

Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto: um estudo transversal

Thalita Rodrigues Christovam Pereira ¹

Elissa Hanayama Dottori ²

Flávia Maciel de Aguiar Fernandes Mendonça ³

Ana Carolina Sartorato Beleza ⁴

¹ Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Rua Silva Jardim, 136. Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. CEP: 11015-020. E-mail: thalita.christovam@gmail.com

² Programa de Pós-graduação em Reeducação Funcional da Postura e do Movimento. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³ Instituto Geração Mãe. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.

Resumo

Objetivos: (i) avaliar a função sexual feminina no puerpério remoto em mulheres brasileiras e (ii) comparar a disfunção sexual feminina em relação a via de parto.

Métodos: neste estudo transversal, dois grupos de mulheres no puerpério remoto, que passaram por parto vaginal (n=30) e cesárea (n=48), foram estudados. A função sexual das participantes foi avaliada via online através da versão brasileira do FSFI entre 45 e 180 dias após o parto. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial, utilizando o teste exato de Fisher e o teste t de Student.

Resultados: com base nos dados de 78 mulheres que completaram o questionário online, 78% (n=61) apresentaram disfunção sexual no pós-parto remoto, sendo que o escore médio do FSFI foi de 22,17 para o pós-parto vaginal e 21,12 para o puerpério de cesárea, (p=0,443).

Conclusões: a maior parte das mulheres no puerpério remoto apresentou disfunção sexual. Não foi encontrada diferença significativa na função sexual feminina entre os tipos de parto.

Palavras-chave Cesárea, Parto normal, Período pós-parto, Saúde sexual, Saúde da mulher



Introdução

Durante o puerpério as mulheres experimentam uma ampla variedade de alterações hormonais, físicas e emocionais que podem afetar seu bem-estar, relacionamento e sexualidade.¹ Assim, esse período está vulnerável ao aparecimento de disfunção sexual. Problemas na sexualidade como desejo sexual, excitação e lubrificação reduzidos e dificuldade para atingir o orgasmo podem estar associados ao estado hormonal do puerpério.² Além disso, a amamentação estimula a secreção de prolactina, que suprime a libido.³ Além do mais, fatores psicológicos podem estar envolvidos como depressão, ansiedade,¹ insatisfação com o corpo, estresse parental e fadiga.² Outros pontos como noites sem dormir, cuidados com o bebê, espera pela liberação médica⁴ também podem contribuir para inibir o ciclo de resposta sexual.

O parto vaginal tem como principal característica o envolvimento dos músculos do assoalho pélvico, que desempenham um papel importante no prazer sexual. Alterações físicas na genitália feminina causadas pelo parto, trauma perineal e a experiência de dor durante a relação sexual são frequentemente relatadas na literatura.^{2,3,5} No entanto, sabe-se que o parto vaginal é vantajoso para a saúde materna e neonatal. As intercorrências perineais durante o parto podem ser evitadas com a intervenção fisioterapêutica tanto na preparação pré-natal quanto na recuperação pós-parto.

Na cesárea não há alteração no períneo para a saída do feto,⁶ mas todas as mudanças experimentadas durante a gestação podem ser somadas a outros fatores como desconforto na cicatriz, consequentemente, influenciando negativamente na função sexual. As taxas de cesárea no Brasil estão aumentando⁷ e, consequentemente, mais efeitos adversos tanto para as puérperas quanto para o bebê têm sido observados.^{8,9}

A função sexual pode ser um fator que influencia a escolha do tipo de parto pelas mulheres.^{2,6} Nas últimas décadas, alguns estudos têm investigado a função sexual das puérperas de acordo com o tipo de parto. Evidências anteriores sugeriram que cesárea eletiva e parto vaginal com períneo intacto protegem a sexualidade feminina.³ No entanto, uma revisão recente¹⁰ mostrou que não há evidência clara de uma associação entre o tipo de parto e as alterações na função sexual.

Embora este tema tenha sido estudado cada vez mais em todo o mundo, pouco tem sido investigado sobre a população de puérperas brasileiras. Assim, investigar a relação entre o tipo de parto e a função

sexual durante o puerpério remoto entre as mulheres brasileiras é importante para considerar as particularidades dessa população e seu contexto de saúde e, assim, planejar o gerenciamento dos serviços de saúde.

Portanto, os objetivos deste estudo foram (i) avaliar a função sexual feminina no puerpério remoto em mulheres brasileiras e (ii) comparar a disfunção sexual feminina em relação ao tipo de parto.

Métodos

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob protocolo 782.227/2014. O recrutamento das voluntárias ocorreu por meio de divulgação em mídia virtual (site voltado para gestantes e puérperas, redes sociais e e-mail).

Foram incluídas neste estudo mulheres no puerpério remoto (entre 45 e 180 dias após o parto), faixa etária de 18-35 anos, alfabetizadas, capazes de compreender o instrumento de pesquisa, com recém-nascidos saudáveis e únicos, ativas sexualmente nas últimas quatro semanas e com parceiro fixo no momento da avaliação. Os critérios de exclusão foram: puérperas acima de 180 dias após o parto; com nova gravidez em curso; que não puderam ter relações sexuais por complicações puerperais e que tiveram bebês internados ou com risco de morte.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário com dados pessoais, sociais culturais e relacionados à gravidez e ao puerpério. A função sexual das participantes foi avaliada por meio da versão brasileira on-line do *Female Sexual Function Index* (FSFI)¹¹ no puerpério remoto.

O FSFI avalia a função sexual feminina nas últimas quatro semanas por meio de seis domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O questionário é de fácil compreensão, autoadministrado e possui validade estatística aceitável na literatura.¹¹ O escore de corte ótimo do FSFI é 26,55 para diferenciar entre mulheres com e sem disfunção sexual.¹² O escore do corte do FSFI foi considerado o critério para classificar as puérperas em “com disfunção sexual” e “sem disfunção sexual” no presente estudo.

Estudo anterior com o FSFI on-line na população brasileira¹¹ apresentou 7,6 pontos de desvio padrão no escore total do questionário. O cálculo amostral considerou uma diferença clínica de cinco unidades no escore do FSFI, poder do teste de 0,80 e nível de significância de 0,05. Assim, o tamanho mínimo da amostra deveria ser de 28 mulheres para cada grupo

(grupo puerpério de parto vaginal e grupo puerpério de cesárea).

Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial. O teste exato de Fisher foi utilizado para obter a associação entre as variáveis categóricas e o tipo de parto. O teste t de Student para amostras não relacionadas foi utilizado para verificar se houve diferença entre os grupos do estudo em relação às variáveis: tempo de retorno à atividade sexual, domínios (desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) e escore total do FSFI. O nível de significância utilizado para cada comparação foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Oitenta e três puérperas preencheram o questionário *on line*. Destas, 5 mulheres foram excluídas por estarem a mais de 180 dias pós o parto. Entre as mulheres incluídas, 30 passaram por parto vaginal e 48 por cesárea. A Tabela 1 mostra as características do perfil dos participantes.

Durante a gestação, 35,9% (n=28) das puérperas referiram ter tido algumas complicações sexuais, sendo que 30% (n=9) pertenciam ao puerpério de parto vaginal e 39,6% (n=19) ao puerpério de cesárea. Entre as complicações citadas estavam “dor”, “baixa libido”, “medo” e “fadiga”.

Entre as participantes, 91% (n=71) apresentaram algum tipo de queixa no puerpério. Destas, 59,2% (n=42) eram de puerpério de cesárea enquanto

40,8% (n=29) estavam no puerpério de parto vaginal. A Tabela 2, abaixo, mostra as queixas relatadas pelas participantes de acordo com o tipo de parto.

Trauma perineal foi relatado por 53,3% (n=16) das participantes de puerpério de parto vaginal. Durante o puerpério remoto, 21,8% (n=17) das participantes praticavam algum exercício, sendo 20% (n=6) de puerpério de parto vaginal e 22,9% (n=11) de puerpério de cesárea ($p=0,999$).

Em relação ao ciclo menstrual, 32,1% (n=25) das mulheres voltaram a menstruar, sendo 33,3% (n=10) participantes de puerpério de parto vaginal e 31,5% (n=15) de puerpério de cesárea. Entre as participantes, 74,4% (n=58) relataram tomar contraceptivos, sendo 73,3% (n=22) de puerpério de parto vaginal e 75% (n=36) de puerpério de cesárea.

Todas as participantes relataram ter retornado à atividade sexual. O tempo médio de retorno às atividades sexuais foi de 52,83 ($\pm 20,4$) dias após o parto vaginal e 52,94 ($\pm 19,88$) dias após cesárea. A disfunção sexual esteve presente em 78,2% (n=61) dos participantes do estudo. A Tabela 3 mostra a comparação de cada domínio e o escore total do FSFI entre os tipos de parto.

A Figura 1, abaixo, ilustra o escore total obtido pelo FSFI de acordo com o tipo de parto. As mulheres do puerpério de parto vaginal tiveram mediana de 22,45 no escore total do FSFI, enquanto mulheres de puerpério de cesárea tiveram mediana de 21,9 no escore total do FSFI.

Tabela 1

Características gerais das participantes.

Características	Vaginal (n=30)	Cesárea (n=48)	p
Idade (anos), média (DP)	30,17 ($\pm 4,69$)	30,04 ($\pm 3,75$)	0,902
Tempo de puerpério (dias), média (DP)	110,7 ($\pm 42,4$)	127,9 ($\pm 43,1$)	0,948
Raça, n (%)			
Branca	23 (76,7)	38 (9,2)	
Morena	4 (13,4)	7 (14,6)	
Negra	1 (3,3)	2 (4,2)	0,861
Asiática	1 (3,3)	1 (2,0)	
Indígena	1 (3,3)	0 (0,0)	
Estado civil, n (%)			
Casada	23 (76,7)	41 (85,4)	0,373
União estável	7 (23,3)	7 (14,6)	
Escolaridade, n (%)			
Ensino médio completo	3 (10,0)	6 (12,5)	
Ensino técnico incompleto	0 (0,0)	1 (2,1)	
Ensino técnico completo	0 (0,0)	2 (4,2)	0,830
Ensino superior incompleto	4 (13,3)	4 (8,3)	
Ensino superior completo	23 (76,7)	35 (72,9)	
Ocupação, n (%)			
Ocupação remunerada	19 (63,3)	42 (87,5)	0,022
Ocupação não remunerada	11 (36,7)	6 (12,5)	
Paridade, n (%)			
Primíparas	19 (63,3)	36 (75,0)	0,519
Múltiparas	11 (36,7)	12 (25,0)	

Teste exato de Fisher; n=número de participantes; %=porcentagem de participantes; DP=desvio padrão (\pm).

Tabela 2

Queixas do puerpério remoto.

Queixas	Vaginal		Cesárea		p
	n	%	n	%	
Cervicalgia	2	6,7	10	20,8	0,115
Lombalgia	8	26,7	19	39,6	0,329
Desconfortos em membros superiores	1	3,3	8	16,7	0,142
Desconfortos em membros inferiores	2	6,7	8	16,7	0,301
Desconfortos no períneo	24	80,0	6	12,5	0,001
Desconforto na ferida/cicatriz abdominal	-	-	9	18,8	-
Dor abdominal	2	6,7	2	4,2	0,636
Perda involuntária de urina	3	10,0	1	2,1	0,292
Perda involuntária de fezes	0	-	1	2,1	0,999

Teste exato de Fisher; n=número de participantes; %=porcentagem de participantes.

Tabela 3

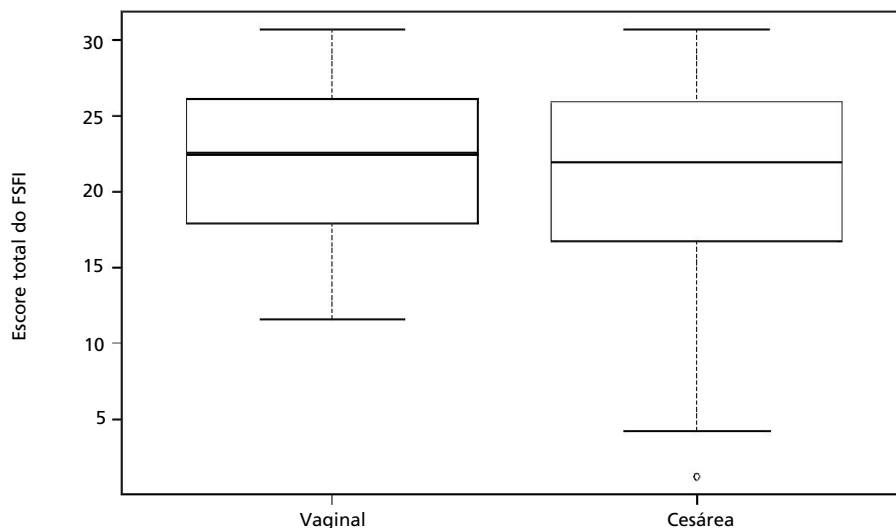
Comparação dos domínios e escore total da versão brasileira do *Female Sexual Function Index* (FSFI) entre os tipos de parto.

Domínios do FSFI, média (DP)	Escore do puerpério de parto vaginal	Escore do puerpério de cesárea	p
Desejo sexual	2,82 (\pm 1,14)	2,66 (\pm 1,18)	0,560
Excitação	3,68 (\pm 1,53)	3,52 (\pm 1,52)	0,664
Lubrificação	4,03 (\pm 1,59)	3,78 (\pm 1,70)	0,510
Orgasmo	3,88 (\pm 1,63)	3,65 (\pm 1,41)	0,526
Satisfação	4,16 (\pm 1,54)	4,10 (\pm 1,66)	0,872
Dor	3,59 (\pm 0,75)	3,40 (\pm 1,02)	0,342
Escore Total	22,17 (\pm 5,34)	21,12 (\pm 6,56)	0,443

Teste t de Student; n=número de participantes; %=porcentagem de participantes; DP=desvio padrão (\pm).

Figura 1

Distribuição da pontuação total do FSFI (mínimo, máximo e mediana) de acordo com o tipo de parto.



Teste t de Student para amostras não relacionadas ($p=0,443$).

Discussão

O presente estudo mostrou uma alta frequência de disfunção sexual entre mulheres no puerpério remoto. A disfunção sexual foi independente do tipo de parto vivenciado. Desejo sexual foi o domínio do FSFI com menor escore, seguido, consecutivamente, por dor, excitação, orgasmo, lubrificação e satisfação.

Estes achados estão de acordo com dados de pesquisas internacionais anteriores, as quais relataram que não houve diferença na função sexual em relação ao tipo de parto.^{3,13,14}

Outros autores sustentam que a intervenção obstétrica em primíparas pode afetar negativamente a função sexual no puerpério. Um estudo de coorte prospectivo multicêntrico¹⁵ sugere que extração a vácuo e cesárea contribuem para dispareunia persistente que afeta uma porção significativa de mulheres até 18 meses após o parto. Além disso, outros autores¹⁶ concluíram que não houve diferença na função sexual entre mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia mediolateral e aquelas que vivenciaram cesárea.

Segundo Qian *et al.*,¹⁷ a função sexual no puerpério após cesárea tem maior incidência de efeitos adversos e não fornece efeitos protetores de longo prazo contra a incidência de incontinência urinária de esforço pós-parto. O puerpério de cesárea foi associado a níveis mais altos de dor que persistiram nos primeiros 6 meses, um nível mais alto de sintomas depressivos aos 3 meses e uma satisfação sexual mais baixa em 4-6 semanas do que no puerpério de parto vaginal.¹⁸

A função sexual é complexa e é afetada por muitos outros fatores, como estilo de vida, relações interpessoais e condições culturais.¹⁶ Como o tipo de parto não influenciou os resultados relacionados à função sexual, outras questões devem ser analisadas nesta amostra.

A gravidez tem um impacto negativo sobre a função sexual feminina, particularmente o desejo sexual e a excitação.¹⁹ Mulheres com comorbidades ansiedade e depressão, mas não aquelas com ansiedade pura ou depressão pura, apresentam risco aumentado de disfunção sexual durante a gravidez e no puerpério e pode interferir no relacionamento.¹

O tempo de retomada da relação sexual após o parto depende de fatores determinantes como medo de uma nova gestação, medo da dor, liberação do profissional da saúde, vergonha do próprio corpo e alterações da libido.⁴ Grau de lesões perineais, amamentação, idade materna, raça,⁶ cuidados com o

bebê, fadiga também podem contribuir. Mulheres que apresentaram morbidade materna severa retardam a retomada da atividade sexual.²⁰ Morbidade no puerpério influencia a saúde física e psicológica das mulheres e, conseqüentemente, pode ser negativa para alguns aspectos da função sexual feminina, como desejo sexual, dor e satisfação.

McDonald e Brown²¹ relataram que mulheres que tiveram parto vaginal operatório, cesárea ou trauma perineal (ruptura perineal ou episiotomia) parecem demorar a retomar as relações sexuais. No presente estudo, todas as participantes tinham um parceiro fixo e retornaram à atividade sexual em média 52 dias após o parto em ambos os grupos (vaginal e cesárea). Supõe-se que uma relação estável possa ser um facilitador para a retomada de uma vida sexual ativa, no entanto, isso não garante uma função sexual satisfatória, uma vez que mais da metade da amostra apresentou escore no FSFI indicativo de disfunção sexual.

Uma limitação deste estudo é que o trauma perineal não foi dividido em rupturas perineais espontâneas, episiotomia ou outras. Como este estudo foi *on line* e as mulheres não foram avaliadas por um profissional da saúde o termo adotado “trauma perineal” objetivou reduzir o risco de erros de relatos.

O presente estudo difere de estudos anteriores porque nossa investigação usou a versão brasileira *on line* do FSFI para identificar a função sexual feminina entre mulheres brasileiras no puerpério remoto de acordo com o tipo de parto. Embora estudos similares tenham sido desenvolvidos internacionalmente, no Brasil não temos esse tipo de pesquisa prévia para entender as particularidades de nossa população. Além disso, esses achados podem contribuir para que as mulheres escolham o tipo de parto com base nas necessidades reais, uma vez que não demonstramos nenhuma diferença na função sexual no puerpério entre o parto vaginal e cesárea, como é a crença popular.

O desenho deste estudo foi no puerpério remoto. Sugere-se que estudos longitudinais futuros possam avaliar as mulheres durante a gestação e o puerpério a fim de determinar se o tipo de parto associado a outros fatores podem influenciar na função sexual durante o ciclo gravídico-puerperal. Também é importante realizar pesquisas com os parceiros, pois eles também experimentam mudanças intensas com a chegada da paternidade que podem influenciar a função sexual do casal. Além disso, avaliar a função sexual do casal pode ser relevante para a adoção de medidas de promoção de saúde.

Disfunção sexual no puerpério remoto ocorre para a maioria das mulheres, visto que foi encontrada com frequência entre as participantes do estudo. Desejo sexual foi o domínio do FSFI com menor escore, seguido consecutivamente por dor, excitação, orgasmo, lubrificação e satisfação. Não

houve diferenças significativas na função sexual entre os tipos de parto. Nossos achados devem ser levados em conta pelos profissionais de saúde para projetar intervenções que visem promover a qualidade da sexualidade e a qualidade de vida das mulheres no puerpério.

Referências

1. Asselmann E, Hoyer J, Wittchen H-U, Martini J. Sexual problems during pregnancy and after delivery among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *J Sexual Med.* 2016; 13: 95-104.
2. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovi I, Dridi D, Ronchetti C, Calzolari L, Vercellini P. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs cesarean section. *J Sexual Med.* 2016; 13: 393-401.
3. Song M, Ishii H, Toda M, Tomimatsu T, Katsuyama H, Nakamura T, Nakai Y, Shimoya K. Association between sexual health and delivery mode. *Sexual Med.* 2014; 2 (4): 153-158.
4. Enderle, CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013; 21 (3).
5. Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Yagel S. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 191: 90-4.
6. Dabrini F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Medical J.* 2014; 29 (4): 276-9.
7. Leal MC, da Silva AAM, Dias MAB, da Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, Theme Flha MM, Domingues RMSM, Leite AJM, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CSG, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health.* 2012; 9: 15.
8. Hardy-Fairbanks AJ, Lauria MR, Mackenzie T, Mccarthy Jr M. Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *Birth.* 2013; 40 (2): 125-33.
9. Spong CY, Berghella V, Westrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol.* 2012; 120 (5): 1181-1193.
10. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecol J.* 2014; 25: 5-14.
11. Latorre GFS, Bilck PA, Cardoso FL, Sperandio FF. Confiability and reliability of an on-line version of the Female Sexual Function Index by test-retest. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35 (10): 469-74.
12. Weigel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31: 1-20.
13. Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, Buttice S, Triolo O. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol.* 2015; 67 (4): 315-20.
14. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288 (4): 785-92.
15. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG.* 2015; 122: 672-9.
16. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Yazdani S, Hajiahmadi M. Comparison of sexual function in primiparous women pre-pregnancy and postpartum: difference of the sexual function after the normal vaginal delivery and the cesarean section. *Health.* 2015; 7: 1379-86.
17. Qian R, Chen Z, Tang L, Zhang W. Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing. *Int J Gynecol Obstet.* 2016; 132: 200-5.
18. Chang S-R, Chen K-H, Ho H-N, Lai Y-H, Lin M-I, Lee C-N, Lin WA. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: a prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52: 1433-44.
19. Pardo DS, Lima RV, de Lima LMMR. Impact of pregnancy on female sexual function. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35 (5): 205-9.
20. Andreucci CB, Cecatti JG, Pacagnella RC, Silveira C, Parpinelli MA, Ferreira, EC, Angelini CR, Santos JP, Zanardi DM, Bussadori JC, Cecchino GN, Souza RT, Sousa MH, Costa ML. Does severe maternal morbidity affect female sexual activity and function? Evidence from a Brazilian cohort study. *PLoS ONE.* 2015; 10 (12): 1-14.
21. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG.* 2013; 120: 823-30.

Recebido em 12 de Maio de 2017

Versão final apresentada em 26 de Dezembro de 2017

Aprovado em 2 de Abril de 2018