

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento**

**Dificuldades no retorno à atividade sexual nos  
primeiros seis meses após o parto, na cidade de  
Pelotas, RS.**

**Cristine Eliane Gomes Rodrigues**

**Setembro de 2009**

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento**

**Dificuldades no retorno à atividade sexual nos  
primeiros seis meses após o parto, na cidade de  
Pelotas, RS.**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de Pós -  
- Graduação em Saúde e  
Comportamento da Universidade  
Católica de Pelotas.

**Cristine Eliane Gomes Rodrigues**

**Pelotas, Setembro de 2009**

## **AGRADECIMENTOS**

Começo agradecendo à minha família, em especial aos meus pais, que são meus principais incentivadores e exemplos de vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Elaine Albernaz, por todos os conhecimentos e orientações transmitidas.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Fernando Barros, um agradecimento especial por sempre conseguir algumas horas de seu tempo para contribuir com este estudo.

Ao Dr. Ricardo Silva e ao Dr. Sérgio Tessaro agradeço por tão gentilmente terem aceito participar da minha banca examinadora.

Quero lembrar de pessoas muito queridas e especiais que conheci no decorrer da elaboração deste trabalho: Luciana Quevedo, Karen Jansen, Jean Oses, Luciano Souza, Cristina Kaufmann, Russélia Godoy, Daniele Tavares e Roberta Canez. Todos sempre tiveram uma palavra de incentivo e carinho nos momentos mais difíceis desta jornada.

Lembro com especial gratidão das mães que participaram deste estudo, para que fosse possível sua realização.

## ÍNDICE

<b>1 Identificação</b> .....	05
1.1 Título.....	05
1.2 Título abreviado.....	05
1.3 Mestranda.....	05
1.4 Orientador.....	05
1.5 Co-orientador.....	05
1.6 Instituição.....	05
1.7 Linha de pesquisa.....	05
1.8 Data.....	05
<b>2 Projeto de pesquisa</b> .....	06
<b>3 Artigo a ser submetido ao British Journal of Obstetrics and Gynaecology</b> .....	36
<b>4 Anexos</b> .....	70
4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
4.2 Triagem hospitalar.....	71
4.3 Questionário dos 180 dias.....	91

## **1. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1. Título:** Dificuldades no retorno à atividade sexual nos primeiros seis meses após o parto, na cidade de Pelotas, RS

**1.2. Título abreviado:** Dificuldades no retorno à atividade sexual após o parto

**1.3. Mestranda:** Cristine Eliane Gomes Rodrigues

**1.4. Orientador:** Profa. Dra. Elaine Albernaz

**1.5. Co-orientador:** Prof. Dr. Fernando C. Barros

**1.6. Instituição:** Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

**1.7. Linha de Pesquisa:** Amamentação e puerpério.

**1.8. Data:** Setembro de 2009.

## **2. PROJETO DE PESQUISA**

### **II. INTRODUÇÃO**

Diferente dos outros animais, o ato sexual na raça humana ultrapassa a finalidade biológica procriativa e abrange a esfera afetiva, psíquica, comportamental e até cultural, em diversos níveis da individualidade.

Gravidez, parto e puerpério representam uma importante transição que geralmente tem um impacto significativo sobre a sexualidade do casal, podendo levar a um aprofundamento da vivência sexual ou, pelo contrário, desencadear o início de várias dificuldades, conduzindo a disfunções e problemas com impacto negativo na saúde física e psicológica da gestante e do seu companheiro. As investigações nesta área indicam que a gravidez e o período pós-parto constituem uma fase crítica para o início ou agravamento de problemas sexuais.

No que se refere à satisfação sexual da mulher, os estudos do período pós-parto mostram que este é um período mais difícil do que a fase pré-gravídica. Apenas 20% das mulheres atingem o clímax na sua primeira relação sexual pós-parto, aumentando esse valor para 75% do terceiro ao sexto mês após o nascimento. O tempo médio para atingir o orgasmo está estimado para sete semanas pós-parto (von Sydow 1999).

Muitos fatores colaboram para esta dificuldade da mulher após o parto. As alterações corporais que se sucedem ao longo da gravidez, associam-se por vezes a sentimentos de perda da auto-estima devido a percepções subjetivas de fraca atratividade física e incapacidade de sedução. Frequentemente também subsiste a idéia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez (von Sydow 1999).

Também contribuem para a disfunção sexual do período puerperal fatores como a dor à penetração, a pouca lubrificação vaginal, e a diminuição do desejo. Em primíparas, a dor durante a relação sexual (dispareunia) apresenta-se com muita freqüência. A dispareunia pode persistir durante alguns meses no pós-parto, por razões de natureza fisiológica, levando concomitantemente a uma perda do desejo sexual da mulher. (Glazener 1997).

Em razão de todas estas dificuldades, uma proporção significativa dos casais (entre 20 a 60%) sentem receio de reiniciar a atividade sexual. Muitas vezes o relacionamento sexual dos casais não retorna à normalidade pré-concepcional, e um número importante de casais, que alguns autores sugerem ser de um terço do total, continuam tendo dificuldades três a quatro anos após o parto. A situação oposta também ocorre e um quarto das mulheres relata um aumento da satisfação na sua vida sexual após o parto (von Sydow 1999).

Tendo em vista a importância do período puerperal na vida afetiva e sexual da mulher e do casal, e da influência dos fatores culturais sobre o afeto e a sexualidade, são necessários estudos com populações no período puerperal, que investiguem cuidadosamente estes elementos para que se possa atuar preventivamente em ações que diminuam as dificuldades no retorno das atividades sexuais após o nascimento.

Aproveitando a existência de um estudo perinatal de base populacional realizado recentemente em Pelotas, RS, em 2002-03, onde estes aspectos foram abordados, decidimos realizar a presente investigação, considerando não só a prevalência de problemas sexuais pós-parto, mas também a influência de variáveis demográficas, socioeconômicas e culturais neste fenômeno.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo principal:

Avaliar a retomada da atividade sexual após o parto em uma população de mulheres de Pelotas, em especial o tempo de retomada e os problemas principais encontrados pelas mulheres.

#### 3.2. Objetivos específicos:

- 1) Determinar a proporção de mulheres que tem problemas na retomada das atividades sexuais;
- 2) Identificar quais são os problemas mais comumente encontrados pelas mulheres para a retomada de atividades sexuais satisfatórias;
- 3) Estudar a influência de fatores tais como idade, nível educacional, paridade, estado civil, cor da pele, tipo de parto e amamentação.

#### 3.3. Hipóteses:

- 1) A média do tempo de retomada das atividades sexuais será ao redor de três meses;
- 2) A prevalência de problemas sexuais puerperais será em torno de 25%;
- 3) Os problemas sexuais mais comuns vivenciados pelas mulheres serão: dor à penetração, falta de lubrificação, diminuição da libido;
- 4) Os problemas sexuais serão mais freqüentes entre mulheres de menor nível socioeconômico, primíparas, com parto vaginal, em vigência de amamentação.



#### IV. ESTRATÉGIAS DE BUSCA

##### DESCRITORES:

Postpartum  
Postpartum Abstinence  
Puerperium  
Sexual function postpartum  
Sexual activity postpartum

##### LILACS:

Descritor: Postpartum and sexual activity  
Total artigos: 6  
Selecionados: 0

Descritor: Relação sexual no pós parto  
Total: 14  
Selecionados: 2

##### PUBMED:

Descritor: Postpartum period and sexual behavior  
Total artigos: 97  
Selecionados: 16

Descritor: Postpartum and sexual activity  
Total artigos: 388  
Selecionados: 31

MEDLINE:

Descritor: Relação sexual pós- parto

Total artigos: 39

Selecionados: 12

GOOGLE ACADÊMICO:

Descritor: Relação sexual no puerpério entre 1998 e 2008

Total artigos: 462

Selecionados: 8

Do total de 69 artigos selecionados após a leitura dos mesmos, somente 14 apresentaram interesse para o estudo e serão apresentados na revisão da literatura.

## V. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura constou de estudos originais (Quadro 1) e revisões da literatura (Quadro 2). Duas revisões foram localizadas – uma de um autor alemão, publicado em uma revista de psicossomática, que realizou uma meta-análise de 59 estudos, avaliando o comportamento sexual durante a gravidez e o pós-parto, e os sentimentos da mulher e do casal (von Sydow 1999). Resumindo os achados, este autor encontrou que a atividade sexual declina durante a gravidez, sendo que no oitavo mês metade dos casais tem relações sexuais, e esta proporção cai para um terço no último mês. O primeiro orgasmo pós-parto ocorre, em média, após as sete semanas do nascimento.

Aos 6-12 meses após o parto, a atividade sexual está reduzida em 40-50% das mulheres. Foi descrito, também, que aos 6 meses após o parto, a dispareunia foi duas vezes mais freqüente entre as mães que amamentavam.

A segunda revisão, realizada nos Estados Unidos, avaliou especificamente a função sexual pós-parto com relação ao tipo de parto, tendo localizado seis estudos (Hicks, Goodall et al. 2004). Estas autoras descreveram uma forte associação entre parto vaginal instrumentado (fórceps e vácuo) com dor e disfunção sexual, bem mais freqüente do que entre mulheres com parto vaginal espontâneo ou cesariana. Alguns dos estudos revisados mostram menos dispareunia em mulheres submetidas ao parto cesariana.

Quanto aos estudos originais, estes foram, em sua maioria, de delineamento observacional – ou transversal, realizados nos primeiros meses após o parto, ou estudos longitudinais, onde as mulheres foram acompanhadas até 6 ou 12 meses após o parto. Quase todos usaram uma amostragem de conveniência, não representativa da população estudada. Somente dois estudos de base populacional foram localizados, ambos na Austrália (Brown and Lumley 1998; Thompson, Roberts et al. 2002). Um único estudo não observacional foi incluído – o ensaio clínico aleatorizado de Hannah e cols,

(Hannah, Hannah et al. 2002) onde mulheres com gravidez a termo com apresentação pélvica foram destinadas aleatoriamente ao grupo de parto vaginal ou parto por cesariana.

No que se refere à qualidade dos estudos, criou-se um sistema de pontuação, levando em consideração quatro critérios: tipo de estudo, quantidade de perdas, instrumentos de avaliação e tipo de análise estatística.

Dependendo da qualidade de cada item, os estudos foram categorizados entre 0 e 4 pontos, conforme a tabela a seguir.

Critérios de avaliação de qualidade de artigos científicos:

Critérios	Sim	Não
Estudos com base populacional ou ensaios clínicos aleatorizados	1	0
Perdas inferiores a 20%	1	0
Uso de instrumento validado ou questionário estruturado bem planejado	1	0
Análise estatística criteriosa, ajustando para fatores de confusão, se necessário.	1	0

Utilizando este critério, 7 estudos tiveram 1 ponto, 4 tiveram 2 pontos e somente 3 tiveram 3 pontos. Nenhum estudo obteve um escore de 4 pontos.

Os estudos de observação sugerem uma maior freqüência de problemas sexuais pós-parto em mulheres que tiveram parto vaginal instrumentado – com

episiotomia, fórceps e/ou vácuo extrator (Brown and Lumley 1998; Byrd, Hyde et al. 1998; Lydon-Rochelle, Holt et al. 2001; Signorello, Harlow et al. 2001; Thompson, Roberts et al. 2002; Buhling, Schmidt et al. 2006; Baksu, Davas et al. 2007; Woranitat and Taneepanichskul 2007). Entretanto, esta associação não foi descrita em outros estudos (Barrett, Peacock et al. 2005; Botros, Abramov et al. 2006).

É interessante notar que o único estudo experimental, o ensaio aleatorizado de apresentação pélvica (Hannah, Hannah et al. 2002), não confirmou a associação entre tipo de parto e problemas sexuais, o que poderia sugerir que esta associação estaria sendo, pelo menos, parcialmente influenciada por fatores de confusão. Mas o fato de que muitos estudos observacionais relatam a mesma associação é um elemento a favor de que ela exista.

Além do tipo de parto, uns poucos estudos descrevem uma associação entre amamentação e menor retomada da atividade sexual ou menor interesse sexual (Byrd, Hyde et al. 1998; Signorello, Harlow et al. 2001; Rowland, Foxcroft et al. 2005).

Outro estudo transversal realizado nos Estados Unidos, avaliou a idade da mulher e a paridade, descrevendo maior prevalência de prazer sexual entre primíparas, independente da idade e do tipo de parto (Botros, Abramov et al. 2006). O oposto, maior dificuldade sexual entre as primíparas, foi descrito na Austrália por Thompson, 2002 (Thompson, Roberts et al. 2002)

5.1. Quadro 1. Artigos originais:

Autor/Ano/País	Tipo estudo	Número e características da população	Desfechos estudados	Instrumentos	Resultados	Escore, qualidade e limitações
Botros, Abramov et al. 2006, Estados Unidos	Transversal	542 pares de gêmeas	Atividade sexual, razões para ausência de atividade sexual	PISQ-12 – Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – instrumento que avalia o efeito dos sintomas uro-ginecológicos na função sexual	Nulíparas tiveram maior satisfação do que mulheres que tiveram partos, independente da idade e tipo de parto. Idade maior de 50 anos e sintomas urinários estiveram associados com menor atividade sexual. Não houve associação com tipo de parto, e nas mulheres com partos vaginais não houve associação com episiotomia.	Resultados centrados em um instrumento que mede atividade sexual em relação a sintomas geniturinários. Escore: 2
Rowland, Foxcroft et al. 2005, Canadá	Transversal, primeira visita pós-parto	316 puérperas	Retomada das atividades sexuais	Questionário estruturado	Mulheres amamentando e com parto vaginal com episiotomia	Data da entrevista variou entre 2 e 12 semanas após o parto, fazendo com a

					tiveram menor prevalência de retomadas sexual	variável retomada da atividade sexual tivesse diferentes medidas em cada mulher. Amostra pequena, não baseada em nenhum cálculo prévio. Escore: 1
Barrett, Peacock et al. 2005, Estados Unidos	Transversal, 6 meses após o parto	796 primíparas	Retomada das atividades sexuais e problemas relacionados com a atividade sexual	Questionário estruturado	80% das mulheres retomaram a atividade sexual nos primeiros 3 meses, e não houve diferenças conforme o tipo de parto (vaginal ou cesariana). Problemas durante as relações sexuais ocorreram igualmente entre mulheres com parto vaginal ou cesariana	Das mulheres que receberam o questionário por correio, somente 61% responderam. As que não responderam tinham características diferentes: mais adolescentes, não casadas, não inglesas, desempregadas. Pontos positivos: análise de problemas sexuais foi bem feita, com análise por componentes principais, e vários sintomas foram

						avaliados. Escore: 1
Woranitat and Taneepanichskul 2007, Tailândia	Transversal	80 mulheres recrutadas do Family Planning Clinic King Chulalongkorn Memorial Hospital entre 18 e 45 anos até 6 semanas após o parto	Características da função sexual durante o pós- parto.	FSFI – Female Sexual Function Index	35% das mulheres retomaram a atividade sexual com 6 semanas após o parto. Mulheres com episiotomia retomaram mais tarde as relações sexuais e relataram mais dificuldades sexuais, relacionadas com desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação, e dor	O FSFI usado neste estudo é um instrumento que avalia a função sexual em distintas dimensões. Escore: 1
Lydon-Rochelle, Holt et al. 2001, Inglaterra	Transversal, 5 semanas após o parto	971 primíparas	Associação de tipo de parto com função sexual pós- parto	Componente do Statewide Obstetrical Review of Quality System (StORQS)	Mulheres com parto vaginal assistido tiveram mais problemas de função sexual pós-parto do que aquelas com parto vaginal espontâneo ou cesariana, medido através de um escore	Somente 59% das mulheres responderam ao questionário. Houve dificuldade de separar partos vaginais com uso de fórceps e vácuo extrator. Escore: 1
Buhling, Schmidt et al. 2006,	Transversal entre 6 meses e 2 anos	655 primigestas	Associar a via de parto com a	Questionário estruturado	47% tiveram relação sexual com 8	O questionário foi enviado entre 6



Alemanha	e meio após o parto		função sexual		semanas após o parto e 31% não tiveram dor na sua relação. 49% tiveram uma dor de intensidade moderada dependendo da via de parto. Houve uma divisão em grupos onde foi avaliado a dispareunia após 6 meses do nascimento: A) Parto espontâneo (3,5%), B) Cesariana (3,4%), C) Parto com episiotomia ou laceração (11%), D)Parto instrumentado (14%)	meses e 2 anos e meio após o parto, o que pode ter provocado um viés de recordação. Além disso, somente 40% das mulheres responderam ao questionário. Escore: 1
Connolly, Thorp et al. 2005, Inglaterra	Longitudinal com 2, 6, 12 e 24 semanas após o parto	150 nulíparas com mais de 18 anos	Fatores de risco para a disfunção sexual incluindo a episiotomia, a via de parto e a amamentação	Questionário estruturado	Com 6, 12 e 24 semanas pós- parto, 57%, 82% e 90% das mulheres, respectivamente, haviam tido relações sexuais, e 39%, 60% e 61% haviam tido orgasmo. Não houve	A amostra de conveniência é uma limitação deste estudo. O estado conjugal não foi avaliado. Escore: 2

					associação entre episiotomia e a prevalência de orgasmo.	
van Brummen, Bruinse et al. 2006, Inglaterra	Longitudinal, de 12 semanas de gestação até 12 meses após o parto.	377 primíparas com gestação de baixo risco.	Fatores que determinam a atividade e satisfação sexual um ano após o parto.	Questionário estruturado e o Maudsley Marital Questionnaire: MMQ-S	Com 3 meses pós-parto, 19% das mulheres não haviam retomado as atividades sexuais, e esta proporção foi de 6% aos 12 meses. Satisfação sexual um ano após o nascimento, não esteve associada com o tipo de parto, mas sim com a idade materna (mães mais idosas) e com ruptura do esfínter	Amostra selecionada, de baixo risco. Não houve investigação sobre parceiros. Não houve associação com tipo de parto, mas houve com ruptura esfinteriana anal, que está relacionada usualmente com parto vaginal sem episiotomia. Escore: 1
Byrd, Hyde et al. 1998, Estados Unidos	Longitudinal, do segundo semestre da gravidez aos 12 meses pós-parto.	570 mulheres e 550 maridos	Retomada das relações sexuais	Questionário estruturado e Partner Role Quality Scale, que mede aspectos positivos e negativos da relação do casal.	Com um mês pós-parto, 19% dos casais haviam retomado atividades sexuais, esta proporção foi de 90% aos 4 meses pós-parto. Nos primeiros 4 meses	Estudo com mulheres brancas, não incluiu adolescentes. Somente resultados brutos apresentados, não foi realizado nenhum tipo de ajustamento para

					pós-parto, mulheres amamentando tiveram menos atividade sexual e menos satisfação. Mulheres com parto vaginal sem episiotomia haviam retomado relações sexuais com mais frequência (71%) do que as de parto vaginal com episiotomia (39%) e as de cesarianas (47%).	variáveis de confusão. Escore: 1
Signorello, Harlow et al. 2001, Estados Unidos	Longitudinal, do nascimento até 6 meses após o parto	615 primíparas com parto vaginal	Três grupos: 1) períneo intacto ou primeiro grau, 2) laceração de períneo de segundo grau, e 3) laceração de terceiro/quarto graus	Questionário estruturado	Aos 3 meses, dispareunia estava presente em 32.8% no grupo 1, 48.2% no grupo 2, e 61.4% no grupo 3. Aos 6 meses, estas prevalências eram 18.6%, 24.21% e 26.7%, respectivamente. Aos 6 meses, as mães que amamentavam	70% das mulheres responderam aos questionários, o que pode ter introduzido um viés de seleção. Somente mulheres com parto vaginal foram estudadas. Escore: 2

					tiveram 4 vezes mais risco de dispareunia, mesmo após o ajuste de variáveis de confusão.	
Baksu, Davas et al. 2007, Turquia	Longitudinal, da primeira vista pré-natal aos 6 meses pós parto.	248 primigestas que tiveram seus filhos no Sisli Etfal Training and Research Hospital.	Avaliar como a via de parto interfere na função sexual após o parto	FSFI – Female Sexual Function Index	Pacientes que tiveram parto vaginal com episiotomia tiveram função sexual com escores mais baixos, quando comparado com os do pré-parto. No grupo das pacientes submetidas a cesariana essa diferença não foi observada. Entre os grupos parto vaginal e cesariana há uma diferença com escores mais baixos para os partos vaginais em todos os critérios analisados pelo FSFI	O FSFI usado neste estudo é um instrumento que avalia a função sexual em distintas dimensões. Score: 2
Brown and Lumley 1998,	Estudo transversal de	1336 mulheres	Prevalência de problemas	Questionário estruturado	26% relataram problemas sexuais,	Uma qualidade do estudo é ter uma

Austrália	base populacional de 6 a 7 meses após o parto		emocionais, psicológicos e de saúde após o nascimento		sendo estes problemas mais comuns entre as que tiveram parto vaginal com episiotomia, uso de fórceps ou vácuo extrator.	base populacional, e ter ajustado os resultados para fatores de confusão. Escore: 3
Thompson, Roberts et al. 2002, Austrália	Estudo longitudinal de base populacional, com 4 dias, e 8,16 e 24 semanas após o nascimento	1193 mulheres	Problemas maternos 6 meses após o parto associados com a via de parto e paridade	Questionário estruturado	Primigestas possuem mais dificuldades que as multiparas em relação a dor e problemas sexuais. Aos 6 meses após o parto, a prevalência de problemas sexuais foi de 18% nas que tiveram parto vaginal normal, 28% nas com parto vaginal assistido, e 19% nas de cesariana.	Estudo de base populacional com 92% de acompanhamento aos 6 meses. Escore: 3
Hannah, Hannah et al. 2002, Estados Unidos	Ensaio clínico aleatorizado de parto vaginal ou cesariana para apresentação pélvica a termo, acompanhamento	1596 mulheres de 110 centros	Retomada das atividades sexuais e dor à relação sexual	Questionário estruturado	Não houve diferença entre mulheres de parto vaginal (14.5%) e cesariana (16.2%), no que se refere à retomada da atividade sexual, e	Único ensaio clínico aleatorizado identificado, o que garante a comparabilidade entre os grupos. Escore: 3

	3 meses após o parto				referente a dor durante a relação (18.7% e 17.0%, respectivamente)	
--	----------------------	--	--	--	--	--

5.2. Quadro 2. Artigos de revisão:

Autor/Ano/País	Estudo revisados	Características dos estudos	Desfechos estudados e instrumentos	Resultados principais	Qualidade e limitações
von Sydow 1999, Inglaterra	59 publicações entre 1950-96	23 longitudinais, 23 transversais, e 14 com outras metodologias. 92% dos estudos se referiam a situações durante a gravidez, 44% ao período pós-parto, e 31% iam além de 3 meses após o parto,	Comportamento sexual e sentimentos de mães ou do casal durante a gestação ou após o nascimento	A atividade sexual declina durante a gravidez, sendo que no oitavo mês metade dos casais tem relações sexuais e esta proporção cai para um terço no último mês. O primeiro orgasmo pós-parto ocorre, em média, após as sete semanas do nascimento. Aos 6-12 meses após o parto, a atividade sexual está reduzida em 40-50% das mulheres. Mais da metade das mulheres experimentam dispareunia durante a primeira relação pós-parto. Com 6 meses após o parto, 16% das mulheres que não amamentam e 36% das que amamentam ainda queixam dispareunia.	Revisão ampla, avalia diversos aspectos da sexualidade durante a gravidez e no pós-parto, incluindo estudos sobre o parceiro. Como os estudos incluídos vão até os publicados em 1996, a literatura mais recente sobre o tema não está aqui incluída.
Hicks, Goodall	Revisão	6 estudos	Função sexual pós-parto	Houve uma forte associação	Muitos estudos foram

<p>et al. 2004, Estados Unidos</p>	<p>sistemática entre 1990 e 2003</p>	<p>incluídos: 1 estudo transversal e 5 estudos longitudinais, todos feitos através de comunicação por correio</p>	<p>relacionada ao tipo de parto.</p>	<p>entre parto vaginal instrumentado (fórceps e vácuo) e dor e disfunção sexual, maior do que entre mulheres com parto vaginal espontâneo ou cesariana. Alguns estudos não mostram diferença na função sexual entre mulheres com parto vaginal espontânea e cesariana, enquanto outros reportam menos dispareunia em mulheres submetidas a cesareana.</p>	<p>retrospectivos, o que pode ter afetado a qualidade da informação. Além disso, somente um estudo utilizou um instrumento de mensuração validado. Alguns estudos não diferenciaram o tipo de parto vaginal.</p>
------------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	--



## VI. METODOLOGIA

### 6.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO:

Estudo de coorte prospectivo, que incluiu a triagem hospitalar de todas as mães que tiveram seus filhos na cidade de Pelotas de setembro de 2002 a maio de 2003. Foi acompanhada uma amostra aleatória de 30% destes nascimentos aos 30, 90 e 180 dias após o parto e para o presente estudo foram usados os dados obtidos nos 180 dias do pós-parto.

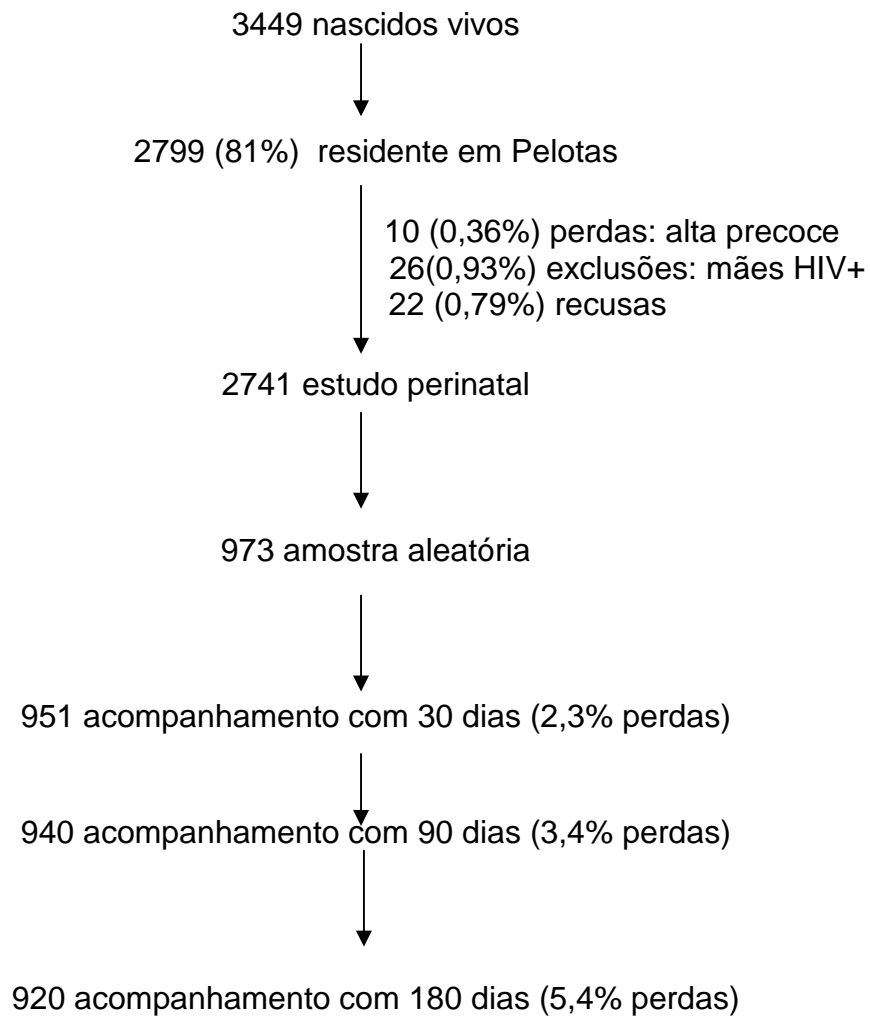
### 6.2. AMOSTRAGEM:

Este estudo está inserido em uma pesquisa maior que avaliou vários desfechos.

Foram entrevistadas as mães das crianças nascidas nas maternidades da cidade de Pelotas, no período de setembro de 2002 a novembro de 2003, estimando-se a ocorrência de 400 partos/mês.

Foram feitas visitas domiciliares a 30% da amostra, escolhida de forma aleatória aos 30, 90 e 180 dias de vida. Este projeto utilizará dados das entrevistas perinatal e domiciliar aos 180 dias após o nascimento. A amostra visitada aos seis meses foi de 920 mulheres. Este tamanho de amostra permite estimar uma prevalência de 25% de dificuldade de retorno às atividades sexuais, com um erro aceitável de 5%, poder de 90% e alfa de 0,05 (Victora, 1998).

Número de gestantes envolvidas no estudo:



### 6.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:

Foram incluídas no estudo todas as mães residentes na zona urbana da cidade de Pelotas que não apresentassem problemas graves que contra-indicassem o aleitamento materno (malformações graves do bebê, HIV+), uma vez que o principal desfecho de interesse do estudo era a avaliação da amamentação.

#### 6.4. INSTRUMENTOS:

Foram utilizados questionários padronizados, com questões previamente testadas, que sofreram modificações, conforme estudo-piloto.

Os questionários foram acompanhados de um manual de instruções que teve a finalidade de levar os entrevistadores a proceder de maneira uniforme e utilizarem as mesmas definições para a coleta de dados. Esse manual constou de uma parte geral, em que o entrevistador recebeu instruções sobre como se apresentar, codificar as questões e proceder em casos de dúvidas. A parte específica do manual dizia respeito à orientação para entender, formular e codificar cada questão isoladamente.

#### 6.5. LOGÍSTICA:

O estudo de coorte teve dois componentes: perinatal (triagem hospitalar) e acompanhamento (visitas domiciliares com 30, 90 e 180 dias).

A equipe foi composta por uma supervisora do componente perinatal e quinze entrevistadores e por duas supervisoras do componente de acompanhamento com dezessete entrevistadores, todos estudantes de Medicina, treinados previamente que não tinham conhecimento prévio dos objetivos do estudo e iniciaram o trabalho logo após tornarem-se aptos através do treinamento.

Os entrevistadores visitavam as maternidades duas vezes ao dia e entrevistavam as mães cujos partos ocorriam no horário que lhes foi designado. Para os partos ocorridos entre 17h e 07h, os questionários eram aplicados pela manhã. Quando ocorriam entre 07h e 17h, os mesmos eram aplicados no final da tarde, sempre respeitando pelo

menos, quatro horas entre o parto e a entrevista. As perdas ocorridas eram identificadas e buscadas no domicílio.

Posteriormente, foi selecionada, de forma aleatória, uma amostra de 30% das mães, através do programa SPSS 8.0 for windows, as quais foram entrevistadas no domicílio aos 30, 90 e 180 dias de vida do bebê.

As reuniões com os entrevistadores ocorriam semanalmente, para entrega dos questionários, discussão e identificação de possíveis perdas e recusas.

Os questionários foram codificados pelos próprios entrevistadores, com caracteres padronizados. As supervisoras ficaram responsáveis pela revisão dos questionários, colocação do Código Internacional de Doenças (CID 10) em patologias e codificação das perguntas abertas.

Consideraram-se como perdas os pares mãe/bebê não localizados para aplicação dos questionários e como recusas aquelas que não aceitaram participar ou continuar no estudo.

#### 6.6. TREINAMENTO E SELEÇÃO DA EQUIPE:

A seleção dos entrevistadores ocorreu a partir de candidatos que se apresentaram, voluntariamente, em data marcada para a reunião. A divulgação da seleção deu-se através de convite de professores em sala de aula e divulgação pelos próprios alunos. A avaliação constou de entrevista e desempenho.

O treinamento foi feito através do entendimento da técnica das entrevistas e aplicação dos questionários, bem como da interpretação do manual de instruções. Foram feitas simulações de entrevistas, em que pessoas do grupo funcionaram, alternadamente, como entrevistados e entrevistadores, visando obter uniformidade no modo de formular as questões, bem como de observar o comportamento dos entrevistadores diante das adversidades que pudessem ocorrer.

O treinamento teve a duração de sete dias e, ao término, foram selecionados os entrevistadores. Os demais que estiveram aptos permaneceram como suplentes para suprir qualquer desistência ou alguma eventualidade no decorrer do trabalho.

#### 6.7. ESTUDO PILOTO:

O estudo piloto ocorreu após treinamento e foi realizado por meio de entrevistas às mães internadas na maternidade do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP). Os entrevistadores realizaram o trabalho acompanhados pelas supervisoras. Os questionários foram codificados e entregues para revisão e digitação.

#### 6.8. PROCESSAMENTO DOS DADOS:

A digitação dos dados foi feita utilizando-se o programa Epi Info 6.0. A estrutura para a entrada de dados foi criada previamente com esse mesmo programa. Foram criados limites tanto para as variáveis quantitativas como qualitativas, para evitar erros na amplitude e consistência dos dados.

Todos os questionários sofreram dupla digitação e comparação dos dados para detecção de erros. Após a digitação, ocorreu a limpeza dos dados. Estas tarefas couberam a um digitador e às supervisoras.

#### 6.9. ANÁLISE DOS DADOS:

A análise dos dados obedecerá aos seguintes passos:

- cálculo da frequência de todas as variáveis de interesse (tempo de retomada das atividades sexuais e dificuldades na retomada);
- análise bivariada entre os fatores de exposição e os defechos e entre os fatores de exposição e outras variáveis (fatores socioeconômicos, fatores demográficos, características pessoais);
- análise multivariada, conforme modelo hierárquico criado, a qual levará em conta a relação entre as variáveis para identificação de possíveis fatores de confusão na análise dos dados. Para a análise, será usada regressão logística e serão mantidas no modelo as variáveis com  $p < 0,20$ , por serem consideradas fatores de confusão em potencial. Ao final da análise, somente as variáveis com  $p < 0,05$  serão consideradas associadas ao defecho de forma estatisticamente significativa.

Modelo teórico:

Fatores demográficos

Idade  
Cor

Fatores socioeconômicos

Renda familiar  
Escolaridade

Características pessoais

Presença de companheiro

Trabalho remunerado

Pré-natal

Paridade

Morbidade no Pré-natal

Tipo de parto

Morbidade no puerpério

Amamentação

Dificuldade e tempo de retorno às atividades sexuais

#### 6.10. CONTROLE DE QUALIDADE:

O controle de qualidade foi garantido através de vários mecanismos: questionários padronizados, pré-testes dos questionários (estudo-piloto), manual de instruções detalhado, treinamento dos entrevistadores, revisão dos questionários, além da aplicação de um questionário sintetizado a uma amostra aleatória de 10% de todas as mães, com o objetivo de avaliar a qualidade e veracidade dos dados coletados (realizados pelas supervisoras).

#### 6.11. ASPECTOS ÉTICOS:

O projeto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e da Fundação de Apoio Universitário (FAU). Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pela Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas.

Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento.

#### 6.12. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:

Os resultados deste projeto serão publicados sob a forma de artigo científico em revista especializada. Além disso haverá divulgação na comunidade, dos principais achados e implicações.



#### 6.13. CRONOGRAMA:

Preparo projeto atual	Março 2008	Agosto 2008
Análise dos dados	Setembro 2008	Novembro 2008
Redação do artigo	Dezembro 2008	Março 2009
Revisão bibliográfica	Março 2008	Março 2009
Defesa	Abril 2009	

#### 6.14. ORÇAMENTO:

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo. Não houve financiamento para o mesmo, sendo os custos absorvidos pelos mestrandos. Somente um estudante, que auxiliou na organização do banco de dados, recebeu Bolsa de iniciação Científica da FAPERGS.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baksu, B., I. Davas, et al. (2007). "The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women." Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct **18**(4): 401-6.
2. Barrett, G., J. Peacock, et al. (2005). "Cesarean section and postnatal sexual health." Birth **32**(4): 306-11.
3. Botros, S. M., Y. Abramov, et al. (2006). "Effect of Parity on Sexual Function An Identical Twin Study." acogjn **107**(4): 765-770.
4. Brown, S. and J. Lumley (1998). "Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey." Br J Obstet Gynaecol **105**(2): 156-61.
5. Buhling, K. J., S. Schmidt, et al. (2006). "Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **124**(1): 42-6.
6. Byrd, J. E., J. S. Hyde, et al. (1998). "Sexuality during pregnancy and the year postpartum." J Fam Pract **47**(4): 305-8.
7. Connolly, A., J. Thorp, et al. (2005). "Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study." Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct **16**(4): 263-7.
8. Glazener, C. M. (1997). "Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition." Br J Obstet Gynaecol **104**(3): 330-5.
9. Hannah, M. E., W. J. Hannah, et al. (2002). "Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at

- term: the international randomized Term Breech Trial." Jama **287**(14): 1822-31.
10. Hicks, T. L., S. F. Goodall, et al. (2004). "Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence." J Midwifery Womens Health **49**(5): 430-6.
  11. Lydon-Rochelle, M. T., V. L. Holt, et al. (2001). "Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women." Paediatr Perinat Epidemiol **15**(3): 232-40.
  12. Rowland, M., L. Foxcroft, et al. (2005). "Breastfeeding and sexuality immediately post partum." Can Fam Physician **51**: 1366-7.
  13. Signorello, L. B., B. L. Harlow, et al. (2001). "Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women." Am J Obstet Gynecol **184**(5): 881-8; discussion 888-90.
  14. Thompson, J. F., C. L. Roberts, et al. (2002). "Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth." Birth **29**(2): 83-94.
  15. van Brummen, H. J., H. W. Bruinse, et al. (2006). "Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth?" Bjog **113**(8): 914-8.
  16. von Sydow, K. (1999). "Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies." J Psychosom Res **47**(1): 27-49.
  17. Woranitat, W. and S. Taneepanichskul (2007). "Sexual function during the postpartum period." J Med Assoc Thai **90**(9): 1744-8.
  18. Victora, C.G., Barros, F.C. (1998). "Epidemiologia da Saúde Infantil". HUCITEC-UNICEF 3ª edição: 58-59

**3. ARTIGO A SER SUBMETIDO AO BRITISH JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY (BJOG) - An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**

**Título:** Dificuldades no retorno à atividade sexual nos primeiros seis meses após o parto, na cidade de Pelotas, RS

**Título abreviado:** Dificuldades no retorno à atividade sexual após o parto

**Autores:** Cristine Eliane G. Rodrigues

Elaine P. Albernaz

Fernando C. Barros

Regina B. da Silveira

Miriam B. da Silva

Maria Laura W. Mascarenhas

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o tempo e os problemas encontrados na retomada da atividade sexual após o parto nas mulheres de Pelotas.

**Delineamento:** Estudo de Coorte prospectivo.

**Amostragem:** Mulheres que tiveram seus filhos nas maternidades de Pelotas de setembro de 2002 a novembro de 2003.

**População:** De 2741 parturientes no período perinatal, obteve-se uma amostra aleatória de 920 mulheres aos 180 dias após o nascimento.

**Métodos:** Realizadas análise uni e multivariada e somente as variáveis com  $p < 0,05$  foram consideradas associadas ao desfecho de forma estatisticamente significativa.

**Principais medidas:** Razão de prevalência com intervalo de confiança.

**Resultados:** A prevalência de dificuldade no retorno à atividade sexual foi de 25,5% e 80% das mulheres retomaram a vida sexual nos primeiros dois meses após o parto. O principal motivo para não ter relação sexual foi o fato de a mulher não ter companheiro (63%); as demais causas foram a falta de vontade ou de tempo. As primigestas e as mulheres com problemas de saúde no pré ou no pós-natal, apresentaram uma prevalência mais elevada de dificuldades: dores pélvicas, insegurança ou medo e falta de desejo.

**Conclusão:** Encontrou-se uma alta prevalência de dificuldades em retomar as atividades sexuais após o nascimento. Foi um estudo realizado numa cidade do sul do Brasil e, por isso, os achados estão contextualizados à cultura e aos hábitos destas mulheres. Cabe ressaltar a relevância da necessidade de

orientação no pré-natal, para amenizar ou evitar problemas passíveis de resolução.

## **Dificuldades no retorno à atividade sexual nos primeiros seis meses após o parto, na cidade de Pelotas, RS**

### **INTRODUÇÃO**

Gravidez, parto e puerpério representam uma importante transição com impacto significativo na sexualidade do casal, podendo levar a um aprofundamento da vivência sexual ou, ao contrário, desencadear o início de várias dificuldades, conduzindo a disfunções físicas e/ou emocionais da mulher e do seu companheiro.

No que se refere à satisfação sexual da mulher, os estudos do período pós-parto mostram ser um período mais difícil do que a fase pré-gravídica. Apenas 20% das mulheres atingem o clímax na sua primeira relação sexual pós-parto, aumentando esse número para 75% do terceiro ao sexto mês do puerpério. O tempo médio para atingir o orgasmo está estimado em sete semanas pós-parto.<sup>1</sup>

Também contribuem para a disfunção sexual do período puerperal fatores como a dor à penetração, a pouca lubrificação vaginal, e a diminuição do desejo. Em primíparas, a dor durante a relação sexual (dispareunia) apresenta-se com muita frequência, podendo persistir durante alguns meses no pós-parto, por razões de natureza fisiológica, levando, concomitantemente, a uma perda do desejo sexual da mulher.<sup>2</sup>

Uma proporção significativa dos casais (entre 20 a 60%) sentem receio de reiniciar a atividade sexual. Muitas vezes o relacionamento sexual não retorna à normalidade pré-concepcional e um número importante de casais

continua tendo dificuldades três a quatro anos após o parto. A situação oposta também ocorre e um quarto das mulheres relata um aumento da satisfação na sua vida sexual após a maternidade.<sup>1</sup>

Chama a atenção o número escasso de estudos sobre a vida sexual do casal após o parto e os poucos existentes encontram resultados muito controversos, especialmente ao que se refere a via de parto e a amamentação, relacionados com a mudança da atividade sexual da mulher após o nascimento do seu bebê.

Este estudo avalia a prevalência de problemas sexuais no pós-parto e a influência de variáveis demográficas, socioeconômicas e culturais neste fenômeno, em uma população de puérperas na cidade de Pelotas.



## MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma coorte prospectiva cujo objetivo foi a avaliação de vários desfechos relacionados à saúde materno-infantil. Incluiu a triagem hospitalar de todas as mães que tiveram seus filhos na cidade de Pelotas, de setembro de 2002 a maio de 2003. Foi acompanhada uma amostra aleatória (feita através do programa SPSS 8.0 for Windows) de 30% destes nascimentos aos 30, 90 e 180 dias após o parto.

Para avaliar o desfecho “dificuldade no retorno às atividades sexuais”, foram utilizados dados das entrevistas perinatal e domiciliar aos 180 dias após o nascimento. A amostra visitada aos seis meses constava de 920 mulheres. Este tamanho de amostra permitiu estimar uma prevalência de 25% de dificuldade de retorno às atividades sexuais, com um erro aceitável de 5%, poder de 90% e alfa de 0,05.<sup>3</sup>

Incluíram-se todas as mães residentes na zona urbana da cidade de Pelotas que não apresentassem problemas graves que contraindicassem o aleitamento materno (malformações graves do bebê, HIV+), uma vez que o principal desfecho de interesse do estudo era avaliar a amamentação.

Os entrevistadores visitavam as maternidades duas vezes ao dia para a aplicação dos questionários padronizados. Realizou-se dupla digitação dos dados, utilizando-se o programa Epi Info 6.0.

O projeto de pesquisa recebeu aprovação das Comissões de Pesquisa Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e da Fundação de Apoio Universitário (FAU). Igualmente do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas.

Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento.

O controle de qualidade foi garantido pela utilização de questionários padronizados e repetição de questionários sintetizados a uma amostra aleatória de 10%.

Foi realizada análise uni e bivariada e as associações com valor de  $p \leq 0,20$  foram levadas para análise multivariada conforme modelo hierárquico: no primeiro nível, encontram-se idade, cor, renda familiar e escolaridade; no segundo, estão presença de companheiro, trabalho remunerado, pré-natal, paridade, morbidade no pré-natal, tipo de parto, morbidade no puerpério e amamentação.

Consideraram-se associadas ao desfecho de forma estatisticamente significativa só as variáveis com  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

De 2741 mulheres identificadas após o parto, 973 foram selecionadas, aleatoriamente, para o estudo de coorte. No seu decorrer, constatou-se uma perda de 5,4% no período de 180 dias após o parto, finalizando uma amostra de 920 mulheres (tabela1). Em relação às características da amostra, não houve diferença estatisticamente significativa entre a amostra inicial das 2741 mulheres e as 920 finalmente incluídas no trabalho e avaliadas 180 dias após o parto.

Destas 920 mulheres, 62 (7%) não tiveram relação sexual após o nascimento do bebê. O principal motivo alegado foi o fato de a mulher não ter companheiro (63%) e as demais causas foram a falta de vontade ou de tempo. Das 858 (93%) mulheres que retornaram à atividade sexual após o parto, a maioria (80%) o fez nos primeiros dois meses após o nascimento do bebê. A prevalência de dificuldade no regresso à atividade sexual foi de 25,5% (219 mulheres). As principais causas desta dificuldade consistiram em dor pélvica, dor durante o ato sexual ou dor no local da incisão cirúrgica da cesariana (75%); insegurança, medo ou constrangimento (12%); falta de desejo ou de vontade (3%); outros motivos (9%).

A tabela 2 mostra a prevalência de dificuldade de retomada das relações sexuais, conforme as variáveis independentes estudadas. Mulheres primigestas, aquelas com problemas de saúde durante o período pré ou pós-natal, apresentaram uma prevalência significativamente mais elevada de dificuldade, com p inferiores a 5% ( $p < 0,05$ ).

As variáveis com  $p \leq 0,2$  foram incluídas na análise multivariada (tabela 3): idade, viver sozinha ou com companheiro, número de consultas pré-natais, paridade, problemas de saúde no pré-natal ou pós-natal e amamentação aos 6 meses. Após a regressão logística, as variáveis que se mantiveram associadas à dificuldade de retornar às atividades sexuais foram: ser primigesta ( $p=0,023$ ); problemas de saúde durante o pré-natal ( $p=0,003$ ) e problemas de saúde no pós-parto ( $p=0,001$ ).

Enquanto os problemas de saúde durante o pré-natal aumentaram em 42% a probabilidade de dificultar o retorno à vida sexual, os ocorridos no pós-parto cresceram até 54%.

**Tabela 1:** Distribuição das mulheres avaliadas aos seis meses, em relação às variáveis independentes.

Variáveis	Distribuição simples na amostra de 180 dias	
	N	%
<b>Idade (anos)</b>		
≤ 19	175	19,0
20 a 29	460	50,0
30 a 34	149	16,2
≥ 35	136	14,8
<b>Cor</b>		
Caucasianas	672	73,0
Não caucasianas	248	27,0
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>		
≤ 1	187	20,3
1,01 a 3	427	46,2
3,01 a 6	196	21,3
≥ 6,1	110	12,0
<b>Escolaridade da mãe (anos)</b>		
0 a 4	166	18,0
5 a 8	385	41,8
9 ou mais	369	40,1
<b>Mora com companheiro</b>		
Sim	770	83,7
Não	150	16,3
<b>Trabalho materno externo</b>		
Sim	324	35,2
Não	596	64,8
<b>Nº de consultas no pré-natal</b>		
<6	204	22,2
≥6	716	77,8
<b>Primiparidade</b>		
Sim	373	40,5
Não	547	59,5
<b>Problemas de saúde no pré-natal</b>		
Sim	424	46,1
Não	496	53,9
<b>Via de parto</b>		
Vaginal	570	62,0
Cesareana	350	38,0
<b>Problema de saúde no pós-natal</b>		
Sim	197	21,4
Não	723	78,6
<b>Amamentação nos 180 dias após o nascimento</b>		
Sim	474	51,5
Não	446	48,5
<b>TOTAL</b>	<b>920</b>	<b>100</b>

**Tabela 2:** Prevalência de dificuldade de retorno à atividade sexual, conforme variáveis independentes.

Variáveis	Indivíduos com dificuldade de retorno/ Número total	Prevalência dificuldade	Razão de Prevalência (IC 95%)	P-valor
<b>Idade (anos)</b>				0,062
≤ 19	51/155	32,9%	1,26 (0,87-1,84)	
20 a 29	97/436	22,2%	0,85 (0,60-1,21)	
30 a 34	39/144	27,1%	1,04 (0,70-1,55)	
≥ 35	32/123	26,0%	1,00	
<b>Cor</b>				0,883
Caucasianas	161/634	25,4%	1,00	
Não caucasianas	58/224	25,9%	1,02 (0,79-1,32)	
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>				0,777
≤ 1	46/171	26,9%	1,05 (0,69-1,57)	
1,01 a 3	94/399	23,6%	0,92 (0,63-1,33)	
3,01 a 6	52/183	28,4%	1,10 (0,74-1,65)	
≥ 6,1	27/105	25,7%	1,00	
<b>Escolaridade da mãe (anos)</b>				0,514
0 a 4	34/153	22,2%	1,00	
5 a 8	96/360	26,7%	1,20 (0,85-1,69)	
9 ou mais	89/345	25,8%	1,16 (0,82-1,64)	
<b>Mora com companheiro</b>				0,165
Sim	198/752	26,3%	1,33 (0,89-1,98)	
Não	21/106	19,8%	1,00	
<b>Trabalho materno externo</b>				0,662
Sim	80/303	26,4%	1,05 (0,83-1,34)	
Não	139/555	25,0%	1,00	
<b>Nº de consultas no pré-natal</b>				0,194
<6	37/173	21,4%	1,00	
≥6	182/685	26,6%	1,24 (0,91-1,70)	
<b>Primiparidade</b>				0,032
Sim	102/345	29,6%	1,30 (1,03-1,63)	
Não	117/513	22,8%	1,00	
<b>Problemas de saúde no pré-natal</b>				0,001
Sim	123/396	31,1%	1,49 (1,19-1,88)	
Não	96/462	20,8%	1,00	
<b>Via de parto</b>				0,938
Vaginal	135/527	25,6%	1,01 (0,80-1,28)	
Cesareana	84/331	25,4%	1,00	
<b>Problema de saúde no pós-natal</b>				0,001
Sim	69/185	37,3%	1,67 (1,32-2,11)	
Não	150/673	22,3%	1,00	
<b>Amamentação nos 180 dias após o nascimento</b>				0,131
Sim	123/444	27,7%	1,19 (0,95-1,50)	
Não	96/414	23,2%	1,00	
<b>Total</b>	<b>219/858</b>	<b>25.5%</b>	<b>---</b>	<b>---</b>

**Tabela 3:** Análise multivariada conforme modelo teórico.

Variáveis	Razão de Prevalência (IC 95%)	P-valor
<b>Idade (anos)</b>		0,062
≤ 19	1,26 (0,87-1,84)	
20 a 29	0,85 (0,60-1,21)	
30 a 34	1,04 (0,70-1,55)	
≥ 35	1,00	
<b>Mora com companheiro</b>		0,094
Sim	1,41 (0,94 - 2,10)	
Não	1,00	
<b>Nº de consultas no pré-natal</b>		0,592
<6	1,00	
≥6	1,08 (0,80 - 1,49)	
<b>Primiparidade</b>		0,023
Sim	1,33 (1,04 - 1,71)	
Não	1,00	
<b>Problemas de saúde no pré-natal</b>		0,003
Sim		
Não	1,42 (1,31 - 1,79)	
	1,00	
<b>Problema de saúde no pós-natal</b>		0,001
Sim		
Não	1,54 (1,22 - 1,95)	
	1,00	
<b>Amamentação nos 180 dias após o nascimento</b>		0,178
Sim		
Não	1,17 (0,93 - 1,47)	
	1,00	

## DISCUSSÃO

A disfunção sexual é causa e consequência de fatores psicológicos, físicos e outros relacionados à saúde materna. A maioria dos estudos encontrados na literatura avaliam os efeitos físicos do parto que geram problemas na mulher, decorrentes da via de parto e do uso ou não da episiotomia.<sup>9,10,11,12</sup> Outra vertente dos estudos visa debater os problemas emocionais maternos e paternos após o nascimento do bebê.<sup>1,2,4</sup> Alguns poucos mostram a relação entre o número de partos e as modificações que a paridade pode vir a causar na vida sexual feminina.<sup>5,6,14</sup>

Este estudo encontrou uma alta prevalência (25,5%) de dificuldade em retornar às atividades sexuais após o parto. Uma limitação relativa deste estudo é o fato do acompanhamento ter-se limitado aos primeiros seis meses, o que impossibilita saber como foi a evolução deste sintoma nesta população após este período.

No estudo atual, assim como, em outros dois estudos revisados,<sup>4,5</sup> não foi encontrada relação entre via de parto e dificuldade de retornar às funções sexuais. Entretanto, uma associação significativa entre o parto instrumentado e a disfunção sexual foi descrita em uma revisão da literatura<sup>6</sup>, assim como em um número de outros estudos<sup>7-14</sup>, a maioria deles visando avaliar a via de parto e sua interferência na função sexual.

No presente estudo, não foi encontrado vínculo entre amamentação e dificuldades na retomada da atividade sexual, ao contrário do que foi publicado na literatura revisada.<sup>8</sup> Estes autores, no entanto, não incluíram adolescentes e



não controlaram possíveis variáveis de confusão. Outros autores descreveram associação entre aleitamento e dificuldades sexuais<sup>10</sup>, mas estudaram somente mulheres com parto vaginal e alguns<sup>15</sup> investigaram uma amostra de apenas 316 mulheres.

Assim como no estudo australiano<sup>11</sup> (de base populacional com 1193 mulheres), o presente estudo também demonstrou maior dificuldade sexual entre pacientes primigestas. Porém, no estudo australiano, essa dificuldade estava relacionada ao parto vaginal. Além disso, as primigestas possuem o fator depressão mais presente quando comparadas com as múltiparas o que pode incrementar a dispareunia.<sup>2</sup>

Encontrou-se forte associação entre mulheres com dificuldades de retomar a atividade sexual e a presença de problemas de saúde no pré-natal (as mais comuns foram: anemia, hipertensão arterial sistêmica e pielonefrite) e no puerpério (os mesmos ocorridos no pré-natal, além de depressão), fato ainda não descrito por outros autores.

Convém salientar que este estudo foi realizado com mulheres urbanas em uma cidade de porte médio do sul do Brasil. Os achados aqui descritos devem ser contextualizados em relação à cultura e aos hábitos sexuais da região. Talvez em sociedades mais conservadoras, as mulheres tenham mais dificuldade de externalizar possíveis problemas sexuais no pós-parto, o que pode levar a encontrar prevalências mais baixas quando comparadas à descrita nesta pesquisa.

A associação entre os problemas no pré-natal e as dificuldades no retorno às funções sexuais após o parto mostram a relevância da necessidade de orientação no pré-natal para resolver os problemas que podem afetar a vida

sexual da mulher e, conseqüentemente, sua família. Cabe ao médico que acompanha a parturiente desde o início, esclarecer e apontar os prováveis problemas que poderão acontecer após o nascimento e estruturar formas para amenizar ou evitar ao máximo sua ocorrência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. von Sydow, K. (1999). "Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies." J Psychosom Res **47**(1): 27-49.
2. Glazener, C. M. (1997). "Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition." Br J Obstet Gynaecol **104**(3): 330-5.
3. Victora, C.G., Barros, F.C. (1998). "Epidemiologia da Saúde Infantil". HUCITEC-UNICEF 3ª edição: 58-59.
4. Hannah, M. E., W. J. Hannah, et al. (2002). "Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial." Jama **287**(14): 1822-31.
5. Botros, S. M., Y. Abramov, et al. (2006). "Effect of Parity on Sexual Function An Identical Twin Study." acoginl **107**(4): 765-770.
6. Hicks, T. L., S. F. Goodall, et al. (2004). "Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence." J Midwifery Womens Health **49**(5): 430-6.
7. Brown, S. and J. Lumley (1998). "Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey." Br J Obstet Gynaecol **105**(2): 156-61.
8. Byrd, J. E., J. S. Hyde, et al. (1998). "Sexuality during pregnancy and the year postpartum." J Fam Pract **47**(4): 305-8.

9. Lydon-Rochelle, M. T., V. L. Holt, et al. (2001). "Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women." Paediatr Perinat Epidemiol **15**(3): 232-40.
10. Signorello, L. B., B. L. Harlow, et al. (2001). "Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women." Am J Obstet Gynecol **184**(5): 881-8; discussion 888-90.
11. Thompson, J. F., C. L. Roberts, et al. (2002). "Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth." Birth **29**(2): 83-94.
12. Buhling, K. J., S. Schmidt, et al. (2006). "Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **124**(1): 42-6.
13. Baksu, B., I. Davas, et al. (2007). "The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women." Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct **18**(4): 401-6.
14. Woranitat, W. and S. Taneepanichskul (2007). "Sexual function during the postpartum period." J Med Assoc Thai **90**(9): 1744-8.
15. Rowland, M., L. Foxcroft, et al. (2005). "Breastfeeding and sexuality immediately post partum." Can Fam Physician **51**: 1366-7.

**ARTICLE TO BE SUBMITTED TO THE BRITISH JOURNAL OF  
OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY (BJOG) An International Journal of  
Obstetrics and Gynaecology.**

**Title:** Difficulties at resuming sexual intercourse on the first six months after childbirth.

**Short title:** Difficulties at resuming sexual intercourse after childbirth.

**Authors:** Cristine Eliane G.Rodrigues

Elaine P.Albernaz

Fernando C. Barros

Regina B.da Silveira

Miriam B.da Silva

Maria Laura W.Mascarenhas

## **SUMMARY**

**Aim:** Evaluating the time and problems met at resuming sexual intercourse after childbirth concerning women in Pelotas.

**Outlining:** Prospective Cohort Study.

**Sampling:** Women who had their children at maternity hospitals in Pelotas, from September of 2002 to November of 2003.

**Population:** From 2,741 parturients at perinatal period one obtained a random sample of 920 women on their 180 days after childbirth.

**Methods:** Uni and multivaried analyses were performed and only those variables with a  $p < 0.05$  were considered as associated to the outcome with a significant statistically way.

**Prime Measures:** Prevalence reason with a confidence interval.

**Results:** The difficulty prevalence at resuming sexual intercourse was 25.5%, and 80% of the women resumed sexual intercourse on the first six months after deliverance. The main cause for not having sexual intercourse was for the woman not having a mate (63%); other causes were the lack of desire or time. The primiparas and women with a health problem on the prenatal or postnatal presented a higher prevalence difficulty: pelvic pains, insecurity and lack of desire.

**Conclusion:** One found a high prevalence difficulty upon resuming sexual intercourse after deliverance. This was a study performed in a city at the south of Brazil, and that is why the findings are contextualized to the education and to the habits of these women. It is appropriate to highlight here the relevance

towards the need of an orientation at the prenatal, in order to soften or avoid problems which are prone to a resolution.

## **Difficulties at resuming sexual activity on the first six months after childbirth, in the city Pelotas, RS**

### **INTRODUCTION**

Pregnancy, childbirth and puerperium represent an important transition with a significant impact on the couple sexuality, leading either to a deepening of their sexual life or, in opposition, to the beginning of several difficulties, such as physical and/or emotional disfunctions for the woman and her companion.

As far as the woman's sexual satisfaction is concerned, studies on the postpartum show that this is a more difficult period than that of pregnancy. Only 20% of women reach climax on their first sexual postpartum intercourse, thus increasing that number to 75% from the first to the third puerperal month. The average time to reach orgasm is estimated as seven weeks postpartum.<sup>1</sup>

Issues such as pain at penetration, little vaginal lubrication, and diminishing of desire, also contribute to the sexual dysfunction on the puerperal. In primiparous women, pain during sexual intercourse (dyspareunia) is quite frequent, and it may persist for a few months on the postpartum, for physiological natural reasons, leading, at the same time, to a loss of the woman's sexual desire.<sup>2</sup>

A significant proportion of couples (between 20 to 60%) are afraid to resume sexual activity. Many times sexual intercourse does not return to pre-conceptual normality and an important number of couples still have difficulties for three or four years after childbirth. An opposite situation also occurs and one fourth of the women report an increase of satisfaction in their sexual life after



childbirth.<sup>1</sup>

Attention should be paid to the scarce number of studies on the couple sexual life after childbirth and the few that exist are met with very controversial results, especially to the one referring to the mode of delivery and breastfeeding, related to the woman's sexual activity change, after her baby is born.

The present study evaluates the prevalence of sexual problems at postpartum and the influence of demographic, socioeconomic and cultural variables upon this phenomenon, in a population of puerperal women in the city of Pelotas.

## METHODS

The present study is part of a prospective cohort whose aim was to evaluate the several outcomes related to maternal-child health. It includes the hospital screening of all mothers who gave birth to their children in the city of Pelotas, from September of 2002 to May of 2003. A random sample was followed up (by means of SPSS 8.0 for Windows) of 30% of these births at 30, 90 and 180 days after deliverance.

In order to evaluate the outcome “difficulty on resuming sexual activities”, data from the perinatal and home interviews, at 180 days after childbirth were utilized. The sample visited at six months consisted of 920 women. A sample this size allowed the evaluation of a 25% prevalence of difficulty to return to sexual activity, with an acceptable error of 5%, power of 90%, and  $\alpha$  0,05.<sup>3</sup>

All mothers, residing in the urban zone of the city of Pelotas, who did not show serious problems counter indicating breastfeeding (serious malformations of the baby, HIV+) were included, since the main outcome of interest for the study was to evaluate breastfeeding.

The interviewers visited the maternity wards twice a day to apply the standardized questionnaires. Double typing of data was performed, and the Epi Info 6.0 program was utilized.

The research project was approved by the Ethical Health Research of *Santa Casa de Misericórdia de Pelotas*, and by the University Support Foundation (FAU) Commissions, as well as by the Ethical Committee on Research of Federal University of Rio Grande do Sul and the Scientific Commission of Catholic University of Pelotas.

All mothers included in the study signed an agreement term, after having been duly informed about the research.

The quality control was ascertained by the utilization of standardized questionnaires and the repetition of synthesized questionnaires to a random sample of 10%.

Univaried and bivaried analysis were performed and the associations with a value of  $p \leq 0,20$  were taken to a multivaried analysis according to a hierarchic model: on the first level, one finds age, color, family income and schooling; on the second, one has presence of the companion, paid jobs, pre-natal, parity, morbidity at pre-natal, mode of delivery, morbidity at puerperium, and breastfeeding.

Only the variables with  $p \leq 0,05$  were considered as associated to the outcome in a statistically significant way.

## RESULTS

Among 2741 women identified after childbirth, 973 were randomly selected for the cohort study. On its course, one verified a loss of 5,4% in the period of 180 days after deliverance, closing to a sample of 920 women (table1). As to the sample characteristics, there was no significant difference between the initial sample from the 2741 and the 920 women finally included in the study and then evaluated 180 days postpartum.

Among these 920 women, 62 (7%) did not have sexual relations after the baby was born. The main reason claimed was the fact that the woman did not have a companion (63%), and other causes were the lack of disposition or time. Considering the 858 (93%) women who resumed sexual activity after deliverane, the majority, (80%) did that on the first two months after the baby was born. The prevalence of difficulty to resume sexual activity was 25,5% (219 women). The main causes for this difficulty consisted on pelvic pain during sexual activity or localized pain on the caesarean surgical incision (75%); insecurity, fear or embarrassment (12%); lack of desire or disposition (3%); other reasons (9%).

Table 2 shows the prevalence of difficulty to resume sexual activity, according to the independent variables which were studied. Primiparae, those with a health problem during the prenatal or postnatal period, presented a significantly higher prevalence of difficulty with p lower than 5% ( $p < 0,05$ ).

The variables with a  $p \leq 0,2$  were included in the multivaried analysis on (table 3): age, living alone or with a companion, number of prenatal appointments, parity, health problems at prenatal or postnatal and

breastfeeding at six months. After logistic regression, the variables which kept themselves associated to the difficulty to resume sexual activities were: primiparae ( $p=0,023$ ); health problems during prenatal ( $p=0,003$ ) and health problems at postpartum ( $p=0,001$ ).

While the health problems during prenatal increased up to 42% the probability to make it difficult resuming sexual activity , the ones that occurred at postnatal increased up to 54%.

**Table 1:** Distribution of women evaluated at six months, as related to independent variables.

Variáveis	Simple distribution on 180 days sample.	
	N	%
<b>Age (years)</b>		
≤ 19	175	19,0
20 to 29	460	50,0
30 to 34	149	16,2
≥ 35	136	14,8
<b>Color</b>		
Caucasians	672	73,0
Non caucasians	248	27,0
<b>Family income (minimum wages)</b>		
≤ 1	187	20,3
1,01 to 3	427	46,2
3,01 to 6	196	21,3
≥ 6,1	110	12,0
<b>Schooling of mothers (years)</b>		
0 to 4	166	18,0
5 to 8	385	41,8
9 or higher	369	40,1
<b>Living with a companion</b>		
Yes	770	83,7
No	150	16,3
<b>Maternal out job</b>		
Yes	324	35,2
No	596	64,8
<b>N of prenatal appointments</b>		
<6	204	22,2
≥6	716	77,8
<b>Primiparity</b>		
Yes	373	40,5
No	547	59,5
<b>Health problems at prenatal</b>		
Yes	424	46,1
No	496	53,9
<b>Mode of delivery</b>		
Vaginal	570	62,0
Cesarean	350	38,0
<b>Health problems at postnatal</b>		
Yes	197	21,4
No	723	78,6
<b>Breastfeeding at 180 days post partum</b>		
Yes	474	51,5
No	446	48,5
<b>TOTAL</b>	<b>920</b>	<b>100</b>

**Table 2:** Prevalence of difficulty on resuming sexual intercourse, according to independent variables.

Variables	Individuals with resuming difficulties / Total number	Prevalence difficulty	Reason for Prevalence (IC 95%)	P-value
<b>Age (years)</b>				0,062
≤ 19	51/155	32,9%	1,26 (0,87-1,84)	
20 to 29	97/436	22,2%	0,85 (0,60-1,21)	
30 to 34	39/144	27,1%	1,04 (0,70-1,55)	
≥ 35	32/123	26,0%	1,00	
<b>Color</b>				0,883
Caucasians	161/634	25,4%	1,00	
Non caucasians	58/224	25,9%	1,02 (0,79-1,32)	
<b>Family Income (minimum wages)</b>				0,777
≤ 1	46/171	26,9%	1,05 (0,69-1,57)	
1,0 to 3	94/399	23,6%	0,92 (0,63-1,33)	
3,01 to 6	52/183	28,4%	1,10 (0,74-1,65)	
≥ 6,1	27/105	25,7%	1,00	
<b>Schooling of mothers (years)</b>				0,514
0 to 4	34/153	22,2%	1,00	
5 to 8	96/360	26,7%	1,20 (0,85-1,69)	
9 or higher	89/345	25,8%	1,16 (0,82-1,64)	
<b>Living with companion</b>				0,165
Yes	198/752	26,3%	1,33 (0,89-1,98)	
No	21/106	19,8%	1,00	
<b>Maternal out job</b>				0,662
Yes	80/303	26,4%	1,05 (0,83-1,34)	
No	139/555	25,0%	1,00	
<b>N. of prenatal appointments</b>				0,194
<6	37/173	21,4%	1,00	
≥6	182/685	26,6%	1,24 (0,91-1,70)	
<b>Primiparity</b>				0,032
Yes	102/345	29,6%	1,30 (1,03-1,63)	
No	117/513	22,8%	1,00	
<b>Health problems at prenatal</b>				0,001
Yes	123/396	31,1%	1,49 (1,19-1,88)	
No	96/462	20,8%	1,00	
<b>Mode of delivery</b>				0,938
Vaginal	135/527	25,6%	1,01 (0,80-1,28)	
Caesarean	84/331	25,4%	1,00	
<b>Health problem at postnatal</b>				0,001
Yes				
No	69/185	37,3%	1,67 (1,32-2,11)	
	150/673	22,3%	1,00	
<b>Breastfeeding at 180 days after deliverance</b>				0,131
Yes	123/444	27,7%	1,19 (0,95-1,50)	
No	96/414	23,2%	1,00	
<b>Total</b>	<b>219/858</b>	<b>25.5%</b>	<b>---</b>	<b>---</b>

**Table 3:** Multivaried analysis according to theoretical model.

<b>Variables</b>	<b>Prevalence Reason (IC 95%)</b>	<b>P-value</b>
<b>Age (years)</b>		0,062
≤ 19	1,26 (0,87-1,84)	
20 to 29	0,85 (0,60-1,21)	
30 to 34	1,04 (0,70-1,55)	
≥ 35	1,00	
<b>Living with companion</b>		0,094
Yes	1,41 (0,94 - 2,10)	
No	1,00	
<b>N. of appointments at prenatal</b>		0,592
<6	1,00	
≥6	1,08 (0,80 - 1,49)	
<b>Primiparity</b>		0,023
Yes	1.33 (1,04 - 1,71)	
No	1,00	
<b>Health problems at prenatal</b>		0,003
Yes	1,42 (1,31 - 1,79)	
No	1,00	
<b>Health problems at postnatal</b>		0,001
Yes	1,54 (1,22 - 1,95)	
No	1,00	
<b>Breastfeeding at 180 days after deliverance</b>		0,178
Yes	1,17 (0,93 - 1,47)	
No	1,00	



## DISCUSSION

Sexual dysfunction is both the cause and the consequence of psychological, physical, and other factors related to maternal health. Most of the studies found in the literature evaluate the physical effects of childbirth which generate problems for the woman, as resulting from the mode of delivery and the procedure of episiotomy. Another source of studies aims at debating the maternal and paternal emotional problems after the baby is born. Only a few of them show the relationship between the number of childbirths and the changes that parity is to cause to the feminine sexual life.

The present study found a high prevalence (25,5%) of difficulty on resuming postpartum sexual activities. A relative limitation of this study is due to the fact that the follow up was limited to the first three months, which makes it impossible to know how the evolution of this problem was in this population after this time span.

In the present study, as much as in two other reviewed studies <sup>4,5</sup>, the relation between mode of delivery and resuming sexual activities was not found. However, a significant relation between instrumented delivery and sexual dysfunction was described in a literature review<sup>6</sup>, as well as in a number of other studies <sup>7-14</sup>, most of them aiming at evaluating the mode of deliverance and its influence upon sexual function.

In the present study, one did not find a connection between breastfeeding and difficulties on resuming sexual activity, as opposed to what was published in the reviewed literature.<sup>8</sup> These authors, however, did not include adolescents, and they did not control possible confusion variables. Some other authors described the association between breastfeeding and

sexual difficulties<sup>10</sup>, but they only studied women who had vaginal delivery and some<sup>15</sup> investigated a sample of only 316 women.

As much as in the Australian study<sup>11</sup> (populational grounds of 1193 women), the present study also demonstrated a higher sexual difficulty among primiparae patients. In the Australian study, however, this difficulty was related to vaginal delivery. Besides that, primiparae possess their more present depression factor as compared to multiparae, and which may increase dispareunia.<sup>2</sup>

One found a strong association between women with difficulties on resuming sexual activity and the presence of health problems at prenatal (most commonly: anemia, systemic hypertension, and pielonefritis) and at puerperium (same as at prenatal, besides depression), a fact not yet described by other authors.

It is convenient to highlight that the present study was performed among urban women in a mid-sized city in the south of Brazil. The findings herein described must be contextualized in relation to the culture and the sexual habits within this area. It may be that in more conservative societies women have more difficulty to externalize possible sexual problems at postpartum, which may lead to the finding of lower prevalences as compared to the ones described in the present research.

The association between the problems at prenatal to the difficulties upon resuming sexual functions after childbirth shows the relevance of how necessary orientation is at prenatal to solve the problems which may affect the sexual life of the woman and her family, as a consequence. It is pertaining to the physician who observes the parturient to clarify and point out, from the

beginning, the coming problems which may happen after delivery and thus formulate the ways to soften or avoid their occurrence to its highest care.

## BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

01.von Sydow, K. (1999). "Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies." J Psychosom Res **47**(1): 27-49.

02.Glazener, C. M. (1997). "Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition." Br J Obstet Gynaecol **104**(3): 330-5.

03.Victora,C.G., Barros,F.C. (1998). "Epidemiologia da Saúde Infantil". HUCITEC-UNICEF 3ª edição: 58-59.

04.Hannah, M. E., W. J. Hannah, et al. (2002). "Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial." Jama **287**(14): 1822-31

05.Botros, S. M., Y. Abramov, et al. (2006). "Effect of Parity on Sexual Function An Identical Twin Study." acoginl **107**(4): 765-770.

06.Hicks, T. L., S. F. Goodall, et al. (2004). "Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence." J Midwifery Womens Health **49**(5): 430-6.

07.Brown, S. and J. Lumley (1998). "Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey." Br J Obstet Gynaecol **105**(2): 156-61.

08.Byrd, J. E., J. S. Hyde, et al. (1998). "Sexuality during pregnancy and the year postpartum." J Fam Pract **47**(4): 305-8.

09.Lydon-Rochelle, M. T., V. L. Holt, et al. (2001). "Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women." Paediatr Perinat Epidemiol **15**(3): 232-40.

10. Signorello, L. B., B. L. Harlow, et al. (2001). "Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women." Am J Obstet Gynecol **184**(5): 881-8; discussion 888-90.
11. Thompson, J. F., C. L. Roberts, et al. (2002). "Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth." Birth **29**(2): 83-94.
12. Buhling, K. J., S. Schmidt, et al. (2006). "Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **124**(1): 42-6.
13. Baksu, B., I. Davas, et al. (2007). "The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women." Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct **18**(4): 401-6.
14. Woranitat, W. and S. Taneepanichskul (2007). "Sexual function during the postpartum period." J Med Assoc Thai **90**(9): 1744-8.
15. Rowland, M., L. Foxcroft, et al. (2005). "Breastfeeding and sexuality immediately post partum." Can Fam Physician **51**: 1366-7.

## 4. ANEXOS

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO  
AVALIAÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**

O abaixo assinado, pai ou mãe da criança \_\_\_\_\_  
concorda em participar do estudo “Avaliação da Saúde Materno Infantil”,  
estando plenamente ciente e de acordo com as seguintes premissas:

1. Sua participação no estudo incluirá visitas periódicas durante os primeiros seis meses de vida, a serem realizadas quando a criança tiver um, três e seis meses de vida.
2. Nestas visitas, a mãe responderá a um breve questionário sobre saúde e alimentação da criança.
3. A participação das famílias é totalmente gratuita.
4. Todas as informações fornecidas à equipe do estudo serão estritamente confidenciais, e as crianças e sua mães serão identificadas através de um número de série.
5. A família tem pleno direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, bastando para isto, comunicar esta decisão à equipe de entrevistadores.
6. A equipe de supervisão do estudo coloca-se à disposição das famílias, para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Nome:

Assinatura:

\_\_\_\_\_  
Mirian Barcellos da Silva – CRM12390

\_\_\_\_\_  
Valéria Tejada Neutzling – CRM 25250

\_\_\_\_\_  
Maria Laura Mascarenhas – CRM 12813















































## QUESTIONÁRIO DOS 180 DIAS

**Agora vamos conversar sobre as consultas médicas que a senhora teve depois do bebê nascer:**

1. Quanto tempo após o bebê nascer a senhora retornou para consulta médica ginecológica?

(1) 7-15 dias (9) não sabe

(2) 16-30 dias

(3) outro tempo. Qual?

(4) não teve consulta após o parto

Se não pule para a pergunta 6

COGIN\_\_

2. Quantas consultas ginecológicas a senhora fez até agora depois do nascimento do bebê?

(1) 1 consulta (9) não sabe

(2) 2 consultas

(3) 3 ou mais consultas

QCOGIN\_\_

3. O seu médico orientou sobre anticoncepção?

(1) sim (9) não sabe

(2) não

ORANTI\_\_

4. O seu médico orientou sobre o tempo de retorno para ter relações sexuais?

(1) sim (9) não sabe

(2) não

ORETOR\_\_

5. O seu médico orientou sobre amamentação?

(1) sim (9) não sabe

(2) não

ORAMAM\_\_

**Agora vamos conversar sobre o uso de métodos anticoncepcionais DEPOIS DO BEBÊ NASCER:**

6. Quando a senhora iniciou o uso de anticoncepcional após o bebê nascer?

(1) menos de 1 mês (9) não sabe

(2) 1 mês

(3) não iniciou

QACO\_\_

Se não, pule para a pergunta 9

7. Qual método anticoncepcional que a senhora iniciou?

(1) ACO (9) não sabe

(2) Minipílula

(3) Anticoncepcional injetável

- (4) Preservativo masculino
- (5) DIU
- (6) Laqueadura ACO1\_\_
- (7) Outro – Qual? ACO2\_\_

Se você tiver dúvida sobre a resposta desta questão, ANOTE e depois converse com o supervisor. Não esqueça de perguntar se ela usou mais algum método e anotar por extenso.

8. Desde quando o bebê nasceu, a senhora está usando o mesmo método anticoncepcional?

- (1) sim (9) não sabe
- (2) não

Se não estava usando: MAC1\_\_  
 Porque? PQMAC\_\_  
 Mais algum? MAC2\_\_

Anote por extenso as resposta e não esqueça de perguntar se ela usa mais algum método anticoncepcional e por quê.

9. Qual método anticoncepcional que a senhora usava antes de engravidar?

- (1) ACO (9) não sabe
- (2) Anticoncepcional injetável
- (3) Preservativo (camisinha)
- (4) DIU
- (5) Laqueadura
- (6) Outro? Qual? QMAC1\_\_
- Mais algum? QMAC2\_\_

Idem questões anteriores

**Agora vamos conversar sobre o retorno da menstruação e da atividade sexual APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ:**

10. Quanto tempo depois do parto a senhora voltou a menstruar, não contando o sangramento dos primeiros dias após o parto? MENDP\_\_

11. Quanto tempo depois do parto a senhora voltou a ter relações sexuais?

- (1) 30 dias (9) não sabe
- (2) 1-2 meses
- (3) 2 meses RELDP\_\_
- (4) não voltou. Porque? NREL\_\_

Se não, pule para a questão 13

12. A senhora teve alguma dificuldade ao reiniciar as relações sexuais após o nascimento do bebê? (9) não sabe

- (1) sim. Qual? DIFDP\_\_  
 Mais alguma? QDIF1\_\_
- (2) não QDIF2\_\_

13. A senhora teve algum problema de saúde durante o pré-natal?

- |                    |        |
|--------------------|--------|
| (1) sim. Qual(is)? | CID1__ |
| (2) não            | CID2__ |
| (9) não sabe       | CID3__ |

14. A senhora teve algum problema de saúde após o nascimento do bebê?

- |                        |              |        |
|------------------------|--------------|--------|
| (1) sim                | (9) não sabe | CID4__ |
| (2) não                |              | CID5__ |
| Se sim, qual(is)?      |              | HOSP__ |
| Precisou hospitalizar? |              | TRAT__ |
| Qual o tratamento?     |              |        |

