

## Avaliação da função sexual no tipo de parto durante o puerpério remoto

*Assessment of sexual function in the type of delivery during the remote postpartum period*

Carlos Ernesto Ornelas da Cunha<sup>1</sup>, Giulyana Vieira Silva Gazolla<sup>1</sup>, Ariane Martins Bovareto Rena<sup>2</sup>, Geovane Elias Guidini Lima<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do 10º período do curso de fisioterapia da FUPAC - Fundação Presidente Antônio Carlos - Faculdade de Ubá, <sup>2</sup> Pós-graduada em fisioterapia na saúde da mulher, especialista pela ABRAFISM. Docente da FUPAC - Fundação Presidente Antônio Carlos, <sup>3</sup> Mestre em Bioengenharia - Universidade Brasil. Docente do Curso de Fisioterapia - FUPAC - Faculdade de Ubá

**Resumo: Introdução:** A saúde sexual feminina no puerpério é impactada por várias alterações sejam hormonais, físicas ou emocionais. Estas alterações podem desencadear disfunções sexuais, influenciados pelo tipo de parto. **Objetivos:** Avaliar a função sexual feminina no puerpério remoto em mulheres brasileiras e comparar a disfunção sexual entre diferentes tipos de parto, buscando compreender melhor como essas variáveis afetam a saúde sexual e o bem-estar dessas participantes. **Materiais e Métodos:** Participaram 215 mulheres no puerpério remoto, com idade entre 18 e 35 anos, no período puerperal entre 46 e 180 dias, sexualmente ativas e com parceiro fixo. Foram coletados dados pessoais, sociais e médicos, a função sexual, através do *Female Sexual Function Index* (FSFI), por meio de um formulário online. **Resultados:** Com base nos dados obtidos pelo questionário online, 98,3% (n=213) apresentaram disfunção sexual no pós-parto remoto enquanto 1,7% (n=2) não apresentaram disfunção sexual, sendo que o escore médio do FSFI foi de 21,9 para o pós-parto cesárea e 22,2 para o pós-parto vaginal. **Conclusões:** A maior parte das mulheres no puerpério remoto apresentaram disfunção sexual. Não foi encontrada diferença significativa na função sexual feminina entre os tipos de parto.

**Palavras-chave:** Complicações pós-parto; Cesárea; Parto normal; Disfunções sexuais; Saúde sexual

**Abstract: Introduction:** Female sexual health in the postpartum period is impacted by various hormonal, physical, and emotional changes. These changes may lead to sexual dysfunction, influenced by the type of delivery. **Objectives:** To evaluate female sexual function in the remote postpartum period among Brazilian women and to compare sexual dysfunction across different types of delivery, aiming to better understand how these variables affect the sexual health and well-being of the participants. **Materials and Methods:** A total of 215 women in the remote postpartum period, aged between 18 and 35 years, from 46 to 180 days postpartum, sexually active and with a stable partner, participated in the study. Personal, social, and medical data were collected, as well as sexual function information, using the *Female Sexual Function Index* (FSFI) via an online form. **Results:** Based on the data obtained from the online questionnaire, 98.3% (n=213) had sexual dysfunction in the remote postpartum period while 1.7% (n=2) had not, with an average FSFI score of 21.9 for cesarean delivery and 22.2 for vaginal delivery. **Conclusions:** The majority of women in the remote postpartum period exhibited sexual dysfunction. No significant difference in female sexual function was found between delivery types.

**Keywords:** Postpartum complications; Cesarean section; Vaginal delivery; Sexual dysfunction; Sexual health

Endereço para correspondência: Carlos Ernesto Ornelas da Cunha, Rua Lincoln Rodrigues Costa, 165.  
CEP 36501-010 Tel: (32) 98842-1001 Email: carlosornelas@gmail.com

## Introdução

O puerpério é o período que começa imediatamente após o parto e se estende até que o corpo da mulher retorne às condições pré-gestacionais. Durante esse tempo, ocorrem mudanças hormonais, físicas e emocionais<sup>1</sup>. O puerpério imediato abrange desde o parto até o 10º dia, enquanto o puerpério tardio se estende por cerca do 11º ao 45º dia e o puerpério remoto tem início após o 46º dia, com término imprevisível, pois dependerá da plena recuperação das alterações imprimidas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais normais<sup>2</sup>.

O retorno às relações sexuais varia entre as mulheres e depende de fatores físicos, emocionais e culturais. Geralmente, recomenda-se que as mulheres esperem pelo menos 4 a 6 semanas após o parto para permitir que o corpo se recupere. Esse tempo é necessário para a cicatrização de lacerações, redução do sangramento e a recuperação do tônus muscular. Além dos aspectos físicos, é importante considerar o bem-estar emocional e a disposição da mulher, que podem ser influenciados por fatores como fadiga, estresse e alterações hormonais. É fundamental que cada mulher siga as orientações de seu médico e respeite seu próprio tempo e conforto<sup>3</sup>.

A saúde sexual feminina no puerpério é uma área de estudo que vem ganhando destaque devido às múltiplas mudanças hormonais, físicas e emocionais enfrentadas pelas mulheres durante esse período. Essas transformações podem impactar significativamente o bem-estar, relacionamento e a sexualidade, aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de disfunções sexuais, como a diminuição do desejo, problemas de excitação e lubrificação. Fatores psicológicos, como depressão e ansiedade, também contribuem para essas disfunções<sup>4</sup>.

O tipo de parto é um elemento chave que pode afetar a função sexual feminina no pós-parto. O parto vaginal, em particular, está associado a alterações físicas na genitália feminina, como traumas perineais, que podem resultar em dor durante a relação sexual. Em contrapartida, o parto cesariana, apesar de evitar traumas perineais, pode apresentar diversas complicações tanto precocemente quanto tardiamente. As complicações precoces incluem infecção pós-parto, anemia, hemorragia, infecção do trato, aderências no local da cirurgia, entre outras. Enquanto as complicações tardias, que podem surgir após o período inicial de recuperação, incluem incontinência urinária e fecal, dispareunia, cistocele, prolapso genital e rotura de períneo. Essas condições podem impactar significativamente a recuperação, o bem-estar geral das mulheres e a função sexual, destacando a importância de um acompanhamento médico contínuo e de intervenções adequadas para promover a saúde e o conforto das mulheres durante o puerpério<sup>5,6</sup>.

Apesar dos benefícios do parto normal, novas pesquisas indicam um aumento nas cesáreas não programadas por gestantes com condições saudáveis para o parto vaginal, o que destaca a importância de compreender seus efeitos na saúde materna e neonatal<sup>5,7,8</sup>.

A escolha do tipo de parto pode ser influenciada pela percepção das mulheres sobre a função sexual no pós-parto. A cesárea eletiva e o parto vaginal com períneo intacto, podem proteger a sexualidade feminina, mas não há evidências claras de uma associação definitiva entre o tipo de parto e as alterações na função sexual<sup>9</sup>.

As disfunções sexuais no puerpério são comuns e podem incluir uma variedade de problemas que afetam o bem-estar das mulheres. A diminuição do desejo sexual é frequentemente relatada, muitas vezes ligada a alterações hormonais e ao aumento da prolactina durante a amamentação, que pode suprimir a libido. Problemas de excitação e lubrificação também são comuns, resultando em desconforto durante as relações sexuais<sup>10</sup>. Dificuldades para atingir o orgasmo podem ser exacerbadas por fatores físicos, como o trauma perineal após o parto vaginal, ou por desconfortos associados à cicatriz da cesárea.<sup>11</sup> Além dos fatores físicos, aspectos psicológicos como depressão, ansiedade, insatisfação corporal e estresse parental desempenham um papel crucial nessas disfunções.

A recuperação da função sexual é influenciada pela experiência do parto, com o parto vaginal frequentemente associado a traumas que podem causar dor, enquanto a cesárea, embora evite alterações perineais, pode trazer outros desconfortos. Esses fatores destacam a importância de oferecer suporte abrangente às mulheres durante o puerpério, considerando suas experiências individuais e contextos culturais para promover a saúde sexual e o bem-estar<sup>6,10,11</sup>.

No contexto brasileiro, há uma escassez de pesquisas que investiguem a função sexual no puerpério remoto<sup>12</sup>. Os resultados deste estudo contribuirão para uma compreensão mais aprofundada em como o tipo de parto influencia a função sexual durante o puerpério remoto em mulheres brasileiras, oferecendo dados relevantes para a elaboração de intervenções que melhorem a qualidade da vida sexual e o bem-estar dessas mulheres. Assim, este estudo visa preencher essa lacuna, tendo como objetivo avaliar e comparar a função sexual feminina em relação ao tipo de parto em mulheres brasileiras.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal realizado entre agosto e outubro de 2024 e foi composta por mulheres no puerpério remoto, definido como o período entre 46 e 180 dias após o parto. Como critérios de inclusão serão selecionadas mulheres com idade entre 18 e 35 anos,

alfabetizadas, capazes de compreender e executar o instrumento da pesquisa, que tivessem recém-nascidos saudáveis e únicos, que estivessem ativas sexualmente nas últimas quatro semanas e que assinassem eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram excluídas as múltiparas, que apresentaram complicações puerperais que impedissem a atividade sexual, ou cujos bebês estavam internados ou em risco de morte.

Os dados foram coletados por meio de um formulário online (Anexo 1) que incluíram perguntas sobre informações pessoais como idade, estado civil, nível de escolaridade, histórico ginecológico/obstétrico. O formulário também abordou o número de gestações, tipo de parto (vaginal ou cesárea) e a presença de complicações obstétricas. Além disso, o questionário também incluiu a Escala Visual Analógica (EVA), na qual as participantes avaliaram a dor em sua última relação, com notas variando de 0 a 10, onde 0 representa nenhuma dor e 10 indica muita dor.

A função sexual das participantes foi avaliada através do *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Anexo 2), questionário de autorrelato, mundialmente utilizado e validado para a população brasileira em 2008<sup>13</sup>.

O FSFI é composto por 19 itens que avaliam o funcionamento sexual das mulheres com foco específico em seis domínios sexuais diferentes: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O questionário consiste em uma escala numérica que permite avaliar cada domínio separadamente ou todo o sistema. Nas questões 3 a 14 e 17 a 19 a escala varia de 0 a 5, e nas questões 1, 2, 15 e 16 de 1 a 5. A pontuação geral é calculada pela soma das pontuações de cada domínio, multiplicada pelo seu coeficiente correspondente, podendo variar de 2 a 36. O ponto de corte para indicar boa função sexual é uma pontuação superior a 27,5, conforme demonstrado durante o processo de validação deste instrumento em uma população de mulheres de 18 a 74 anos, com e sem disfunção sexual feminina.

A pontuação total do FSFI resulta da soma das pontuações de todas as dimensões, com valores variando de 2 a 36. Quanto menor for a pontuação, pior será a satisfação sexual, podendo estar associada a certas disfunções sexuais<sup>14</sup>.

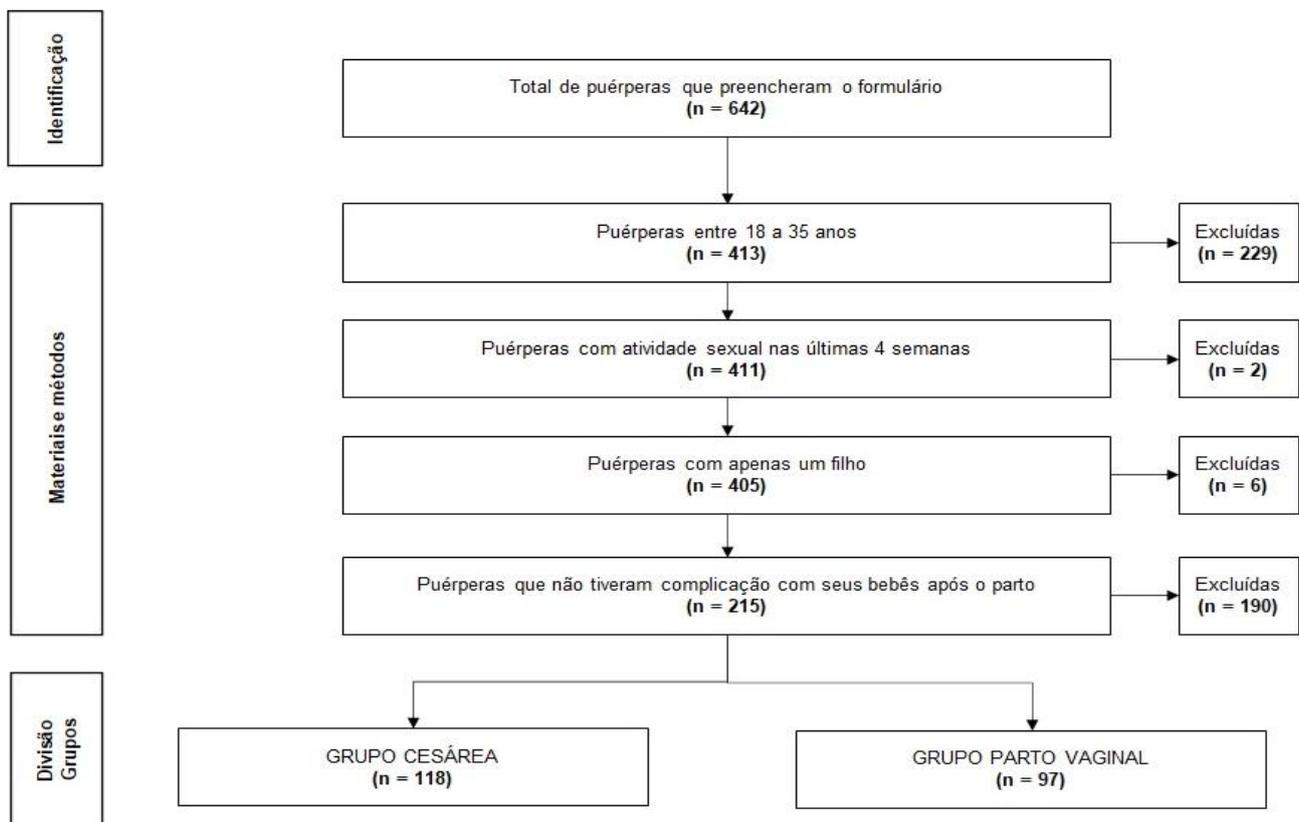
No estudo, as participantes foram divididas em dois grupos distintos com base no tipo de parto que tiveram. O primeiro grupo, denominado grupo de parto cesárea (GPC) e o segundo grupo, conhecido como grupo de parto vaginal (GPV).

Os dados foram armazenados e analisados no software Stata 9.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A análise descritiva das variáveis foi apresentada por meio de média e desvio-padrão. A normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada pelo teste Shapiro-

Wilk. As variáveis que não apresentaram distribuição normal (os testes de dor) foram transformadas em log. A comparação entre as médias das variáveis entre os grupos foram analisadas através do Teste T de Student. O teste de variância com medidas repetidas foi utilizado para avaliar a evolução do tratamento. O nível de significância adotado foi de 5%.

## Resultados

O estudo inicialmente envolveu a participação de 642 puérperas que responderam a um questionário online. Após a análise dos dados, foram excluídas 229 por estarem fora da faixa etária estabelecida de 18 a 35 anos, 2 (duas) por relatarem ausência de atividade sexual nas últimas 4 semanas, 6 por terem mais de um filho e, por fim, 190 que relataram terem tido alguma complicação com seus bebês após o parto. Com essas exclusões, o estudo contou com um total de 215 participantes, das quais 118 formaram o grupo de parto cesárea (GPC) e 97 o grupo de parto vaginal (GPV). O fluxograma do estudo está apresentado na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma esquemático da metodologia do estudo.

A amostra do estudo incluiu mulheres com idade média de aproximadamente 27 anos, sendo o GPC com 27,2 anos e GPV com 27,7 anos. A maioria das participantes era casada (38,6%), possuía ensino superior completo, não fumava (56,27%) e ainda amamentava seu

filho(a) (55,34%). Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis mencionadas (Tabela 1). Além disso, em relação a EVA, não houve diferença significativa entre os grupos, onde obtemos os valores de 4,9 (4,3-5,5) e 4,6 (4,0-5,3), para os GPC e GPV respectivamente.

**Tabela 1.** Relação do tipo de parto com as demais variáveis estudadas.

Variáveis	Parto Cesárea		Parto Vaginal		Valor p
	n	Valores (IC95%)	n	Valores (IC95%)	
<b>Estado civil (%)</b>					
Casada	51	43,2 (34,5-52,4)	32	33,0 (24,3-43,0)	0,08 <sup>2</sup>
União estável	30	25,4 (18,3-34,1)	38	39,2 (29,9-49,3)	
Divorciada	37	31,4 (23,6-40,3)	27	27,8 (19,8-37,7)	
<b>Escolaridade (%)</b>					
Médio completo	4	3,4 (1,3-8,8)	1	1,0 (0,1-7,1)	0,62 <sup>1</sup>
Superior incompleto	24	20,3 (14,0-28,6)	26	26,8 (18,9-36,6)	
Superior completo	31	26,3 (19,1-35,0)	27	27,8 (19,8-37,7)	
Pós-graduação incompleta	26	22,0 (15,4-30,5)	17	17,5 (11,1-26,5)	
Pós-graduação completa	33	28,0 (20,5-36,8)	26	26,8 (18,9-36,6)	
<b>Fumante (%)</b>					
Não	66	55,9 (46,8-64,7)	55	56,7 (46,6-66,3)	0,91 <sup>2</sup>
Sim	52	44,1 (35,3-53,2)	42	43,3 (33,7-53,4)	
<b>Amamenta (%)</b>					
Não	50	42,4 (33,7-51,5)	46	47,4 (37,6-57,4)	0,45 <sup>2</sup>
Sim	68	57,6 (48,5-66,3)	51	52,6 (42,6-62,4)	
<b>Dor na relação (%)</b>					
Não	60	50,8 (41,8-59,8)	49	50,5 (40,6-60,4)	0,36 <sup>1</sup>
Sim	51	43,2 (34,5-52,4)	46	47,4 (37,6-57,4)	
Às vezes	7	5,9 (2,8-12,0)	2	2,1 (0,5-8,0)	
<b>Uso de lubrificante (%)</b>					
Não	29	24,6 (17,6-33,2)	24	24,7 (17,1-34,4)	0,78 <sup>2</sup>
Base de água	25	21,2 (14,7-29,6)	26	26,8 (18,9-36,6)	
Base de óleo	31	26,3 (19,1-35,0)	22	22,7 (15,4-32,2)	
Saliva	33	28,0 (20,5-36,8)	25	25,8 (18,0-35,5)	
<b>Intercorrência no parto (%)</b>					
Não	10	8,5 (4,6-15,1)	51	52,6 (42,6-62,4)	<0,001 <sup>2</sup>
Sim	108	<b>91,5 (84,9-95,4)</b>	46	<b>47,4 (37,6-57,4)</b>	
<b>Mudança na função sexual (%)</b>					
Não	72	61,0 (51,9-69,4)	54	55,7 (45,6-65,3)	0,42 <sup>2</sup>
Sim	46	39,0 (30,5-48,1)	43	44,3 (34,7-54,4)	

Nota: Categorias em negrito = diferentes entre si. Valor p: <sup>1</sup>Exato de Fisher. <sup>2</sup>Qui-quadrado de Pearson.

Os resultados do estudo revelaram algumas diferenças e semelhanças entre os grupos de parto cesárea (GPC) e parto vaginal (GPV) em relação a várias dimensões da experiência sexual pós-parto. Na Tabela 1, observa-se que não houve diferença significativa entre os grupos em relação à presença de dor durante a relação sexual: 43,2% das mulheres no grupo de parto cesárea (GPC) e 47,4% no grupo de parto vaginal (GPV) relataram sentir dor na última relação ( $p=0,36$ ). Além disso, a intensidade da dor medida pela Escala Visual Analógica (EVA) também não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,54$ ). A média da intensidade da dor na última relação sexual foi ligeiramente maior no GPC, com uma pontuação de 4,9 (intervalo de confiança: 4,3-5,5), em comparação com 4,6 (intervalo de confiança: 4,0-5,3) no GPV. No entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,54$ ). O uso de lubrificantes também foi semelhante, com cerca de 24,6% no GPC e 24,7% no GPV não utilizando nenhum ( $p=0,78$ ).

Contudo, houve uma diferença significativa nas intercorrências no parto, com 91,5% no GPC relatando intercorrências, comparado a 47,4% no GPV ( $p<0,001$ ). Quanto à mudança na função sexual, 61,0% no GPC e 55,7% no GPV não relataram alterações, sem diferença significativa ( $p=0,42$ ).

**Tabela 2.** Relação da disfunção sexual com o tipo de parto da população estudada.

Variáveis	Cesárea		Vaginal		Valor p	
	N	% (IC95%)	n	% (IC95%)		
<b>Disfunção sexual</b>						
	Não	2	1,7 (0,4-6,6)	0	0,0	0,50 <sup>1</sup>
	Sim	116	98,3 (93,4-99,6)	97	100,0	
<b>Disfunção sexual</b>						
	1º tercil (grave)	41	34,7 (26,6-43,8)	31	32,0 (23,4-42,0)	0,10 <sup>2</sup>
	2º tercil (médio)	45	38,1 (29,7-47,3)	27	27,8 (19,7-37,7)	
	3º tercil (leve)	32	27,1 (19,8-35,9)	39	40,2 (30,8-50,3)	

IC = Intervalo de Confiança. Valor p: <sup>1</sup>Exato de Fisher. <sup>2</sup>Qui-quadrado de Pearson.

Os resultados apresentados na tabela 2 indicam a relação entre o tipo de parto e a presença de disfunção sexual entre as participantes do estudo. No grupo de parto cesárea (GPC), apenas 1,7% das mulheres não apresentaram disfunção sexual, com um intervalo de confiança de 0,4% a 6,6%. Em contraste, no grupo de parto vaginal (GPV), nenhuma das participantes estava livre de disfunção sexual. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente

significativa ( $p=0,50$ ). Em relação à gravidade da disfunção sexual, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,10$ ). Isso indica que a disfunção sexual é comum em ambos os grupos, sem diferenças significativas na gravidade.

**Tabela 3.** Relação da disfunção sexual com o tipo de parto da população estudada.

Domínio do FSFI (2-36)	Cesárea (n=118)	Vaginal (n=97)	Valor p
	média (IC95%)	média (IC95%)	
Desejo sexual	3,59 (3,37-3,81)	3,54 (3,32-3,76)	0,09
Excitação	3,74 (3,61-3,88)	3,65 (3,46-3,85)	0,43
Lubrificação	3,59 (3,42-3,77)	3,60 (3,41-3,80)	0,48
Orgasmo	3,53 (3,34-3,72)	3,76 (3,58-3,94)	0,57
Satisfação	3,59 (3,41-3,77)	3,67 (3,47-3,86)	0,58
Dor	3,87 (3,67-4,06)	3,95 (3,76-4,13)	0,74
Escore total	21,9 (21,5-22,4)	22,2 (21,6-22,7)	0,48

Nota: FSFI = Female Sexual Function Index. IC = Intervalo de Confiança. Valor p: <sup>1</sup>Teste t de students.

A Tabela 3 apresenta a relação entre a disfunção sexual e o tipo de parto na população estudada, utilizando o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI). Os resultados indicam que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de parto cesárea e vaginal em nenhum dos domínios do FSFI, incluindo desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e o escore total. Isso sugere que o tipo de parto não influenciou significativamente a função sexual das participantes do estudo.

## Discussão

O presente estudo mostrou uma alta frequência de disfunção sexual entre mulheres no puerpério remoto, independentemente da via de parto, ou seja, tanto aquelas que tiveram partos vaginais quanto as que passaram por cesarianas enfrentaram dificuldades na função sexual. Estes achados estão de acordo com pesquisas realizadas anteriormente, que também não encontraram diferença significativa na função sexual em relação à via de parto escolhida. Song *et al.*<sup>9</sup> avaliaram 435 puérperas primíparas para investigar a associação entre função sexual e via de parto, concluindo que essa relação é controversa. De forma semelhante, Laganà *et al.*<sup>15</sup> avaliaram a recuperação e a qualidade da atividade sexual de 200 puérperas, 8 semanas de pós-parto, utilizando o questionário FSFI e não encontraram uma correlação direta e significativa

entre o modo de parto e o início da disfunção sexual feminina pós-parto. Este resultado também foi observado por Lurie *et al.*<sup>16</sup>, que avaliaram 82 puérperas para identificar o comportamento sexual ao longo do período pós-parto em relação à via de parto. O comportamento sexual foi avaliado através do questionário FSFI, em 6, 12 e 24 semanas pós-parto, até a retomada da relação sexual, e os escores do FSFI não diferiram significativamente entre os tipos de parto nessas semanas.

Em contrapartida aos achados do presente estudo, Saleh *et al.*<sup>17</sup> avaliaram 684 puérperas primíparas, das quais 364 tiveram parto cesárea. Essas mulheres apresentaram um escore FSFI estatisticamente significativo maior, indicando melhor função sexual em comparação com aquelas que tiveram parto vaginal. No entanto, como destacado em seu estudo, essa diferença foi clinicamente sutil.

O período gestacional exerce impactos diretos ao corpo feminino, sejam relacionadas a alterações hormonais, as disfunções do assoalho pélvico (AP) por danos estruturais e funcionais de músculos, nervos, fâscias ou ligamentos, podem gerar diversos sintomas, como por exemplo, urgência, prolapsos de órgãos pélvicos, além da incontinência fecal e a mais comum, a incontinência urinária (IU)<sup>18</sup>. Estes sintomas podem estar associados ao efeito da pressão do útero gravídico sobre a bexiga, reduzindo de forma significativa a capacidade vesical, podendo afetar negativamente a qualidade de vida de gestantes e a função sexual.<sup>19-20</sup> Conforme descrito por Prado *et al.*<sup>21</sup> em seu estudo que analisou 358 mulheres (181 não gestantes e 177 gestantes) e buscou avaliar o impacto da gestação na função sexual feminina. Os desfechos do estudo corroboram com o presente estudo, comprovando a existência de disfunções sexuais decorrentes do período gestacional. Entre as gestantes, 40,4% apresentaram disfunções sexuais, em comparação com 23,3% das não gestantes, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ). Além disso, houve uma diferença significativa ( $p<0,0001$ ) entre as médias globais do FSFI entre os grupos. Diferenças significativas foram observadas nos escores dos domínios de desejo ( $p<0,0001$ ), excitação ( $p=0,003$ ), lubrificação ( $p=0,02$ ), orgasmo ( $p=0,005$ ) e satisfação ( $p=0,03$ ), corroborando assim com os resultados do presente estudo.

No presente estudo, nota-se que nos domínios avaliados pelo Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), o desejo sexual apresentou os menores escores. Os demais domínios, como excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor durante a relação sexual, também registraram escores baixos, estando em consonância com achados da literatura<sup>9,12,15,16</sup>. Essa constatação é particularmente relevante porque evidencia que os desafios da sexualidade no pós-parto não

estão restritos a um único tipo de parto, mas são comuns independentemente da experiência obstétrica.

Embora estudos similares tenham sido desenvolvidos internacionalmente, no Brasil não temos um vasto volume de pesquisas sobre o tema a fim de entender as particularidades de nossa população. Além disso, esses achados podem contribuir para que as mulheres escolham o tipo de parto com base nas necessidades reais, uma vez que não demonstramos nenhuma diferença na função sexual no puerpério entre o parto vaginal e cesárea, como é a crença popular.

Esses fatores demonstram que a gravidez, além de seus efeitos naturais sobre o corpo feminino, pode ser marcada por uma série de complicações que agravam as dificuldades já existentes relacionadas à função sexual. Desta forma, como destacado em outras pesquisas, os autores concordam com os achados do presente estudo. Por exemplo, Lipschuetz *et al.*<sup>28</sup> avaliaram 198 mulheres que sofreram trauma perineal após parto vaginal, com intuito de investigar as taxas e a extensão das queixas de disfunção do assoalho pélvico, incluindo compartimentos anterior e posterior e função sexual, em uma população não selecionada de mulheres primíparas um ano após o parto. O estudo concluiu que dois terços das mulheres avaliadas sofrem sintomas que causavam algum grau de incômodo.

Em contrapartida, Leeman *et al.*<sup>29</sup> avaliaram 448 mulheres que tiveram partos vaginais com trauma perineal após parto vaginal e observaram que essas mulheres apresentaram pontuações mais baixas no FSFI, indicando pior função sexual ( $p=0,01$ ). As diferenças foram atribuídas a pontuações mais baixas nos domínios de excitação, dor e satisfação do FSFI. ,

Revela-se no presente estudo uma alta taxa de partos cesáreos alta entre as 215 puérperas incluídas: 118 optaram por cesárea e 97 por parto normal, podendo estar associada a diversos fatores, como preferências pessoais das gestantes, percepções sobre segurança e recuperação, além de influências culturais e institucionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de partos cesáreos não ultrapasse 15%. Estudos prévios<sup>22-27</sup> ressaltam que, embora a cesárea seja um procedimento cirúrgico crucial para prevenir a mortalidade materna e neonatal, seu uso excessivo não é acompanhado por esforços suficientes para promover o parto vaginal quando possível.

Os resultados encontrados no presente estudo, reforçam a necessidade de uma abordagem mais ampla e integrada no cuidado pós-parto, que considere não apenas o tipo de parto, mas também outros fatores emocionais, físicos e sociais que podem contribuir para a disfunção sexual. A identificação precoce e o tratamento adequado dessas questões podem melhorar significativamente a qualidade de vida das puérperas, ressaltando a importância de

incluir a avaliação da saúde sexual como parte do acompanhamento pós-parto. Por isso, é essencial que gestantes recebam acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, com atenção tanto para a saúde física quanto para o apoio emocional, a fim de minimizar os impactos dessas condições na qualidade de vida e na sexualidade.

O presente estudo teve algumas limitações que precisam ser abordadas, abrindo oportunidade para que novos estudos na área sejam realizados para investigar o assunto com mais clareza. Uma possível limitação do artigo foi ter sido conduzido em formato online, o que pode ter restringido o acesso a uma amostra mais ampla e representativa, já que mulheres com menor acesso à internet ou menor familiaridade com tecnologias podem não ter participado. Além disso, o estudo não contou com a avaliação direta por profissionais de saúde, o que poderia enriquecer o diagnóstico de disfunções sexuais e a verificação de outros fatores clínicos importantes.

Esses achados sugerem que a disfunção sexual é altamente prevalente entre as mulheres no puerpério remoto, independentemente do tipo de parto. Embora ambos os tipos de parto estejam associados a relatos de traumas, desconfortos e dor, o impacto sobre a função sexual, medido pelos escores do FSFI, não apresentou diferenças significativas entre os grupos. A similaridade nos escores indica que tanto o parto vaginal quanto a cesárea podem de alguma forma afetar a função sexual de maneira similar, com fatores correlacionados.

Outro ponto a ser destacado é que a pesquisa foca exclusivamente na perspectiva das mulheres, deixando de lado a avaliação dos parceiros, cujas experiências também influenciam a dinâmica sexual do casal no período pós-parto. O tempo de *follow-up* deve ser incluído para acompanhar os escores obtidos através do questionário FSFI.

## **Conclusão**

Concluimos que, neste estudo, quase a totalidade das mulheres avaliadas apresentaram disfunção sexual no puerpério remoto. No entanto, não foi identificada uma relação direta entre essa disfunção e o tipo de parto, seja vaginal ou cesárea. Ao comparar os tipos de parto, não foram observadas diferenças significativas na prevalência da disfunção sexual, nem nas pontuações do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI).

### Referências Bibliográficas

- 1- Enderle CF, Kerber NP, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):719-725. doi:10.1590/S0104-11692013000300010.
- 2- Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DFd. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. Factores relacionados a la salud de la mujer en el puerperio y los efectos en la salud del niño. *Escola Anna Nery*. 2015;19(1):181-186. doi:10.5935/1414-8145.20150025
- 3- Abreu LP, Batalha MA, Aristizabal LYG, Costa LC, Batista RFL. Intimate partner violence during pregnancy and time to return to sexual activity after childbirth: analysis of the BRISA prenatal cohort. *Cad Saude Publica*. 2024;40(5):e00094223. doi:10.1590/0102-311XEN094223.
- 4- Asselmann E, Hoyer J, Wittchen HU, Martini J. Sexual problems during pregnancy and after delivery among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *J Sex Med*. 2016 Jan;13(1):95-104. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.005.
- 5- Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IdSd, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. Early and late puerperal complications associated with the mode of delivery in a cohort in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21. doi:10.1590/1980-549720180010.
- 6- Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, et al. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs. cesarean section. *J Sex Med*. 2016;13(3):393-401. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.004.
- 7- Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J*. 2014;29(4):276-9. doi:10.5001/omj.2014.72.
- 8- Pereira VB, Reis SND, Araújo FG, Amorim T, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Trends in cesarean section rates in Brazil by Robson classification group, 2014-2020. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(3):e20230099. doi:10.1590/0034-7167-2023-0099.
- 9 - Song M, Ishii H, Toda M, et al. Association between sexual health and delivery mode. *Sex Med*. 2014;2(4):153-8. doi:10.1002/sm2.46.
- 10- Fuchs A, Czech I, Dulaska A, Drosdzol-Cop A. The impact of motherhood on sexuality. *Ginekol Pol*. 2021;92(1):1-6. doi:10.5603/GP.a2020.0162

- 11- Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2022;129(7):1017-1028. doi:10.1111/1471-0528.16934.
- 12- Pereira TRC, Dottori EH, Mendonça FMdAF, Beleza ACS. Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto: um estudo transversal. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018 Jun;18(2):289-294. doi:10.1590/1806-93042018000200003.
- 13- Thiel RdRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MdF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(10):504-10. doi: 10.1590/s0100-72032008001000005.
- 14- Silva NT, Damasceno SO. Avaliação da satisfação sexual em universitárias. *Colloquium Vitae*. 2019;11(1):1-6.
- 15- Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, *et al*. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol*. 2015;67(4):315-20.
- 16- Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2013; 288(4):785-92. doi: 10.1007/s00404-013-2846-4.
- 17- Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019; 45(6):1143-7. doi: 10.1111/jog.13962.
- 18- Herbert J. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nurs Times*. 2009;105(7):38-41.
- 19- Chaliha C, Bland JM, Monga A, Stanton SL, Sultan AH. Pregnancy and delivery: a urodynamic viewpoint. *BJOG*. 2000;107(11):1354-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11647.x.
- 20- Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci*. 2007;1101:266-96. doi: 10.1196/annals.1389.034
- 21- Prado DS, Lima RV, de Lima LMMR. [Impact of pregnancy on female sexual function]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(5):205-9. doi: 10.1590/s0100-72032013000500003.
- 22- Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM, Section WWGoC. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016;123(5):667-70. doi:10.1111/1471-0528.13526.
- 23- Paixao ES, Bottomley C, Smeeth L, da Costa MCN, Teixeira MG, Ichihara MY, *et al*. Using the Robson classification to assess caesarean section rates in Brazil: an observational study of more than 24 million births from 2011 to 2017. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1):589. doi:10.1186/s12884-021-04060-5.

- 24- Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PL, Mathias TA. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):733-40. doi:10.1590/S0080-623420160000600004.
- 25- Rudey EL, Leal MDC, Rego G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Apr;99(17):e19880. doi:10.1097/MD.00000000000019880.
- 26- Leal MC, da Silva AAM, Dias MAB, da Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, *et al*. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012 Aug 22;9:15. doi:10.1186/1742-4755-9-15.
- 27- Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettioli H, Batista RFL, Coimbra LC, *et al*. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(9):1211-20. doi:10.1590/s0100-879x2006005000130.
- 28- Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, *et al*. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;191:90-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.05.015.
- 29- Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth*. 2016;43(4):293-302. doi:10.1111/birt.12258.

## Anexo 1

### TCC - Avaliação da função sexual no puerpério remoto TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu estou sendo convidada a participar do estudo sobre a "*Avaliação da função sexual no puerpério remoto*", com objetivo de verificar a função sexual feminina no puerpério remoto em mulheres brasileiras e comparar a disfunção sexual feminina em relação a via de parto. A minha participação no referido estudo será no sentido de responder aos questionários sobre questões relacionadas ao puerpério remoto. Fui alertada de que, da pesquisa a se realizar, não terei nenhum tipo de benefícios. Recebi também os esclarecimentos sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo como: Responder questões sobre a minha vida pessoal, e situações do dia a dia. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo. A pesquisa foi elaborada pelas acadêmicas Carlos Ernesto Ornelas da Cunha e Giulyana Vieira Silva Gazolla, com orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ariane Martins Boverato Rena.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo. As despesas porventura acarretadas pela pesquisa serão de responsabilidade da equipe de pesquisas. Não havendo por outro lado qualquer previsão de compensação financeira.

Tendo sido orientada quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Após a leitura do presente Termo, declaro expressamente que entendi o propósito do referido estudo e, estando em perfeitas condições de participação, dou meu consentimento para participar livremente do mesmo.

Li o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, compreendi e estou de acordo em participar voluntariamente do estudo sem qualquer ônus ou bônus para mim.

<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Não concordo
-----------------------------------	---------------------------------------

Abaixo digite as iniciais do seu nome. Por exemplo: Se o seu nome for Maria de Lourde Guilhermina, você deverá digitar apenas MLG. Qual o seu nome?	Campo de texto
---	----------------

Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> União estável
--------------	---

Idade	Campo de texto
-------	----------------

Nível de Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta
Você é fumante? Fumante é aquela pessoa que consome 11 ou mais cigarros por dia.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Atualmente você ainda amamenta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Atualmente você está tendo dor durante a relação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> As vezes
Na sua última relação você teve dor? Qual o grau de dor você sentiu durante a relação?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Você utiliza algo na hora da relação?	<input type="checkbox"/> Lubrificante a base de água <input type="checkbox"/> Lubrificante a base óleo <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Não utilizo
Utilizou alguma pomada intravaginal após o parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Para qual objetivo você utilizou?	Campo texto
Você está satisfeita com o suporte que recebeu de profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Número de Gravidezes:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
Número de Abortos:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
Qual o tipo de parto do último filho?	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea
Você teve alguma intercorrência no seu parto vaginal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual o tipo de intercorrência que você teve no parto vaginal?	<input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Abertura dos pontos <input type="checkbox"/> Hemorroida <input type="checkbox"/> Prolapso vaginal <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Prolapso uterino

Se teve Laceração, qual foi grau?	<input type="checkbox"/> Grau 1 <input type="checkbox"/> Grau 2 <input type="checkbox"/> Grau 3 <input type="checkbox"/> Grau 4
Você teve alguma intercorrência no parto cesárea?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual tipo de intercorrência você teve no parto cesárea?	<input type="checkbox"/> Abertura dos pontos <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma
Seu bebê teve alguma intercorrência pós parto imediato?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei dizer
Precisou ficar internado na UTI?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você experimentou alguma mudança na função sexual após o parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se Sim, qual tipo de mudança?	<input type="checkbox"/> Diminuição do desejo sexual <input type="checkbox"/> Dor durante a relação sexual <input type="checkbox"/> Dificuldade em atingir o orgasmo <input type="checkbox"/> Secura vaginal
Você procurou ajuda médica para essas mudanças sexuais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se Sim, qual foi o diagnóstico médico?	<input type="checkbox"/> Depressão pós-parto <input type="checkbox"/> Dor durante a relação sexual <input type="checkbox"/> Disfunção orgásmica <input type="checkbox"/> Estresses psicológicos e sociais <input type="checkbox"/> Secura vaginal

## Anexo 2

### Versão final do Female Sexual Function Index em português do Brasil.

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca 0 = Sem atividade sexual
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum 0 = Sem atividade 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?	5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança 0 = Sem atividade 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?	5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança 0 = Sem atividade sexual

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
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?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca 0 = Sem atividade 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?	5 = Nada difícil 4 = Ligeiramente difícil 3 = Difícil 2 = Muito difícil 1 = Extremamente difícil ou impossível 0 = Sem atividade sexual
9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal até o final da atividade ou ato sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca 0 = Sem atividade sexual
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal até o final da atividade ou ato sexual?	5 = Nada difícil 4 = Ligeiramente difícil 3 = Difícil 2 = Muito difícil 1 = Extremamente difícil ou impossível 0 = Sem atividade sexual
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca 0 = Sem atividade sexual
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo?	5 = Nada difícil 4 = Ligeiramente difícil 3 = Difícil 2 = Muito difícil 1 = Extremamente difícil ou impossível 0 = Sem atividade sexual
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo durante atividade ou ato sexual?	4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita 0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita

---

continua

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita 0 = Sem atividade sexual
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Muito alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Baixo 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

#### 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.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual; ato sexual é definido quando há penetração do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, masturbação ou fantasia sexual; 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, ou contrações musculares).



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
GOVERNADOR OZANAM  
COELHO - UNIFAGOC



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Projeto de Pesquisa: Avaliação da função sexual no puerpério remoto

**Pesquisador:** ARIANE MARTINS BOVARETO RENA

**Versão:** 1

**CAAE:** 83601924.7.0000.8108

**Instituição Proponente:** FUNDACAO PRESIDENTE ANTONIO CARLOS

### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 115924/2024

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Projeto de Pesquisa: Avaliação da função sexual no puerpério remoto que tem como pesquisador responsável ARIANE MARTINS BOVARETO RENA, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC em 01/10/2024 às 10:00.

**Endereço:** Rua Dr. Adjalme da Silva Botelho, nº 20, sala 100/01 Campus UNIFAGOC

**Bairro:** Seminário

**CEP:** 36.506-022

**UF:** MG

**Município:** UBA

**Telefone:** (32)3539-5600

**E-mail:** cep@unifagoc.edu.br