)	0,651	20 (66,7)	28 (59,6)	0,632	13 (59,1)	21 (53,8)	0,791
Disfunção sexual	18 (54,5)	43 (60,6)	0,670	16 (53,3)	28 (59,6)	0,642	10 (45,5)	19 (48,7)	1,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: p ≤ 0,05 (Fisher).

Nota: Frequência de mulheres com DS, conforme pontos de corte Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel; Meston; Rosen (2005).

Tabela 4 - Associação entre o parto vaginal espontâneo e com uso de intervenções obstétricas (fórceps, laceração, episiotomia) na frequência de disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI em diferentes períodos do tempo.

Disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI	Tempo de puerpério								
	1 à 4 meses n(%)			5 à 8 meses n(%)			9 à 12 meses n(%)		
	PV sem intervenção (n= 10)	PV com intervenção (n= 23)	Valor de P	PV sem intervenção (n= 10)	PV com intervenção (n= 20)	Valor de P	PV sem intervenção (n= 6)	PV com intervenção (n= 16)	Valor de P
Desejo hipoativo	10 (100,0)	21 (91,3)	1,000	9 (90,0)	20 (100,0)	0,333	5 (83,3)	12 (75,0)	1,000
Falta de excitação	8 (80,0)	16 (69,6)	0,686	8 (80,0)	15 (75,0)	1,000	3 (50,0)	12 (75,0)	0,334
Déficit de lubrificação	5 (50,0)	12 (52,2)	1,000	6 (60,0)	10 (50,0)	0,709	2 (33,3)	8 (50,0)	0,646
Disfunção orgástica	4 (40,0)	15 (65,2)	0,257	7 (70,0)	13 (65,0)	1,000	3 (50,0)	9 (56,3)	1,000
Insatisfação sexual	7 (70,0)	11 (47,8)	0,283	4 (40,0)	10 (50,0)	0,709	4 (66,7)	9 (56,3)	1,000
Dor genito-pélvica na relação sexual	7 (70,0)	17 (73,9)	1,000	6 (60,0)	14 (70,0)	0,690	1 (16,7)	12 (75,0) <sup>¥</sup>	0,023*
Disfunção sexual	4 (40,0)	14 (60,9)	0,448	6 (60,0)	10 (50,0)	0,709	2 (33,3)	8 (50,0)	0,646

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: \*p ≤ 0,05. Qui-quadrado (Fisher). ¥ Resíduos ajustados ≥ 2,0.

Nota: Frequência de mulheres com DS, conforme pontos de corte Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel; Meston; Rosen (2005).

Tabela 5 - Associação entre o parto cesáreo eletivo e de emergência com a frequência de disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI em diferentes períodos do tempo.

Disfunções sexuais segundo os domínios do FSFI	Tempo de puerpério								
	1 à 4 meses n(%)			5 à 8 meses n(%)			9 à 12 meses n(%)		
	PC eletivo (n= 37)	PC emergência (n= 34)	Valor de P	PC eletivo (n= 23)	PC emergência (n= 24)	Valor de P	PC eletivo (n= 19)	PC emergência (n= 20)	Valor de P
Desejo hipoativo	32 (86,5)	30 (88,2)	1,000	21 (91,3)	20 (83,3)	0,666	15 (78,9)	18 (90,0)	0,407
Falta de excitação	30 (81,1)	30 (88,2)	0,518	16 (69,6)	17 (70,8)	1,000	10 (52,6)	16 (80,0)	0,096
Déficit de lubrificação	27 (73,0)	21 (61,8)	0,447	12 (52,2)	16 (66,7)	0,380	9 (47,4)	14 (70,0)	0,200
Disfunção orgástica	24 (64,9)	25 (73,5)	0,455	16 (69,6)	16 (66,7)	1,000	6 (31,6)	12 (60,0)	0,111
Insatisfação sexual	24 (64,9)	23 (67,6)	1,000	16 (69,6)	13 (54,2)	0,371	8 (42,1)	15 (75,0) <sup>¥</sup>	0,054
Dor genito-pélvica na relação sexual	26 (70,3)	21 (61,8)	0,465	13 (56,5)	15 (62,5)	0,770	9 (47,4)	12 (60,0)	0,527
Disfunção sexual	22 (59,5)	21 (61,8)	0,518	14 (60,9)	14 (58,3)	1,000	5 (26,3)	14 (70,0) <sup>¥</sup>	0,010*

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. Legenda: p ≤ 0,05\* Qui-quadrado (Fisher). ¥ Resíduos ajustados ≥ 2,0.

Nota: Frequência de mulheres com DS, conforme pontos de corte Jamali, Rahmanian, Javadpour (2016) e Wiegel; Meston; Rosen (2005).



A presença de DS foi avaliada também conforme categorização das vias PC e PV. Na Tabela 4, mulheres que tiveram um PV com uso de intervenções como fórceps, laceração e/ou episiotomia apresentaram uma tendência maior para a presença de dor genito-pélvica durante a relação sexual entre 9 e 12 meses (75,0%) quando comparado às mulheres com PV sem uso de intervenções (16,7%). Através da medida de efeito, observou-se que aproximadamente 52,8% da variação na frequência de mulheres com dor genito-pélvica durante a relação sexual seja explicada pelo uso do fórceps, laceração e/ou episiotomia. Já na Tabela 5, houve associação entre o PC de emergência e a queixa de DS entre 9 e 12 meses (70,0%) quando comparado ao PC eletivo (26,3%). Nesse caso, 43,7% da variação da frequência de mulheres com disfunção sexual entre 9 e 12 meses pode ser explicado pelo caráter emergencial do PC. Mesmo com a ausência de significância na associação entre tipo de PC e DS, foi verificado, por meio do ajuste residual (2,1) uma tendência para a insatisfação sexual entre 9 e 12 meses em mulheres cujo PC foi de emergência. A medida de efeito apontou 33,4% de explicação entre essas variáveis.

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo apontou que o tipo de parto influencia na presença de determinadas DS durante o puerpério. Mulheres com PC apresentaram maior frequência de déficit na excitação (84,5%) entre 1 e 4 meses, enquanto a disfunção orgástica diminuiu entre 9 e 12 meses (46,2%). Além disso, mulheres com PC também tiveram uma tendência maior a presença de insatisfação sexual (75%) no PC de emergência entre 9 e 12 meses. Já no PV, os resultados indicaram uma tendência a redução do desejo hipoativo (22,1%) entre 9 e 12 meses. Apesar disso, quando comparado as vias de parto e a presença de DS nos diferentes períodos do tempo, não foi verificada associação significativa que indicasse uma via de parto como mais benéfica. Foi observada também a ausência de associação entre via de parto e DS nos diferentes períodos do puerpério. Com relação ao uso de intervenções obstétricas no PV e caráter cirúrgico do PC, entre 9 e 12 meses houve associação entre o PV com intervenção e a presença de dor genito-pélvica na relação sexual (75,0%), bem como associação entre PC de emergência e presença de DS (70,0%).

A melhora do desejo e orgasmo entre 9 e 12 meses pode relacionar-se ao tipo de aleitamento materno. Leeman, Rogers (2012) relatam prejuízo na produção de hormônios sexuais entre as mulheres que amamentam, afetando tanto o desejo quanto a lubrificação vaginal. Da mesma forma, Szöllösi, Szabó (2020) identificaram piora do orgasmo ( $p=0,015$ ) e Matthies et al. (2018) piora do desejo entre as mulheres que amamentam exclusivamente. Assim, a introdução de outros alimentos e/ou tipos de leite no puerpério pode ter sido favorável na melhora destes domínios ao longo do tempo. Também cabe mencionar que a menor ocorrência de desejo hipoativo entre 9 e 12 meses nas mulheres com PV pode associar-se a classificação normal no IMC nesse grupo de puérperas, já que sobrepeso e obesidade são condições que pioram a FS e seus domínios quando comparado ao peso normal (FAUBION et al., 2020)

Sobrepeso e obesidade entre as puérperas de PC também podem explicar a menor excitação sexual entre 1 e 4 meses. Segundo Drozdowskyj et al. (2019), modificações físicas durante o puerpério como a mudança do peso e alterações na percepção de órgãos sexuais como mamas e vagina são condições que afetam negativamente a imagem corporal, podendo levar a alterações na FS. Faubion et al. (2020) relataram redução da excitação entre mulheres com obesidade e sobrepeso.

No que diz respeito à ausência de associação entre via de parto e DS nos diferentes períodos do puerpério, nossos resultados assemelham-se aos achados de Kahramanoglu et al (2017), Souza et al (2015) e Spaich et al (2020), confirmando que os escores da FS não apresentam diferença significativa quando comparado o tempo de puerpério e via de parto aos 12 meses. Esse resultado possivelmente associa-se com a adaptação do casal e, principalmente, da mulher, ao longo do tempo com as modificações físicas, psíquicas e sociais experimentadas desde a descoberta da gestação. Na revisão sistemática realizada por Drozdowskyj et al. (2019), os autores mencionam a importância do casal ser orientado durante o pré-natal sobre os mais variados temas, inclusive a sexualidade. Os autores mencionam também o quanto orientações simples sobre fadiga, dor, mudanças corporais e no papel do casal beneficiam a experiência sexual pós-parto (DROZDOWSKYJ et al., 2019).

As vias de parto também foram categorizadas e avaliadas entre si. Na comparação realizada entre 9 e 12 meses para o PV com e sem uso de intervenções, foi verificada associação entre a piora da dor gênito-pélvica durante a relação sexual nas mulheres expostas a episiotomia, fórceps ou laceração. Este resultado é semelhante ao de Sousa et al. (2021) que ao avaliarem 211 puérperas aos 3, 6 e 12 meses e identificaram aos 12 meses o domínio dor

como o único com pontuação significativamente menor ( $p = 0,004$ ) nas mulheres expostas à alguma intervenção obstétrica (SOUSA et al., 2021). Do mesmo modo, mulheres cujo PV apresentou lacerações de segundo, terceiro ou quarto grau apresentaram um risco maior risco para o desenvolvimento de dispareunia (OR= 2,09; IC95% 1,55 - 2,81) aos 12 meses (GOMMESEN et al., 2019), enquanto o vácuo (OR= 2,28; IC95% 1,3 - 4,1) aumentou as chances de dor aos 18 meses (McDONALD et al., 2015).

O PC foi associado com a oferta de orientações sobre a FS no pré-natal ( $p = 0,031$ ) e ajuda do parceiro/familiar para o cuidado da criança ( $p = 0,033$ ). Ainda assim, isso não evitou que as mulheres com PC de emergência desenvolvessem DS entre 9 e 12 meses (73,3%). A explicação para este resultado pode relacionar-se ao autoconhecimento, mudanças na percepção da imagem corporal (KOMARNICKY et al., 2019) mas também ao número de mulheres expostas neste estudo ao PC de emergência (49,69%). Handelzalts et al. (2018) relataram através de associações com 376 primíparas e nulíparas que a via de parto não possui efeito direto sobre a satisfação e FS pós-parto, mas sim a experiência do parto. Os autores identificaram que mulheres submetidas a partos planejados (PV espontâneo e PC eletivo) tiveram uma melhor experiência no parto quando comparado àquelas em que o parto não foi planejado (PV instrumentalizado e PC de emergência). Do mesmo modo, Safarinejad, Kolahi, Hosseini (2009) identificaram nas mulheres com PC de emergência um prejuízo nos domínios desejo, excitação e satisfação ( $p \leq 0,005$ ) que podem comprometer os resultados do escore geral. Além disso, a propensão ao sobrepeso (31,8%) e obesidade (18,55%) presentes nas mulheres com PC também pode justificar a DS, já que Mozafari et al (2015) durante a avaliação das mulheres com sobrepeso, identificaram menores escores do FSFI ( $20,45 \pm 9,4$ ) e relataram forte correlação entre DS e IMC ( $r = -0,68$ ,  $p < 0,001$ ).

Uma das limitações deste estudo foi a avaliação de mulheres durante a pandemia de SARSCOV-2. Sabe-se que em virtude às medidas restritivas e ao impacto psicossocial causado pela pandemia, a avaliação da FS e seus domínios pode ter sido influenciada por esta condição. Além disso, a avaliação foi realizada predominantemente em mulheres com raça branca, sendo cada período do tempo categorizado e analisado em diferentes puérperas. Como ponto forte deste estudo, esta a seleção criteriosa das participantes e uso de análises estatísticas para avaliação dos efeitos confundidores da FS (uso de medicamentos ou de intervenções durante o parto, comorbidades). Por fim, este estudo preenche uma lacuna do

conhecimento e trás um panorama da FS feminina durante o puerpério no sul catarinense, sendo possível utilizar seus achados na oferta de orientações durante o pré-natal.

## CONCLUSÃO

As mulheres de ambas as vias de parto apresentaram prejuízos na FS durante os primeiros 12 meses pós-parto. Na comparação entre tempo de puerpério e via de nascimento, mulheres com PC apresentaram redução da excitação entre 1 e 4 meses e melhora do orgasmo entre 9 e 12 meses do puerpério. Já as mulheres com PV apresentaram tendência à melhora do desejo entre 9 e 12 meses quando comparado com as demais categorias do tempo. Os resultados indicaram também, ausência de associação entre via de parto e DS nos diferentes períodos do puerpério. Já o uso de intervenções obstétricas como episiotomia, sutura e laceração estiveram associados com a piora da dor gênito-pélvica durante a relação sexual entre 9 e 12 meses quando comparado ao PV sem intervenções. Enquanto o PC de emergência apresentou tendência a presença da insatisfação sexual e associação com a presença de DS entre 9 e 12 meses, ambos quando comparado ao PC eletivo.

Diante desses resultados, entendemos que a via de parto não deve ser utilizada como método de escolha para a prevenção das DS, tendo em vista que os resultados da FS recuperam-se ao longo do puerpério. Além disso, cabe aos serviços de obstetria e ginecologia avaliarem a real necessidade de intervenções obstétricas durante a assistência ao parto, tendo em vista seus impactos na FS. Consideramos o planejamento e aplicação de orientações sobre a FS importante, devendo esse cuidado envolver não apenas aspectos da sexualidade, mas também a forma com que mudanças biopsicossociais afetam a saúde afetiva do casal durante puerpério. Por último, sugere-se a realização de novos estudos com amostragem maior e acompanhamento prospectivo.

## REFERÊNCIAS

ARTILES PÉREZ, V.; GUTIÉRREZ SIGLER, M. D.; SANFÉLIX GENOVÉS, J. Función sexual femenina y factores relacionados. **Atencion Primaria**, v. 38, n. 6, p. 339–344, 2006.

BANAEI, M. et al. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 411–418, 2019.

BARBARA, G. et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 3, p. 393–401, mar. 2016.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.**, v. 1, n. Caderno da Atenção Básica, nº 26, p. 300, 2013.

CRISP, C.C.; FELLNER, A.N.; PAULS, R.N. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for web-based administration. **Int Urogynecol J**, v. 26, n. 2, p. 219-222, fev. 2015.

DROZDOWSKYJ, E. S. et al. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 1–10, jan. 2019.

FAISAL-CURY, A. et al. The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth. **Journal of Sexual Medicine**, v. 12, n. 5, p. 1212–1220, 2015.

FAN, D. et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 408, 6 dez. 2017.

FAUBION, S. S. et al. Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 10, p. 1971–1980, out. 2020.

FIELD, T. Infant Behavior and Development Postnatal anxiety prevalence , predictors and effects on development : A narrative review. **Infant Behavior and Development**, v. 51, p. 24–32, 2018.

GOMMESEN, D. et al. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 12, p. e032368, 16 dez. 2019.

GUTZEIT, O.; LEVY, G.; LOWENSTEIN, L. Postpartum Female Sexual Function : Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. **Sexual Medicine**, p. 1–6, 2019.

HANDELZALTS, J. E. et al. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297, n. 4, p. 927–932, 1 abr. 2018.

JAMALI, S.; RAHMANIAN, A.; JAVADPOUR, S. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. v. 14, n. 1, p. 29–38, 2016.

- KAHRAMANOGLU, I. et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 295, n. 4, p. 907–916, 6 abr. 2017.
- KOMARNICKY, T. et al. Genital Self-Image: Associations with Other Domains of Body Image and Sexual Response. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 45, n. 6, p. 524–537, 18 ago. 2019.
- LEEMAN, L. et al. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. **Birth Issues In Perinatal Care**, v. 43, n. 4, p. 293–302, 2016.
- LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex After Childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647–655, mar. 2012.
- MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, A. et al. The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 32, n. 2, p. 181–194, 3 abr. 2017.
- MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação : revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 105, p. 1–12, 2017.
- MATTHIES, L. M. et al. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 299, n. 1, p. 69–77, 16 jan. 2018.
- MCDONALD, E. A. et al. Dyspareunia and childbirth : a prospective cohort study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. April 2003, p. 672–679, 2015.
- MESTON, C. M. Validation of the female sexual function index (Fsfí) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 29, n. 1, p. 39–46, 2003.
- MOZAFARI, M. et al. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction : A Case Control Study. **Iran Red Crescent Med J.** 2015, v. 17, n. 1, p. 1–6, 2015.
- OLIVEIRA, R. R. DE et al. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. v. 50, n. 5, p. 733–740, 2016.
- PACAGNELLA, R. DE C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333–2344, 2009.
- PEREIRA, T. R. C. et al. Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto : um estudo transversal. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 18, n. 2, p. 295–300, 2018.

QIAN, R. et al. Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 132, n. 2, p. 200–205, fev. 2016.

REZAEI, N. et al. The relationship between quality of life and methods of delivery : A systematic review and meta-analysis *Electronic Physician* (ISSN: 2008-5842). **Electronic Physician**, v. 10, n. 4, p. 6596–6607, 2018.

ROGERS, R. G. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1–21, 14 abr. 2018.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. p. 191–208, 2000.

SAFARINEJAD, M. R.; KOLAH, A. A.; HOSSEINI, L. The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 6, n. 6, p. 1645–1667, jun. 2009.

SAOTOME, T. T.; YONEZAWA, K.; SUGANUMA, N. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum. **Sexual Medicine**, v. 6, n. 4, p. 348–355, 2018.

SOBHAGOL, S. S. et al. The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 7, n. 1, p. 13–28, 2018.

SOUSA, N. Q. DE et al. The role of operative vaginal delivery in postpartum sexual dysfunction: MOODS - a prospective study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 18, n. 6, p. 1075–1082, 2021.

SOUZA, A. et al. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 122, n. 10, p. 1410–1418, set. 2015.

SPAICH, S. et al. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. **The Journal of Sexual Medicine**, 2020.

SZÖLLŐSI, K.; SZABÓ, L. The Association Between Infant Feeding Methods and Female Sexual Dysfunctions. **Breastfeeding Medicine**, v. 16, n. 1, p. 93–99, 1 jan. 2020.

THIEL, R. DO R. C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 10, p. 504–510, 2008.

VAN DELFT, K. W. M. et al. The natural history of levator avulsion one year following childbirth : a prospective study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. 9, p. 1266–1273, 2014.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1–20, jan. 2005.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo analisou a FS de mulheres primíparas em diferentes períodos do puerpério remoto de PV e PC através de 2 diferentes estudos e uma revisão sistemática de literatura. Também foi analisada a associação entre intervenções obstétricas e caráter emergencial durante o PV e PC com a presença de DS, respectivamente.

Os resultados indicaram um prejuízo em todos os domínios do FSFI até os 3 meses do puerpério, independentemente da via de parto, sendo desejo, excitação e dor os domínios mais afetados no PV e desejo, excitação, lubrificação e escore geral no PC. Já o tempo de puerpério demonstrou ser relevante para a redução das disfunções ao longo do tempo em ambas as vias de parto, principalmente, quando comparado aos primeiros meses. Em relação às vias de parto, não foi verificada a presença de associação nas comparações entre PV e PC, independentemente do período em que a análise foi realizada. Entretanto quando analisado o uso de intervenções obstétricas como episiotomia, sutura e laceração, observou-se associação com a piora da dor entre 9 e 12 meses quando comparado às mulheres sem intervenção. Do mesmo modo, a realização de um PC de emergência também foi associada com a presença de DS entre 9 e 12 meses quando comparado ao PC eletivo.

Diante disso, concluímos que as vias de parto PC e PV não devem ser utilizadas como critério para a prevenção de DS durante o puerpério. Sugerimos, no entanto, que as mulheres sejam orientadas sobre fatores que possam afetar a FS durante o puerpério.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, W.A.S. *et al.* Female sexual function following different degrees of perineal tears. **International Urogynecology Journal**, Egito, v. 28, n. 6, p. 917-921. 2017. DOI 10.1007/s00192-016-3210-6
- AMIRI, F. N. *et al.* Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. **African Health Sciences**, v. 17, n. 3, p. 623–631, 2017.
- ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA. 2017. Disponível em > <https://www.amrec.com.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/59316><. Acesso em 04 de fev. de 2019.
- ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL CATARINENSE. 2019. Disponível em > <https://www.amesc.com.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/71114><. Acesso em 04 de fev. de 2019.
- BANAEI, M. *et al.* A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 411–418, 2019.
- BARBARA, G. *et al.* Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 3, p. 393–401, mar. 2016.
- BASSON, R. Human Sex-Response Cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**, Cidade, v. 27, n.1, p. 33-43. 2001. DOI: 10.1080/00926230152035831
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.**, v. 1, n. Caderno da Atenção Básica, nº 26, p. 300, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021.** p. 9, 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascidos Vivos: Brasil.** Datasus. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 26 set. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde na Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Resolução 466/2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: 300p, 2013.

CHANG, S.-R. et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 9, p. 1433–1444, set. 2015.

CRISP, C.C.; FELLNER, A.N.; PAULS, R.N. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for web-based administration. **Int Urogynecol J**, v. 26, n. 2, p. 219-222, fev. 2015.

DELANCEY, J. O. L. et al. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders : an integrated life span model. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 1, n. December, p. 610–615, 2008.

DROZDOWSKYJ, E. S. et al. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 1–10, jan. 2019.

EID, M. A. et al. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. **International Journal of Impotence Research**, v. 27, n. 3, p. 118–120, 12 maio 2015.

ESTEVAM, D.O.; JORGE, T.P.; SALVARO, G.I.J. Características Socioeconômicas da Região do Extremo Sul Catarinense: Uma análise entre o rural e o urbano. **Revista NECAT**. Criciúma, 3(6), p. 31-56, 2014.

FAISAL-CURY, A. et al. The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth. **Journal of Sexual Medicine**, v. 12, n. 5, p. 1212–1220, 2015.

FAN, D. et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 408, 6 dez. 2017.

FIELD, T. Postnatal anxiety prevalence , predictors and effects on development : A narrative review. **Infant Behavior and Development**, v. 51, p. 24–32, 2018.

FONTELLES, M.J. *et. al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Cidade. v. 23, n.3, p. 1-8. 2009.

GOMMESEN, D. et al. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 12, p. e032368, 16 dez. 2019.

GUTZEIT, O.; LEVY, G.; LOWENSTEIN, L. Postpartum Female Sexual Function : Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. **Sexual Medicine**, p. 1–6, 2019.

HANDELZALTS, J. E. et al. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum

sexuality. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297, n. 4, p. 927–932, 1 abr. 2018.

HIPP, L. E.; KANE LOW, L.; VAN ANDERS, S. M. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 9, p. 2330–2341, 2012.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; NEWMAN, T.B. Delineando estudos transversais e de coorte. *In*: HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 90-102.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Área territorial 2018. 2019. Disponível em > <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=downloads><. Acesso em: 15 mai. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Estimativas da população com referência a 1º de julho de 2019**. 2019. Disponível em > <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=3098> <. Acesso em: 10 set. 2019.

KAHRAMANOGLU, I. *et al.* The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 295, n. 4, p. 907–916, 6 abr. 2017.

KAPLAN, H. S. **The New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions**. Nova York: Brunner Routledge, 1. ed. 1974.

KHAJEHEI, M. *et al.* Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. **The Journal of Sexual Medicine**, Austrália. v. 12, n. 6, p. 1415-1426. 2015.

LEADER-CRAMER, A. *et al.* Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. **Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 10, p. 1523–1529, 2016.

LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex After Childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647–655, mar. 2012.

LIEBLING, R.E. *et al.* Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: A cohort study. **Am J Obstet Gynecol**. Reino Unido. v. 191, n. 1, p. 4-10, 2004.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, A. *et al.* The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 32, n. 2, p. 181–194, 3 abr. 2017.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea

sem indicação : revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 105, p. 1–12, 2017.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual response**. 1. ed. [s.n], Boston: Little Brown & Co. 1966.

MCCABE, M.P. *et al.* Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. **The Journal of Sexual Medicine**, Austrália. v. 13, n. 2, p. 153-167. 2016.

MCCOOL, M. E. *et al.* Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **Sexual Medicine Reviews**, v. 4, n. 3, p. 197–212, 2016.

MCDONALD, E. A. *et al.* Dyspareunia and childbirth : a prospective cohort study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. April 2003, p. 672–679, 2015.

MESTON, C. Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, Texas. v. 29, n. 1, p.39-46, 2003.

MOLLAOGLU, M.; TUNCAY, F.O.; FERTELLI, T.K. Investigating the sexual function and its associated factors in women with chronic illnesses. **Journal of Clinical Nursing**, Turquia. v. 22, n., p. 3484–3491. 2013.

NIETSCHE, E.A; LEOPARDI, M.T. Fundamentos Gerais da Produção Científica: Tipos de trabalhos científicos. *In*: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. Cap. 5. p. 109- 150.

NORTON, K. *et al.* **Técnicas de medição em antropometria**. *In*: Norton K, Olds T. Antropométrica. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 4187

OLIVEIRA, R. R. DE *et al.* Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. v. 50, n. 5, p. 733–740, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Appropriate technology for birth. **Lancet**. 1985 Aug 24; 2(8452):436-7.

PACAGNELLA, R.C.; MARTINEZ, E.Z.; VIEIRA, E.M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 11, p. 2333-2344. 2009.

QIAN, R. *et al.* Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 132, n. 2, p. 200–205, fev. 2016.

REZAEI, N. et al. The relationship between quality of life and methods of delivery : A systematic review and meta-analysis *Electronic Physician* ( ISSN : 2008-5842 ). **Electronic Physician**, v. 10, n. 4, p. 6596–6607, 2018.

ROGERS, R. G. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1–21, 14 abr. 2018.

ROSEN, R. *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.191-208. 2000.

SALEH, D. M.; HOSAM, F.; MOHAMED, T. M. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 45, n. 6, p. 1143–1147, 2019.

SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Nascidos Vivos**. Diretoria de Vigilância em Saúde. 2019. Disponível em ><http://200.19.223.105/cgi-bin/tabnet?sinasc/def/sinasc.def><. Acesso em: 20 set. 2019.

SOUZA, A. et al. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 122, n. 10, p. 1410–1418, set. 2015.

THIEL, R.R.C. *et al.* Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira e Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro. v. 30, n. 10, p. 504- 510, 2008.

VAN DELFT, K. W. M. et al. The natural history of levator avulsion one year following childbirth : a prospective study. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 122, n. 9, p. 1266–1273, 2014.

WOLPE, R.E. *et al.* Prevalence off emale sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal of Obstetrics Gynecology and reproductive biology**, Florianópolis. v. 211, n. , p. 26-32. 2017.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.1-20. 2005.

YENIEL, A.O.; PETRI, E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. **International Urogynecol Journal**, Alemanha. v. 25, n. 1, p. 5-14. 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



#### Ficha de Caracterização das Participantes



<b>Nome completo:</b>		<b>Idade:</b>	
<b>Qual a sua cor, raça?</b> ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Outra			
<b>Estado civil:</b> ( ) casada ( ) união estável (vivem juntos)			
<b>Escolaridade:</b> ( ) analfabeta; ( ) ensino fundamental incompleto; ( ) ensino fundamental completo; ( ) ensino médio incompleto; ( ) ensino médio completo; ( ) ensino superior incompleto; ( ) ensino superior incompleto;			
<b>Renda familiar:</b> ( ) Renda inferior a 1 salário mínimo (R\$1.046,00); ( ) Entre R\$1.046,00 até 2.090,00; ( ) Entre R\$ 2.091,00 até 4.179,00; ( ) Maior ou igual a 4 salários mínimos (R\$4.180,00);			
<b>Você exerce algum tipo de trabalho remunerado (dinheiro)?</b> ( ) Sim ( ) Não		<b>Telefone:</b>	
<b>Religião:</b> ( ) católico ( ) evangélico ( ) espírita ( ) testemunha de jeová ( ) outros			
<b>Endereço</b> (Rua, avenida) com número:		<b>Ponto de referência:</b>	
<b>Cidade:</b>		<b>Bairro:</b>	
<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b>	<b>IMC:</b>	<b>Circunferência da cintura:</b>
<b>HISTÓRICO CLÍNICO</b>			
<b>Histórico de doenças progressas</b> ( ) Não possui; ( ) Diabetes Mellitus; ( ) Depressão; ( ) Dislipidemia ( ) Doenças respiratórias ( ) Doenças crônicas na coluna ( ) Doenças renais; ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica; ( ) Ansiedade; ( ) Outro diagnóstico			
<b>Faz uso de alguma medicação/anticoncepcional?</b> ( ) sim ( ) não		Se <b>sim</b> , cite qual(is):	
Em relação às bebidas listadas a seguir, você consome alguma delas? ( ) sim ( ) não Se <b>sim</b> , qual a frequência: Chimarrão ( ) ; Café ( ) ; Bebidas cítricas ( ) ; Chá ( ) ;			
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>			
<b>Você fuma?</b> ( ) sim ( ) não		Se <b>sim</b> , há quanto tempo (meses/anos)? Se <b>sim</b> , qual a frequência?	
<b>Ingere algum tipo de bebida alcoólica?</b> ( ) sim ( ) não		Se <b>sim</b> , qual a bebida?	
		Se <b>sim</b> , qual a frequência?	
<b>Praticou alguma atividade física na gestação?</b> ( ) sim ( ) não		Se <b>sim</b> , qual atividade?	
<b>FATORES GINECOLÓGICOS/ OBSTÉTRICOS</b>			
<b>MENARCA:</b>		<b>SEXARCA:</b>	
<b>Número de gestações:</b>		<b>Número de partos:</b>	
<b>Histórico de aborto:</b> ( ) sim ( ) não Se <b>sim</b> , com quanto tempo de gestação:			

<b>A gravidez foi planejada?</b> ( ) sim ( ) não	
<b>Número de consultas pré-natais:</b>	<b>Via de parto no nascimento:</b> ( ) cesárea ( ) vaginal
<b>Data do parto:</b>	<b>Tempo de puerpério (período pós-parto)</b> ( ) 3 meses ( ) 6 meses ( ) 12 meses
<b>Recebeu alguma orientação relacionada à função sexual/sexualidade no pré-natal?</b>	
<b>Seu filho nasceu com quantas semanas?</b> (Ex: 38 semanas)	
<b>Se parto normal, foi realizado episiotomia, sutura?</b> ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
<b>Se parto normal, houve laceração?</b> ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
<b>Se parto normal, houve uso de fórceps?</b> ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
<b>Se cesárea, ela foi eletiva (agendada) ou de emergência?</b> ( ) eletiva; ( ) emergência	
<b>Se cesárea, houve presença de contrações durante o trabalho de parto?</b> ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
<b>Com quantos kg nasceu a criança?</b> ( ) menor que 2.500 gramas; ( ) $\geq$ 2.500 a 3.999 gramas; ( ) $\geq$ 4.000 gramas ( ) não soube informar;	
<b>Realizou algum tipo de treinamento para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico durante a gestação?</b> ( ) sim ( ) não	
<b>Você recebe apoio do seu esposo para o cuidado da criança?</b> ( ) sim ( ) não	
<b>Você recebe ajuda de outras pessoas para o cuidado com a criança?</b> ( ) sim ( ) não Se sim, quem?	
<b>Durante o puerpério (período pós-parto), nas últimas 4 semanas/último mês você teve relações sexuais?</b> ( ) sim ( ) não	<b>SE SIM, com quanto tempo você retomou a atividade sexual?</b>
<b>Faz uso de algum método contraceptivo?</b> ( ) Preservativo; ( ) Dispositivo IntraUterino; ( ) Pílula anticoncepcional; ( ) outro	
<b>Você se sente satisfeita com sua imagem corporal?</b> ( ) sim ( ) não	
<b>Atualmente, você pratica algum tipo de atividade física?</b> ( ) sim ( ) não	<b>SE SIM, qual atividade?</b> ( ) Caminhada; ( ) Natação/Hidroginástica; ( ) Pilates; ( ) Jump; ( ) Musculação; ( ) Yoga; ( ) Zumba/Dança; ( ) outro  <b>SE SIM, qual a frequência (nº de dias)?</b> _____ <b>SE SIM, qual a duração (minutos)?</b> _____
<b>ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO</b>	
<b>Você está amamentando?</b> ( ) sim ( ) não	<b>SE SIM, sente alguma dor/desconforto durante a amamentação?</b> ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
<b>SE SIM, qual o tipo de aleitamento:</b> ( ) <b>Aleitamento materno exclusivo</b> (Somente leite materno); ( ) <b>Aleitamento materno predominante</b> (Além do leite materno, uso de bebidas como água, chá, suco de frutas); ( ) <b>Aleitamento materno complementado</b> (Além do leite materno, uso de alimentos sólidos ou semi-sólidos com o objetivo de complementação, além de outros tipos de leite); ( ) <b>Aleitamento materno misto</b> (Recebe leite materno e outros tipos de leite);	

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2019.

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):  
ESTUDO 1**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CAMPUS  
ARARANGUÁ  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO” que esta sendo desenvolvido pela discente Thaise dos Santos Henrique, sob orientação da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso, ambas do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse estudo faz parte de um projeto maior denominado “ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DOS DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL” seguindo também sob supervisão da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso. Tem como objetivo, Avaliar a função sexual (FS) de mulheres primíparas durante o puerpério remoto (3, 6 e 12 meses) e verificar a sua relação com a via de parto: vaginal (PV) e cesáreo (PC).

A seleção das participantes ocorrerá através de divulgação em mídias sociais (*Instagram e Facebook*) e também por meio de contato telefônico. Para avaliação a pesquisadora aplicará 2 questionários por meio de uma entrevista presencial aos 3 meses e encaminhará aos 6 e 12 meses um link para avaliação *online* com os mesmos instrumentos. A avaliação aos 3 meses poderá ser realizada no domicílio da participante ou na Unidade Básica de Saúde do seu bairro. Os instrumentos utilizados para a avaliação serão: (1) Ficha de caracterização da amostra, incluindo informações sociodemográficas, clínicas, ginecológicas, obstétricas e pertinentes aos hábitos de vida e; (2) *Female Sexual Function Index* (FSFI) para avaliar a FS feminina.

Existe o risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários. Entretanto, para minimizar qualquer desconforto, a entrevista será realizada individualmente e você poderá optar em continuar respondendo os instrumentos de pesquisa ou não. Além disso, a sua identidade será preservada e suas informações utilizadas somente com o intuito da pesquisa.

Os benefícios referentes à participação desse estudo inclui o conhecimento sobre a função sexual no puerpério e o recebimento de orientações relativas ao fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Você assinará duas vias deste termo, sendo que uma dessas vias ficará com você. Nesse termo constam o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFSC em caso de dúvidas. Em caso de recusa ou desistência, você não será penalizada de forma alguma. Não há despesas pessoais para a participante. Também não há compensação financeira para quem participar da pesquisa. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

O pesquisador responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12. Agradecemos a vossa participação e colaboração.

**DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:**

**Nome completo:** Janeisa Franck Virtuoso; **Endereço completo:** R. Julio Gaidzinski, 454 – Criciúma – SC;  
**Endereço de email:** janeisa.virtuoso@ufsc.br **Telefones:** (48) 98414 7815

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:

**Endereço completo:** Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis; **Telefones:** (48) 3721-6094.

**IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Doc. de Identificação \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO”, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação.

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.” “Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.” “Independente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante ou representante legal acima identificado)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador responsável)

# APÊNDICE C – FOLDER COM ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO TREINAMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO E MEDIDAS PARA MELHORA DA FUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO.

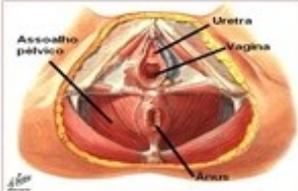


Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

## Disfunções Sexuais no Pós Parto



**Você sabe o que é o assoalho pélvico?**



O assoalho pélvico é uma rede de músculos e ligamentos que promovem sustentação do útero, bexiga, intestino e uretra. São responsáveis pela continência urinária e fecal e, também, permitem a relação sexual.

**Você sabe o que é disfunção sexual?**



São alterações causadas por fatores emocionais ou físicos, que dificultam a relação sexual, como, por exemplo, o pós parto.

Disfunção do Desejo	Disfunção da Excitação	Disfunção do Orgasmo	Dor Durante a Relação
Diminuição ou perda total das fantasias e interesse da mulher em manter a relação sexual.	Diminuição ou incapacidade de adquirir ou manter a lubrificação vaginal, o prazer e/ou sensações positivas durante o ato sexual.	Dificuldade da mulher em atingir o orgasmo (ponto máximo de satisfação) ou diminuição da intensidade de satisfação.	Dificuldade em manter a relação sexual por conta da dor, desconforto durante ou após a penetração do pênis.



No **período pós parto** ocorrem muitas modificações físicas, psicológicas e hormonais que tornam a **mulher mais vulnerável** a diminuição do desejo sexual, excitação e lubrificação.

Esses sintomas podem ser motivados pelo cansaço, medo da dor, medo de uma nova gestação, entre outros.

**Como você pode melhorar a sua função sexual?**

- Psicoterapia •
- Mudanças no estilo de vida •
- Uma boa noite de sono •
- Alimentação saudável e equilibrada •
- Reabilitação dos Músculos do Assoalho Pélvico •
- Diminuição de fatores que a deixe angustiada ou ansiosa •
- Converse com seu parceiro sobre essa fase e das suas dificuldades •
- Uso de lubrificantes •

**Para qualquer um desses tratamentos, procure um profissional especializado para ajudá-la!**

Cartilha desenvolvida pelos mestrandos do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação – UFSC Araranguá e membros do Grupo de Estudos em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GEFISAM).



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2019.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):  
ESTUDO 2**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - CAMPUS  
ARARANGUÁ  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO” que esta sendo desenvolvido pela discente Thaise dos Santos Henrique, sob orientação da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso, ambas do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse estudo faz parte de um projeto maior denominado “ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DOS DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL” seguindo também sob supervisão da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso. Tem como objetivo, analisar a presença de disfunções sexuais em mulheres primíparas e verificar se existe associação com a via de parto durante o puerpério remoto. A seleção das participantes ocorrerá por meio da divulgação *online* (via redes sociais: *whatsapp, instagram, facebook*). O formulário *online* inclui a aplicação de um questionário sociodemográfico, clínico, ginecológico, obstétrico e de outras características relativas aos hábitos de vida. Para avaliação da função sexual (FS), será utilizado um instrumento validado denominado *Female Sexual Function Index* (FSFI).

Existe o risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários. Entretanto, para minimizar qualquer desconforto, a entrevista será realizada individualmente e online. Os benefícios referentes a participação desse estudo inclui o conhecimento sobre a função sexual no puerpério e o recebimento de orientações relativas ao fortalecimento do assoalho pélvico.

Nesse termo constam os números de telefone dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFSC em caso de dúvidas. Não haverá nenhum tipo de compensação financeira para aquelas que aceitarem participar da pesquisa. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome. O pesquisador responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12. Agradecemos a vossa participação e colaboração.

**DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:**

Nome completo: Janeisa Franck Virtuoso - Telefone (48) 98414-7815;

Nome completo: Thaise dos Santos Henrique - Telefone (48) 99618-2111;

**DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:**

Endereço completo: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Telefones: (48) 3721-6094.

## ANEXOS

### ANEXO A – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

#### INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível.

Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições:

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.

Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

#### ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
<b>ESCORES DE AVALIAÇÃO DO FSFI</b>	
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	<input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	<input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou absolutamente nenhum
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Segurança muito alta <input type="checkbox"/> Segurança alta <input type="checkbox"/> Segurança moderada <input type="checkbox"/> Segurança baixa <input type="checkbox"/> Segurança muito baixa ou sem segurança
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Difícil
9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Difícil
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

orgasmo (“gozou”)?	<input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo “(clímax/“gozou”)”?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Difícil
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)

		<input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca			
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?		<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou absolutamente nenhum			
Domínio	Questões	Variação do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)-5*	0,4	0,8	6
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
* Questão 14 varia de 0-5; questões 15 e 16 variam de 1-5.					

## ANEXO B – APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL

**Pesquisador:** Janeisa Franck Virtuoso

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13189919.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.357.956

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisas coordenado pela professora Janeisa Franck Virtuoso, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação - PPG-CR/UFSC. Estudo observacional, de caráter transversal e com abordagem quantitativa, com 2000 participantes.

**Critérios de inclusão:** mulheres maiores de 18 anos de idade e residentes em municípios da região sul do Brasil.

**Critérios de exclusão:** Serão excluídas as mulheres que relatarem sintomas de infecção urinária na última semana (dor e ardência ao urinar), acamadas e aquelas com baixa capacidade cognitiva para responder aos instrumentos. Para avaliar a condição cognitiva das participantes, será utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). Este instrumento contém questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). Nesta escala são classificados: analfabetos, 20 pontos; de 1 a 4 anos de escolaridade, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003).

**Recrutamento:** A amostra será recrutada em diferentes ambientes para atingir a maior variedade possível de mulheres como, por exemplo, saídas de postos de saúde, grupos de convívio e academias de ginástica. As mulheres serão abordadas na rua, via folder. Para aquelas interessadas,

será exposto do que se trata a pesquisa, a importância da sua participação, os instrumentos utilizados, o sigilo das informações e o convite para sua participação. As entrevistas serão aplicadas de forma individual, no local onde essas mulheres serão abordadas. Também será possível agendar uma data e local para a aplicação dessa entrevista.

O projeto ocorrerá em cinco municípios de cada um dos estados da região Sul do Brasil (SC, RS, PR).

Intervenções: Para determinar cada disfunção do assoalho pélvico, será utilizado um instrumento diferente.

1. Pelvic Floor Disability Index - avalia o desconforto dos sintomas no AP por meio de 20 perguntas divididas em três subescalas: Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6); Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8); e Urinary Distress Inventory (UDI-6), que avaliam os sintomas de POP, anorretais e urinários, respectivamente. 2. International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - caracteriza as perdas urinárias e investiga o seu impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo. 3. Female Sexual Function Index - avalia a função sexual de mulheres. 4. Consenso de Roma III - avalia a ocorrência de constipação intestinal (CI) e sua sintomatologia; 5. Escala de Wexner - caracteriza o tipo de incontinência anal (IA), o uso de protetor de roupas íntimas e seu impacto sobre a qualidade de vida. 5. Female Genital Self Image Scale – avalia a autoimagem genital feminina.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Analisar os fatores associados à ocorrência de disfunções do assoalho pélvico em mulheres residentes na região sul do Brasil.

**Objetivo Secundário:** Avaliar o desconforto dos sintomas das disfunções do assoalho pélvico nas participantes do estudo. Verificar a prevalência de sintomas de prolapso de órgãos pélvicos nas participantes do estudo. Verificar a prevalência de incontinência urinária nas participantes do estudo. Avaliar a função sexual das mulheres do estudo. Verificar a prevalência de constipação intestinal nas participantes do estudo. Verificar a prevalência de incontinência anal nas participantes do estudo. Avaliar a autoimagem genital das participantes do estudo.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Refazer a análise de riscos.

Considerando-se que as entrevistas serão em locais públicos devem ser avaliados outros riscos, como quebra de sigilo, vergonha e evocação de sentimentos e lembranças desagradáveis em virtude de possíveis alterações anatômicas ou funcionais que serão reavivadas nas entrevistas.

<b>Endereço:</b> Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
<b>Bairro:</b> Trindade <b>CEP:</b> 88.040-400
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> FLORIANOPOLIS
<b>Telefone:</b> (48)3721-6094 <b>E-mail:</b> cep.propesq@contato.ufsc.br

**Riscos:** Acredita-se que esse estudo tenha um risco mínimo, pois pode haver constrangimento em responder aos questionários. Entretanto, para minimizar qualquer desconforto, a entrevista será realizada individualmente e a senhora poderá optar em continuar respondendo aos instrumentos de pesquisa ou não. Além disso, a sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número.

Também os benefícios devem ser avaliados. O projeto visa apenas beneficiar diretamente a participante. Não são considerados benefícios ao sistema de saúde em geral? Ao fortalecimento das políticas de saúde no sentido de desenvolver estratégias para prevenção da disfunção a outras mulheres?

**Benefícios:** Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a identificação dos sintomas das disfunções do assoalho pélvico que você pode apresentar e o conhecimento sobre estas disfunções e que fatores podem estar associados à sua ocorrência.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários adicionais.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pelo subcoordenador do PPG em Ciências da Reabilitação. Cronograma informando que a coleta de dados ocorrerá de maio de 2019 a abril de 2020. TCLE que precisa ser reajustado para atender completamente a resolução 466/12. Instrumentos que serão aplicados para coleta de dados.

#### **Recomendações:**

A aprovação de um projeto chapéu não exige a pesquisadora de apresentar emendas sempre que dos objetivos desse projeto derivarem dissertações, teses ou TCCs. Recomenda-se também incluir a equipe de pesquisa.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendente

1. Incluir carta de resposta às pendências listando-as e indicando as providências tomadas para resolvê-las.
2. Considerando que a coleta de dados ocorrerá em 15 cidades entre os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná, solicita-se à pesquisadora informações de como será a logística de coleta de dados. Haverá outras instituições participantes? Outras instituições de ensino. Caso afirmativo é necessário a inclusão das autorizações institucionais nos termos da resolução 466/12.

<b>Endereço:</b> Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
<b>Bairro:</b> Trindade <b>CEP:</b> 88.040-400
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> FLORIANOPOLIS
<b>Telefone:</b> (48)3721-6094 <b>E-mail:</b> cep.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO C – EMENDA AO PROJETO DE PESQUISA COM APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL

**Pesquisador:** Janeisa Franck Virtuoso

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 13189919.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.405.532

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda com o seguinte teor: "Devido aos decretos estadual nº 525, de 23 de março de 2020 e municipal nº 9.187, de 25 de março de 2020 em conjunto com as recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (OMS) para distanciamento/isolamento social, mudou-se o método adotado para a coleta de dados, passando de abordagem presencial para online (Google Formulários)."

#### Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O documento SEI/MS - 0014250573 – Comunicado emitido pela CONEP em 01 de abril de 2020 flexibiliza a aplicação do TCLE durante a pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19).

2.8. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível. Nas situações em que o

pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível. Nas situações em que o consentimento não for possível de forma presencial, poderá ser realizado, excepcionalmente, por meio eletrônico, mantendo-se o registro do processo de consentimento livre e esclarecido.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 01 de 09

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.405.532

Este CEPESH tem sugerido para a obtenção do TCLE via e-mail que o pesquisador deve mandar um e-mail com o TCLE a partir de seu e-mail institucional e o participante devolve o seu consentimento a partir de seu e-mail pessoal. Esses e-mails ficam armazenados e servem como prova.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não se aplica.

**Recomendações:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não se aplica.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP/SH/UFSC tomou conhecimento da emenda e em observância ao texto do item, deste formulário, "Comentários e Considerações sobre a Pesquisa" recomenda a aprovação da emenda.

**Considerações Finais a critério do CEP:****Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1483918_E1.pdf	10/11/2020 20:40:08		Aceito
Outros	emenda_PROJETO.pdf	10/11/2020 20:37:23	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	Informacoes_emenda.docx	19/12/2019 21:48:32	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.docx	15/06/2019 10:03:33	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	15/06/2019 09:53:03	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_GUARDA_CHUVA_15062019_corrigido.docx	15/06/2019 09:52:47	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	29/04/2019 14:42:54	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_GUARDA_CHUVA_24042019.docx	24/04/2019 18:52:43	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br