



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

ANDRESSA MARIA BEZERRA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL:
ESTUDO TRANSVERSAL**

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

ANDRESSA MARIA BEZERRA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL:
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Área: Fisioterapia Uro-Ginecológica e Obstetrícia.

Orientadora: Prof. Me. Lorena Carneiro de Macêdo

Coorientadora: Prof. Me. Hellen Batista de Carvalho

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do Trabalho de Conclusão de Curso.

S237a Santos, Andressa Maria Bezerra dos.
Avaliação da função sexual em primíparas pós-parto vaginal [manuscrito] : estudo transversal / Andressa Maria Bezerra dos Santos. - 2017
24 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Ma. Lorena Carneiro de Macêdo, Departamento de Fisioterapia - CCBS."

"Coorientação: Profa. Ma. Hellen Batista de Carvalho, FCM - Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande"

1. Período pós-parto. 2. Assoalho pélvico. 3. Episiotomia.
4. Saúde sexual. 5. Função sexual.

21. ed. CDD 618.7

ANDRESSA MARIA BEZERRA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL:
ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia Uro-Ginecológica e Obstetrícia.

Aprovada em: 24 / 11 / 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Lorena Carneiro de Macêdo (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Windsor Ramos da Silva Júnior
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, a meus pais. A minha avó Justina (*in
memoriam*). Com todo amor, dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por ter colocado em meu destino a fisioterapia e ter me permitido concluir esse curso.

A meus pais, Cavalcanti e Joana, por todo amor, esforço, apoio, dedicação e ensinamentos que me foram dados durante a vida, amo vocês!

A meu irmão por sempre estar presente em minha vida me apoiando e incentivando, obrigada por sempre cuidar de mim, amo você!

A minha amada avó, Justina, que sempre esteve e estará presente em minha vida, sei que continua a me apoiar e cuidar de mim onde estiver, obrigada por te ter em minha vida e ter ajudado a fazer de mim quem sou. Te amo sempre (*in memoriam*).

A toda minha família, por todo carinho e apoio em minha vida.

A meu marido que sempre esteve presente, com amor e compreensão, me apoiando e incentivando durante essa trajetória, amo você.

Aos meus amados filhos, Daniel (*in memoriam*), obrigada por ter feito parte de minha vida e ter me transformado em um ser humano melhor, sei que estás comigo em todos os momentos, sempre serás meu anjo amado, e Davi, obrigado pela paciência, por cada abraço e sorriso sincero, por todo amor puro que me oferece, príncipe de minha vida. Agradeço por terem me dado o dom de ser mãe e me dado coragem pra vida, mamãe ama vocês imensamente.

A minha orientadora Lorena Macêdo e coorientadora Hellen Carvalho, por todos os ensinamentos, conselhos e paciência, serei sempre grata por tudo.

A Danilo Vasconcelos, por ter feito parte de minha formação, por ser um exemplo de inspiração não só para a área profissional, mas para a vida, obrigada por todos os ensinamentos compartilhados, por todo incentivo e por alimentar ainda mais o meu amor pela Fisioterapia.

A todos meus amigos por todo carinho, paciência e por todo incentivo, em especial a minhas amigas Nayara e Sarah, obrigada por todos os momentos juntas.

As minhas amigas de graduação que levarei pra vida, Suyane, Beatriz e Anne, obrigada por todos os momentos compartilhados, por tornarem essa caminhada mais leve, pelo apoio, incentivo e companheirismo nessa trajetória. Afinal, tudo sempre dá certo!

A todos os meus mais sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. MÉTODO.....	8
3. RESULTADOS.....	10
4. DISCUSSÃO	13
5. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE 1	20
ANEXO 1	23

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL

Andressa Maria Bezerra dos Santos*
Lorena Carneiro de Macêdo**
Hellen Batista de Carvalho***

RESUMO

Introdução: a gestação e o parto podem prejudicar a função dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e influenciar na função sexual, podendo interferir no ciclo de resposta sexual da mulher. **Objetivo:** avaliar a função sexual em primíparas pós-parto vaginal. **Método:** estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (CAAE44775015.1.0000.5175) realizado com 64 mulheres, faixa etária de 18 a 35 anos, sendo primíparas pós-parto vaginal com episiotomia (n=20), sem episiotomia (n=20) e mulheres nuligestas (n=24). Foram verificadas características biológicas, sociodemográficas e da função sexual (*Female Sexual Function Index*–FSFI). As primíparas responderam ao questionário três meses após o parto e o mesmo questionário foi respondido pelas nuligestas. **Resultados:** as mulheres com episiotomia, sem episiotomia e nuligestas apresentaram média de 22,2±4,22; 21,1±5,20 e 25,9±3,57 anos de idade, e média de 14,4±2,18; 14,2±2,28 e 18,8±1,42 anos estudados, respectivamente. Em relação à função sexual, ao comparar os três grupos da pesquisa, foi encontrado um pior escore de dor (3,54±1,60) nas primíparas com episiotomia e piores escores nos outros domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação) nas primíparas sem episiotomia. **Conclusão:** as primíparas apresentam os piores índices de função sexual, em todos os domínios, comparados com as nuligestas e em relação ao domínio dor, o grupo com episiotomia apresentou o pior escore, comparado ao grupo sem episiotomia e grupo das nuligestas, como também apresentou a pior média no escore total do FSFI.

Palavras-chave: Período pós-parto. Assoalho pélvico. Episiotomia. Saúde sexual e reprodutiva.

1. INTRODUÇÃO

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) auxiliam os ligamentos pélvicos na sustentação dos órgãos internos. Além disso, exercem um papel essencial na ação esfínteriana para a uretra, a vagina e o reto, auxiliando na continência urinária, anal e na função sexual (ZUCCHI et al., 2003).

A gestação, o parto e o puerpério são períodos de mudanças físicas e psicológicas para a mulher. Na gestação, os MAP sofrem grande tensão, pois suportam o peso do feto durante o período gestacional, porém é durante o parto e a fase de expulsão do feto que esses músculos passam pela maior sobrecarga, podendo haver alterações anatômicas e funcionais nas estruturas do assoalho pélvico. Como esses músculos também participam do ciclo de resposta sexual feminino, pode haver alterações na atividade e no comportamento sexual da mulher (BARBOSA, 2005; MENDONÇA et al., 2012).

As disfunções dos MAP podem estar relacionadas a diversos fatores, como o acréscimo do peso corpóreo materno, o peso do útero, a duração do trabalho de parto, traumas e episiotomia, o que pode contribuir para o surgimento de incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), disfunções sexuais femininas (DSF) e ser um importante fator de risco para o surgimento de prolapso de órgãos pélvicos (AMORIM et al., 2015; RODRIGUES et al., 2009).

A disfunção sexual feminina é uma alteração em uma das fases de resposta do ciclo sexual, que compreende: desejo, excitação, orgasmo e resolução, podendo resultar em frustração e dor. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) de 2013, as disfunções sexuais são gênero-específicas e podem ser classificadas em transtorno do orgasmo, transtorno do desejo/excitação sexual, transtorno de dor gênito-pélvica/penetração e disfunção sexual induzida por medicação/substância, e ainda podem ser classificadas quanto aos subtipos em recorrentes ou persistentes, primárias ou secundárias, situacionais ou generalizadas (MATHIAS et al., 2015).

Possuindo uma prevalência que varia de 20 a 73% nas mulheres, as DSF são um resultado da combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se torna um bloqueio total ou parcial da resposta sexual do indivíduo, relacionada ao desejo, a excitação e ao orgasmo (HOLANDA et al., 2014).

Um estudo brasileiro apresentou relevante prevalência de disfunção sexual feminina, no qual 53% das mulheres referiam queixas sexuais, sendo as mais frequentes: falta de desejo sexual (34,6%), disfunção orgásmica (29,3%) e dor na relação sexual (21%). Na gestação e no

puerpério, observou-se um aumento da prevalência das DSF, estando presente em cerca de 70% das gestantes brasileiras e em 86% das mulheres no puerpério, sendo as disfunções mais frequentes a dispareunia (22 a 41%) e diminuição do desejo sexual (83 a 86%). No terceiro mês após o parto, cerca de 45 a 55% das mulheres referem dispareunia e, no sexto mês, 18 a 30% ainda persistem com problemas sexuais (VETTORAZZI et al., 2012).

Alguns fatores são prejudiciais para o desempenho da função sexual de forma eficiente no puerpério, como a laceração perineal, a duração do segundo período do parto (período de expulsão prolongado) e os puxos. As mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia apresentam no pós-parto, menores níveis de libido, mais dificuldade para atingir o orgasmo, menor satisfação sexual e maior grau de dor durante a relação sexual comparando às mulheres com períneo íntegro ou lacerações espontâneas (BARRETO, 2014).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a função sexual de primíparas pós-parto vaginal.

2. MÉTODO

O estudo caracteriza-se como corte transversal, no qual foram estudados três grupos de mulheres: 1) primíparas depois do parto vaginal com episiotomia (n=20); 2) primíparas depois do parto vaginal sem episiotomia (n=20); 3) grupo de mulheres nuligestas com vida sexual iniciada (n=24). Sendo composto por 64 mulheres com faixa etária de 16 a 35 anos.

A pesquisa foi realizada no IPESQ – Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto, localizado na cidade de Campina Grande/PB no período de agosto de 2015 a outubro de 2017.

Os critérios de inclusão para as nuligestas foram: maiores de 18 anos, atividade sexual iniciada e ausência de gestação prévia com duração maior que três meses; enquanto que os critérios de exclusão foram: história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital, prática de exercícios para os músculos do assoalho pélvico ou pompoarismo e presença de prolapso genital.

Já as primíparas possuíam como critérios de inclusão a faixa etária de 16 a 39 anos; gestação a termo (37 a 42 semanas) e recém-nascido vivo; e os critérios de exclusão foram: gestação de alto risco; parto instrumental; gestação gemelar; história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital; prática de exercícios para os músculos do assoalho pélvico ou pompoarismo e presença de prolapso genital.

As nuligestas foram recrutadas por meio de uma busca ativa nas instituições de ensino superior localizadas na cidade de Campina Grande, onde foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Em seguida, foi agendado um horário para coleta dos dados no IPESQ.

O primeiro contato com as primíparas, atendidas na maternidade do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), foi realizado no período de internação pós-parto. Inicialmente foram explicados os objetivos da pesquisa, com isso, as primíparas que preencheram os critérios de inclusão e exclusão e concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE (Apêndice 1). Em seguida, foram colhidas informações de identificação, endereço, contato das participantes e características obstétricas e do neonato, sendo essa coleta inicial feita através de entrevista à participante e consulta ao prontuário. Nesse momento, as mulheres elegíveis foram convidadas a agendar uma data de aproximadamente três meses após o parto, para comparecer ao IPESQ para realizar a coleta de dados necessária, sendo realizado o mesmo procedimento com as nuligestas.

No IPESQ, a coleta foi realizada através de entrevista, sendo obtidas informações sobre as características biológicas, sociodemográficas e de hábitos de vida, além da aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* – FSFI (Anexo 1).

O FSFI foi empregado para avaliar a resposta sexual feminina. Ele divide-se em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas, cada questão possui uma pontuação de 0 a 5, de forma crescente, sendo que quanto menor o escore melhor a classificação, diferenciando apenas no quesito dor que quanto menor o escore pior o grau de desempenho, ou seja, pior a intensidade da dor. Um escore total é feito ao final da aplicação do questionário. A soma de todos os domínios é multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio. Apresenta um valor de corte de 26, sendo que números iguais ou abaixo indica disfunção sexual (PACAGNELLA, MARTINEZ, VIEIRA, 2009).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (CAAE 44775015.1.0000.5175), obedecendo às normas para realização de pesquisas em seres humanos dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres que apresentaram alguma disfunção sexual no momento da avaliação foram encaminhadas a um serviço público para tratamento da disfunção.

Os dados coletados foram organizados e tabulados, pelos pesquisadores, em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel®*. Sendo construídas tabelas de distribuição de frequência para exposição dos resultados.

3. RESULTADOS

A amostra completa foi de 64 mulheres divididas em três grupos, sendo 20 primíparas com episiotomia, 20 primíparas sem episiotomia e 24 nuligestas. Em relação as primíparas, foram abordadas 66 mulheres, 16 não concordaram em participar, cinco tinham história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital e cinco tiveram gestação gemelar. Em relação às nuligestas, foram abordadas 30 mulheres e destas, seis foram excluídas da amostra, duas pelo histórico de cirurgia abdominal ou urogenital, uma pela presença de prolapso e três não concordaram em participar do estudo.

Conforme os dados coletados, foi conferido que as nuligestas apresentavam maior idade e maior número de anos estudados quando comparado com os grupos de primíparas. Os resultados referentes às características biológicas e sociodemográficas estão representados na Tabela 1.

Tabela 1. Características biológicas, sociodemográficas e hábitos de vida.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 20	Nuligestas N=24
Idade em anos			
$\bar{x} \pm DP$	22,25 \pm 4,22	21,47 \pm 5,05	25,91 \pm 3,57
Limites (menor – maior)	(16 - 34)	(16 - 35)	(20 - 35)
IMC			
$\bar{x} \pm DP$	24,63 \pm 4,07	22,80 \pm 4,47	22,57 \pm 2,69
Limites (menor – maior)	(17,7 – 35,5)	(16,91 – 33,27)	(17,93 – 27,66)
Estado civil – n (%)			
Solteira	4 (20%)	6 (30%)	21 (87,5%)
Casada	7 (35%)	5 (25%)	3 (12,5%)
Divorciada	0	0	0
União estável	9 (45%)	9 (45%)	0
Escolaridade			
$\bar{x} \pm DP$	14,4 \pm 2,18	14,2 \pm 2,28	18,87 \pm 1,42
Limites (menor - maior)	(10 - 20)	(10 - 19)	(14 - 20)
Renda per capita – n (%)			
Até 1 salário mínimo	7 (35%)	9 (45%)	1 (4,16%)
Acima de 1 salário mínimo	11 (55%)	11 (55%)	13 (54,16%)
Não informado	2 (10%)	0	10 (41,66)
Tabagismo – n (%)			
Sim	2 (10%)	1 (5%)	0
Não	18 (90%)	19 (95%)	23 (95,83%)
Etilismo – n (%)			
Sim	2 (10%)	1 (5%)	4 (16,66%)
Não	18 (90%)	19 (95%)	19 (79,160%)
Prática de exercício físico – n (%)			
Sim	4 (20%)	2 (10%)	19 (79,16%%)
Não	16 (80%)	18 (90%)	4 (16,66%)

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Em relação as características dos neonatos, foram encontrados neonatos maiores e mais pesados no grupo de primíparas com episiotomia, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Características neonatais.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 20
Peso		
$\bar{x} \pm DP$	3,142 \pm 460,61	3,116 \pm 415,37
Limites (menor – maior)	(1.850 – 3.950)	(1.865 – 3.755)
Comprimento		
$\bar{x} \pm DP$	48,88 \pm 2,49	48,10 \pm 2,44
Limites (menor – maior)	(40 - 52)	(42 - 53)
Perímetro cefálico		
$\bar{x} \pm DP$	33,82 \pm 1,28	34,52 \pm 1,57
Limites (menor – maior)	(31 - 36)	(29 - 36)

Fonte: dados da pesquisa (2017)

De acordo com as características obstétricas durante o trabalho de parto, encontramos que 80% das mulheres que tiveram episiotomia e 70% do grupo sem episiotomia dispuseram-se na posição horizontal durante o período expulsivo. Encontrado também que no grupo de mulheres sem episiotomia 25% delas teve laceração e dessas apenas em 5% houve necessidade de sutura.

Os resultados referentes ao puxo dirigido e manobra de Kristeller mostrou que as mulheres com episiotomia foram as que apresentaram os piores valores, relatando uma prevalência de 90% e 40%, respectivamente, enquanto o grupo sem episiotomia relatou uma prevalência de 75% e 10%, respectivamente.

Em relação as características da vida sexual as nuligestas representaram o grupo que possui maior tempo de vida sexualmente ativa (7,16 \pm 3,49 anos) em comparação com os grupos de primíparas (Tabela 3).

Tabela 3. Características da vida sexual.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 20	Nuligesta N=24
Atividade sexual – n (%)			
Ativa	17 (85%)	16 (80%)	21 (87,5%)
Inativa	3 (15%)	3 (15%)	3 (12,5%)
Não informou	0	1 (5%)	0
Tempo de vida sexual ativa			
$\bar{x} \pm DP$	5,48 \pm 4,61	4,6 \pm 4,22	7,16 \pm 3,49
Limites (menor – maior)	1 – 16	1 - 20	1 – 13
Parceiros desde o início da vida			
$\bar{x} \pm DP$	1,6 \pm 1,35	2,55 \pm 1,53	2,91 \pm 2,21
Limites (menor – maior)	1 - 5	1 - 5	1 – 8

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Nos domínios da função sexual comparados entre os três grupos, foi verificado que as primíparas tiveram uma pior função sexual em relação ao grupo de nuligestas. O grupo com episiotomia apontou maior gravidade quanto a dor. As características da função sexual de acordo com os escores de avaliação do FSFI (*Female Sexual Function Index*) estão representados na tabela 4.

Tabela 4. Características da função sexual.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 20	Nuligestas N= 24
Desejo			
$\bar{x} \pm DP$	3,66 \pm 0,88	3,81 \pm 1,28	2,94 \pm 1,14
Limites (menor – maior)	(1,8 – 5,4)	(0,8 – 6,6)	(1,8 – 4,8)
Excitação			
$\bar{x} \pm DP$	2,73 \pm 1,24	3,27 \pm 0,81	1,29 \pm 1,02
Limites (menor – maior)	(0 – 4,8)	(2,1 – 2,4)	(0 – 3)
Lubrificação			
$\bar{x} \pm DP$	3,16 \pm 1,52	3,54 \pm 0,93	3,03 \pm 1,12
Limites (menor – maior)	0 – 5,4	1,2 – 5,4	0 – 3,9
Orgasmo			
$\bar{x} \pm DP$	2,66 \pm 1,34	3,5 \pm 0,74	2,32 \pm 0,95
Limites (menor – maior)	0 – 4,4	1,2 – 4,8	0 – 3,2
Satisfação			
$\bar{x} \pm DP$	2,2 \pm 0,96	2,48 \pm 1,01	2,28 \pm 0,84
Limites (menor – maior)	0 – 4	1,2 – 4,4	0,8 – 3,6
Dor			
$\bar{x} \pm DP$	3,54 \pm 1,60	4,2 \pm 1,56	5,16 \pm 1,86
Limites (menor – maior)	0 – 6	1,2 – 6	0 – 6
Score total			
$\bar{x} \pm DP$	17,97 \pm 5,16	20,62 \pm 3,15	18,3 \pm 5,00
Limites (menor - maior)	(5,6 – 23,6)	(14,6 – 27,8)	(3,6 – 23,7)

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Em relação a frequência da dispareunia, constatou-se que 10% do grupo de primíparas com episiotomia já apresentavam a disfunção antes da gestação, sendo verificada um aumento nessa prevalência após o parto, estando relatado por 60% das mulheres desse grupo.

4. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo indicam que as primíparas apresentam os piores índices da função sexual, em todos os domínios, comparados com as nuligestas. A associação entre gravidez, parto e as lesões nos músculos do assoalho pélvico são estudadas e

relatadas na literatura, acreditando-se que o maior dano nessa musculatura e no tecido conjuntivo é causado por traumas no momento do parto vaginal que pode causar alteração na estrutura do assoalho pélvico (YOHAI et al., 2016).

Um estudo realizado em 2015, mostrou que durante o período de gestação e pós-parto pode haver um aumento nos percentuais de disfunções sexuais, encontrando-se prevalências de 33,5% antes da gestação, 76% durante a gestação e 43,5% no pós-parto (MATHIAS et al., 2015).

Outro estudo demonstrou que mais da metade das primíparas um ano após o parto tiveram algum tipo de disfunção do assoalho pélvico, como alteração na função sexual. Foi percebido que a maioria recuperou a função sexual após o parto, porém mais de 1/3 relatou algum nível de dispareunia (LIPSCHUETZ et al., 2015).

Em relação às características da função sexual, foram encontrados piores resultados na maioria dos domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação) no grupo das primíparas sem episiotomia. No entanto, em relação ao domínio dor, o grupo com episiotomia aponta o pior escore, apresentando uma média de $3,54 \pm 1,60$, comparado ao grupo sem episiotomia ($4,2 \pm 1,56$) e grupo das nuligestas ($5,16 \pm 1,86$). O grupo de primíparas com episiotomia apresentou a pior média ($17,97 \pm 5,16$) no escore total do FSFI.

A dispareunia é a dor genital que pode ocorrer antes, durante ou após o coito, dividida em superficial ou profunda, podendo ser generalizada ou situacional, primária ou secundária (ANTONIOLI e SIMÕES, 2010). Aparecendo na maioria dos estudos como uma das principais disfunções no puerpério, principalmente após a episiotomia, englobando ainda o desejo e a satisfação (HOLANDA et al., 2014).

Corroborando com nossos achados, Antonioli e Simões (2010) afirmam que o procedimento da episiotomia no parto vaginal pode gerar dor na relação sexual. Segundo Vettorazzi et al. (2012) as disfunções sexuais estão presentes nas mulheres ao longo de sua vida, em um número significativo, sendo que, no puerpério, a dispareunia e a diminuição do desejo sexual são as mais frequentes.

O tipo de parto pode estar associado ao desenvolvimento de disfunções no assoalho pélvico no puerpério, sendo que o parto vaginal com presença de sutura representa um risco mais alto para o aparecimento de disfunções sexuais femininas (HOLANDA et al., 2014). No entanto, de acordo com Amorim et al. (2015) o tipo de parto, seja ele vaginal ou cesariana, independe para o surgimento de alteração na função sexual, pois não foi encontrada diferença significativa no escores totais do FSFI em seu estudo, afirmando que a cesariana não é um fator de proteção para as disfunções sexuais.

Afshari et al. (2017) relatou em sua pesquisa que a força dos músculos do assoalho pélvico (AP) em mulheres que realizaram parto normal com episiotomia mediolateral apresentaram a musculatura do AP mais fraca, enquanto que as mulheres de parto vaginal sem danos comparadas com as que fizeram cesariana demonstraram valores próximos, indicando que o parto normal sem danos não altera a força dos músculos do AP.

Progianti, De Araújo e Mouta (2008) destaca alguns malefícios do uso da episiotomia, como a necessidade do reparo cirúrgico, a perda sanguínea, o desconforto materno e as alterações na função sexual. Constatou-se no estudo de Gun, Doğan e Özdamar (2016) que entre as complicações da episiotomia está a dispareunia de longa duração, aparecendo até três anos após o parto. No entanto, encontramos no presente estudo que a episiotomia pode acarretar uma dispareunia a curto prazo, já estando presente três meses após o parto. Além disso, observamos que a episiotomia pode ter sido critério relevante para o agravamento da dor na relação sexual naquelas mulheres que já apresentavam essa disfunção sexual antes da gestação, além de ter sido encontrado um aumento de 10% de dispareunia antes da gestação, para 60%, depois da gestação.

A dor durante a atividade sexual compromete a qualidade de vida e a função sexual da mulher, afetando o relacionamento do casal, pois o parceiro pode evitar o contato com receio de causar esse desconforto, podendo diminuir sua iniciativa para a atividade sexual ou até mesmo diminuir seu interesse, afetando psicologicamente as mulheres (ABDO e FLEURY, 2013).

Encontramos nos nossos achados que as mulheres do grupo com episiotomia, apesar de relatarem mais dor durante o ato sexual, não apresentam grandes alterações nas outras fases da função sexual, sendo encontrado os piores resultados no grupo sem episiotomia. Segundo Graziottin (2005), a dispareunia é uma disfunção sexual de etiologia multifatorial e multissistêmica, interferindo em outras dimensões do ciclo de resposta sexual feminino, visto que a dor inibe a preparação vaginal, diminui a lubrificação e pode levar a uma diminuição secundária do desejo e do orgasmo.

Estudos realizados afirmam que algumas mulheres no pós-parto demoram a sentir desejo sexual, pois precisam de tempo para se reencontrarem com seu corpo e sentimentos. É por meio da experiência que se tem acesso à própria natureza. Nesse contexto, pode-se afirmar que, além das informações transmitidas nos livros e por profissionais, está a subjetividade de cada indivíduo e o autoconhecimento sobre o próprio corpo (ABUCHAIM, SILVA, 2006; GUALDA, 1993).

5. CONCLUSÃO

As primíparas compreenderam os piores índices de função sexual, em todos os domínios, comparados com as nuligestas. Em relação ao domínio dor, o grupo de primíparas com episiotomia apresentou o pior escore, como também apresentou a pior média no escore total do FSFI.

Levando em consideração que as nuligestas apresentaram maior grau de escolaridade em comparação com os demais grupos, além de possuírem maior número de parceiros desde o início da vida sexual e terem mais tempo de vida sexualmente ativa, deve-se considerar que o nível de exigência deste grupo seja significativamente maior.

Preconiza-se a necessidade de novas investigações incluindo grupos maiores e integrando um grupo de cesárea para verificar se a via de parto provoca as alterações na função sexual. Vale ressaltar que mesmo a via de parto sendo um fator de risco não deve-se considerar a cesárea como proteção ao assoalho pélvico, bem como o uso da episiotomia não deve ser rotineiramente empregado.

EVALUATION OF SEXUAL FUNCTION IN PRIMIPAROUS WOMEN FOLLOWING VAGINAL DELIVERY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Andressa Maria Bezerra dos Santos*

Lorena Carneiro de Macêdo**

Hellen Batista de Carvalho***

ABSTRACT

Background: Pregnancy and childbirth may impair pelvic floor muscles function (PFM), also influencing in sexual functional and interfering in the female cycle of sexual response. **Objective:** to evaluate sexual function in primiparous women following vaginal delivery. **Methods:** Cross-sectional study, approved by the State University of Paraíba Ethics Committee in Research (CAAE44775015.1.0000.5175), comprising 64 primiparous women aged from 18 to 35 years old, following vaginal episiotomy (n = 20), no episiotomy (n = 20) and nulligest women (n = 24). Biological, sociodemographic and sexual function characteristics (Female Sexual Function Index - FSFI) were verified. The primiparous women answered the questionnaire three months postpartum and the same questionnaire was answered by the nulligest group. **Results:** women with episiotomy, without episiotomy and nulligest exhibited an average of 22.2 ± 4.22 ; 21.1 ± 5.20 and 25.9 ± 3.57 years old respectively, and a mean of 14.4 ± 2.18 ; 14.2 ± 2.28 and 18.8 ± 1.42 schooling years. Regarding sexual function, a worse pain score (3.54 ± 1.60) was found in primiparous women with episiotomy and worse scores in the other domains (desire, excitation, lubrication, orgasm, satisfaction) in the no-episiotomy group. **Conclusion:** primiparous women presented with the worst sexual function indexes, in all domains, compared to nulligest ones and regarding the pain domain, the episiotomy group presented with the worst score, compared to the group without episiotomy and nulligest group, besides exhibiting the worst mean in the FSFI total score.

Keywords: Postpartum period. Pelvic floor. Episiotomy. Sexual and reproductive health.

REFERÊNCIAS

Abdo CHN, Fleury HJ. Dor genital feminina. Diagnóstico e Tratamento. 2013; 18: 124-7.

Abuchaim ESV, Silva IA. Vivendo la lactancia y la sexualidad em la maternidad: dividinéndose entre ser madre e mujer. **Ciênc Cuidado Saúde**. 2006 maio/agosto; 5(2):220-8.

AFSHARI, Poorandokht et al. Comparison of pelvic floor muscle strength in nulliparous women and those with normal vaginal delivery and cesarean section. **International urogynecology journal**, v.28, n.8, p.1171-1175, 2017.

AMORIM, H.; BRASIL, C.; GOMES, T.; CORREIA, L.; MARTINS, P.; LORDELO, P. Relação do tipo e número de parto na função sexual e autoimagem genital feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v.5, n.1, p.49-56, abr. 2015.

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociência**, v. 18, n. 2, p. 267-74, 2010.

BARBOSA, A.M.P. et. al. Efeito da via de parto na força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2005; 27(11): 677-82.

BARRETO, C.P. **Revisão sistemática sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2014. Orientadora: Professora Doutora Camilla Alexsandra Schneck.

Graziottin A. Why deny dyspareunia its sexual meaning? Archives of Sexual Behavior. 2005; 34: 32-4.

Gualda DMR. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.

GÜN, İsmet; DOĞAN, Bülent; ÖZDAMAR, Özkan. Long-and short-term complications of episiotomy. **Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology**, v. 13, n. 3, 2016.

HOLANDA, J.B.L.; ABUCHAIM, E.S.V.; COCA, K.P.; ABRÃO, A.C.F.V. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.6, p.573-8, 2014.

LIPSCHUETZ, Michal et al. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.191, p.90-94, 2015.

MATHIAS, A.E.R.A.; PITANGUI, A.C.R.; MACEDO, L.F.; DIAS, T.G. Incontinência urinária e disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional e seis meses após o parto. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, 4(2): 21-31, jul./dez. 2015.

MENDONÇA, C.R.; SILVA, T.M.; ARRUDA, J.T.; GARCÍA-ZAPATA, M.T.A.; AMARAL, W.N. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Femina**, v.40, n.4, jul./ago. 2012.

PACAGNELLA, R.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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2333-2344, nov. 2009.

PROGIANTI, Jane Márcia; DE ARAÚJO, Luciane Marques; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p.45-49, 2008.

RODRIGUES, A.M.; OLIVEIRA, L.M.; MARTINS, K.F.; ROY, C.A.; SARTORI, M.G.F.; GIRÃO, M.J.B.C.; CASTRO, R.A. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.1, p.17-21, 2009.

VETTORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENTSCHEL, H.; RAMOS, J.G.L.; MARTINS-COSTA, S.H.; BADALOTTI, M. Sexualidade e puerpério: uma revisão de literatura. **Revista HCPA**. Porto Alegre. v.32, n.4, p.473-479, 2012.

YOHAY, David et al. Prevalence and trends of pelvic floor disorders in late pregnancy and after delivery in a cohort of Israeli women using the PFDI-20. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 200, p. 35-39, 2016.

ZUCCHI E.V.M. et al. Impacto da atividade esportiva no assoalho pélvico. **Femina**, v.31, n.4, p.333-335, 2003.

APÊNDICE



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com os critérios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Cara senhora, você está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa:
“AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: o motivo que nos leva a estudar o problema é a possibilidade de saber se o parto provoca alteração na força dos músculos do assoalho pélvico. Sabe-se que a gestação e o parto pode ocasionar sobrecarga ao períneo e essa sobrecarga pode ocasionar dor perineal, disfunção sexual e incontinência urinária. No entanto, a episiotomia pode ser evitada na maioria dos casos em que ela é realizada. Existe uma necessidade de conhecer as alterações que o parto vaginal, com e sem episiotomia e a cirurgia cesárea provoca nos músculos do assoalho pélvico e na funcionalidade.

A avaliação funcional dos MAP será realizada diariamente pelos pesquisadores responsáveis e cada participante deve realizar essa avaliação em três meses após o parto. A avaliação clínica será feita através de questionário, contendo quesitos sobre características biológicas, uroginecológicas, da vida sexual, hábitos de vida, nível de atividade física e, no caso das primíparas, haverá questões sobre as características obstétricas e neonatais. O benefício será o conhecimento das condições clínica e funcional do assoalho pélvico e se for encontrada alguma disfunção, haverá encaminhamento a um serviço de tratamento especializado.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: a senhora será acompanhada por equipe formada por ginecologistas e obstetras, fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia e medicina. Durante a realização da pesquisa não haverá alteração no acesso ao atendimento da senhora no ISEA.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: a senhora será esclarecida sobre o que desejar sendo livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: a participação no estudo não acarretará custos para a senhora. Todos os exames serão realizados gratuitamente e a senhora poderá receber ressarcimento ou indenização, segundo as normas legais, para qualquer situação em que se sinta lesada.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ que realizou parto no ISEA, declaro que fui informada dos objetivos e finalidade da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e alterar minha decisão, sem que isso venha prejudicar meu atendimento no ISEA. O(a) pesquisador(a) _____ certificou-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo pesquisador responsável. Em caso de dúvidas poderei chamar o(a) estudante _____ ou a pesquisadora fisioterapeuta Lorena Carneiro de Macêdo, no telefone (83) 98801.7034 ou contactar o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife/PE, Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16:00hs (tarde).

Declaro ainda que concordarei em seguir todas as orientações do pesquisador, concordarei em participar desse estudo, que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do participante	Data	
Nome	Assinatura do pesquisador	Data	

ANEXO 1

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL

Female Sexual Function Index

(Pacagnella RC, et al, 2009)

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.

1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?
2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.	2. Muito alto. 3. Alto. 4. Moderado. 5. Baixo. 6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.	1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?
1. Sem atividade sexual. 2. Muito alto. 3. Alto. 4. Moderado. 5. Baixo. 6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.	1. Sem atividade sexual. 2. Segurança muito alta. 3. Segurança alta. 4. Segurança moderada. 5. Segurança baixa. 6. Segurança muito baixa ou sem segurança.	1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. 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?	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?	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?
1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).	1. Sem atividade sexual. 2. Extremamente difícil ou impossível. 3. Muito difícil. 4. Difícil. 5. Ligeiramente difícil. 6. Nada difícil.	1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).

tempo). 6. Quase nunca ou nunca.		tempo). 6. 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?	11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?	12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo "(clímax/"gozou")"?
1. Sem atividade sexual. 2. Extremamente difícil ou impossível. 3. Muito difícil. 4. Difícil. 5. Ligeiramente difícil. 6. Nada difícil.	1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.	1. Sem atividade sexual. 2. Extremamente difícil ou impossível. 3. Muito difícil. 4. Difícil. 5. Ligeiramente difícil. 6. Nada difícil
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?	14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?
1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.	1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.	1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.	1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.	1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?		
1. Sem atividade sexual. 2. Muito alto. 3. Alto. 4. Moderado. 5. Baixo. 6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.		