

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com
ou Sem Episiotomia**

Larissa Lolyta Pereira Ribeiro

Porto Alegre, 2019

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com
ou Sem Episiotomia**

Larissa Lolyta Pereira Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Lopes Ramos.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2019

“Alguns homens vêm as coisas como são, e dizem ‘Por quê?’ Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Por que não?’”

(George Bernard Shaw).

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, mesmo em um momento de plena dedicação a seus filhos, compartilhando suas experiências, para que outras mulheres se beneficiem dos seus aprendizados no período do puerpério, e a todos aqueles que, de alguma forma, contribuem com a ciência em prol dos avanços na área da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à coordenação, equipe e corpo docente do **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia (PPGO)**, admitindo-me como aluna de Mestrado e oferecendo-me uma oportunidade única de produção de conhecimento através de uma formação de altíssima qualidade.

Agradeço também à **Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)** e ao **Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)**, instituições públicas com excelência na geração de conhecimento. Estendo este agradecimento a instituição colaboradora desta pesquisa, **Hospital Moinhos de Vento (HMV)**, pela gentileza e contribuição neste projeto.

Ao **Dr. Marcos Rosa** e a **Dra. Laura Massuco**, pela contribuição junto ao Hospital Moinhos de Vento.

Os meus sinceros agradecimentos ao **Professor Dr. José Geraldo Lopes Ramos**, orientador deste trabalho, por acreditar no meu potencial, incentivando-me e transmitindo a mim os seus conhecimentos;

À **Professora Dra. Luciana Laureano Paiva**, por ter depositado sua confiança em mim, deixando abertas as portas da Fisioterapia em Saúde da Mulher para que pudesse aperfeiçoar meus conhecimentos. Agradeço pelos conhecimentos transmitidos e pela oportunidade de fazer parte de uma equipe dedicada e comprometida com a ciência na fisioterapia.

Às queridas colegas do projeto Saúde da Mulher realizado no ambulatório do HCPA pelo companheirismo, amizade, trocas e apoio.

Agradeço a colega **Cássia Colla**, pela sua contribuição na construção desta pesquisa. As colegas, **Bruna Mozzaquattro** e **Andriéli Salbego** pela parceria na tabulação dos dados. E também não poderia deixar de agradecer a minha colega **Caroline Darski**, por ter sido parceira durante todo o período do mestrado, guiando e auxiliando na construção deste projeto, na produção científica e em diversos eventos científicos, dividindo comigo sua experiência e seu conhecimento;

Ao querido professor **Dr. Charles F. Ferreira** pelo auxílio nas análises estatísticas deste trabalho e pelo grande desempenho científico. Muito obrigada!

À todas as mulheres que aceitaram participar deste estudo, dedicando um pouco do seu tempo, em um período tão complexo como o pós-parto, para contribuir com a ciência em benefício de todas as mulheres;

Faço um agradecimento especial a minha amiga **Raquel Stumpf**, por ter sido uma grande incentivadora pessoal, por ter sempre me apoiado e ter colaborado comigo de inúmeras formas nesta jornada. A minha sincera gratidão!

Por fim, agradeço a minha família, meus irmãos e em especial meus pais, pelo grande incentivo e orientação. Vocês são meu exemplo e minha maior fonte de inspiração pela garra e força que ambos possuem. Admiro os ótimos profissionais da saúde que foram nas suas áreas de atuação. Vocês são o meu incentivo a ousar e a nunca desistir dos meus objetivos.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 9 |
| LISTA DE FIGURAS..... | 11 |
| LISTA DE TABELAS..... | 12 |
| RESUMO..... | 13 |
| ABSTRACT..... | 14 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 15 |
| REVISÃO DA LITERATURA..... | 17 |
| 2.1 Estratégias de busca..... | 17 |
| 2.2 Seleção dos estudos e extração de dados..... | 18 |
| 2.3 Mapa conceitual..... | 19 |
| 2.4 Sexualidade humana..... | 19 |
| 2.5 Função sexual e pós-parto..... | 22 |
| 2.6 Disfunções do assoalho pélvico e pós-parto..... | 25 |
| 2.7 Avaliação da função sexual no pós-parto..... | 27 |
| 3. JUSTIFICATIVA..... | 30 |
| 4. HIPÓTESES..... | 31 |

| | |
|--------------------------------|----|
| 4.1 Hipótese nula: | 31 |
| 4.2 Hipótese alternativa:..... | 31 |
| 5. OBJETIVOS..... | 32 |
| 5.1 Principal..... | 32 |
| 5.2 Secundários | 32 |
| REFERÊNCIAS..... | 33 |
| 6. ARTIGO | 39 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 69 |
| PERSPECTIVAS..... | 70 |
| APÊNDICE A | 71 |
| ANEXOS | 77 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| AP | Assoalho Pélvico |
| DAP | Disfunções do Assoalho Pélvico |
| DS | Disfunção Sexual |
| EVA | Escala Visual Analógica |
| FS | Função Sexual |
| FSF | Função Sexual Feminina |
| FSFI | <i>Female Sexual Function Index</i> |
| HCPA | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| HMV | Hospital Moinhos de Vento |
| ICIQ-SF | <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i> |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IU | Incontinência Urinária |
| MAP | Músculos do Assoalho Pélvico |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PN | Parto Normal |

QV Qualidade de Vida

RS Relação Sexual

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Modelo da resposta sexual humana de Master & Johnson..... | 20 |
| Figura 2. Ciclo da resposta sexual por Basson R..... | 21 |
| Figura 3. Ciclo de resposta sexual por Graziottin..... | 22 |
| Figura 4. Incisão cirúrgica, Episiotomia..... | 24 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Estratégia de busca de referências bibliográficas e número de artigos identificados nas bases de dados..... | 18 |
|---|----|

RESUMO

Introdução: A gravidez e o puerpério são períodos de mudanças físicas e psicológicas para a gestante, podendo afetar a função sexual (FS) e impactar na sua qualidade de vida (QV). O retorno à atividade sexual varia muito de mulher para mulher e quando ocorre a episiotomia, este tempo pode aumentar ainda mais o tempo de retorno a atividade sexual. **Objetivo:** Avaliar a FS de puérperas três meses após o PN com e sem episiotomia. **Método:** Estudo observacional transversal realizado em um hospital privado de Porto Alegre. A amostragem utilizada foi do tipo não probabilística por conveniência. Utilizou-se o Female Sexual Function Index (FSFI-6), International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), Escala Análoga Visual (EVA) para dor perineal e dor na relação sexual (RS), além de questionário estruturado. **Resultados:** Foram avaliadas 264 mulheres, com idade superior a 18 anos, que realizaram parto a termo via vaginal. No estudo, a idade se relacionou inversamente proporcional a todos os domínios e ao escore total do FSFI-6. A episiotomia não demonstrou afetar a função sexual feminina (FSF) a curto prazo, não apresentando diferença significativa. **Conclusão:** Em curto prazo, aos três meses após o PN, a episiotomia não influenciou na FSF.

Palavras-chave: Período pós-parto, Episiotomia, Saúde Sexual.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and the puerperium are periods of physical and psychological changes for pregnant women, which may affect sexual function (SF) and impacts their quality of life (QoL). Return to sexual activity varies greatly from woman to woman and when episiotomy occurs, the time needed to return to sexual activities may increase further. **Objective:** To evaluate the SF of puerperal women three months after normal delivery (ND) with and without episiotomy. **Method:** Cross-sectional observational study conducted in a private hospital in Porto Alegre. The sampling used was non-probabilistic for convenience. We used the Female Sexual Function Index (FSFI-6), International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), Visual Analogue Scale (VAS) for perineal pain and pain in sexual intercourse (SI), as well as a structured questionnaire. **Results:** A total of 264 women over the age of 18 years old who underwent full term vaginal delivery were evaluated. In the study, age was inversely proportional to all domains and the total FSFI-6 score. Episiotomy was not shown to affect female sexual function (FSF) in the short term and showed no significant difference. **Conclusion:** In the short term, within three months after PN, episiotomy did not influence FSF.

Keywords: Postpartum period, Episiotomy, Sexual Health.

1. INTRODUÇÃO

O parto normal (PN), por apresentar menores complicações maternas e neonatais, deveria ser a primeira escolha das mulheres. No entanto, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), a taxa de partos cirúrgicos realizados no Brasil, encontra-se em torno de 55,60% devido a fatores culturais, estruturais e econômicos, chegando na saúde suplementar com índices maiores, correspondendo a 84,6% dos partos¹.

O Ministério da Saúde (MS) implementou uma Estratégia para PN para adequar a prática baseando-se em evidências científicas². O manual de 1996 sobre a Maternidade Segura, recomenda o PN com uso seletivo de episiotomia, pois encontra-se dificuldade até mesmo na seleção das estruturas que serão suturadas e também na reabilitação dos músculos do assoalho pélvico (MAP)³.

A episiotomia é uma incisão no períneo utilizada durante o PN com o propósito de evitar danos como as lacerações espontâneas e danos no esfíncter anal⁴. Sendo utilizada rotineiramente, foi questionada no final da década de 1990 e caiu em desuso nos anos 2000⁵.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 15% deve ser o máximo de partos com episiotomia nos hospitais, embora não exista um consenso sobre uma taxa efetivamente correta pois os trabalhos analisados são de baixa qualidade. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada no Brasil com cerca de 4.000 mulheres por meio de inquérito nacional, relatou que nos 5 anos anteriores a pesquisa, a episiotomia foi praticada em 70% dos partos. Apenas entre as mulheres com menos de 3 filhos esta proporção foi menor. Em mulheres primíparas, a chance de ocorrer a episiotomia é 3 vezes maior. Estes índices variam de país para

país. Em alguns países da América do Sul, 90% das primíparas são propensas a episiotomia^{6,7}.

Muitas críticas surgiram após anos de estudo sobre a episiotomia identificando desvantagens na sua utilização rotineira. Uma das queixas mais comuns é a dor para a relação sexual (RS). O retorno à atividade sexual da mulher no puerpério varia diante de muitos fatores físicos e psicológicos, mas a integridade do períneo, como citado em estudos, pode demorar até um ano para a sua restauração⁸.

No puerpério, é comum a presença de alguma dor ou desconforto durante a RS, porém são escassos os estudos realizados que buscam identificar com clareza o tempo médio de retorno da função sexual (FS) e sua relação com a disfunção sexual (DS). Quando utilizada a episiotomia, ou quando ocorre a laceração perineal, contribuindo nesta demora à atividade sexual plena⁹. Nesse período, podem ainda estar presentes também algumas disfunções do assoalho pélvico (DAP) como a incontinência urinária (IU) e a dor perineal.

Nesse sentido, o presente estudo mostra-se relevante na medida em que se propõe a identificar as possíveis relações entre a FS, considerando a via de PN com e sem episiotomia, em puérperas três meses de pós-parto os resultados advindos desse estudo poderão contribuir com a prática clínica baseada em evidências.

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Estratégias de busca

A presente revisão da literatura está direcionada aos aspectos relacionados à FS três meses pós-parto vaginal com e sem episiotomia, com o objetivo de fundamentar a pesquisa. Como estratégia de busca, foram pesquisadas as bases de dados PubMed, MEDLINE, PEDRo e Scielo. A busca foi realizada em maio de 2019, sem restrição de data e restringindo-se aos idiomas português e inglês.

Nas bases de dados PubMed (n=40) e MEDLINE (n=38), encontrou-se um número mais expressivo de artigos no assunto. A estratégia de busca utilizada no PubMed está demonstrada na Tabela 1. Para a busca na base MEDLINE foi utilizada a combinação das palavras “sexual function” AND episiotomy”. Já nas bases PEDRo (n=1) e Scielo (n=5), a busca resultou em 6 artigos no total sendo utilizada a combinação de palavras “episiotomy” AND “sexual function”. Os termos em inglês compreendidos na busca foram: “episiotomy”, “sexual function”, “postpartum period”, “vaginal delivery” e seus descritores em português: episiotomia, FS, período pós-parto e PN. Foi utilizado o operador booleano AND e OR para a combinação entre as palavras-chave.

Adicionalmente a busca no PubMed, utilizou-se os termos MeSHs e dos termos sinônimos (entryterms), objetivando recuperar um número maior de artigos de interesse através da terminologia padronizada e definição de assuntos.

Foram incluídos estudos publicados em periódicos nacionais ou internacionais, que avaliassem a FS em puérperas após PN com ou sem episiotomia. Foram incluídos somente estudos observacionais em que a avaliação foi realizada nos primeiros seis meses após o parto. Não houve restrição de data e os idiomas foram restringidos a português e inglês. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: literatura não publicada (teses e dissertações) e estudos com dados incompletos.

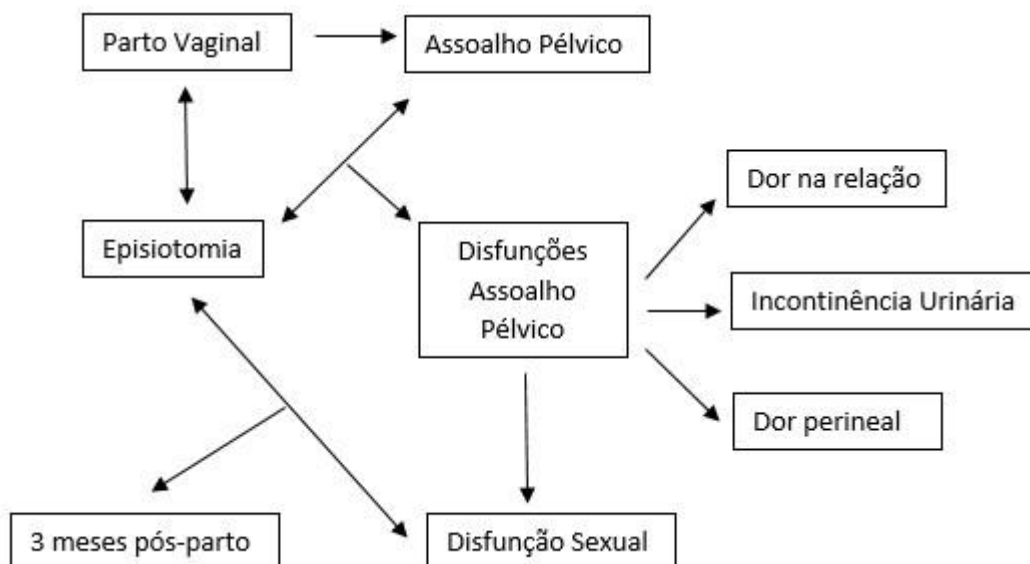
Tabela 1 - Estratégia de busca utilizada no PubMed.

((Sexual Dysfunction, Physiological[mh] OR sexual function[tw]) **AND** (postpartum period[mh] OR postpartum period[tw] OR Postpartum[tw] OR Postpartum Women[tw] OR Puerperium[tw] OR pospartum sexual function[tw]) **AND** (episiotomy[mh] OR episiotom*[tw]) **AND** (Sexual Dysfunction, Physiological[mh] OR Physiological Sexual Dysfunction*[tw] OR Physiological Sexual Disorder*[tw] OR Sex Disorders[tw]) **AND** (Delivery, Obstetric[mh] OR Delivery, Obstetric[tw] OR vaginal delivery[tw]) **NOT** (cesarean delivery[mh] OR cesarean delivery[tw] OR Abortion[tw]))

2.2 Seleção dos estudos e extração de dados

Inicialmente, avaliou-se os títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca. Os resumos que não forneceram informações suficientes sobre os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para a avaliação dos textos completos. Nessa segunda fase, o mesmo revisor avaliou os artigos na íntegra e fez suas seleções de acordo com os critérios de elegibilidade pré-especificados. Os desfechos extraídos dos estudos foram: episiotomia e alterações na vida sexual.

2.3 Mapa conceitual



A episiotomia é um procedimento realizado no AP durante o PN, porém questiona-se a sua eficácia na proteção do AP, principalmente por estar relacionada às DAP como DS, IU, dor perineal e dor na RS. Neste sentido, torna-se necessário maiores estudos sobre a função sexual feminina (FSF) pós-parto, que busque identificar a relação da episiotomia com as DSs nesse período.

2.4 Sexualidade humana

O estudo da sexualidade humana, é constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, descrito por Willian Masters e Virginia Johnson em 1970¹⁰. (Figura 1)

O binômio vasocongestão/reação miotônica caracteriza-se pelas fases de excitação e platô, juntamente com a crescente excitação sexual. Já o orgasmo é constituído pelo quadro miotônico das contrações musculares reflexas¹¹. A fase de

resolução faz com que o organismo retorne às condições basais de relaxamento muscular e descongestão sanguínea¹⁰.

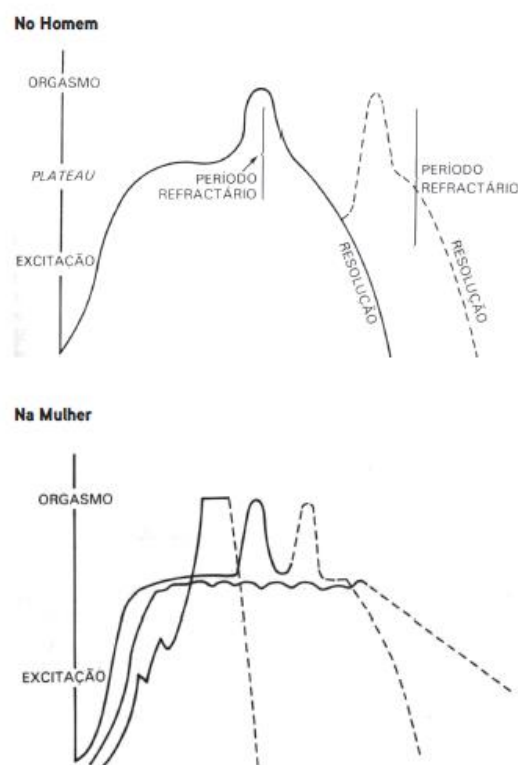


Figura 1. Modelo da resposta sexual humana de Master & Johnson¹⁰.

Kaplan (1979), descreveu um novo modelo sem a resolução, pois acreditava ser uma ausência de resposta sexual, ao invés de parte do ciclo. Este novo modelo era composto por três fases: desejo, excitabilidade (vasocongestão genital) e orgasmo¹².

A Dra. Rosemary Basson (2000) levando em conta que os modelos “tradicionais” são aplicáveis às mulheres no início de um relacionamento sexual, propôs outro modelo de resposta sexual, levando em conta que as respostas femininas resultam mais da necessidade de intimidade do que de uma estimulação física sexual¹³. (Figura 2)

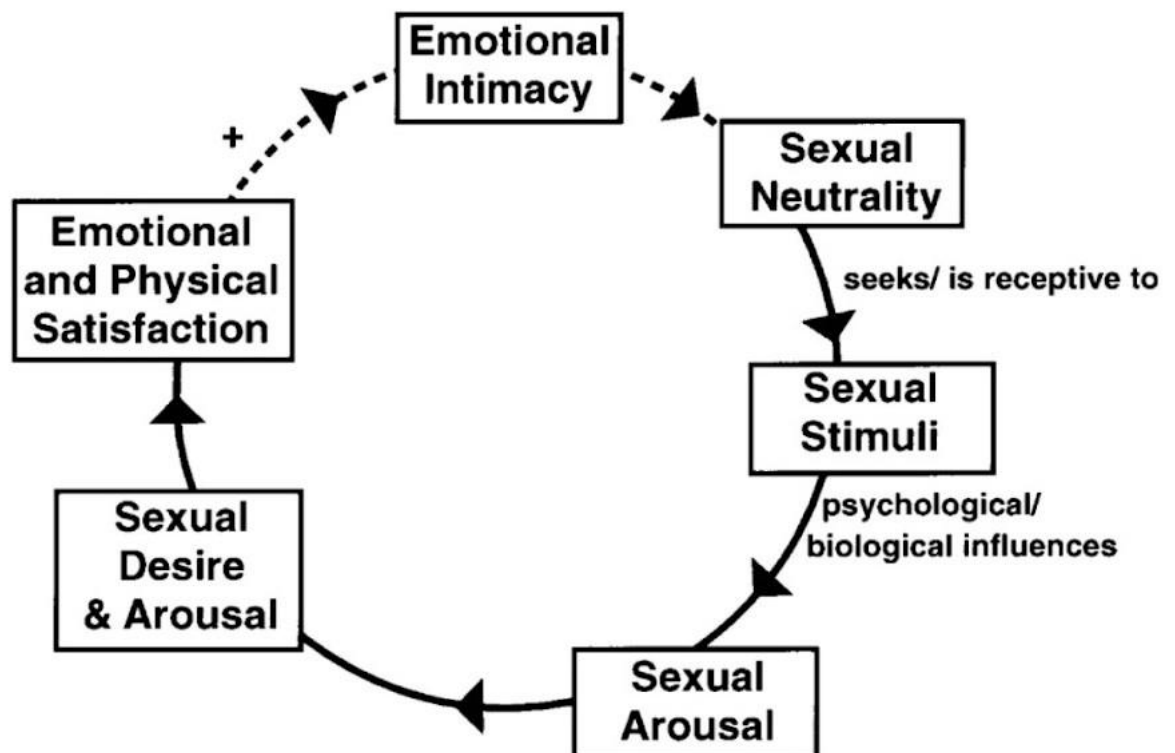


Figura 2. Ciclo da resposta sexual por Basson R¹³.

O modelo de Basson é composto por quatro aspectos da sexualidade da mulher. Sabendo-se que a excitação sexual da mulher é mental e subjetiva, podendo ou não ser acompanhada por manifestações físicas e alterações vasoconstritoras genitais. A motivação das mulheres não está estritamente ligada ao ato sexual. Quando acontece o orgasmo, pode manifestar-se de formas diferentes, variando de mulher para mulher¹⁴.

As razões de uma mulher induzir ou concordar com sexo é resultado da estimulação contínua. Estes estímulos são influenciados por fatores biológicos e psicológicos que incluem também se sentir emocionalmente mais perto do parceiro, receber e compartilhar o prazer físico e aumentar o seu próprio bem-estar¹⁵.

Na resposta sexual descrita por Basson, a fisiologia genital possui papel primário na resposta sexual, além dos contribuintes psicológicos e biopsicossociais,

principalmente nas mulheres¹⁶. Para Graziottin (2000), o ciclo da resposta sexual incide sobre o produto biológico¹⁷. (Figura 3)

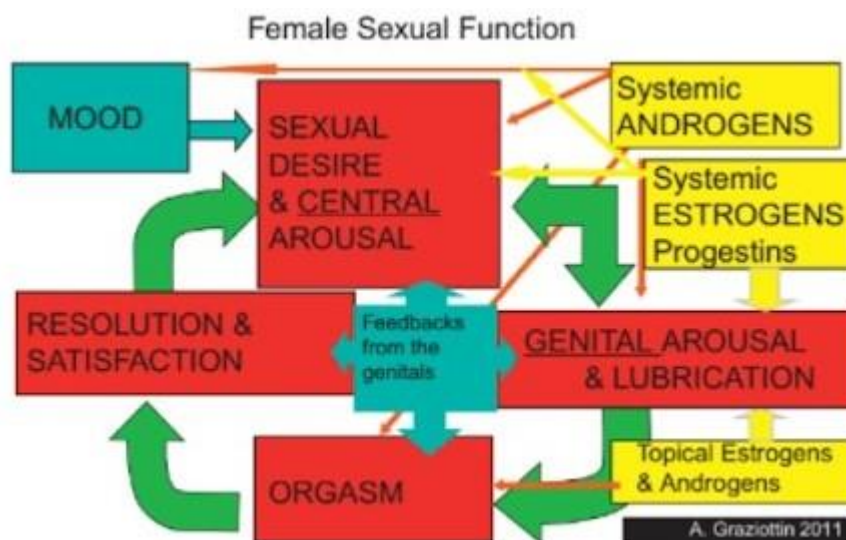


Figura 3. Ciclo de resposta sexual por Graziottin¹⁶.

Fatores biológicos e psicológicos podem influenciar negativamente o ciclo de resposta sexual, podendo causar distúrbios em alguma das etapas do ciclo sexual e consequentemente levando a mulher a desenvolver DS¹⁸. O AP funcional e saudável está associado com maior excitação e orgasmo significativamente¹⁹.

2.5 Função sexual e pós-parto

O período pós-parto é definido até 6 semanas após o nascimento, período este em que o útero recupera seu tamanho normal. O pós-parto imediato vai do nascimento até 3 meses e longo prazo mais de 6 meses. Depende do estado do períneo, pode levar até 1 ano para sua recuperação completa²⁰.

Segundo a OMS (2010), a saúde sexual foi definida como um conceito biológico e sociológico complexo que requer uma abordagem positiva e responsável da sexualidade e das relações sexuais e: "... é diretamente afetado por uma série de

fatores físicos fatores psicológicos, cognitivos, sócio-culturais, religiosos, legais, políticos e econômicos"²¹.

Retornar a vida sexual ativa pode ser desafiador para a mulher. Alguns partos vaginais deixam sequelas na musculatura do períneo, a mulher preocupa-se em retomar o relacionamento íntimo com o parceiro e poderá existir dor durante a RS²².

Para a gestante primípara, o nascimento do seu filho traz uma infinidade de mudanças e as alterações na FS não foi dada a devida importância. Nos três primeiros meses pós-parto, até 83% das mulheres relatam problemas sexuais, 18% a 30% com até 6 meses. As mulheres desejam maiores informações sobre estas mudanças. Os profissionais que acompanham a gestante podem estar solucionando problemas que são facilmente corrigidos, desvendando as preocupações e dando-lhe conselhos sobre questões específicas²³.

Além da falta de informação adequada, a religião e a cultura podem estar envolvidos para que os casais evitem as relações sexuais ainda durante o período gestacional. Alterações hormonais estão envolvidos na diminuição da libido e da excitação²⁴.

De modo complexo, a FSF é afetada no pós-parto e acaba sendo negligenciada durante o acompanhamento pré-natal. Para o bem-estar geral feminino deve-se considerar também uma possível dispareunia no puerpério, já que ocorrem mudanças físicas no AP. Mudanças como diminuição da lubrificação vaginal, perda de desejo e diminuição de orgasmos são relatados. Ocorrem também mudanças psicológicas, como insatisfação com o corpo, depressão, estresse^{25,26}.

A atividade sexual pode ser reiniciada quando o sangramento diminui e a mulher sente-se confortável com seu períneo. A DS está geralmente associada com o trauma perineal causado pela episiotomia ou parto instrumental do que somente ao PN ou cesariana^{20,25}.

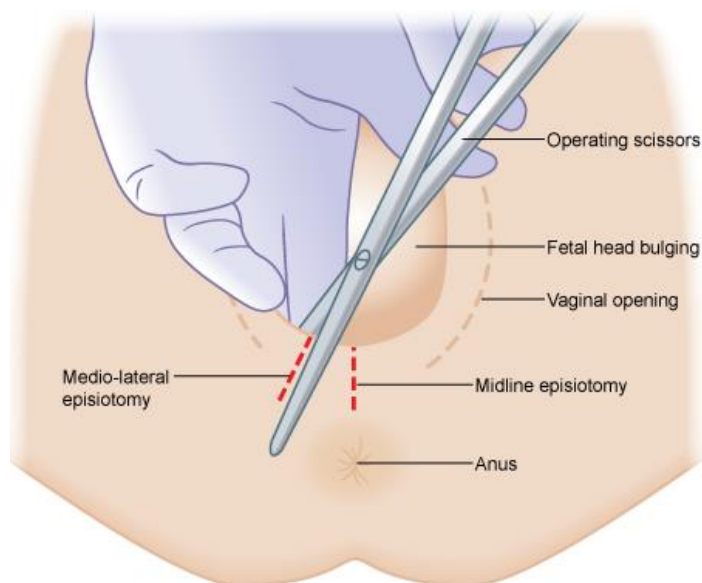


Figura 4: Incisão cirúrgica, Episiotomia.

FONTE: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.

A FSF vem sendo estudada desde 1960 devido aos problemas sexuais experimentados por uma grande maioria das mulheres nos primeiros 3 meses após o parto e a maioria dos estudos não faz uma separação adequada dos tipos de parto²⁰. Com o passar dos anos, a FS ganhou mais notoriedade no meio científico, mas o conceito de sexualidade e sexo mudou consideravelmente nas últimas décadas²³.

A DS pode ser entendida como uma síndrome clínica, transitória, ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas que resultam na insatisfação sexual, sendo multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais, musculares, e de causa desconhecida.

Ainda vem sendo caracterizada com base nas respostas dos ciclos fásicos, sendo definida como perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à RS, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da RS como desejaria¹⁵. Em adição a este conceito, a DS pode ser entendida como síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas sexuais, que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica, evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo.

As DSs, entre as mulheres, apresentam uma prevalência de 50%, estando a maioria delas relacionadas ao avanço da idade^{27,28}. Um estudo realizado no Brasil buscou identificar o perfil sexual, os hábitos e as DSs da população, entrevistando 2.835 indivíduos, sendo 47% homens e 53% mulheres. Neste estudo foi identificado que cerca de 25% a 63% das participantes mulheres apresentavam algum tipo de DS, sendo a falta de desejo sexual, a dor durante a relação e a disfunção orgástica as queixas mais frequentes²⁹.

2.6 Disfunções do assoalho pélvico e pós-parto

As DAP são condições clínicas relacionadas a alterações na estrutura, função ou sensação do AP, que resultam em problemas miccionais, defecatórios, prolapso, DS ou dor perineal³⁰. Essas disfunções apresentam alta prevalência, sobretudo em mulheres, com aumento da sua ocorrência de acordo com a idade. As DAP provocam implicações sociais econômicas importantes, trazendo prejuízo à QV^{31,32}.

O questionário auto-aplicado *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) foi utilizado neste estudo para averiguar o

impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificar a perda urinária. (ANEXO 2).

As estruturas pélvicas e perineal passam por modificações durante o PN onde é possível que ocorra lesões, por laceração ou episiotomia. Na controvérsia, as mulheres que realizam a episiotomia geralmente tem uma experiência maior de dor pós-parto e é a causa de outras morbidades^{33,34,35}.

As disfunções dos órgãos pélvicos, como prolapso acabam por afetar a QV e a FS como a diminuição do desejo, a diminuição da lubrificação e podem provocar dor durante a RS, assim como os sintomas urinários têm profundo impacto tanto no bem-estar físico e social, quanto no sexual^{36,37}.

Entre as mulheres que procuram tratamento para IU, 25-50% relatam queixas relacionadas à FS³⁸, como dispareunia, diminuição do desejo e anorgasmia^{39,40,41,42}. Estudo realizado por Handa et al³⁶, com 1299 participantes, conclui que mulheres com IU são menos propensas a serem sexualmente ativas do que aquelas que não apresentam essa disfunção.

O coito doloroso também afeta negativamente a QV das mulheres. A dor na RS pode ser derivada da cicatrização perineal que geralmente está completa de 10 a 14 dias⁴³.

A dor perineal caracterizada como aguda, induz a mulher a algumas alterações no sono, apetite e libido, de energia, irritabilidade, dificuldade de concentração e acaba restringindo outras atividades de vida diária⁴⁴.

Para medir a dor na relação sexual e a dor perineal utilizou-se a Escala Visual Analógica, que consiste em uma linha demarcada com valores de zero a 10, sendo zero a ausência total de dor e 10 a pior dor possível (ANEXO 3).

2.7 Avaliação da função sexual no pós-parto

O retorno da atividade sexual pós-parto é importante para a saúde sexual da mulher, mas ela pode ser limitada devido ao trauma perineal. Em média, as mulheres que tiveram algum traumatismo, seja pela laceração espontânea ou episiotomia, demoram mais para voltar a ter RS do que as que permaneceram com o períneo intacto⁸.

Com um maior cuidado na saúde sexual e na função do AP, os profissionais da saúde estão dedicando-se mais para melhorar a QV das mulheres²⁴.

Como a FSF é composta por vários campos, muitos estudos utilizam questionários que possibilitem identificar as DSs. Para avaliação clínica das DS os questionários são instrumentos capazes de avaliar multidimensionalmente a FS. Existem questionários específicos para avaliar a FSF, entre eles o *Female Sexual Function Index* (FSFI)⁴⁵, onde a FS é classificada em seis domínios e é medido atributos da FS pela soma das respostas. (ANEXO 1)

Shiow–Ru et. al. aplicaram o FSFI em mulheres taiwanesas no pós-parto. No estudo, avaliou em mulheres com e sem episiotomia, até 3 meses, a percepção da dor, IU e a FS. Em relação a FS, nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos. As mulheres que passaram pela episiotomia, tiveram mais dor nas semanas, 1, 2 e 6 pós-parto e maior incidência de IU aos 3 meses pós-parto⁵.

Basak et. al. utilizaram o FSFI em grupos e após 6 meses repetiu o questionário. No grupo de episiotomia, tanto antes como após o parto observou-se diminuição nos escores da FS (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação). A dor também diminuiu significativamente. Dados inconsistentes foram relatados entre DS e parto cesáreo⁴⁶.

Katharina et. al. correlacionaram a educação com o escore FSFI, sendo identificado que conforme a escolaridade era maior, a pontuação FSFI aumentou. Já o IMC elevado, assim como a idade materna, obteve menores escores do FSFI. Neste estudo foi ainda identificado que parece não existir diferença na FS em mulheres que realizaram cesariana e as que passaram por PN não complicados⁴⁷.

Waleed et al. utilizaram o FSFI em um grupo controle e em um grupo de estudo que comparou aos 6 e 12 meses pós-parto. Os escores de primíparas e múltiparas diminuíram significativamente nos 6 e 12 meses comparando-se com o grupo controle, mas nos subgrupos de terceiro e quarto grau de laceração perineal, não foi observada diferença significativa. Na conclusão do estudo, verificou-se que mesmo com o reparo precoce de lacerações perineais de grau maior, podem causar DS até 1 ano pós-parto impactando negativamente sobre a FSF⁴⁸.

Ilker et. al. usaram uma versão turca do FSFI nas primeiras 8 semanas de gravidez e repetiu o FSFI aos 3 e 6 meses pós-parto e depois novamente aos 12 e 24 meses pós-parto, via telefone. Não houve diferença na FS aos 12 e 24 meses pré-gravidez e no pós-parto. Independentemente do tipo de parto, a FS retornou aos níveis pré-gravidez 12 meses pós-parto⁴⁹.

Dentre os artigos selecionados utilizando o questionário FSFI, os achados foram diferenciados com relação aos grupos de estudo e a metodologia utilizada, não sendo possível traçar uma correlação entre eles.

3. JUSTIFICATIVA

A DS feminina representa implicações na QV das mulheres e pode estar associada a realização de episiotomia no PN. Estudos que abordem essa temática relacionado ao puerpério imediato são escassos e os que existem destinam-se a avaliar a FS aos 6 ou 12 meses pós-parto, limitando o embasamento científico e a realização de diagnóstico precoce.

Portanto, justifica-se a importância do estudo proposto para investigar as possíveis alterações na FS em mulheres no puerpério imediato, considerando a via de PN com e sem a realização de episiotomia, utilizando métodos de avaliação específicos para descrever de maneira mais detalhada se há alterações significativas na FS nesse período em decorrência da episiotomia. Os resultados advindos com esse estudo contribuirão com a prática clínica baseada em evidência, auxiliando de forma mais adequada as mulheres puérperas.

4. HIPÓTESES

4.1 Hipótese nula:

Não se identifica diferença na FS em puérperas pós-parto com e sem episiotomia.

4.2 Hipótese alternativa:

Identifica-se diferença na FS em puérperas pós-parto sem episiotomia.

5. OBJETIVOS

5.1 Principal

O objetivo geral desta pesquisa consiste em comparar a FS em puérperas com ou sem episiotomia 3 meses após PN.

5.2 Secundários

(1) Comparar as características do parto e dados gestacionais em puérperas com ou sem episiotomia;

(2) Correlacionar a FS com puérperas que não realizaram e realizaram episiotomia.

(3) Identificar e comparar as DAP (IU e IA), dor perineal e na RS em puérperas com ou sem episiotomia.

REFERÊNCIAS

1. Dados de 2015, ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/parto-e-normal>>. Acesso em: 09/10/2019.
2. Ballesteros-Meseguer, C. et al. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24: 1-6.
3. Menta, Silmara; Schirmer, Janine. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2006; 28(9): 523-529.
4. Fodstad, Kathrine; Staff, Anne Cathrine; Laine, Katariina. Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *Int Urogynecol J.*, 2014; 25(12): 1629-37.
5. Chang, S. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.*, 2011; 48(4): 409-18.
6. Beleza, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(2): 264-8.
7. Francisco, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48: 40-5.
8. Progianti, Jane Márcia; Araújo, Luciane Marques De; Mouta, Ricardo José Oliveira. Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. *Esc. Anna Nery*, 2008; 12(1): 45-49.
9. Rathfisch, G. et al. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.*, 2010; 66(12): 2640-9.

10. Eysenck H. Human sexual inadequacy William H. Masters and Virginia E. Johnson: Little Brown, Boston, 1970. Behav Res Ther. 1970; 8(4): 395.
11. Masters WH, Johnson V. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown & Co. 1966;
12. Kaplan H. Disorders Of Sexual Desires And Other New Concepts And Techniques In Sex Therapy. New York: Brunner/Maazel; 1979;
13. Basson R, Rosemary B. The Female Sexual Response: A Different Model. J Sex Marital Ther, 2000; 26(1): 51–65.
14. Damjanović A, Duisin D, Barisić J. The evolution of the female sexual response concept: treatment implications. Srp Arh Celok Lek. 2013; 141(3-4): 268–74.
15. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Can Med Assoc J., 2005; 172(10): 1327–33.
16. Graziottin A, Alessandra G, Annamaria G. Anatomy and Physiology of Women's Sexual Function. In: Standard Practice in Sexual Medicine. p. 289–304.
17. Basson R, Rosemary B. Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. J Sex Marital Ther, 2001; 27(5): 395–403.
18. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Instruction manual. World Health Organization; 2004. p.177.
19. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? Int Urogynecol J., 2010; 21(5): 553–6.
20. M, K. et al. A Comparison of Sexual Outcomes in Primiparous Women Experiencing Vaginal and Caesarean Births. Indian J Community Med., 2009; 34(2): 126-30.

21. O'malley, Deirdre; Higgins, Agnes; Smith, Valerie. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.*, 2015; 71(10): 2247-57.
22. Raðestad, I. et al. Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up. *Birth.*, 2008; 35(2): 98-106.
23. Rogers, R. G. et al. Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function?. *J Midwifery Womens Health.*, 2009; 54(2): 98-103.
24. Serati, M. et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *Sex Med*, 2010; 7(8): 2782–90.
25. Lurie, S. et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.*, 2013; 288(4): 785-92.
26. Junior, Mário Dias Corrêa; Júnior, Renato Passini. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2016; 38(6): 301–307.
27. Laumann EO, Suzanne W, Dale G, Culley C, Raymond R, Jeong-han K. Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction by Race and Ethnicity Among Men Aged 40 or Older in the United States: From the Male Attitudes Regarding Sexual Health Survey. *J Sex Med.* 2011; 4(1): 57–65.
28. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology.* 1999;54(3): 385–91.
29. Abdo CHN, de Oliveira WM Jr, de Tubino Scanavino M, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2006; 52(6): 424–9.

30. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Ambramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of pelvic floor dysfunction. *Neurol Urodyn.* 2017; 36: 221-244.
31. Vrijens D, Berghmans B, Nieman F, Os JV, Koeveringe GV, Leue C. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions — A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. *Neurol Urodyn.* 2017; 9999: 1-8.
32. Dieter AA, Wilkins MF, Wu JM. Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015; 27(5): 380-4.
33. Pitangui, A. C. R. et al. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta paul. enferm.,* 2009; 22(1): 77-82.
34. Francisco, A. A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta paul. enferm.,* 2011; 24(1): 94-100.
35. Beleza, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(2) 264-8.
36. Handa VL, Lynn H, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.,* 2004; 191(3): 751–6.
37. Møller LA, Lose G. Sexual activity and lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.,* 2006; 17(1): 18–21.

38. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC, Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.*, 2002; 99(2): 281–9.
39. Bø K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2000; 79(7): 598–603.
40. Nilsson M, Margareta N, Othon L, Håkan L, Ann L. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2011; 90(6): 621–8.
41. Shindel AW, Rowen TS, Tzu-Chun L, Chin-Shang L, Robertson PA, Breyer BN. An Internet Survey of Demographic and Health Factors Associated with Risk of Sexual Dysfunction in Women Who Have Sex with Women. *J Sex Med.*, 2012; 9(5): 1261–71.
42. Sen I, Ilker S, Metin O, Tan MO, Cenk A, Ahmet C, et al. Evaluation of Sexual Function in Women with Overactive Bladder Syndrome. *Urol Int.*, 2007; 78(2): 112–5.
43. Mathias, A. E. R. D. A. et al. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Rev Dor.*, 2015; 16(4): 267-71.
44. Francisco, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48: 40-5.
45. Dall'agno, Mona Lúcia et al. Validation of the Six-item Female Sexual Function Index in Middle-Aged Brazilian Women. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2019; 41(7): 432-439.

46. Baksu, B. et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(4):401-6.
47. Klein, K. et al. Does the Mode of Delivery Influence Sexual Function after Childbirth?. *J Womens Health (Larchmt).*, 2009; 18(8): 1227-31.
48. Ahmed, W. A. S. et al. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *Int Urogynecol J.*, 2017; 28(6): 917-921.
49. Ilker Kahramanoglu, et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.*, 2017; 295(4): 907-916.

6. ARTIGO

O artigo apresentado a seguir será submetido para possível publicação na *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (IJGO), que é a publicação oficial da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), e, portanto, atende às atuais normas de publicação dessa revista.

As normas de publicação da IJGO estão disponíveis em:

<[http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1002/\(ISSN\)1879-3479/](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1002/(ISSN)1879-3479/)>

(Acesso em: setembro de 2019).

Evaluation of Sexual Function in Puerperium, Three Months After Normal Birth With or Without Episiotomy.

Larissa Lolyta Pereira Ribeiro¹, Cássia Colla¹, Caroline Darski¹, Bruna Bohrer Mozzaquattro¹, Charles Francisco Ferreira¹, Luciana Laureano Paiva^{1,2}, José Geraldo Lopes Ramos^{1,3}

¹ Postgraduate Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Associate Professor 1 of the Physical Therapy Course, Department of Physical Education, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³Senior Teaching Fellow, Department of Gynecology and Obstetrics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Scholarship holder CNPq.

Larissa Lolyta Pereira Ribeiro (MSc., lararibeiro21@gmail.com, UFRGS), Cássia Colla (MSc., cassia.colla1@gmail.com, UFRGS) Caroline Darski (MSc., carolinedarski@outlook.com, UFRGS), Bruna Bohrer Mozzaquattro (MSc., brunabm@outlook.com, UFRGS), Charles Francisco Ferreira (PhD, neurocientista@hotmail.com, UFRGS), Luciana Laureano Paiva (PhD, lucianalaureanopaiva@gmail.com, UFRGS), José Geraldo Lopes Ramos (PhD, jramos@hcpa.edu.br, UFRGS).

Conflicts of Interest and Source of Funding: All authors listed above participated in the study to a significant extent. Larissa Ribeiro, Caroline Darski, Bruna Mozzaquattro, Charles Ferreira, Luciana Paiva and José Ramos worked on analysis and interpretation of data. Larissa Ribeiro, Cássia Colla, Caroline Darski, and José Ramos worked on the conception, design and data collection. All authors read and approved the submitted manuscript. None of the authors has any conflicts of interest related to this study, whether financial or of any other nature.

Corresponding author: Larissa Lolyta Pereira Ribeiro. Avenida Coronel Lucas de Oliveira, 309 apto 401, Petrópolis – Porto Alegre. CEP: 90440-011. Brasil. Phone: +55 (051) 99669-8207, e-mail: lararibeiro21@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and the puerperium are periods of physical and psychological changes for pregnant women, which may affect sexual function (SF) and impacts their quality of life (QoL). Return to sexual activity varies greatly from woman to woman and when episiotomy occurs, the time needed to return to sexual activities may increase further. **Objective:** To evaluate the SF of puerperal women three months after normal delivery (ND) with and without episiotomy. **Method:** Cross-sectional observational study conducted in a private hospital in Porto Alegre. The sampling used was non-probabilistic for convenience. We used the Female Sexual Function Index (FSFI-6), International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), Visual Analogue Scale (VAS) for perineal pain and pain in sexual intercourse (SI), as well as a structured questionnaire. **Results:** A total of 264 women over the age of 18 years old who underwent full term vaginal delivery were evaluated. In the study, age was inversely proportional to all domains and the total FSFI-6 score. Episiotomy was not shown to affect female sexual function (FSF) in the short term and showed no significant difference. **Conclusion:** In the short term, within three months after PN, episiotomy did not influence FSF.

Keywords: Postpartum period, Episiotomy, Sexual Health.

INTRODUCTION

According to the World Health Organization (WHO) 2010, sexual health is defined as a complex biological and sociological concept that requires a positive and responsible approach to sexuality and sexual relations and is affected by a number of physical, psychological, cognitive, sociocultural, religious, legal, political, and economic^{1,2}.

Research on female sexual function (FSF) began in 1960 and one of the aspects studied was the sexual dysfunction experienced by a large majority of postpartum women in the first three months postpartum³.

Due to the complexity of the FSF, it is often difficult to identify and recognize the current sexual problems. These can be enlarged during pregnancy and especially after childbirth in the face of so many changes, including the woman's body image⁴.

A healthy and quality postpartum sex life includes aspects such as sexual desire, resuming sexual intercourse after birth, painless sex, and orgasm. However, the lack of information about the resumption of sexual activity after childbirth can damage the relationship and have an impact on quality of life, as the couple is still adapting to the new role of parenting, going through moments of anguish, stress, anxiety, and uncertainties^{4,5}.

About 80-93% of women who resume sexual activity after three months postpartum, two out of three being primiparous women, have some type of

sexual dysfunction (SD). Episiotomy, over time, can mainly cause perineal pain and dyspareunia^{6,7}.

With regard to existing studies, there is no clarity as to the relationship between normal delivery (ND) without surgical intervention or episiotomy and pelvic floor dysfunction (PFD), such as SD, perineal pain, and urinary incontinence (UI)⁸.

Thus, data on the effects of episiotomy on short-term postpartum SF are relatively scarce. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effect of episiotomy on SF three months postpartum with and without episiotomy.

METHODS

This study presents a retrospective observational cross-sectional design. Data was obtained from July 2018 to June 2019 in a private hospital in Porto Alegre / RS. All women who underwent ND were included in the sample of this research. Women with twin births and girls under 18 years were excluded.

This research was ethically approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA) and by the collaborating institution, Hospital Moinhos de Vento in 2018, under number 18-0040, respecting Resolution 466/12 of the Conselho Nacional de Saúde (National Council of Health). All participants agreed to participate in the survey by voluntarily answering the online questionnaires.

This study aimed to examine the influence of episiotomy on FSF three months postpartum using the validated Female Sexual Function Index (FSFI-6)⁹ questionnaire and as a secondary objective, possible PFD, as perineal pain and pain in sexual intercourse (SI) using the Visual Analog Scale (VAS). The International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) was applied to identify the presence and type of UI.

Collection protocol: (1) The first contact made with the participants was via telephone to invite them to participate in the study. (2) Those who agreed to collaborate with the survey received online questionnaires via email that was sent twice. This strategy was used thinking in the best comfort for postpartum women since the sample loss was significant at this stage in other studies¹⁰. The sample size was calculated at 284 subjects¹¹.

Data organization and analyses

Quantitative data was expressed by median and interquartile range [percentiles 25th–75th – P25–P75], defined by the Shapiro-Wilk test. Categorical variables were described as absolute (n) and relative (n%) frequencies. To compare means between groups, in asymmetry cases, the Mann-Whitney test was used to perform comparisons. On the other hand, for comparing proportions between categories the Chi-Square test with standardized adjusted residuals was performed. Spearman's correlation test (r_s) was performed using variables of interest and female sexual function index 6-item (FSFI-6) domains.

Regarding the data processing, the database double entry, and review were performed using the SPSS, version 18.0. [SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.]. The level of significance was set at 5% for all analyzes.

RESULTS

Of the 641 women invited to participate in the study, a total of 256 did not return the questionnaires. 101 women we could not contact due to having the wrong number in the registration or the call not bring answered. Only 20 refused to participate in the survey.

Of the 264 women who underwent ND within one year, 51.9% participated in the study in the group with episiotomy (n = 137) and 48.1% in the group without episiotomy (n = 127). (**Figure 1**).

The median and percentile age was 35 (32-37) years, with most participants married or residing with a partner (93.7%), with a median [25-75%] of 16-18 years of schooling, following a religion (70.5%), non-smokers (93.2%), non-alcoholics (86.7%) and who did not use medications after pregnancy (73.1%). The median [25-75] percentile of the number of prenatal consultations was (10-9-11) consultations, and the median BMI at birth was 26.44 (24.91 to 28.93) kg / m². It was most women's first ND, and 52 (40.9%) were associated with the group that did not undergo episiotomy.

Considering the performance of ND, 40.9% of women in the group without episiotomy were multiparous, while 75.2% of women in the group with

episiotomy were performing their first delivery (chi-square $p = 0.008$). The number of cesarean deliveries, abortion, previous episiotomy or gestational age was not different ($p > 0.05$) among the women analyzed. **Table 1**

In the group with episiotomy, the Apgar score of 5 min was significant, as it was higher when being associated with the Apgar score 10. The group without episiotomy was associated with the Apgar score 9 (chi-square $p = 0.018$). The other results, considering maternal and neonatal variables, showed no difference between the groups, with or without episiotomy. **Table 2**

Table 3 presents the domain scores and the total FSFI-6 score, showing no difference between either groups in any of the domains or the total score. Additionally, the prevalence of female SD was not different between the groups with or without episiotomy, but we emphasize that 62.9% of women were categorized with SD in the total sample.

VAS applied to SI pain was not different between groups with or without episiotomy. Regarding the question, "Who did you receive sexual orientation from?" was also not different between groups; although most women said they received some sexual orientation during prenatal care. There was no significant difference between the SF domains or total score; moreover, there was no difference between the groups with or without episiotomy. Although 79.5% of women said they received sexual orientation during prenatal care, there was no difference between the FSFI-6 domains, either in total score or prevalence of SD. Additionally, there was no difference in VAS of pain in SI. **Table 3**

Table 4 shows the correlations between the variables of interest and the SD domains and the total FS score, as well as whether or not episiotomy was performed. The number of cesarean sections was inversely related to the level of pain, being that more the cesarean sections, the higher the level of pain. Marginally, this same association was found with abortion. Yet, previous episiotomy which had a high level of satisfaction showed an inverse relation.

The number of births per cesarean section was proportional to the painful sensation felt ($rS = -0.122$, $p=0.048$). Additionally, an inverse correlation was observed between number of cesarean deliveries and total FSFI-6 score ($rS = -0.115$, $p=0.063$), between number of abortions and non-painful sensations ($rS = -0.117$, $p=0.059$), and between previous episiotomy and high sexual satisfaction ($rS = -0.117$, $p=0.057$).

Not using analgesia was directly related to not feeling pain three months later. Age was inversely related to all domains and total FSFI-6 score, ie, the old the woman, the lower the FSF and the greater the relation with SD. In addition, being a non-smoker was inversely related to high satisfaction, marginally significant in the total SF score. The non-use of medication was directly associated with higher orgasm level, while higher VAS of painful sensation in SI was inversely related and proportional to the desire score and painful sensation.

Table 4

DISCUSSION

This study allowed verifying the effect of ND with or without episiotomy on the FSF. There was no significant difference between the groups with or without episiotomy in the domains of SF or total FSFI-6 score.

Maternal age produced a decrease in all domains of the component of the FSF according to the FSFI-6 questionnaire. This data corroborates the findings of O'Malley et al. 2018, where women 18 to 29 years old compared with those ≥ 30 years old were less likely to have dyspareunia at six and 12 months postpartum, being more pronounced at 12 months for women 35 years old or older⁴. However, according to Fuentealba-Torres et al. 2019, female SD affected 40% to 50% of women, regardless of age¹².

Additionally, it was also found that episiotomy did not affect FSF in the short term. Few studies have shown this, and it is consistent with the results reported by Chang et al. 2011¹³. The results of this study are consistent with the assumption that at three months postpartum there is no direct effect of episiotomy on FSF. In the study by Laganà et al. 2015, women who underwent episiotomy eight weeks postpartum had lower FSFI scores compared with women who did not undergo episiotomy and cesarean section¹⁴. Yet Leeman et al. 2016 associated the lower rate of trauma in the third trimester, with better sexual activity and higher SF scores in the FSFI at six months postpartum⁸. According to Amiri et al. 2017, SF significantly decreased within three to six

months postpartum compared to the gestational period in the domains of desire, arousal, orgasm, and satisfaction¹⁵.

In the study by O'Malley et al. 2018, the loss of sexual interest at six and 12 months postpartum was significant compared to pre-gestational levels. In contrast, the study found an improvement in the matter of orgasms, being that women who had difficulty achieving orgasm or could not. The prevalence of these problems decreased significantly 12 months after delivery⁴.

In the present study, the non-use of analgesia was significantly associated with the absence of pain for postpartum women and decreasing postpartum pain improves the QoL of women and babies. The study by (Yurashevich et al. 2019) obtained an inverse result, where the delay in the placement of analgesia during labor was responsible for the increase in the probability of dissatisfaction (19%)¹⁶.

The number of cesarean sections was inversely related to pain level and, more commonly, the pain was thought to be attributed to trauma on the PF. Studies related to postpartum cesarean section dyspareunia are scarce and we must not forget the complexity of the FSF over which there is a strong interaction between the physical and the psychological. In the study by Lal et al. 2011, 29% of participants reported post-caesarean dyspareunia¹⁷.

The study by De Souza et al. 2015 shows that pain decreased in the cesarean section group only six months after delivery. There was an interaction between type and time of delivery combined with pain domain in FSFI, although

type of delivery did not affect the total FSFI. At 12 months postpartum, there was no difference between pain scores and the initial pain¹⁸.

In the study sample of Qian et al. 2016, 80.7% of women who underwent ND returned to having SI three months after delivery, compared to women who underwent cesarean section (55.3%), who reported decreased libido, vaginal dryness, sexual dissatisfaction and pain during SI significantly¹⁹.

There are several factors that can lead a woman to being dissatisfied with her sex life. One of the reasons is the continued use of some medications, such as the use of antidepressants, being reported in 11.2% of the sample, which influence the decrease in SF. In this study, non-use of medications was directly associated with higher orgasm level. Galbally et al. 2019 conducted a study evaluating from early pregnancy to 12 months postpartum the relationship between perinatal depression and SF with the use of antidepressants, which were separated into two groups, depressed and non-depressed women. FSFI scores decreased from birth to six months postpartum and increased 12 months postpartum with significant effects. Yet, 12 months postpartum, in both groups the scores were higher than the FSFI compared to six months postpartum²⁰.

In the study by Jimenez-Solem et al. 2013, SF had an impact on both depression and antidepressant use, with increased rate of antidepressant exposure according to the timeline, but this exposure was halved in the first three months of pregnancy and increased postpartum in women who had not received treatment for depression before delivery. There was a significance

among women who used antidepressants with regard to age, being them younger than those who didn't use²¹.

In the present study, it was found that a higher VAS of painful sensation in SI was inversely related to the desire and painful sensation score. These findings corroborate the study by Banaei et al. 2018 whose findings show that the most commonly encountered problems were pain during SI and disturbance of sexual desire. Vaginal dryness and hormonal changes in the postpartum period may affect desire and arousal, factors that contribute to pain during SI²². In the study by Nezhad and Goodarzi 2011, 81% of women resumed their sexual activity within three months of childbirth²³.

Being a non-smoker was inversely related to high satisfaction. Smoking and nicotine dependence were not related to excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, pain in FSFI in the study by Costa and Peres 2015, where they sought to investigate the relationship of smoking with FSF. The results showed that dependence on nicotine was related to lower libido, but smoking was not associated with sexual problems²⁴.

It is not yet clear in the published articles the exact mechanisms for SD, which is identified in about 41-83% of women at two to three months after delivery (Laganà et al. 2015) (De Souza et al. 2015). Intricately, FSF included multifactorial factors that need further clarification, and it was reported by women that postpartum sexual desire is related to support from partners emotionally and sexually¹.

CONCLUSION

With the present study, it was possible to conclude that with increasing age, there is a decrease in FSF. Performing episiotomy did not influence women's SF three months postpartum in groups either with or without episiotomy. Future studies may analyze these variables beyond three months.

REFERENCES

1. O'malley, Deirdre; Higgins, Agnes; Smith, Valerie. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.*, 2015; 71(10): 2247-57.
2. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, Wallwiener M, Reck C, Matthies LM, Wallwiener C. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(4):873-883.
3. Lurie, S. et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.*, 2013; 288(4): 785-92.
4. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 31;18(1):196.
5. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012;33(4):185-90.
6. Aydin Besen M, Rathfisch G. The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care Women Int.* 2019; 11:1-16.
7. Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sex Reprod Healthc.* 2016;8:25-30.

8. 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.
9. Dall'agno, Mona Lúcia et al. Validation of the Six-item Female Sexual Function Index in Middle-Aged Brazilian Women. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2019; 41(7): 432-439.
10. Colla C, Paiva LL, Ferla L, Trento MJB, de Vargas IMP, Dos Santos BA, Ferreira CF, Ramos JGL. Pelvic floor dysfunction in the immediate puerperium, and 1 and 3 months after vaginal or cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(1):94-100.
11. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):669-73.
12. Fuentealba-Torres M1, Cartagena-Ramos D1, Fronteira I2, Lara LA3, Arroyo LH4, Arcoverde MAM1, Yamamura M1, Nascimento LC1, Arcêncio RA1. What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open*. 2019;25;9(4):e025833.
13. Chang, S. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.*, 2011; 48(4): 409-18.
14. Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, Buttice S, Triolo O. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol*. 2015;67(4):315-20.
15. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajjahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Health Sci*. 2017;17(3):623-631.
16. Yurashevich M, Carvalho B, Butwick AJ, Ando K, Flood PD. Determinants of women's dissatisfaction with anaesthesia care in labour and delivery. *Anaesthesia*. 2019;74(9):1112-1120.
17. Lal M, Pattison HM, Allan TF, Callender R. Does post-caesarean dyspareunia reflect sexual malfunction, pelvic floor and perineal dysfunction? *J Obstet Gynaecol*. 2011;31(7):617-30.

18. De Souza A, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira CH, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG*. 2015;122(10):1410-8.
19. Qian R, Chen Z, Tang L, Zhang W. Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(2):200-5.
20. Galbally M1, Watson SJ1, Permezel M2, Lewis AJ1. Depression across pregnancy and the postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function. *Psychol Med*. 2019;49(9):1490-1499.
21. Jimenez-Solem E, Andersen JT, Petersen M, Broedbaek K, Andersen NL, Torp-Pedersen C, Poulsen HE. Prevalence of antidepressant use during pregnancy in Denmark, a nation-wide cohort study. *PLoS One*. 2013; 25;8(4):e63034.
22. Banaei M, Alidost F, Ghasemi E, Dashti S. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. *J Obstet Gynaecol*. 2019; 20:1-8.
23. Nezhad MZ, Goodarzi AM. Sexuality, intimacy, and marital satisfaction in Iranian first-time parents. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(2):77-88.
24. Costa RM, Peres L. Smoking is unrelated to female sexual function. *Subst Use Misuse*., 2015;50(2):189-94.

TABLES

Table 1. Characterization of the sample.

| Variable | Total (N=264) | No episiotomy (n=127) | Episiotomy (n=137) | *p-value |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------|
| Age (years) – md[P25–P75] | 35,00[32,00 – 37,00] | 35,00[32,00 – 37,00] | 35,00[32,00 – 37,00] | 0,957 |
| (minimum – maximum) | (18,00 – 44,00) | (18,00 – 44,00) | (24,00 – 43,00) | |
| Marital status – n(n%) | | | | 0,385 |
| Married or with a partner | 257(97,3) | 122(96,1) | 135(98,5) | |
| Single or without a partner | 7(2,7) | 5(3,9) | 2(1,5) | |
| Schooling – md[P25–P75] | 18,00[16,00 – 18,00] | 18,00[16,00 – 18,00] | 18,00[16,00 – 18,00] | 0,913 |
| (minimum – maximum) | (11,00 – 26,00) | (11,00 – 26,00) | (11,00 – 24,00) | |

Religion – n(n%)

| | | | | |
|-------------|-----------|----------|----------|-------|
| No religion | 78(29,5) | 33(26,0) | 45(32,8) | 0,228 |
| Religious | 186(70,5) | 94(74,0) | 92(67,2) | |

Smoking – n(n%)

| | | | | |
|------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Smoker | 4(1,5) | 2(1,6) | 2(1,5) | 0,323 |
| Non-smoker | 246(93,2) | 121(95,3) | 125(91,2) | |
| Ex-smoker | 14(5,3) | 4(3,1) | 10(7,3) | |

alcoholic– n(n%)

| | | | | |
|-----|-----------|-----------|-----------|-------|
| Yes | 35(13,3) | 21(16,5) | 14(10,2) | 0,183 |
| No | 229(86,7) | 106(83,5) | 123(89,8) | |

Use of medication – n(n%)

| | | | | |
|-----|-----------|----------|----------|-------|
| Yes | 71(26,9) | 33(26,0) | 38(27,7) | 0,782 |
| No | 193(73,1) | 94(74,0) | 99(72,3) | |

Number of Prenatal Appointments– md[P25–

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|-------|
| 10,00[9,00 – 11,00] | 10,00[9,00 – 11,00] | 10,00[9,00 – 11,00] | 0,906 |
|---------------------|---------------------|---------------------|-------|

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| P75] | (1,00 – 17,00) | (2,00 – 15,00) | (1,00 – 17,00) | |
| (minimum – maximum) | | | | |
| BMI at delivery – md[P25–P75] | 26,44[24,91 – 28,93] | 26,72[25,26–28,51] | 26,21[24,73–29,07] | |
| (minimum – maximum) | (18,08 – 39,41) | (18,08 – 38,67) | (20,26 – 39,41) | 0,649 |
| INO – n(n%) | 35(13,3) | 20(15,7) | 15(10,9) | |
| Vaginal delivery – n(n%) | | | | |
| First birth | 178(67,4) | 75(59,1) | 103(75,2) | 0,008 |
| ≥Second birth | 86(32,6) | 52(40,9) | 34(24,8) | |
| Caesarean section – md[P25–P75] | 0,00[0,00 – 0,00] | 0,00[0,00 – 0,00] | 0,00[0,00 – 0,00] | |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 1,00) | (0,00 – 1,00) | (0,00 – 1,00) | 0,834 |
| Abortion – md[P25–P75] | 0,00[0,00 – 0,00] | 0,00[0,00 – 0,00] | 0,00[0,00 – 0,00] | |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 4,00) | (0,00 – 3,00) | (0,00 – 4,00) | 0,902 |
| Previous episiotomy – n(n%) | | | | |
| Yes | 51(19,3) | 21(16,5) | 30(21,9) | 0,344 |

| | | | | | |
|-------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| | No | 213(80,7) | 106(83,5) | 107(78,1) | |
| Gestational age – md[P25–P75] | | 39,00[38,00 – 39,00] | 39,00[38,00 – 39,00] | 39,00[38,00 – 39,00] | 0,532 |
| | (minimum – maximum) | (33,00 – 41,00) | (33,00 – 41,00) | (33,00 – 41,00) | |

Caption: n- absolute frequency. n% - relative frequency. md-median. [P25 – P75] - interquartile range (25th and 75th percentiles).
 INO- information not obtained. p- statistical significance index. * Comparisons by chi-square test with adjusted residual analysis or
 Mann-Whitney test. Bolded numbers reinforce the association between the categories by the Chi-Square Test with adjusted
 residual analysis. Significance set at 5% for all analyzes.

Table 2. Maternal and neonatal characteristics.

| Variable | Total (N=264) | No episiotomy (n=127) | Episiotomy (n=137) | *p-value |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|----------|
| Maternal variables | | | | |
| Forceps use – n(n%) | | | | |
| Yes | 25(9,5) | 14(11,0) | 11(8,0) | 0,535 |
| No | 239(90,5) | 113(89,0) | 126(92,0) | |
| Analgesia – n(n%) | | | | |
| Yes | 241(91,3) | 114(89,8) | 127(92,7) | 0,531 |
| No | 23(8,7) | 13(10,2) | 10(7,3) | |
| Active phase time (h) – md[P25–P75] | | | | |
| (minimum – maximum) | 5,00[4,00 – 7,00] | 5,00[3,00 – 7,00] | 5,00[4,00 – 7,00] | 0,201 |
| | (0,50 – 22,00) | (0,50 – 20,00) | (1,00 – 22,00) | |
| INO – n(n%) | | | | |
| | 2(0,8) | 2(1,6) | 0(0,0) | |

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Expulsive phase time (min) – md[P25–P75] | 20,00[10,00 – 30,00] | 20,00[10,00 – 30,00] | 20,00[10,00 – 30,00] | |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 180,00) | (1,00 – 90,00) | (0,00 – 180,00) | 0,985 |
| INO – n(n%) | 25(9,5) | 7(5,5) | 18(13,1) | |
| Degree of laceration – n(n%) | | | | |
| Degree 1 | 49(18,6) | 48(37,8) | 1(0,7) | |
| Degree 2 | 34(12,9) | 34(26,8) | 0(0,0) | 0,697 |
| Degree 3 | 1(0,4) | 1(0,8) | 0(0,0) | |
| INO | 180(68,2) | 44(34,6) | 136(99,3) | |
| Postpartum prolapse – n(n%) | | | | |
| Yes | 36(13,6) | 14(11,0) | 22(16,1) | 0,312 |
| No | 228(86,4) | 113(89,0) | 115(83,9) | |
| High risk pregnancy – n(n%) | | | | |
| Yes | 10(3,8) | 4(3,1) | 6(4,4) | 0,841 |
| No | 254(96,2) | 123(96,9) | 131(95,6) | |

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------|
| ICIQ-SF – md[P25 – P75] | 7,00[4,00 – 10,00] | 6,00[4,50 – 8,00] | 8,00[4,00 – 10,00] | |
| (minimum – maximum) | (2,00 – 16,00) | (2,00 – 16,00) | (2,00 – 16,00) | 0,136 |
| NA | 179(67,8) | 79(62,2) | 100(73,0) | |
| Anal incontinence – n(n%) | | | | |
| Yes | 15(5,7) | 7(5,5) | 8(5,8) | 1,000 |
| No | 249(94,3) | 120(94,5) | 129(94,2) | |
| Analog visual perineal pain scale – md[P25 – P75] | 0,00[0,00 – 3,00] | 0,00[0,00 – 3,00] | 0,00[0,00 – 3,00] | |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 10,00) | (0,00 – 10,00) | (0,00 – 10,00) | 0,544 |
| Neonatal Variables | | | | |
| Newborn's body mass (g) – md[P25 – P75] | 3186,50[2967,00 – 3463,00] | 3202,00[3029,00 – 3444,50] | 3160,00[2900,00–3496,00] | |
| (minimum – maximum) | (1872,00 – 4400,00) | (2086,00 – 4120,00) | (1872,00 – 4400,00) | 0,543 |
| APGAR 1° minute – md[P25 – P75] | 9,00[9,00 – 10,00] | 9,00[9,00 – 10,00] | 9,00[9,00 – 10,00] | |
| (minimum – maximum) | (3,00 – 10,00) | (5,00 – 10,00) | (3,00 – 10,00) | 0,139 |

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| APGAR 5° minute – md[P25 – P75] | 10,00[10,00 – 10,00] | 10,00[10,00 – 10,00] | 10,00[10,00 – 10,00] | 0,018 |
| (minimum – maximum) | (7,00 – 10,00) | (7,00 – 10,00) | (7,00 – 10,00) | |

Caption: n- absolute frequency. n% - relative frequency. md-median. [P25 – P75] - interquartile range (25th and 75th percentiles).
 INO- information not obtained. NA- not applicable. p- statistical significance index. * Comparisons by chi-square test with adjusted
 residual analysis or Mann-Whitney test. Bolded numbers reinforce the association between the categories by the Chi-Square Test
 with adjusted residual analysis. Significance set at 5% for all analyzes.

Table 3. Maternal sexual function.

| Variable | Total (N=264) | No episiotomy (n=127) | Episiotomy (n=137) | *p-value |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|----------|
| Desire – md[P25 – P75] | 2,00[2,00 – 3,00] | 2,00[2,00 – 3,00] | 2,00[2,00 – 3,00] | 0,854 |
| (minimum – maximum) | (1,00 – 5,00) | (1,00 – 5,00) | (1,00 – 4,00) | |
| Arousal – md[P25 – P75] | 3,00[2,00 – 4,00] | 3,00[2,00 – 4,00] | 3,00[2,00 – 4,00] | 0,533 |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | |
| Lubrication – md[P25 – P75] | 3,00[2,00 – 4,00] | 3,00[1,00 – 4,00] | 3,00[2,00 – 4,00] | 0,579 |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | |
| Orgasm – md[P25 – P75] | 3,00[2,00 – 4,00] | 4,00[2,00 – 5,00] | 3,00[2,00 – 4,00] | 0,196 |
| (minimum – maximum) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | |
| Satisfaction – md[P25 – P75] | 3,00[2,00 – 4,00] | 3,00[2,00 – 4,00] | 3,00[2,00 – 4,00] | 0,967 |
| (minimum – maximum) | (1,00 – 5,00) | (1,00 – 5,00) | (1,00 – 5,00) | |
| Pain – md[P25 – P75] | 4,00[2,00 – 5,00] | 4,00[2,00 – 5,00] | 3,00[2,00 – 5,00] | 0,521 |

| | | | | | |
|---|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| | (minimum – maximum) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | (0,00 – 5,00) | |
| Total FSFI-6 score – md[P25 – P75] | | 18,00[12,00 – 23,00] | 19,00[12,00 – 23,00] | 18,00[13,00 – 22,00] | 0,484 |
| | (minimum – maximum) | (2,00 – 30,00) | (2,00 – 30,00) | (2,00 – 28,00) | |
| Sexual dysfunction – n(n%) | | | | | |
| | Yes | 166(62,9) | 78(61,4) | 88(64,2) | 0,702 |
| | No | 98(37,1) | 49(38,6) | 49(35,8) | |
| Analog visual scale of sexual pain – md[P25 – P75] | | 2,00[0,00 – 5,00] | 2,00[0,00 – 5,00] | 3,00[0,00 – 6,00] | 0,194 |
| | (minimum – maximum) | (0,00 – 10,00) | (0,00 – 10,00) | (0,00 – 10,00) | |
| Received sexual orientation during prenatal – n(n%) | | | | | |
| | Yes | 209(79,5) | 100(79,4) | 109(79,6) | 1,000 |
| | No | 54(20,5) | 26(20,6) | 28(20,4) | |
| From who? (sexual orientation during prenatal care)– n(n%) | | 147(73,1) | 69(72,6) | 78(73,6) | 0,248 |
| | Obstetrician | 13(6,5) | 9(9,5) | 4(3,8) | |

| | | | |
|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Gynecologist | 37(18,4) | 14(14,7) | 23(21,7) |
| Gynecologist / Obstetrician | 3(1,5) | 2(2,1) | 1(0,9) |
| Others | 1(0,5) | 1(1,1) | 0(0,0) |
| Physiotherapist | | | |

Caption: n- absolute frequency. n% - relative frequency. md-median. [P25 – P75] - interquartile range (25th and 75th percentiles). p- statistical significance index. * Comparisons by chi-square test with adjusted residual analysis or Mann-Whitney test. Significance set at 5% for all analyzes.

Table 4. Correlations.

| Variable | FSFI-6 total score | | High Desire | | High Arousal | | High Lubrication | | High Orgasm | | High Satisfaction | | No Pain | | No episiotomy | |
|---------------------|--------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------|
| | rs | p-value | rs | p-value | rs | p-value | rs | p-value | rs | p-value | rs | p-value | rs | p-value | rs | p-value |
| C-section | -0,115 | 0,063 | -0,131 | 0,034 | -0,102 | 0,098 | -0,069 | 0,261 | -0,044 | 0,477 | -0,081 | 0,191 | -0,122 | 0,048 | -0,013 | 0,835 |
| Abortion | -0,077 | 0,212 | -0,068 | 0,274 | -0,030 | 0,625 | -0,051 | 0,407 | -0,017 | 0,786 | -0,074 | 0,0232 | -0,117 | 0,059 | 0,008 | 0,0902 |
| Previous episiotomy | -0,021 | 0,728 | -0,055 | 0,374 | -0,057 | 0,359 | -0,020 | 0,744 | -0,022 | 0,724 | -0,117 | 0,057 | 0,086 | 0,162 | 0,068 | 0,272 |
| No analgesia | 0,101 | 0,103 | 0,092 | 0,138 | 0,053 | 0,394 | 0,068 | 0,273 | 0,041 | 0,506 | 0,088 | 0,152 | 0,140 | 0,023 | 0,052 | 0,400 |
| Age | -0,189 | 0,002 | -0,208 | 0,001 | -0,136 | 0,027 | -0,170 | 0,006 | -0,122 | 0,047 | -0,146 | 0,018 | -0,164 | 0,008 | -0,003 | 0,958 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------|-------|--------|-------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|----------------|--------|-------|
| Non-smoker | -0,113 | 0,066 | -0,056 | 0,367 | -0,069 | 0,262 | -0,098 | 0,114 | -0,089 | 0,150 | -0,144 | 0,019 | -0,096 | 0,120 | -0,083 | 0,178 |
| No medicine use | 0,089 | 0,151 | 0,067 | 0,281 | 0,055 | 0,371 | 0,085 | 0,171 | 0,125 | 0,043 | 0,070 | 0,255 | 0,042 | 0,500 | 0,020 | 0,749 |
| Sexual pain VAS score | -0,163 | 0,008 | -0,179 | 0,004 | -0,093 | 0,133 | -0,091 | 0,139 | -0,009 | 0,883 | -0,106 | 0,085 | -0,248 | ≤0,0001 | -0,080 | 0,194 |

Caption: C-section - cesarean section. VAS - visual analogic scale. rS - Spearman's rho coefficient. p- statistical significance index.

* Spearman correlations. Significance set at 5% for all analyzes.

FIGURE

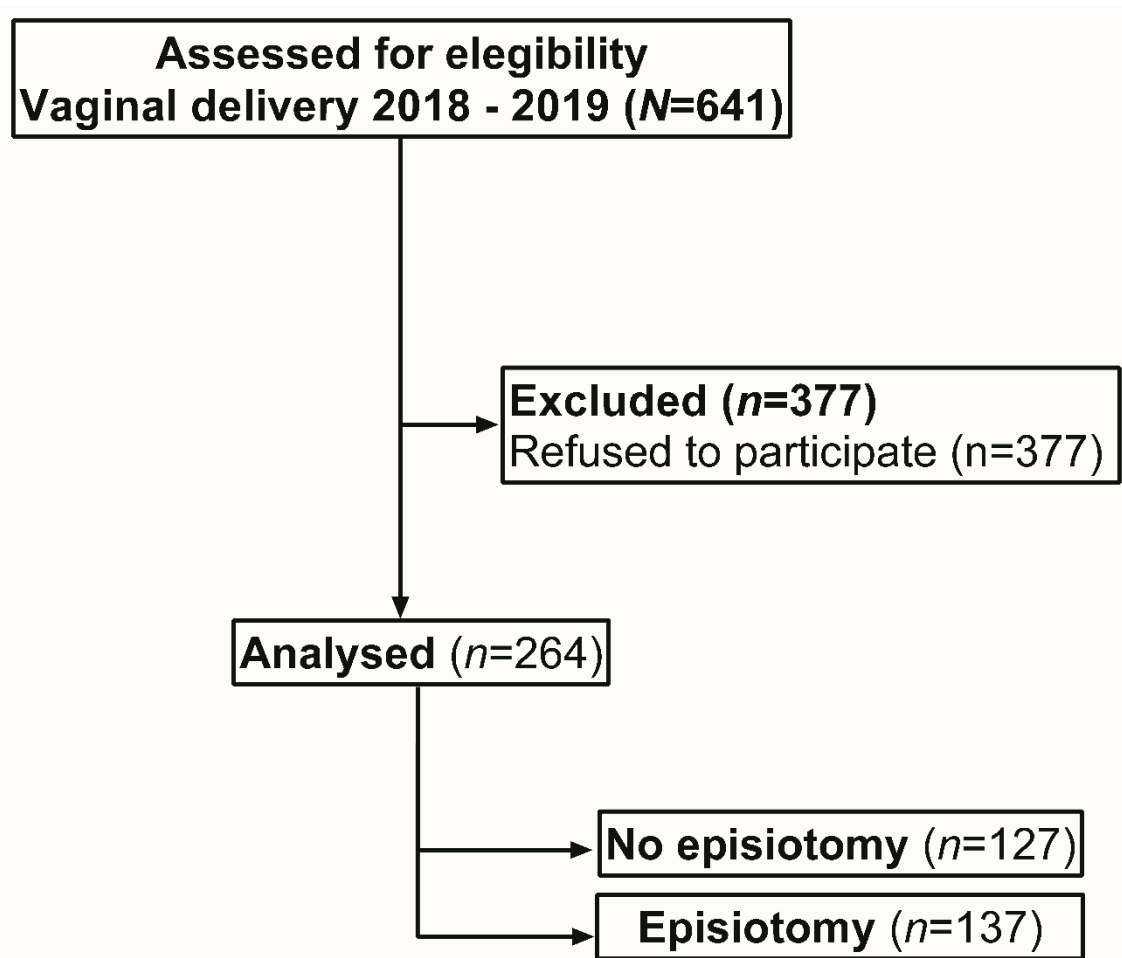


Figure 1. Sample flow-chart selection of participants. Legend: n – absolute frequency.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas descobertas demonstram que a episiotomia não afetou a FS três meses após o parto e também não exerceu efeito significativo sobre o desenvolvimento das DAP avaliadas, como a dor perineal e a dor na RS e IU.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, em função da episiotomia ainda ser um tema controverso e da nossa amostra não representar a maioria da população brasileira.

PERSPECTIVAS

Espera-se que os dados obtidos neste estudo sejam divulgados no meio científico para colaborar com as evidências sobre a episiotomia e seus efeitos na FS a curto prazo, reduzindo a escassez e heterogeneidade de pesquisas anteriores sobre o tema.

Com o objetivo de ampliar os dados obtidos, torna-se evidente a necessidade de realização de novos estudos com um número mais expressivo de participantes. Sugere-se ainda que sejam realizadas pesquisas que façam um acompanhamento longitudinal.

APÊNDICE A**FICHA DE ANAMNESE**

Título do projeto: **Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com ou Sem Episiotomia.**

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Instituição colaboradora: Hospital Moinhos de Vento (HMV)

Curso: Mestrado em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

Data da entrevista: ___/___/___

Nome completo: _____

Cidade: _____

DADOS GERAIS:

Idade (anos): _____

Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

Situação conjugal:

- Casada/ União estável/ Com companheiro
- Solteira/ Separada/ Viúva/ Sem companheiro

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Estatura: _____

Aumento de peso na gestação: _____

Peso na atual: _____

História obstétrica (antecedentes)

Gestação anterior:

- Sim
- Não

Partos anteriores:

- Vaginal
- Cesárea
- Aborto
- Episiotomia

Peso do maior recém-nascido: _____

DADOS DO PARTO ATUAL:

Data do parto: _____

Peso do recém-nascido: _____

Semanas gestacionais ao nascimento: _____

Tempo de fase ativa (trabalho de parto / hospital): _____

Tempo de período expulsivo: _____

OCORRÊNCIAS DO PARTO:

Parto atual com:

- Episiotomia
- Fórceps
- Laceração perineal

Grau de laceração:

- 1
- 2
- 3
- Não sei

Gestação de alto risco:

- Sim
- Não

Incontinência urinária:

- Não
- Antes
- Durante
- Após

Incontinência anal:

- Não
- Antes
- Durante
- Após

Prolapso (sentimento de bola na vagina):

- Não
- Antes
- Após

FATORES PSICOSSOCIAIS:

Tabagismo:

- Sim

- Não
- Ex-fumante

Ingesta de álcool:

- Sim
- Não

Outras drogas:

- Sim
- Não

Medicamentos:

- Diurético
- Antidepressivo
- Diabetes
- Hipertensão
- Outros
- Não

OCORRÊNCIAS DE ALGIAS

Dor pélvica após a gestação:

- Sim
- Não

Dor na relação sexual após a gestação:

- Sim
- Não

Obteve alguma instrução/informação sobre relação sexual durante a gestação ou no pós-parto?

- Sim
- Não

De quem? _____

APÊNDICE B

PROTOCOLO DE COLETA

- ❖ Consulta dos cadastros de parto normal no Hospital Moinhos de vento;
- ❖ Convite para participação da pesquisa via contato telefônico;
- ❖ Notificação por e-mail com os seguintes conteúdos:
 - Termo de consentimento de participação da pesquisa (online); (Apêndice C)
- ❖ Questionários virtuais *Google Forms*:
 - Anamnese.
 - FSFI-6.
 - Escala Visual Analógica.
 - ICIQ-SF.
- ❖ Tempo estimado de preenchimento: 7 min.

APÊNDICE C

Convite enviado no corpo do e-mail.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PUÉRPERAS, TRÊS MESES APÓS PARTO NORMAL COM OU SEM EPISIOTOMIA, realizada pela pesquisadora Larissa Lolyta Pereira Ribeiro, sob o número da CAAE: 81659317.4.3004.5330. Acredita-se que os achados dessa pesquisa revelarão a importância da avaliação da atividade sexual de puérperas e que os resultados poderão ampliar o conhecimento sobre a relação da episiotomia com a função sexual feminina. Também buscamos identificar os motivos pelos quais as mulheres no pós-parto têm dificuldade de comparecer as pesquisas, para que no futuro possamos pensar em novas possibilidades de abordagem.

Sua participação é voluntária e se dá através da ferramenta *Formulários Google*. Ao aceitar participar, por meio dos links informados, você deve responder com totalidade os questionários enviados. O tempo médio de respostas total da pesquisa é de 7 minutos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Moinhos de Vento.

Este é um convite para preencher os seguintes questionários:

1. Anamnese (avaliação)
2. FSFI-6 (questionário sobre função sexual)
3. Escala Visual Analógica (escala sobre dor perineal e dor durante a relação sexual)
4. ICIQ-SF (questionário sobre incontinência urinária)

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar serão mantidos em sigilo. As informações obtidas serão de uso apenas para fins científicos.

Por favor, responda esta pesquisa até uma semana após o recebimento. Uma semana após o envio, será enviado novamente um lembrete para o preenchimento.

ANEXOS

ANEXO 1. The Brazilian 6-item *Female Sexual Function Index* (FSFI-6).The Brazilian 6-item Female Sexual Function Index (FSFI-6). Adapted from Isidori⁽¹⁹⁾ and Pimenta.⁽¹⁸⁾

| Nas últimas 4 semanas: | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Como você qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual? | Muito alto (5) | Alto (4) | Moderado (3) | Baixo (2) | Muito baixo ou nenhum (1) | |
| Como você qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal? | Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas (0) | Muito alto (5) | Alto (4) | Moderado (3) | Baixo (2) | Muito baixo ou nenhum (1) |
| Com que frequência você se sentiu lubrificada (notou mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal? | Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas (0) | Sempre ou quase sempre (5) | Na maioria das vezes (4) | Às vezes (3) | Poucas vezes (2) | Quase nunca ou nunca (1) |
| Com que frequência você alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal? | Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas (0) | Sempre ou quase sempre (5) | Na maioria das vezes (4) | Às vezes (3) | Poucas vezes (2) | Quase nunca ou nunca (1) |
| Quão satisfeita você tem se sentido com a sua atividade sexual? | Muito satisfeita (5) | Moderadamente satisfeita (4) | Nem satisfeita, nem insatisfeita (3) | Moderadamente insatisfeita (2) | Muito insatisfeita (1) | |
| Com que frequência você sente incômodo ou dor vaginal na penetração? | Não tive penetração vaginal nas últimas 4 semanas (0) | Quase nunca ou nunca (5) | Poucas vezes (4) | Às vezes (3) | Na maioria das vezes (2) | Quase sempre ou sempre (1) |

ANEXO 2 – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

(ICIQ-SF)

| ICIQ - SF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|-----------------|
| Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Com que freqüência voce perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma vez por semana ou menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Duas ou três vezes por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma vez ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Diversas vezes ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>O tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> </table> | | Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 | Uma vez por semana ou menos | <input type="checkbox"/> | 1 | Duas ou três vezes por semana | <input type="checkbox"/> | 2 | Uma vez ao dia | <input type="checkbox"/> | 3 | Diversas vezes ao dia | <input type="checkbox"/> | 4 | O tempo todo | <input type="checkbox"/> | 5 | | | | | |
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma vez por semana ou menos | <input type="checkbox"/> | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duas ou três vezes por semana | <input type="checkbox"/> | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma vez ao dia | <input type="checkbox"/> | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diversas vezes ao dia | <input type="checkbox"/> | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O tempo todo | <input type="checkbox"/> | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma pequena quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma moderada quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uma grande quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> </tr> </table> | | Nenhuma | <input type="checkbox"/> | 0 | Uma pequena quantidade | <input type="checkbox"/> | 2 | Uma moderada quantidade | <input type="checkbox"/> | 4 | Uma grande quantidade | <input type="checkbox"/> | 6 | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | <input type="checkbox"/> | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma pequena quantidade | <input type="checkbox"/> | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma moderada quantidade | <input type="checkbox"/> | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma grande quantidade | <input type="checkbox"/> | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; margin-left: 20px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table> | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Não interfere | | | | | | | | | | | Interfere muito |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| Não interfere | | | | | | | | | | | Interfere muito | | | | | | | | | | | | | |
| ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando tusso ou espiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou dormindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco sem razão óbvia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco o tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | Nunca | <input type="checkbox"/> | Perco antes de chegar ao banheiro | <input type="checkbox"/> | Perco quando tusso ou espiro | <input type="checkbox"/> | Perco quando estou dormindo | <input type="checkbox"/> | Perco quando estou fazendo atividades físicas | <input type="checkbox"/> | Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo | <input type="checkbox"/> | Perco sem razão óbvia | <input type="checkbox"/> | Perco o tempo todo | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Nunca | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco antes de chegar ao banheiro | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco quando tusso ou espiro | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco quando estou dormindo | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco quando estou fazendo atividades físicas | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco sem razão óbvia | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perco o tempo todo | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "Obrigado por você ter respondido às questões" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figura - Versão em português do ICIQ-SF.

ANEXO 3 - Escala Visual Analógica.

Qual a intensidade da dor perineal no momento?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Qual a intensidade da dor durante a relação sexual?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10