

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**SEXUALIDADE E DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19**

**Marcela Siliprandi Lorentz**

Porto Alegre, 2020

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**SEXUALIDADE E DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19**

Marcela Siliprandi Lorentz

Orientador: Profa. Dra. Jaqueline Neves Lubianca

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, 2020

CIP - Catalogação na Publicação

LORENTZ, MARCELA SILIPRANDI  
SEXUALIDADE E DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19 / MARCELA SILIPRANDI LORENTZ. --  
2021.  
85 f.  
Orientadora: JAQUELINE NEVES LUBIANCA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e  
Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Sexualidade. 2. Depressão Pós-Parto. 3.  
Puerpério . I. LUBIANCA, JAQUELINE NEVES, orient. II.  
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, por sempre terem me ensinado que o conhecimento engrandece as pessoas. Por me darem todo o suporte, incentivo e apoio necessários do início ao fim deste projeto. Por nunca duvidarem da minha capacidade e acreditarem no meu potencial de me diferenciar no meio médico.

Ao Paulo, pela serenidade e equilíbrio nos momentos difíceis do dia a dia. Por nunca ter deixado que as adversidades se tornassem maiores que o meu objetivo final e por lembrar diariamente o quanto este trabalho é nobre e valioso.

À minha professora orientadora, pela paciência e pelo conhecimento compartilhado. Por ter me recebido desde 2017 e me acolhido no seu grupo. Foram anos de estudos, testes e aprendizado. Anos muito valiosos que sempre irei lembrar com carinho e saudade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS, pelas aulas e ensinamentos que transformam os alunos durante o tempo em que se participa deste programa. Ensinar pesquisa e docência para adultos é uma tarefa árdua, desempenhada de forma esplêndida pelo grupo de professores que compõem esta Pós-Graduação.

Agradeço aos demais professores da Faculdade de Medicina da UFRGS que tanto acrescentaram e me incentivaram a realizar este trabalho da melhor forma possível. Sempre com algum conselho, ideia ou orientação para oferecer.

Agradeço às pacientes, que em um momento tão peculiar e único de suas vidas se dispuseram a responder por uma, duas ou três vezes questionários delicados como os aplicados nesta pesquisa. Por contribuírem com a pesquisa e com a ciência pelo bem do próximo, sem receber nada em troca.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	13
INTRODUÇÃO .....	16
REVISÃO DA LITERATURA.....	19
1. Estratégias para localizar e selecionar as informações.....	19
2. Mapa conceitual esquemático.....	21
3. Função Sexual Feminina.....	21
4. Depressão Pós-Parto.....	24
5. Sexualidade na Gestação e no Puerpério.....	25
6. Sexualidade e Sintomas Depressivos no Puerpério.....	28
6.1 Amamentação.....	31
6.2 Via de Parto.....	34
6.3 Método Contraceptivo.....	37
6.4 Rede de apoio e perfil socioeconômico.....	39
6.5 Pandemia de COVID-19.....	41
JUSTIFICATIVA .....	43
HIPÓTESES .....	44
OBJETIVOS .....	45
MATERIAIS E MÉTODOS.....	46
REFERÊNCIAS.....	49

ARTIGO EM INGLÊS .....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	75
ANEXOS.....	76
APÊNDICES.....	82

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACOG - American College Of Obstetricians and Gynecologists

DIU-Cu - Dispositivo Intrauterino de Cobre

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo)

FSFI - Female Sexual Function Index (Índice de Função Sexual Feminina)

LAM - Amenorreia lactacional

OMS - organização Mundial da Saúde

SHBG - Globulina ligadora de hormônios sexuais

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Mapa conceitual esquemático.....	15
Figura 2: Ciclo de resposta sexual proposto por Basson.....	16



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Número de artigos encontrados no PubMed e número de artigos selecionados após revisão.....	14
---	----

## RESUMO

**Introdução:** O SARS-Cov-2 adquiriu status de pandemia em março de 2020. Estudos já publicados sugerem que a pandemia de COVID-19 possa ter efeitos negativos na sexualidade e no humor. Considerando-se que alterações na sexualidade potencialmente prejudicam os laços afetivos de um casal, comprometendo o vínculo da nova família em formação e que os sintomas depressivos podem agravar essas alterações e causar sofrimento às puérperas é de suma importância que se avalie e determine a população em maior risco de desenvolver disfunções sexuais e sintomas depressivos. O entendimento dessas alterações e o adequado manejo das mesmas, pode facilitar a vida do casal nessa nova fase, colaborando para a manutenção do vínculo afetivo, que será umas das bases para a criação de um filho. **Objetivo:** Avaliar a função sexual e os sintomas depressivos em puérperas no período da pandemia de COVID-19 no Sul do Brasil.

**Métodos:** Coorte prospectiva com 125 mulheres avaliadas em puerpério imediato (antes da pandemia), 3 meses (início da pandemia) e 6 meses (pico da pandemia) após o nascimento. Foram aplicados os questionários Female Sexual Function Index (FSFI) e a Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgh (EPDS). O desfecho primário foi a variação dos escores das escalas FSFI e EPDS entre os três tempos. Os desfechos secundários foram a avaliação do impacto da via de parto, da presença do parceiro em casa, da amamentação e do método contraceptivo na função sexual nas primeiras 48 horas, no terceiro e no sexto mês após o parto durante o período de pandemia de COVID-19.

**Resultados:** 50 puérperas participaram dos três tempos do estudo e foram consideradas para as análises estatísticas. A mediana de idade foi de 25 anos. Em T1, a mediana dos escores totais de FSFI foi de 25.1 (DP 18.8-30.8); em T2 de 21.7 (DP 15.3-28.5) e em T3 de 22.9 (DP 12.2-29.7). Não houve diferença entre os índices de FSFI nos três tempos avaliados. 60% da amostra apresentava disfunção sexual (FSFI  $\leq$  26,5) em T1, com aumento para 64% em T2 e T3 ( $p=$

0.381). Houve diferença nos escores de lubrificação entre os 3 tempos, sendo em T1 de 4.7 (2.4-6.0), em T2 de 4.1 (1.8-5.4) e em T3 de 4.4 (2.4-6.0) em T3 (p: 0.049). Para os demais domínios (desejo, excitação, satisfação, orgasmo e dor) não houve diferença nos valores entre T1 e T2 e entre T1 e T3. Houve elevação dos escores da EPDS nos três tempos: em T1 os valores totais EPDS eram 5.0 (2.0-9.0), aumentando para 7.0 (4.0-14.0) em T2 e 6.5 (3.0-13.0) em T3 (p = 0.004 ). 24% da amostra apresentava screening positivo para depressão em T1, com aumento para 40% em T2 e T3 (p = 0.062). Houve correlação inversa entre os valores de FSFI e da EPDS em T2 (p< 0.001; p= - 0,594) e em T3 (p< 0.001; p= - 0,608), demonstrando que a piora na resposta sexual é secundária a maior prevalência de sintomas depressivos no puerpério, que pode ter sido agravada pela pandemia do COVID-19. Na análise multivariada, utilizando regressão de Poisson com a variável dependente disfunção sexual (FSFI <=26,5) em T3 incluindo como variáveis explanatórias morar com parceiro, trabalhar fora de casa, amamentação e método contraceptivo em T3 não houve diferença significativa (p=0,470). Uma segunda análise, utilizando screening positivo para depressão em T3 como variável dependente e morar com parceiro e trabalhar como variáveis explanatórias também não se encontrou significância (p=0,444). 86% das pacientes amamentavam 3 meses após o parto, com redução desse número para 76% no sexto mês após o nascimento (p = 0.06). 86% da amostra fazia uso de método contraceptivo tanto em T2 quanto em T3. Não houve troca e nem abandono de uso do método contraceptivo (naquelas que iniciaram no pós-parto) em 76% da amostra durante o período de avaliação (T2 e T3). A via de parto não determinou diferença na prevalência de disfunção sexual em nenhum dos tempos avaliados (T1 p = 0,377, T2 p=0,857 e T3 p=0,307).

**Conclusões:** A pandemia da COVID-19 pode ter papel importante na piora dos escores de depressão das puérperas e esses têm correlação inversa com função sexual. Esse estudo analisou função sexual e sintomas depressivos durante a pandemia de COVID-19 em um subgrupo suscetível e identificou que quanto maior o escore de depressão, pior a função sexual

feminina. Assim, torna-se mandatório investigar sintomas depressivos em puérperas com queixas sexuais, em especial durante a pandemia de COVID-19.

**Palavras-chave:** Sexualidade, depressão, puerpério, COVID-19.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** SARS-Cov-2 acquired pandemic status in March 2020. Studies already published suggest that the COVID-19 pandemic may have negative effects on sexuality and mood. Considering that changes in sexuality potentially harm a couple's affective bonds, compromising the bond of the new family and that depressive symptoms can aggravate these changes and cause suffering to the puerperal women, it is extremely important to evaluate and determine the population in increased risk of developing sexual dysfunction and depressive symptoms. The understanding of these changes and the proper management of them may facilitate the couple's life in this new phase, contributing to the maintenance of the affective bond, which will be one of the bases for the creation of a child. **Objective:** To evaluate sexual function and depressive symptoms in puerperal women during the COVID-19 pandemic period in southern Brazil.

**Methods:** Prospective cohort with 125 women evaluated in the immediate puerperium (before the pandemic), 3 months (pandemic onset) and 6 months (pandemic peak) after birth. The Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaires and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were applied. The primary outcome was the variation in the scores of the FSFI and EPDS scales between the three times. Secondary outcomes were the assessment of the impact of the mode of delivery, the presence of the partner at home, breastfeeding and the contraceptive method on sexual function in the first 48 hours, in the third and sixth months after delivery during the period pandemic of COVID-19.

**Results:** 50 puerperal women participated in the three study periods and were considered for statistical analysis. The median age was 25 years. At T1, the median total FSFI scores was 25.1 (SD 18.8-30.8); in T2 of 21.7 (SD 15.3-28.5) and in T3 of 22.9 (SD 12.2-29.7). There was no difference between the FSFI indices at the three evaluated times. 60% of the sample had sexual dysfunction (FSFI  $\leq$  26.5) at T1, with an increase to 64% at T2 and T3 ( $p = 0.381$ ). There was

a difference in the lubrication scores between the 3 times, being T1 at 4.7 (2.4-6.0), T2 at 4.1 (1.8-5.4) and T3 at 4.4 (2.4-6.0) at T3 ( $p = 0.049$ ). For the other domains (desire, excitement, satisfaction, orgasm and pain) there was no difference in values between T1 and T2 and between T1 and T3. There was an increase in EPDS scores in the three periods: in T1, the total EPDS values were 5.0 (2.0-9.0), increasing to 7.0 (4.0-14.0) in T2 and 6.5 (3.0-13.0) in T3 ( $p = 0.004$ ). 24% of the sample had positive screening for depression in T1, with an increase to 40% in T2 and T3 ( $p = 0.062$ ). There was an inverse correlation between FSFI and EPDS values at T2 ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.594$ ) and T3 ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.608$ ), demonstrating that the worsening of sexual response is secondary to the higher prevalence of depressive symptoms in the puerperium, which may have been aggravated by the COVID-19 pandemic. In multivariate analysis, using Poisson regression with the dependent variable sexual dysfunction (FSFI  $\leq 26.5$ ) in T3 including explanatory variables living with a partner, working outside the home, breastfeeding and contraceptive method in T3, there was no significant difference ( $p = 0.470$ ). A second analysis, using positive screening for depression in T3 as a dependent variable and living with a partner and working as explanatory variables was also not found to be significant ( $p = 0.444$ ). 86% of patients breastfed 3 months after delivery, with a reduction of this number to 76% in the sixth month after birth ( $p = 0.06$ ). 86% of the sample used contraception in both T2 and T3. There was no exchange or abandonment of use of the contraceptive method (in those who started in the postpartum period) in 76% of the sample during the evaluation period (T2 and T3). The mode of delivery did not determine any difference in the prevalence of sexual dysfunction at any of the evaluated times (T1  $p = 0.377$ , T2  $p = 0.857$  and T3  $p = 0.307$ ).

**Conclusions:** The COVID-19 pandemic may play an important role in worsening the depression scores of postpartum women and these have an inverse correlation with sexual function. This study analyzed sexual function and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in a susceptible subgroup and found that the higher the depression score, the worse

the female sexual function. Thus, it is mandatory to investigate depressive symptoms in puerperal women with sexual complaints, especially during the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** Sexuality, depression, puerperium, COVID-19.

## **INTRODUÇÃO**

O puerpério é um período singular na vida das mulheres e envolve diversos aspectos físicos, hormonais, culturais, psicológicos e sociais que podem impactar na sexualidade e no

humor feminino (1). Além da recuperação do organismo materno do estado gravídico prévio e do fenômeno do parto, no puerpério, a mulher encontra desafios e peculiaridades de uma nova função a exercer: a de mãe.

A maternidade, ao contrário do que se observa nos veículos de mídia, não é sempre fácil, natural e instintiva para a mulher. É necessário conciliar cuidados com uma nova vida (que depende quase exclusivamente da atenção materna num primeiro momento) com os cuidados consigo mesma. Aliar o papel de mãe, mulher e parceira sem que haja sofrimento físico ou mental é uma tarefa complexa e quase impraticável de ser realizada sozinha. Para que este período tão delicado e repleto de novidades não cause grandes traumas e sofrimento para a mulher, seu filho e a família como um todo, é necessário que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados puerperais tenham domínio dos fatores que impactam na qualidade de vida das puérperas e qual a população mais vulnerável aos distúrbios associados a esta fase.

As disfunções sexuais de etiologias variadas são extremamente comuns durante o puerpério, com uma prevalência estimada de, no mínimo, metade da população de puérperas avaliadas em estudos prévios (2, 3). Logo após o parto é esperado que haja uma queda na função sexual. Devido a fatores como a presença de lóquios, de episiorrafia ou suturas na região perineal ou o fato de estar em pós-operatório de cesariana podem determinar a necessidade de abstinência sexual nas primeiras quatro a seis semanas após o nascimento. Já dois meses após o parto, a maioria das mulheres reiniciaram as atividades sexuais (4). As variáveis associadas a essas taxas elevadas de problemas relacionados com a sexualidade no pós-parto ainda estão em estudo, sendo necessário avaliar adequadamente esta população e determinar quais os seus principais fatores de risco e de proteção.

Outro ponto de suma importância a ser avaliado durante o puerpério é a depressão. A presença de sintomas depressivos perturba até 40% das mulheres após o nascimento de um bebê (5) e o diagnóstico de depressão pós-parto afeta aproximadamente 20% das puérperas (6).



O confinamento em casa cuidando de uma criança, a queda hormonal abrupta, os desafios da maternidade, a fadiga, o prejuízo na qualidade do sono e redução significativa do convívio social são fatores associados ao desenvolvimento de sintomas de tristeza e depressão.

Além do sofrimento psíquico causado pela depressão pós-parto, os laços afetivos com a criança também são prejudicados. Pode haver prejuízo dos cuidados com o recém-nascido, na formação do vínculo afetivo e na amamentação, acarretando também problemas a longo prazo no desenvolvimento cognitivo, social e da saúde geral da criança.

A presença de depressão no período pós-parto foi associada a maior prevalência de insatisfação com a vida sexual e menor frequência de relações sexuais em estudos anteriores (5). Esse dado sugere que ambos fatores devem ser investigados nas avaliações após o parto por qualquer profissional da saúde. Deve-se considerar que ao avaliar os fatores responsáveis pelo prejuízo na sua qualidade de vida e bem-estar da puérpera, também se está avaliando a formação do núcleo familiar recém formado. É uma fase muito delicada, em que se faz necessário suporte familiar e profissional para que sejam identificados e minimizados fatores que impactam negativamente o dia-a-dia da família, como as disfunções sexuais e os sintomas do humor.

O crescente número de casos e mortes em todo o mundo provocados pelo novo coronavírus, causador da COVID-19 fez com que, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarasse o status de pandemia (7). A partir de então, diversos países do mundo, inclusive o Brasil, instituíram medidas de isolamento social e restrições severas à liberdade da população. O impacto das medidas de isolamento na qualidade de vida da população vem sendo estudado. Até o momento, nenhum estudo publicado avaliou a população de puérperas durante a pandemia de COVID-19. É de extrema importância que seja dada à devida atenção às novas mães durante esse momento de estresse, que determinou prejuízo às atividades cotidianas, impacto socioeconômico e isolamento social. O presente estudo avaliou sintomas depressivos

e a função sexual das puérperas e a correlação desses fatores, durante o período da pandemia de COVID-19.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

### **1. Estratégias para localizar e selecionar as informações**

A busca de artigos foi realizada no PubMed. Considerou-se artigos publicados a partir de 2000, incluindo qualquer tipo de estudo, em língua portuguesa ou inglesa. A revisão da literatura centrou-se nas seguintes palavras-chave: “*Sexuality*”, “*Puerperium*”, “*FSFP*”, “*Depression*”, “EPDS” e “COVID-19”.

Cruzando as palavras “*Sexuality*”(Mesh e Title) AND “*Puerperium*”(Mesh), foram encontrados 49 artigos. Com as expressões “*Puerperium*” (Mesh) AND “*Sexuality*”(Mesh) AND “*Depression*”(Mesh) foram encontrados 30 artigos. Ao cruzar as siglas “FSFI” AND “EPDS”, foram localizados 17 estudos. Entre “*Sexuality*” AND “*COVID-19*” AND “*Depression*” foram reunidos 8 artigos. Por fim, ao cruzar as palavras “*Sexuality*” AND “*COVID-19*” foram encontrados 224 artigos.

A Tabela 1 aponta os artigos selecionados, entre todos os encontrados, com o cruzamento das palavras-chave. Foram incluídos artigos cujo título e resumo tivessem evidente relação com o tema em estudo.

Outros artigos foram captados utilizando-se as referências dos artigos selecionados na busca inicial, por contribuírem com a base teórica desta dissertação, sendo que alguns deles têm publicação anterior ao ano 2000.

Tabela 1: Número de artigos encontrados no PubMed e número de artigos selecionados após revisão.

Palavras-chave	Resultados PubMed	Artigos selecionados
<i>Sexuality(Mesh) (Title)</i> <i>AND Puerperium (Mesh)</i>	49	15
<i>Puerperium (Mesh) AND</i> <i>Sexuality(Mesh) AND</i> <i>Depression(Mesh)</i>	30	4
<i>FSFI AND EPDS</i>	17	4
<i>Sexuality AND COVID-19</i> <i>AND Depression</i>	8	2
<i>Sexuality AND COVID-19</i>	224	18

## 2. Mapa conceitual esquemático

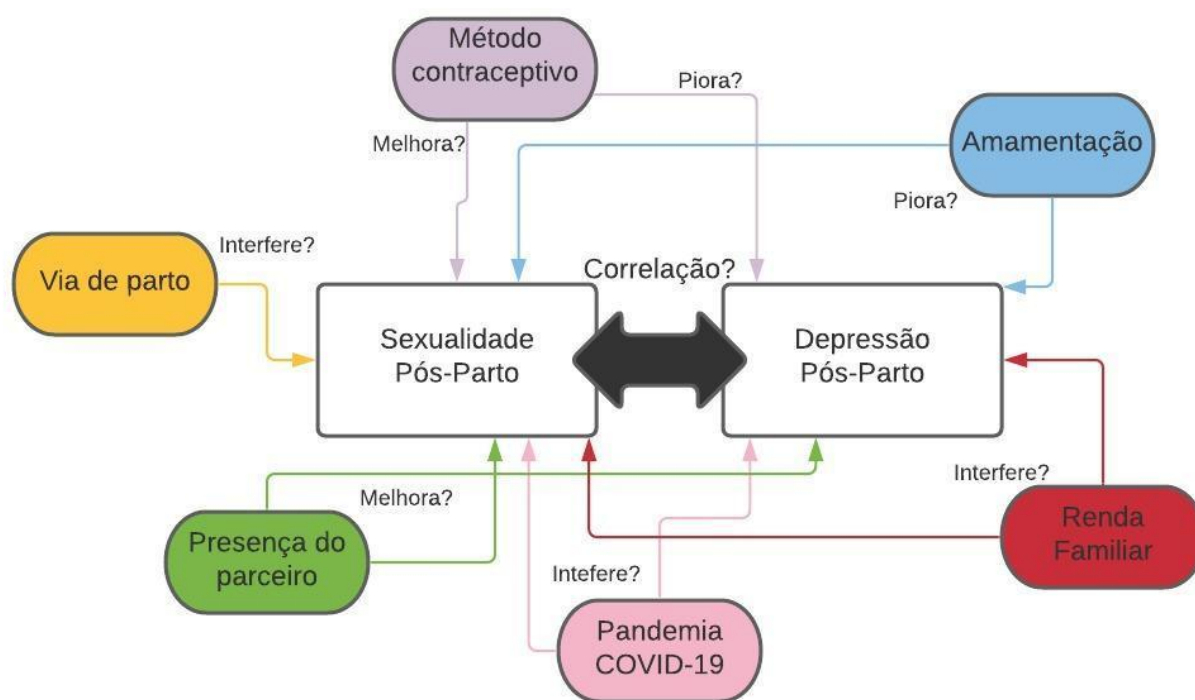


Figura 1. Mapa conceitual esquemático.

## 3. Função Sexual Feminina

Em 2001, Basson (8) publicou um modelo circular de resposta sexual, introduzindo influências externas na resposta sexual normal. Nesse modelo, o desejo é associado à intimidade emocional do casal, levando a receptividade e a busca pela estimulação sexual. O engajamento na atividade sexual depende da satisfação física e emocional, que resulta em intimidade emocional e assim o ciclo reinicia. Partindo desse modelo circular de Basson, é possível compreender que satisfação e frustração sexual são independentes do orgasmo e também sofrem influência de elementos não sexuais. O modelo também introduziu o conceito de neutralidade sexual, explicando que falta de desejo não é indicativo de disfunção sexual na mulher, visto que a resposta sexual não se inicia a partir dele.



Figura 2: Ciclo de resposta sexual proposto por Basson.

Fonte: Adaptação de Basson, 2001 (8).

Esse modelo também considerou fatores psicológicos como potencial interferência para a excitação, bloqueando sinais neurológicos que desencadeiam a excitação sexual. Alguns desses fatores são o sentimento de estar sexualmente inapto, estar fora do padrão esperado (baixa auto-estima/ prejuízo da imagem corporal) e as lembranças de experiências sexuais negativas anteriores. Alguns desses fatores fazem parte do período gravídico puerperal.

Muitas mulheres acreditam que a gestação e o puerpério as torna sexualmente inaptas e que sexo nesta fase é errado, podendo prejudicar o bebê e a recuperação após o parto. Um estudo iraniano (9) evidenciou que o principal motivo para não ter relações sexuais durante a gestação na população estudada foi a falta de informação sobre sexo durante a gestação.

As modificações corporais provocadas pela gestação e que permanecem por algum tempo durante o puerpério também impactam na auto-estima e na imagem corporal feminina

podendo prejudicar seu engajamento em relações sexuais. Conforme estudos anteriores (10,11), 47,4 - 64,5% das mulheres avaliadas até 1 ano após o parto estavam insatisfeitas com sua aparência física.

A recuperação após o parto é individual em cada mulher e nenhuma puérpera deveria ter relações sexuais com dor ou desconforto. Um dos principais motivos para evitar relações sexuais no pós-parto é o medo de sentir dor (11), trazendo a tona lembranças de experiências dolorosas prévias, conforme considerado pelo ciclo de resposta sexual de Basson.

Para realizar a análise da função sexual feminina é importante considerar os seis domínios que dela fazem parte: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. No Brasil, dois questionários foram validados para esta avaliação: o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (12) e o Quociente Sexual - Versão Feminina (13).

O Índice de Função Sexual Feminina - *Female Sexual Function Index (FSFI)*, é um questionário autoaplicável, de 19 questões, em linguagem de fácil compreensão. As perguntas se referem às últimas quatro semanas e englobam os seis domínios da sexualidade. A cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5 e através de uma fórmula matemática obtém-se o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Não existe um ponto de corte definido universalmente, porém, a maioria dos estudos considera valores menores ou iguais a 26,55 como disfunção sexual (2, 3,14, 15). Este ponto de corte possui uma sensibilidade de 70,7% e uma especificidade de 88,1% para disfunção sexual feminina. Esse escore é o mais amplamente utilizado no mundo todo para avaliação da função sexual feminina e, por este motivo, foi eleito para utilização neste estudo.

O Quociente Sexual - Versão Feminina (13) foi criado e validado no Brasil pela por Carmita Abdo. É composto por 10 questões, que devem ser respondidas numa escala de 0 a 5. O resultado da soma das dez respostas deve ser multiplicado por dois, resultando em um

quociente de 0 a 100. Foi estabelecido um ponto de corte maior ou igual a 60 para determinar disfunção sexual feminina.

#### **4. Depressão Pós-Parto**

As mulheres apresentam o dobro do risco de desenvolver episódios depressivos durante a vida comparado aos homens (15). O nascimento de uma criança modifica profundamente a dinâmica do casal ou família já existente. O papel de mãe e as funções relacionadas a essa nova tarefa podem causar grande impacto no humor, causando distúrbios de ansiedade, sintomas de tristeza e depressão e até mesmo sintomas psicóticos.

A depressão pós-parto é comumente diagnosticada até 6 semanas após o nascimento, porém, é possível identificar associação de sintomas depressivos com o parto até um ano após o desfecho gestacional (16).

Muitos sintomas da depressão são esperados normalmente no puerpério: fadiga, exaustão física e mental, insônia, perda ou ganho ponderal, perda do interesse sexual entre outros. É necessário que haja uma diferenciação entre sintomas brandos, que podem ser normais e transitórios e sintomas graves, prejudicando o laço mãe-bebê e os cuidados com o recém-nascido, assim como o cuidado pessoal da mulher.

Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos e depressão pós-parto são: histórico de depressão pós-parto em gestação anterior ou história de depressão previamente a gestação, baixo nível socioeconômico, etilismo, gestação não planejada, multiparidade, falta de suporte do parceiro, estado civil solteira e sofrer violência do parceiro (17).

Entre tantos elementos que são afetados pelos sintomas depressivos está a sexualidade. As alterações do humor impactam diretamente o interesse e a satisfação sexual (2), podendo comprometer o laço afetivo do casal e o futuro de uma família em formação.



Aproximadamente 20% das mulheres vão apresentar o diagnóstico de depressão pós-parto (18), sendo este o distúrbio psiquiátrico mais comum no ciclo gravídico-puerperal. No Brasil a prevalência é ainda maior, chegando a 37,1% (17). O rastreio universal para depressão e ansiedade após o parto é recomendado pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Diversos questionários foram desenvolvidos e validados para esse screening, entretanto, o único desenvolvido especificamente para gestação e puerpério e validado para o português brasileiro é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (19).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo consta de 10 questões de múltipla escolha que pontuam de 0 a 3 pontos e são somadas podendo resultar em um escore de 0 a 30. O ponto de corte definido para classificar o caso como “rastreo positivo” é um valor maior ou igual a 10. As pacientes que obtiverem pontuação igual ou acima deste valor são classificadas como alto risco para desenvolvimento de depressão pós-parto. Este valor é utilizado pela maioria dos estudos mundialmente (2, 19) e possui sensibilidade 82,6%, (75,3%-89,9%) e especificidade 65,4% (59,8%-71,1%) na população brasileira (19).

## **5. Sexualidade na Gestação e no Puerpério**

A sexualidade faz parte da saúde e do bem estar de homens e mulheres. Uma adequada função sexual é crucial para a satisfação do indivíduo e de um casal. Durante a gestação e o puerpério existem diversos mitos e tabus que interferem na qualidade da vida sexual, prejudicando muito o relacionamento durante essa fase.

Estudo prévio realizado no Rio Grande do Sul (20) identificou uma prevalência de 55% de disfunção sexual, avaliada através do Female Sexual Function Index, durante a gestação. Não existem estudos disponíveis na população gaúcha sobre a função sexual após o parto; porém, estudos realizados em outras localidades identificaram taxas de disfunções

sexuais após o parto semelhantes às encontradas durante a gestação na população gaúcha. Em um estudo realizado na Turquia (3), que também utilizou como instrumento de avaliação o FSFI, a prevalência de disfunções sexuais em puérperas avaliadas entre três e doze meses após o parto foi de 55,3%, demonstrando que estas alterações na vida sexual que tiveram início durante a gestação podem permanecer a longo prazo.

Um estudo austríaco (21) demonstrou que já no terceiro trimestre de gestação, 90% das gestantes queixam-se de prejuízo na sua saúde sexual. Este mesmo estudo avaliou a satisfação sexual antes, durante e após a gestação. Houve prejuízo na satisfação sexual comparando a avaliação antes da gestação com a avaliação do terceiro trimestre. Após o parto, houve redução importante da qualidade de vida sexual, tanto em relação aos níveis pré-gestacionais, quanto aos gestacionais. Este dano se mantém ao longo do puerpério tardio, sendo que 60% das mulheres avaliadas 6 meses após o nascimento ainda referem descontentamento com a vida sexual em comparação com o período pré-gestacional.

Conforme estudo de Aydin et al (22), ao comparar os escores de FSFI em mulheres gestantes e não gestantes os valores totais são significativamente mais baixos durante a gestação (18.9 vs. 22.7) e as taxas de disfunção sexual (considerando-se um ponto de corte de 26,55) aumentam de 67.61% para 91.08% nessa fase. Yildiz (23) avaliou uma coorte de 59 mulheres desde a oitava semana de gestação (considerado padrão pré-gestacional) até o sexto mês de puerpério. Nesta análise foi encontrada uma redução dos valores de FSFI entre a avaliação pré-gravídica (FSFI: 28,2) e o terceiro trimestre de gestação (FSFI: 21,49), havendo uma melhora dos valores totais ao chegar no sexto mês de puerpério (FSFI: 25,75).

Ao examinar a sexualidade durante a gestação e o puerpério, Judicibus et al (5) encontraram uma redução do desejo e da satisfação entre a avaliação realizada durante a gestação e três meses após o nascimento. Na mesma análise, foi identificada melhora na

frequência sexual seis meses pós-parto, porém, sem alteração nos escores de desejo e satisfação.

Vários fatores estão associados ao prejuízo à função sexual identificado nesta fase. 62% das mulheres reportam que a fadiga interfere na atividade e no desejo sexual quando avaliadas 4 meses após o parto (24). A maternidade demanda diversas funções antes inexistentes na vida da mulher: amamentação, cuidados com o bebê, cuidados com possíveis feridas operatórias (cesariana, episiotomia ou lacerações), além de impor uma nova dinâmica com o parceiro, tanto em divisão de tarefas quando em relação aos momentos de lazer. Poucos estudos avaliam a fadiga como fator responsável pela piora da função sexual. Apesar de existir uma escala para mensurar níveis de fadiga (Escala Autoaplicável de Fadiga, Chalder et al, 1993), apenas um estudo citou sua existência e utilizou este instrumento (5), sendo esse sintoma reportado nos demais estudos disponíveis como presente ou ausente ou como prejudicial ou não para a saúde sexual e não em formato escalar.

A imagem corporal é muito afetada pela gestação e pelo puerpério. As alterações fisiológicas do organismo materno permanecem por meses após o nascimento de um bebê e tendem a retornar ao padrão pré-gestacional gradualmente. 70% das mulheres queixam-se de insatisfação com a imagem corporal quatro meses após o parto e essas taxas permanecem elevadas um ano após o nascimento, chegando a 39% neste período (24). Além do ganho ponderal durante a gestação, o formato e volume das mamas se modifica para que seja possível a amamentação, causando desconforto e constrangimento para algumas puérperas.

Outra preocupação apresentada pelas mulheres após o parto é em relação a aparência da vulva, principalmente após o parto normal. Um estudo brasileiro (25) questionou puérperas sobre seus receios a respeito da sexualidade pós-parto diversas mulheres reportaram que sentiam vergonha de manter relações sexuais por insegurança em relação ao aspecto da região perineal.

Ainda em relação a aparência da vulva e períneo após o parto, é um grande preocupação durante o pré-natal que o parto vaginal possa danificar vulva e vagina de forma irreversível. Em uma revisão das mídias brasileiras nos últimos 20 anos foram identificados 7% dos artigos de revistas discutindo os benefícios da cesariana para preservar a anatomia do assoalho pélvico e a sexualidade pós-parto (26). Ao passo que menos de 30% das mulheres referem ter recebido informações a respeito da sexualidade após o parto de sua equipe assistencial durante o pré-natal e puerpério identificamos uma imagem distorcida da cesariana como “protetora da sexualidade após o parto” sendo difundida em veículos de mídia de grande abrangência. É necessário que se estude este tema e que ele seja debatido durante o pré-natal e consultas pós parto, podendo, inclusive, contribuir para a redução das elevadas taxas de cesariana no Brasil.

## **6. Sexualidade e Sintomas Depressivos no Puerpério**

A resposta sexual feminina, conforme citado anteriormente, é dependente de fatores psicológicos, culturais e sociais, além dos fatores físicos (8). Existe uma relação complexa entre sexualidade e depressão que precisa ser estudada e detalhada para que seja possível agir nos pontos de maior fragilidade proporcionando uma melhor qualidade de vida às mulheres afetadas.

Considerando a prevalência de aproximadamente 20% de depressão pós-parto e de 40,5% de disfunções sexuais no puerpério (6) podemos inferir que o número de mulheres afetadas por ambas estas afecções é alto, justificando medidas de rastreamento e controle a nível universal. O rastreio de mulheres em alto risco para depressão pós-parto é recomendado pela ACOG (15), devendo ser realizado no mínimo uma vez durante o pré-natal ou puerpério. Já a busca por disfunções sexuais no puerpério é amplamente negligenciada pelos serviços de saúde, não havendo protocolos ou guidelines que determinem seu rastreio neste período.

Dagli et al (3) realizaram estudo transversal avaliando 123 puérperas e identificaram médias de FSFI de 24,05+-8,9 e de EPDS de 8,07+- 9,08. Foi encontrada 55,3% da amostra com valores de FSFI abaixo de 26,5, classificado como disfunção sexual e 32,5% da amostra pontuou 12 ou mais na EPDS, ponto de corte utilizado por este estudo para avaliar mulheres em alto risco de depressão pós-parto. Os valores de médias tanto de FSFI quanto da EPDS encontradas neste estudo mostram que o padrão da população estudada é de apresentar escores compatíveis com disfunção sexual e altas taxas de sintomas depressivos.

Ao relacionar as escalas FSFI e EPDS, esse mesmo estudo (3) encontrou correlação inversa forte entre os escores, havendo queda importante nos valores de FSFI conforme aumentam os valores da EPDS. Desta forma, quando o risco de disfunção sexual é alto, o risco de depressão pós-parto também é alto e vice-versa. Esta correlação torna mandatória a aplicação de escalas de depressão quando houverem insatisfações a respeito da saúde sexual no puerpério.

Em um estudo canadense (2) que avaliou sexualidade e depressão após o parto foi identificada uma redução dos valores de FSFI de 24,25 para 18,22 comparando mulheres que pontuaram menos ou mais que 10 na EPDS (baixo e alto risco para depressão pós-parto, respectivamente). A redução de 6 pontos na função sexual avaliada pelo FSFI demonstra a magnitude do impacto dos sintomas depressivos na vida sexual. Uma queda tão expressiva de função sexual, apesar de potencialmente influenciada por outros fatores, deve ser atendida por todos os profissionais envolvidos nos cuidados puerperais.

Algumas situações consideradas "naturais" para o período puerperal são apontadas como sintomas depressivos em qualquer outra fase da vida, o que pode confundir ou prejudicar o diagnóstico e manejo da depressão pós-parto. Além da possibilidade de negligência sobre os sintomas depressivos, muitas circunstâncias observadas neste período são também extremamente danosas para a qualidade da vida sexual. São elas: confinamento social, perda

de confiança, prejuízo à qualidade de sono/insônia, perda ou ganho de peso, fadiga e demais aspectos da maternidade que alteram significativamente o dia a dia da mulher (5).

Em estudo anterior (5) foi identificada relação entre o diagnóstico de depressão pós-parto e a diminuição do desejo sexual, prazer, frequência e satisfação, permanecendo até 12 meses após o nascimento. Neste estudo, a depressão foi associada a piores desfechos em relação a frequência sexual 3 meses após o nascimento e a piores resultados de desejo e frequência sexual seis meses após o parto.

Um dado interessante de se analisar, encontrado por Chivers et al. (2), foi o de que mulheres com rastreio positivo para depressão pós-parto tiveram frequência sexual semelhante às demais e não evitaram relacionamento com o parceiro. Entretanto, em relação a satisfação com a sexualidade, os escores reportados pelas mulheres depressivas foram muito reduzidos, demonstrando que manter relações sexuais frequentes após o parto não reduz os sintomas depressivos se não houver satisfação associada ao ato.

Em relação a satisfação, Yee et al (26) encontraram escores reduzidos nesse domínio em mulheres com maior prevalência de sintomas depressivos. Desta forma, podemos concluir que a relação entre sexualidade e depressão é estreita e sua harmonia é facilmente desequilibrada. Qualquer alteração em um dos lados da balança pode desencadear uma cascata de efeitos adversos no outro lado. Se não houver manejo adequado dos sintomas, essas alterações tendem a se “retroalimentar” criando um ciclo complexo e de difícil interrupção.

Durante o puerpério as mulheres tendem a negar ou omitir queixas que sugiram fragilidade pessoal. Dificilmente uma puérpera irá trazer ao consultório a queixa de problemas com sua sexualidade espontaneamente. Também existe uma grande relutância em relatar sintomas de tristeza, choro fácil, insônia, exaustão física e mental. Todos esses sintomas precisam ser questionados diretamente pela equipe assistencial, poupando a paciente de vencer

barreiras sociais e culturais para buscar ajuda e conforto, atitude que seria totalmente dificultada na presença de depressão.

## **6.1 Amamentação**

A amamentação faz parte do processo fisiológico do ciclo gravídico- puerperal. Para mães sem contraindicações à lactação, a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida do bebê é universalmente recomendada. O início do aleitamento materno na primeira hora de vida ajuda a reduzir a mortalidade neonatal. Além dos benefícios para a criança, a amamentação reduz o risco de câncer de ovário e de mama para a mãe e induz à amenorréia lactacional (LAM), que possui efeito contraceptivo com efetividade de até 98% (27, 28).

Os benefícios da amamentação a curto e longo prazo foram revisados pela OMS, havendo forte evidência de melhora no desempenho cognitivo e redução de obesidade em crianças que receberam aleitamento materno exclusivo; além de redução de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doença cardiovascular e alguns tipos de câncer (29).

Amamentar é uma oportunidade indescritível para a mulher e cada puérpera vivencia esta fase de forma individual. A experiência de amamentar é também um aprendizado social, com significado único e especial, proporcionando laços e sentimentos ímpares entre mãe e bebê (24).

A lactação altera o perfil hormonal da mulher durante o puerpério. A elevação dos níveis de prolactina leva a um estado de hipoestrogenismo devido à diminuição da produção ovariana de estrogênios e de androgênios (30). Este estado hormonal propicia uma potencial redução da lubrificação vaginal e do desejo sexual, impactando negativamente na função sexual.

O domínio sexual mais afetado pela amamentação é a lubrificação, seguido pela dor (14). Presença de dispareunia e estar amamentando são os principais preditores de disfunções

do desejo sexual nos primeiros três meses após o parto (5). A lactação ainda foi associada nesse mesmo estudo à redução do número de relações sexuais e da satisfação sexual de puérperas 12 meses após o nascimento.

Ao avaliar isoladamente o impacto da amamentação na sexualidade (30), verificamos que mulheres que amamentam têm quatro vezes mais risco de apresentar dispareunia em relação aquelas que não amamentam (OR 4,4; IC 95%, 2.7-7.0). Essas mulheres, conseqüentemente, referiram mais dispareunia comparadas às demais.

Ao sentir dor durante a relação sexual, a puérpera tende a desenvolver sintomas de ansiedade em relação ao sexo (31). Estes sintomas podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios do humor, que conseqüentemente terão impacto ainda maior na sexualidade, criando uma rede de fatores que prejudicam a saúde sexual feminina. Ainda que haja associação de sintomas ansiosos com a lactação, não foi identificada relação direta entre qualquer tipo de aleitamento (materno ou artificial) e depressão pós-parto (16).

Outro possível fator associado à redução da função sexual durante a lactação é a presença de leite materno e a possível ejeção do mesmo durante o ato sexual. Em estudo brasileiro (24), foi evidenciado que apesar do desconforto e embaraço referido pelas mulheres durante estes episódios, os parceiros não parecem dar importância à presença de leite materno durante o sexo.

Muitas lactantes apresentam dificuldade em visualizar as mamas como órgão sexual durante o puerpério (23). Enquanto estão em período de amamentação, algumas mulheres não conseguem dissociar as mamas da sua função de nutrir o bebê e sentir prazer com estímulo tátil conforme anteriormente a gestação.

O contato íntimo com a criança durante a amamentação comumente é o suficiente para satisfazer o desejo de contato físico da mãe, causando recusa à aproximação do parceiro (23). Este contentamento pode estar associado ao fato de que as mulheres que amamentam tendem



a postergar a primeira relação sexual, sendo a amamentação um dos fatores mais importante para falha em reiniciar a atividade sexual após o parto (4).

O tempo de amamentação foi associado a persistência de baixos escores de orgasmo e satisfação sexual até seis meses após o parto (1).

A maioria das puérperas (74,6%) relata que associar amamentação e sexo um mês após o parto não é um problema (4). Entretanto, quando questionadas se a lactação interferiu em seus relacionamentos 45,3% das mulheres referem que sim.

Levando em consideração as alterações hormonais que causam redução da lubrificação vaginal, associadas a dispareunia, redução do desejo sexual, da satisfação, frequência sexual e orgasmo, é importante que nas consultas subsequentes ao parto, quando o coito estiver permitido, que seja orientado o uso de lubrificantes. Essa é uma medida simples e de baixo custo que pode proporcionar alívio do desconforto e melhorar a função sexual neste período (1).

## **6.2 Via de Parto**

A Organização Mundial de Saúde preconiza que a taxa de cesariana em qualquer país do mundo seja de no máximo 15% (32). Em estudo realizado recentemente no Rio Grande do Sul (32), foram analisadas as vias de parto dos nascimentos em Porto Alegre no ano de 2017. Foi identificada uma taxa de cesarianas de 46,5%, valor que vem crescendo ao longo dos anos. O gasto desnecessário estimado ao Sistema Único de Saúde brasileiro naquele ano foi de 67 milhões de reais. Fica evidente a partir destes dados que políticas públicas de incentivo ao parto normal não estão reproduzindo os resultados esperados.

Dessa forma, devem ser levados em consideração todos os fatores que podem influenciar a cultura da cesariana em nosso país. Entre tantos outros, um dos grandes temores das gestantes é o trauma perineal durante o parto vaginal e as sequelas a longo prazo associadas a este fator. Está claro que a rede assistencial de saúde pré-natal é falha no que tange a sexualidade feminina após o parto. As puérperas brasileiras relatam sentir vergonha da aparência da vulva e vagina após o parto vaginal, por acreditarem que estas poderiam estar “gastas” ou “soltas” (24). Em estudo canadense (25) uma parcela significativa de mulheres concordou com a afirmativa de que o parto vaginal é danoso para a sexualidade e a cesariana é um método de nascimento protetor para a mesma. Este assunto deve ser de conhecimento do prestador de saúde para que as orientações corretas sejam passadas adiante e os mitos que envolvem o parto normal sejam desmentidos.

Não há evidência científica irrefutável de que a via de parto seja fator independente na piora da função sexual no puerpério. Saydam, B. K. (33) et al demonstraram taxas de disfunção sexual semelhantes para as vias de parto: 70,8% para partos vaginais e 64,9% para cesarianas considerando disfunção sexual como um escore de FSFI igual ou menor do que 26,55. O impacto na sexualidade parece estar relacionado aos outros fatores, como o hipostrogenismo devido a lactação, mudanças no estilo de vida e nos relacionamentos interpessoais, na imagem corporal, fadiga, cuidados com o recém-nascido, diminuição de horas

de sono, exacerbação ou diagnóstico inicial de depressão e outras doenças mentais e incontinência urinária.

A dispareunia, reportada por 41-67% das puérperas três meses pós-parto está fortemente associada à gravidade do trauma perineal, assim como ao uso de fórcepe ou vácuo extrator(1). Entretanto, neste mesmo estudo, o parto vaginal e a episiotomia não foram associados à dor durante o ato sexual. Esses dados evidenciam que a boa prática obstétrica, com medidas preventivas de lacerações severas e a episiotomia seletiva são protetoras da saúde sexual feminina. Tais assuntos devem ser discutidos ao longo do pré-natal para que as mulheres estejam preparadas para a realização dos procedimentos necessários durante o trabalho de parto.

A realização de episiotomia, a ocorrência de lacerações, o parto vaginal instrumentado e a cesariana foram associados ao retardo da vida sexual pós-parto (30). Com este conhecimento podemos concluir que o único protetor da restauração precoce da vida sexual após o parto é o parto vaginal com períneo íntegro, e não a cesariana, conforme crença popular.

Um estudo italiano (14) encontrou diferença significativa entre a função sexual no puerpério, comparando parto vaginal e parto instrumentado e parto cesariano e parto instrumentado, havendo prejuízo à sexualidade no parto instrumentado em relação aos demais. Não houve diferença entre parto vaginal e parto cesariano. As mulheres que tiveram partos operatórios apresentaram piores escores totais de FSFI, de lubrificação, orgasmo e excitação. Uma explicação razoável para este dado é a possibilidade de lesão do nervo pudendo durante o parto operatório. O nervo pudendo é responsável pelo orgasmo e prazer durante o ato sexual (14). Sendo ele lesado durante o parto, a ocorrência de distúrbios de lubrificação, excitação e orgasmo é muito provável.

Por outro lado, Acele et al (10) não encontrou impacto na função sexual devido a presença de episiotomia ou de lacerações durante o parto. Também não houve diferença entre os índices de função sexual de mulheres que tiveram filhos por parto vaginal ou cesariana.

Um estudo transversal americano (34) avaliou queixas e preocupações de “pais de primeira viagem” e identificou que aqueles que tiveram o nascimento do filho por cesariana apresentavam muito mais queixas e aflições a respeito da sexualidade após o nascimento em comparação aos que tiveram filhos por parto vaginal. Mesmo quando comparados aos casais que tiveram partos com episiotomia, lacerações ou partos instrumentados, o puerpério de cesariana permanece associado a mais preocupações em relação à sexualidade por parte dos pais.

Chivers et al (2) avaliaram a função sexual feminina no pós-parto através do FSFI e não encontraram diferença significativa entre os escores entre mulheres com ou sem trauma genital durante o parto. Também não houve diferença entre os valores totais e em nenhum dos domínios da sexualidade entre parto vaginal ou cesariana em até doze meses após o parto.

Nesse mesmo estudo (2) foi identificada que uma parcela significativa das mulheres que foram submetidas a cesariana apresentaram escores de EPDS compatíveis com depressão pós-parto (53,3% vs 32,3%). Apesar da ausência de significância estatística para este dado, pode-se inferir que a falta de atenção à saúde psíquica durante o pré-natal colabora para o desenvolvimento de ansiedade, já que não houve uma preparação da paciente para o momento do nascimento. O despreparo para o nascimento/parto é um dos fatores que impactam nas taxas elevadas de cesariana em nosso país.

Dagli et al (3) associaram a presença de sintomas depressivos após o parto a maiores taxas de partos instrumentados. Seguindo a mesma linha de raciocínio, uma mulher com despreparo psicológico para o nascimento pode ter dificuldade em controlar a dor, o cansaço e a ansiedade para realizar puxos vigorosos que promovem a expulsão fetal. O parto

instrumentado, por sua vez, piora a função sexual após o parto, somando riscos para o desenvolvimento de disfunções sexuais.

### **6.3 Método Contraceptivo**

O impacto dos métodos contraceptivos na sexualidade feminina ainda é controverso e existem poucos estudos avaliando a função sexual e contracepção. Diferentes métodos estão associados a variações hormonais, alterações no padrão de sangramento, peso, humor, tamanho e sensibilidade das mamas, fatores que podem prejudicar a função sexual causando vieses (35).

Em estudos prévios foi evidenciado que a dose de estrogênio presente nos anticoncepcionais combinados parece afetar a resposta sexual feminina devido a consequente redução da circulação dos andrógenos pelo aumento da globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG). Dessa forma, quanto maior a dose de estrogênios do contraceptivo combinado, pior seria a função sexual. Entretanto, os estudos publicados não são conclusivos e se mostraram discordantes quanto aos resultados (36).

O uso de contraceptivos orais combinados foi associado a diminuição da lubrificação vaginal e maior prevalência de vulvodínia (37). Apesar da redução dos níveis de andrógenos circulantes, não há evidência de impacto significativo na libido.

Entre os progestágenos, o levonorgestrel parece ter o melhor perfil em relação à sexualidade, causando menor impacto à função sexual (38). Algumas combinações de anticoncepcionais orais combinados contendo levonorgestrel na formulação, demonstraram aumentar a libido das pacientes, melhorando os escores de desejo sexual, porém, sem impacto nos demais domínios.

Entretanto, Chivers et al (2) avaliando o impacto dos contraceptivos orais na sexualidade, não encontrou diferença na sexualidade entre usuárias ou não. Esse estudo não relata qual a composição dos contraceptivos, limitando sua análise.

Não existem estudos avaliando especificamente sobre impacto de contraceptivos na sexualidade feminina durante o puerpério, o que limita muito a discussão desse fator.

Um estudo transversal iraniano (11) identificou a ligadura tubária como fator de risco para disfunção sexual após o parto. É necessário considerar os fatores sociais e culturais associados a este método, especialmente em populações distintas como a iraniana. A esterilização pode acarretar sentimento de desvalia em populações com culturas e crenças religiosas particulares, reduzindo escores de função sexual.

Por outro lado, o uso de dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu) foi associado aos melhores índices de sexualidade (11). Por tratar-se de um método de alta eficácia, não depender da mulher para ter seu efeito e não interferir no ciclo ovariano, proporciona segurança, tranquilizando a mulher. Desta forma, ela pode se engajar no ato sexual sem o medo de uma nova gestação indesejada.

Os resultados em relação a sexualidade e o uso de métodos contraceptivos são discrepantes entre os estudos possivelmente pela natureza multifatorial da sexualidade feminina. Em algumas mulheres o sentimento de segurança de não correr o risco de uma gestação indesejada pode ser mais importante para a sexualidade do que a redução na lubrificação vaginal decorrente do uso de métodos hormonais. Em outras, a questão cultural pode ter importância significativa, trazendo sentimentos de desvalia em relação a esterilização, prejudicando a resposta sexual. São necessários estudos bem delineados, com amostras representativas, para determinar os melhores contraceptivos para essa fase, principalmente no que tange a sexualidade e os sintomas depressivos, ambos potencialmente afetados pelos métodos contraceptivos.

#### **6.4 Rede de apoio e perfil socioeconômico**

O nascimento de um bebê altera toda a dinâmica e rotina da mulher e da família envolvida nos cuidados com a criança. O suporte que a nova mãe recebe durante este período pode modificar de maneira importante a qualidade de vida e dos relacionamentos da mesma.

Conforme McDonald E et al. (39), o envolvimento do parceiro nos cuidados com o recém-nascido e com as atividades de casa demonstraram diferença significativa na qualidade sexual e na intimidade do casal após o parto. Nesse mesmo estudo, o fator mais fortemente associado ao prazer sexual, após ajuste para todos os fatores de confusão, foi a satisfação emocional. Mulheres que referiram alta satisfação emocional demonstraram taxas cinco vezes maiores de prazer nas relações sexuais 6 meses após o parto. Ainda assim, aproximadamente 4 a cada 10 mulheres extremamente satisfeitas emocionalmente reportaram relações sexuais moderadamente, pouco ou nem um pouco prazerosas nos primeiros 6 meses de puerpério. Estes dados demonstram o perfil multifatorial das disfunções sexuais identificadas nesta fase da vida.

A presença do parceiro em casa proporciona uma sensação de segurança e apoio. Puérperas que moram com seus companheiros acumulam menos tarefas relacionadas a maternidade e aos cuidados com a casa, facilitando o relaxamento e engajamento em relações sexuais. Mulheres casadas apresentam maior satisfação e menos sintomas depressivos (16). Além da divisão de tarefas, a presença do companheiro também carrega um fator cultural. O senso de estabilidade que uma relação formal proporciona é de grande valia em um período delicado como esse.

Relações conflituosas foram associadas a piores desfechos na função sexual após o parto. Frequência, desejo e orgasmo são significativamente afetados pela insatisfação com o relacionamento emocional. Puérperas que reportam dificuldade de comunicação ou insatisfação emocional apresentam declínio importante no escore FSFI (6).

A qualidade da relação com o parceiro impacta significativamente os sintomas depressivos pós-parto (16). Mulheres insatisfeitas com seus relacionamentos se sentem

frustradas e apresentam sintomas depressivos mais severos em relação àquelas que estão satisfeitas com seu parceiro. Puérperas com maior índices de satisfação emocional percebem mais envolvimento e afeto por parte dos parceiros.

Mulheres com pouco ou nenhum suporte do pai do bebê manifestam mais lembranças negativas em relação à gestação, ao parto e ao puerpério (16). A maternidade e a chegada de uma criança em casa deveria ser uma experiência positiva, com recordações felizes e realizações, fortalecendo os laços familiares e constituindo uma nova família. Sentimentos negativos em relação ao período periparto podem afetar negativamente os laços familiares, inclusive entre mãe e bebê.

O diagnóstico de depressão pós-parto também foi associado a famílias com baixo nível socioeconômico (6,16). Provavelmente a explicação para este fato seja a insegurança em relação ao futuro e à capacidade de sustentar mais um integrante na família. A preocupação com o bem estar da criança e que ela tenha todas as condições adequadas de saúde, moradia e educação pode estar relacionada ao desenvolvimento de mais sintomas de ansiedade e depressão após o parto.

A educação parece ser fator protetor para o desenvolvimento de sintomas depressivos após o parto. A baixa escolaridade foi relacionada a sintomas depressivos mais pronunciados no puerpério, assim como fazer parte de minorias étnicas (16). Tanto as mulheres com menores níveis educacionais quanto as que compõem minorias étnicas sofrem o impacto da desigualdade social, o que dificulta seu acesso aos direitos básicos dos cidadãos brasileiros: moradia, alimentação, educação e saúde. Fazer parte destes grupos de pessoas propicia o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos devido ao temor de que sua prole sofra o mesmo tipo de discriminação, desigualdade e dificuldade que essas pessoas enfrentaram em suas trajetórias.



## 6.5 Pandemia de COVID-19

Em dezembro de 2019 foi identificado na China o vírus causador da COVID-19, o SARS-Cov-2, responsável pelo desenvolvimento de síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave, causando grande morbimortalidade em humanos (40). Desde então a taxa de pessoas infectadas pelo vírus, de internações hospitalares e de mortes pela doença vêm crescendo exponencialmente ao redor do mundo, sendo declarado em março 2020 o status de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (41). Até novembro de 2020, o Brasil contabilizava 5.590.025 de casos e 161.106 mortes pela doença, configurando o epicentro mundial da pandemia em julho de 2020 (42). O maior número de casos na região sul do Brasil ocorreu entre junho e agosto de 2020.

Durante este período são esperadas alterações no humor e na sexualidade, visto que a população está com suas atividades cotidianas bastante restritas ou totalmente suspensas. No Rio Grande do Sul, a orientação de isolamento social para toda população iniciou em março de 2020. Além do impacto na rotina diária e no trabalho, agravantes que podem piorar esses indicadores são o medo de contrair a doença, de morrer devido a suas complicações, além do receio de ter familiares e amigos acometidos. Somado a esses fatores, a população que aqui foi estudada é especialmente vulnerável à disfunções sexuais, depressão e ansiedade, por tratar-se de uma fase de grandes mudanças - maternidade, amamentação, preocupação com o recém nascido, recuperação após o parto, entre outros.

Estudos (43, 44) demonstraram redução da frequência sexual e queda significativa dos índices de FSFI em mulheres adultas durante o período de pandemia. Dessa forma, torna-se evidente a importância de se avaliar a saúde sexual feminina em um dos países mais afetados pela COVID-19 no mundo, especialmente em uma fase vulnerável às disfunções sexuais, como o puerpério.

Já estão disponíveis algumas publicações sobre sexualidade no momento na pandemia em mulheres, mas até o momento esse estudo será o primeiro a comparar puérperas no pré e no período da pandemia em 2 tempos, atentando também para a presença de depressão. *Schiavi M. et al* (44), demonstraram em uma coorte mulheres em idade reprodutiva, queda significativa nos valores totais de FSFI ( $29,2 \pm 1,9$  vs  $19,2 \pm 3,3$   $p < 0,001$ ) e nos domínios orgasmo ( $4.8 \pm 0.9$  vs  $3.6 \pm 1.1$   $p < 0,001$ ) e satisfação ( $5.9 \pm 1.3$  vs  $4.2 \pm 1.4$   $p < 0,001$ ) comparando antes e durante a pandemia de COVID-19. Esses autores, entretanto, não coletaram dados de depressão e, portanto, o efeito dos sintomas do humor (potencial fator de confusão) sobre a sexualidade não pode ser controlado. Estudo recente (45), realizado em mulheres adultas não gestantes demonstrou que o isolamento social durante a pandemia de COVID-19 interferiu na sexualidade, resultando em diminuição de 40% na atividade sexual.

Vicenzo Zanardo et al (43), encontrou aumento significativo das médias dos escores da EPDS comparando pacientes durante a pandemia com grupo controle no mesmo período de 2019 ( $8.5 \pm 4.6$  vs  $6.34 \pm 4.1$ ;  $P < 0.001$ ). Este dado corrobora a necessidade de avaliação de sintomas depressivos da população em estudo.

Outro fator de suma importância a ser levado em conta durante um período de pandemia é a adesão das puérperas a métodos contraceptivos seguros e eficazes. Estima-se que os lockdowns e a interrupção de serviços de saúde no mundo todo tenham deixado aproximadamente 47 milhões de mulheres sem acesso a métodos contraceptivos em países em desenvolvimento (46). A dificuldade de acesso a medidas de planejamento familiar ainda serão sentidas e seu impacto avaliado no futuro. O número de gestações indesejadas deve aumentar significativamente nos próximos meses e até o próximo ano.

## **JUSTIFICATIVA**

As disfunções sexuais e os sintomas depressivos no puerpério são extremamente prevalentes e afetam negativamente a qualidade de vida dos casais. Sabe-se que períodos de

grande estresse, perfil socioeconômico, a rede de apoio, a depressão, a via de parto, a amamentação, entre outros fatores, podem afetar ambos aspectos, prejudicando a saúde mental e sexual.

Alterações na sexualidade do casal impactam negativamente nos laços afetivos, comprometendo o vínculo da nova família em formação. O entendimento dessas disfunções e o adequado manejo das mesmas pode facilitar a nova fase na vida do casal, colaborando na manutenção do vínculo afetivo, que será umas das bases para a criação de uma criança.

Os sintomas depressivos, muito comuns durante o puerpério, não devem ser desconsiderados ou negligenciados pelos profissionais de saúde. A depressão, principalmente nesta fase delicada da vida da mulher e de toda a sua família, acarreta grande sofrimento psíquico e dificuldades de relacionamento interpessoal, sendo até mesmo associada com prejuízo vínculo mãe-bebê.

A literatura a respeito do tema é escassa e são necessários estudos bem desenhados para identificar a população em maior risco de desenvolver disfunções sexuais e depressão pós-parto e abordá-la da melhor forma possível. Durante revisão da literatura, não foi encontrado nenhum estudo no Sul do Brasil sobre a prevalência de disfunções sexuais no puerpério, nem sobre sua relação a depressão e os demais fatores (via de parto, rede de apoio, perfil socioeconômico, amamentação e anticoncepção). Durante a pandemia de COVID-19, até o momento, não foi publicado nenhum estudo avaliando sexualidade e depressão em puérperas. É importante que o tema seja introduzido de forma rotineira nas consultas de pré-natal, facilitando a identificação da população em risco e possibilitando a busca precoce por ajuda.

## **HIPÓTESES**

### **1 Hipótese nula**

4.1.1 Os índices de função sexual feminina e os escores de depressão pós-parto não diferem entre o período pós parto imediato (antes da instalação pandemia), 3 meses após o

parto (instalação da pandemia no Rio Grande do Sul) e 6 meses após o parto (pico da pandemia no Rio grande do Sul).

## **2 Hipótese alternativa**

4.2.1 Os índices de função sexual feminina e escores de depressão pós-parto diferem entre o período pós parto imediato (antes da instalação pandemia), 3 meses após o parto (instalação da pandemia no Rio Grande do Sul) e 6 meses após o parto (pico da pandemia no Rio grande do Sul).

## **OBJETIVOS**

### **1. Objetivo geral**

Avaliar a função sexual feminina e os sintomas depressivos na admissão hospitalar para parto, em três e em seis meses pós-parto (antes da pandemia, durante a instalação da pandemia de COVID-19 e durante o auge da pandemia na região Sul).

## **2. Objetivos secundários**

Avaliar o impacto da via de parto, da presença do parceiro em casa, da amamentação e do método contraceptivo na função sexual nas primeiras 48 horas, no terceiro e no sexto mês após o parto durante o período de pandemia de COVID-19.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **1. Delineamento**

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. O estudo incluiu mulheres maiores de 18 anos admitidas para parto em um hospital universitário terciário em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. As pacientes foram avaliadas em três momentos: 48 horas de puerpério, 3 meses após o nascimento e 6 meses após o nascimento. Foi realizada coleta de dados através do questionário FSFI e da EPDS. Os demais dados a respeito de amamentação, método contraceptivo, rede de apoio e perfil socioeconômico foram diretamente questionados às pacientes. A via de parto foi resgatada de dados de prontuário.

As mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuário. O projeto foi aprovado pela Plataforma Brasil (CAAE 19542819.2.0000.5327) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### **2. Desenho do estudo e amostra**

Foram incluídas no estudo puérperas maiores de 18 anos admitidas no Centro Obstétrico ou internadas Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que tiveram nascimento de feto vivo com 37 ou mais semanas de gestação, independente do tipo de parto. A coleta de dados foi realizada em dias aleatórios entre novembro de 2010 e março de 2020, não respeitando a totalidade das internações obstétricas no HCPA durante o período. A primeira avaliação foi realizada presencialmente na Unidade de Internação Obstétrica, após concordância da paciente e assinatura dos termos de consentimento. As avaliações de três meses e seis meses após o parto foram realizadas através de contato por email ou Whatsapp, através do Google Forms, quando as participantes do estudo

foram questionadas novamente sobre os itens anteriormente descritos, respeitando o auto aplicação dos questionários, além de perguntas sobre uso ou não de método contraceptivo e qual.

Durante o andamento do estudo o Brasil registrou seus primeiros casos de COVID-19 e durante as avaliações de três e seis meses pós-parto tornou-se o epicentro mundial da pandemia. Devido a esse fator não foram possíveis visitas domiciliares ou avaliações presenciais, dificultando o seguimento das pacientes. O fato do seguimento ter acontecido exclusivamente por resposta ao questionário enviado online limitou o número de participantes a mulheres com internet e smartphone ou computador em casa.

A amostra foi calculada utilizando o programa WinPepi versão 11.65 e considerando escores de FSFI pré e pós-pandemia publicados no estudo de por Yuksel e Ozgor 2020 ( FSFI 20.52 +/- 2.82 vs 17.56 +/- 2.01), para nível de significância de 95% e perda de 20%, seria necessário estudar 38 mulheres.

As variáveis quantitativas (idade, número de filhos, FSFI, domínios do FSFI, Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgo) foram avaliadas em mediana e quartis (25-75) (amostra não normal). A normalidade da amostra foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para avaliação da variação dos escores da EPDS, FSFI e domínios do FSFI nos três tempos foi realizado Teste de Friedman. Para avaliação do escore EPDS e FSFI, foi criada uma variável categórica, depressão positiva ou negativa e disfunção sexual sim ou não. Foi considerado presença de depressão (depressão positiva) escores EPDS maiores ou iguais a 10 e disfunção sexual valores de FSFI menores ou iguais a 26,55. Foi aplicado Teste Q de Cochran para avaliar a prevalência de escores positivos para depressão e disfunções sexuais entre os três tempos. Na comparação da diferença entre as taxas de amamentação e de uso de contraceptivos entre os tempos 2 e 3 foi empregado o Teste de McNemar. Para análise de correlação entre escores de FSFI e da EPDS foi aplicada Correlação de Spearman ou de Pearson. Para avaliar a relação entre a

presença de disfunção sexual e sintomas depressivos e as demais variáveis foi utilizado a correlação de Spearman.

### **3 Critérios de inclusão e exclusão**

#### **3.1 Critérios de inclusão**

1. Mulheres admitidas para parto, com 37 semanas ou mais de gestação, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com nascimento de feto vivo e que tiveram alta com seus recém-nascidos.
2. Mulheres maiores de 18 anos.

#### **3.2 Critérios de exclusão**

1. Mulheres sem condições psíquicas de avaliação durante as primeiras 48 horas de puerpério, seja por distúrbio psiquiátrico diagnosticado ou por abstinência de drogas.
2. Puérperas em mau estado geral ou internadas em centro de tratamento intensivo.

### **REFERÊNCIAS**

1. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011 May;8(5):1267-84; quiz 1285-6. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x. PMID: 21521481..



2. Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L; Ross LE. The Relationship between Sexual Functioning and Depressive Symptomatology in PostPartum Women: A Pilot Study. *J Sex Med* 2011;8:792-99.
3. Dağlı E, Kul Uçtu A, Özerdoğan N. Sexual dysfunction in the postpartum period: Its relationship with postpartum depression and certain other factors. *Perspect Psychiatr Care*. 2020 Jul 17. doi: 10.1111/ppc.12583. Epub ahead of print. PMID: 32677049.
4. Rowland M, Fox L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Can Fam Physician* 2005;51:1366-67.
5. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res*. 2002 May;39(2):94-103. doi: 10.1080/00224490209552128. PMID: 12476241.
6. 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 Apr;295(4):873-883. doi: 10.1007/s00404-017-4305-0. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28251311.
7. Syeda S, Baptiste C, Breslin N, Gyamfi-Bannerman C, Miller R. The clinical course of COVID in pregnancy. *Semin Perinatol*. 2020 Jul 21:151284. doi: 10.1016/j.semperi.2020.151284. Epub ahead of print. PMID: 32792262; PMCID: PMC7373055.
8. Basson R. *Human Sex-Response Cycles*. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2001;27(1), 33–43. doi:10.1080/00926230152035831
9. Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnema P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during

pregnancy. *Reprod Health*. 2015 Aug 19;12:72. doi: 10.1186/s12978-015-0065-0. PMID: 26285569; PMCID: PMC4541742.

10. Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs* 2012; 21(7-8):929-37. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x. Epub 2011 Oct 19. PMID: 22008061.

11. Shirvani MA, Nesami MB, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. *Pak J Biol Sci*. 2010 Apr 15;13(8):385-9. doi: 10.3923/pjbs.2010.385.389. PMID: 20836299.

12. Leite APL; Moura EA, Campos AAS, Mattar R; Souza E; Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(8): 414-9.

13. Abdo, CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento* 2009;14(2):89-1.

14. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, Calzolari L, Vercellini P. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section. *J Sex Med* 2016; 13(3): 393-401. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.004. Epub 2016 Feb 5. PMID: 26857530.

15. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223(3): 372-78. doi: 10.1016/j.ajog.2020.06.006. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32522513.

16. Małus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatr Pol*. 2016 Dec 23;50(6):1135-1146. English, Polish. doi: 10.12740/PP/61569. PMID: 28211552.

17. Sussmann LGPR, Faisal-Cury A, Pearson R. Depression as a mediator between intimate partner violence and postpartum sexual issues: a structural analysis. *Rev Bras Epidemiol* 2020;23:e200048. English, Portuguese. doi: 10.1590/1980-549720200048. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32491045.
18. Cunningham SD, Smith A, Kershaw T, Lewis JB, Cassells A, Tobin JN, Ickovics JR. Prenatal Depressive Symptoms and Postpartum Sexual Risk Among Young Urban Women of Color. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(1):11-7. doi: 10.1016/j.jpag.2015.04.011. Epub 2015 May 9. PMID: 26165914; PMCID: PMC5536107.
19. SANTOS IS et al. Validação da *Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo* (EPDS) em uma amostra de mães da coorte de nascimento de Pelotas, 2004. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007; 23 (11); 2577-88. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>.
20. Miranda, CC; Perez, AV; Bossardi, BR; Brust, LC; Grossi, FS; Valério, EG; Vettorazzi, J; Wender, MCO. Sexual Function in Pregnant Women in the Public Health System. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2019; 9, 764-74.
21. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 46(4):282-7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x. PMID: 16866787.
22. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J*. 2015 Nov 14;12(5):2339-44. PMID: 26571317.
23. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex*

*Med* 2012;9(9): 2330-41. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x. Epub 2012 Jun 6. PMID: 22672428.

24. Salim NR, Araújo NM, Gualda DM. Body and sexuality: puerperas' experiences. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(4):732-9. doi: 10.1590/s0104-11692010000400011. PMID: 20922320.

25. Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth* 2018;45(1):55-63. doi: 10.1111/birt.12321. Epub 2017 Nov 22. PMID: 29164677.

26. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health* 2013 Nov-Dec;58(6):654-61. doi: 10.1111/jmwh.12068. Epub 2013 Dec 10. PMID: 24325662; PMCID: PMC4896481.

27. Organização Pan-Americana da Saúde 2020. Aleitamento materno e a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19). Número de referência: OPAS-W/BRA/COVID-19/20-091. Informações Científicas de 23 junho 2020.

28. Vieira CS, Brito MB, Yazlle ME. Contracepção no puerpério [Postpartum contraception]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(9):470-9. doi: 10.1590/s0100-72032008000900008. PMID: 19142534.

29. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016 Jan;28(1):7-14. doi: 10.1177/1010539515624964. PMID: 26792873.

30. Labbok MH. Postpartum Sexuality and the Lactational Amenorrhea Method for Contraception. *Clin Obstet Gynecol* 2015; 58(4):915-27. doi: 10.1097/GRF.0000000000000154. PMID: 26457855.

31. Convery KM, Spatz DL. Sexuality & breastfeeding: what do you know? *Am J Matern Child Nurs* 2009 Jul-Aug;34(4):218-23. doi: 10.1097/01.NMC.0000357913.87734.af. PMID: 19587565.
32. Barbat MM, Bordin R. Frequência de partos normais e cesarianas no Brasil, Região Sul, RS, Porto Alegre períodos : 2005, 2011 e 2017. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública. Trabalhos de Conclusão de Curso de Especialização. Ciências da Saúde. 2018.
33. Saydam BK, Demireloz Akyuz M, Sogukpinar N, Ceber Turfan E. Effect of delivery method on sexual dysfunction. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019 Feb;32(4):568-572. doi: 10.1080/14767058.2017.1387243. Epub 2017 Oct 12. PMID: 28965436.
34. Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. *J Sex Med* 2007;4(1): 115-123. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00379.x. Epub 2006 Nov 6. PMID: 17087807.
35. Sanders JN, Smith NK, Higgins JA. The intimate link: a systematic review of highly effective reversible contraception and women's sexual experience. *Clin Obstet Gynecol* 2014;57(4):777-89. doi: 10.1097/GRF.0000000000000058. PMID: 25264699.
36. Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML, Cunha EP, Ferreira JA, Peixoto S, Fernandes CE. Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels. *Contraception* 2010; 82(2):147-54. doi: 10.1016/j.contraception.2010.02.016. Epub 2010 Mar 31. PMID: 20654755.

37. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med.* 2012 Sep;9(9):2213-23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x. Epub 2012 Jul 12. PMID: 22788250.
38. Wallwiener M, Wallwiener LM, Seeger H, Mueck AO, Zipfel S, Bitzer J, Wallwiener CW. Effects of sex hormones in oral contraceptives on the female sexual function score: a study in German female medical students. *Contraception* 2010; 82(2):155-9. doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.022. Epub 2010 Feb 10. PMID: 20654756.
39. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery* 2017; 55:60-66. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.002. Epub 2017 Sep 8. PMID: 28942215.
40. Wu Y, Zhang C, Liu H et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(2):240.e1-240.e9. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.009
41. Coronavírus: OMS declara pandemia. BBC. Link para acesso: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>.
42. Painel Coronavírus. Link para acesso: <https://covid.saude.gov.br/>
43. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(2):184-188. doi:10.1002/ijgo.13249
44. Schiavi MC, Spina V, Zullo MA, et al. Love in the Time of COVID-19: Sexual Function and Quality of Life Analysis During the Social Distancing Measures in a Group of Italian Reproductive-Age Women. *J Sex Med.* 2020;17(8): 1407-13. doi:10.1016/j.jsxm.2020.06.006

45. Jacob L, Smith L, Butler L et al. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in the United Kingdom. *J Sex Med.* 2020;17(7):1229-1236. doi:10.1016/j.jsxm.2020.05.001

46. Kumar N. COVID 19 era: a beginning of upsurge in unwanted pregnancies, unmet need for contraception and other women related issues. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2020; 25(4):323-325. doi: 10.1080/13625187.2020.1777398. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32567961.

**ARTIGO 01:**

**Title:**

Postpartum sexuality and depressive symptoms in Brazilian women during the COVID-19 pandemic

**Authors:**

Marcela Siliprandi Lorentz, Luciana Borges Chagas, Amanda Vilaverde Perez, Paulo Antonio da Silva Cassol, Janete Vettorazzi, Jaqueline Neves Lubianca.

**Corresponding author:**

Marcela Siliprandi Lorentz

Post Graduation Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics

Faculty of Medicine - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Gynecology and Obstetrics Service

**Disclosure Statement**

The authors have no conflict of interest on the subject of study.

**Contributors**

Conceptualization, MSL and JNL; Methodology, MSL and JNL; Validation, MSL, JNL, JV; Investigation, MSL, AVP and LBC; Resources, MSL and JNL; Data Curation, MSL, AVP and LBC. Writing – Original Draft, MSL and PASC.; Writing Review & Editing, MSL, PASC, AVP, LBC, JNL and JV; Funding Acquisition, JNL; Supervision, JNL and JV .

**INTRODUCTION**

Female sexual health is impacted by major disasters <sup>1</sup>. Historically, studies performed after earthquakes and hurricanes have shown a significant reduction in the frequency of sexual intercourse, satisfaction with sexual life, the desire for a new pregnancy and in intimate hygiene and contraception <sup>2,3</sup>.



In December 2019, the virus that causes COVID-19, SARS-Cov-2, was identified in China, responsible for the development of influenza syndrome and severe acute respiratory syndrome, which can lead to important morbidity and mortality in humans <sup>4</sup>. Since then, the rates of new infections with the virus, hospital admissions and deaths from the disease have grown exponentially around the world, and in March 2020 pandemic status was declared by the World Health Organization <sup>5</sup>. Up to August 2020, Brazil had 3,605,783 cases and 114,744 deaths caused by the disease, becoming the global epicenter of the pandemic in July 2020 <sup>6</sup>. The largest number of cases in the southern region of Brazil occurred between June and August 2020.

Female sexual dysfunction is a prevalent and poorly diagnosed health problem <sup>7,8</sup>. It encompasses the dysfunction of desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain, with negative effects on the quality of life of affected women. Pregnancy and puerperium are considered vital crises for women and modify the female sexual response. There are data showing a reduction of up to 64% in interest in sexual activity after childbirth. The return to sexual activity occurs on average 4 months after birth, with a variation from 1 month to 2 years <sup>9</sup>.

Studies <sup>10,11</sup> have shown a reduction in sexual frequency and a significant fall in Female Sexual Function Index (FSFI) scores in adult women during the pandemic period. Therefore, the importance of assessing female sexual health in one of the countries most affected by COVID-19 has become evident, especially at a vulnerable period regarding sexual dysfunction, such as the puerperium.

To date, there has been no study comparing FSFI and EPDS scores prior to the COVID-19 pandemic, during its early state and during the peak of disease in postpartum women. The present study evaluated female sexual function and depressive symptoms in the immediate puerperium (patients assessed before the onset of the pandemic in Brazil), 3 months after

delivery (coinciding with the onset of the pandemic) and 6 months after birth (at the peak of the pandemic in the country).

## MATERIALS AND METHODS

This was a prospective cohort study analyzing sexuality and depression in 125 women admitted for delivery at a university hospital in southern Brazil from November 2019 to March 2020. The participants were evaluated at three time points: 48 hours of puerperium (before the first case of COVID-19 in Brazil), 3 months after birth (during the beginning of the pandemic in the south of the country) and 6 months after birth (the peak number of COVID-19 cases in southern Brazil). The questionnaires were self-completed. At T2 and T3, an online questionnaire was sent through e-mail and/or social networks to reevaluate the participants. At T2, 79 patients answered the questionnaire and at T3, 50 patients answered the questionnaire, according to Figure 1.

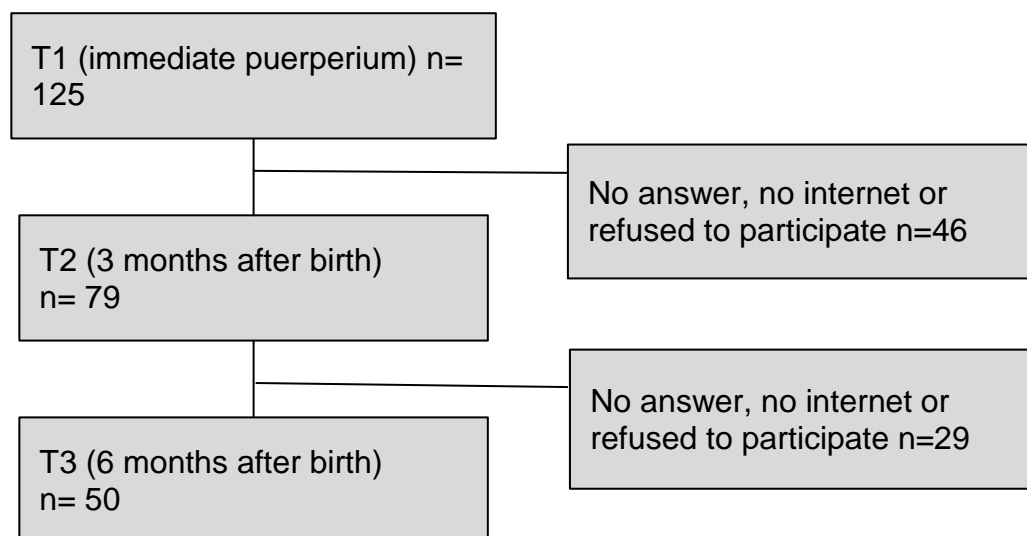


Figure 1. Inclusion and follow-up.

Women 18 years of age or older admitted for gestational care at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, with 37 weeks of gestation or more, who gave birth to a live fetus and who were discharged with their newborns during the evaluated period were included. Women without psychological conditions of evaluation during the immediate puerperium, diagnosed psychiatric disorders or abstinence on illicit drugs and puerperal women hospitalized in an intensive care center were excluded. For the purposes of the study, only those who met the eligibility criteria and answered to questionnaires at all three evaluation times were considered.

The participants in the study signed a free and informed consent form and the researchers signed the Terms of Commitment to Use Medical Records Data. The project was approved by Plataforma Brasil (CAAE 19542819.2.0000.5327) and by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The present study follows the checklist proposed by STROBE.

Sexual function was assessed using the FSFI (12) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (13) was applied to assess the risk of postpartum depression. Sociodemographic and gestational data were collected and/or extracted from the electronic medical records.

The primary outcome was the correlation between the FSFI and EPDS at the three time points of the study in puerperal women. The secondary outcome was the variation in FSFI and EPDS scores.

This study was designed, approved and initiated before the beginning of the pandemic in Brazil, but follow-up occurred after the onset of the pandemic in the country. Thus, to ensure the veracity of non-significant differences, statistical power was calculated. The sample size required to assess the influence of the pandemic on sexuality in the

puerperium was calculated using WinPepi version 11.65 and considered pre- and post-pandemic FSFI scores published in a study by Yuksel and Oz in 2020 (FSFI  $20.52 \pm 2.82$  vs.  $17.56 \pm 2.01$ ); for a significance level of 95% and loss of 20%, it would be necessary to study 38 women.

The quantitative variables (age, number of children, FSFI, FSFI domains, EPDS) were evaluated as median and quartiles (25-75). Spearman's correlation was used for the correlation between FSFI and EPDS scores and age and FSFI.

Friedman's test was performed to evaluate the variation in FSFI scores, FSFI domains and EPDS at the three time points. To evaluate the depression score, a categorical variable, i.e. positive or negative depression, was created. Depression scores greater than or equal to 10 were considered positive depression and Cochran's Q test was applied to assess the prevalence of positive scores between the three time points.

## **RESULTS**

The 50 women who participated in the three phases of the research were considered for analysis. The median age of the patients evaluated was 25 years. Most participants were single and lived with their partner. Regarding schooling, evaluated as years of study, 35 women had 11 or more years of schooling, which corresponds to having completed at least high school (basic school education in Brazil). 29 participants consisted of women who did not work outside home. Most of the sample (37 women) had a gross family income of US\$ 570,00 (equivalent to IBGE-Brazil class D and E). Regarding delivery, 30 births were vaginal.

Table 1 shows the sociodemographic characteristics of the participants.

Table 1. Sociodemographic characteristics of 50 women assessed in the pre-pandemic and during pandemic period. Quantitative variables are presented in medians and quartiles (25-75) and qualitative variables in absolute (n) and relative (n%) values.

	Women (n = 50)
Age (years)	25.0 (23.0-32.0)
Marriage status (n, n%)	
Unmarried	32 (64.0)
Married	18 (36.0)
Lives with partner (n, n%) (n = 48)	
Yes	40 (83.3)
No	8 (16.7)
Education (years) (n = 48)	
< 11 years	13 (27.1)
>= 11 years	35 (72.9)
Employed (n, n%) (n = 49)	
Yes	20 (40.8)
No	29 (59.2)
Monthly family income (n, n%) (n = 47)	
<= US\$570,00	37 (78.7)
>US\$570,00	10 (21.3)
Number of children	2.0 (1.0-2.0)
Delivery (n, n%)	
Vaginal	30 (60.0)
Elective c-section	14 (28.0)
C-section during labor	6 (12.0)

In the analysis correlating sexual function and depression, there was a moderate inverse correlation between FSFI values and EPDS scores at T2 ( $\rho = -0.594$ ;  $p < 0.001$ ) as shown in Figure 2 and a strong inverse correlation at T3 ( $\rho = -0.608$ ;  $p < 0.001$ ) as seen in Figure 3, demonstrating that the worsening in sexual response is secondary to the higher prevalence of depressive symptoms in the puerperium.

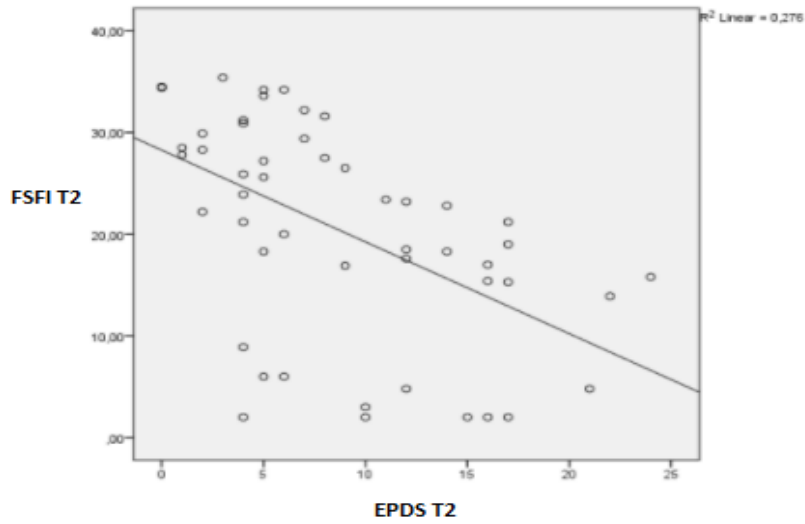


Figure 2. Edinburgh depression scale and FSFI index at T2 (3 months postpartum, COVID-19 pandemic onset).

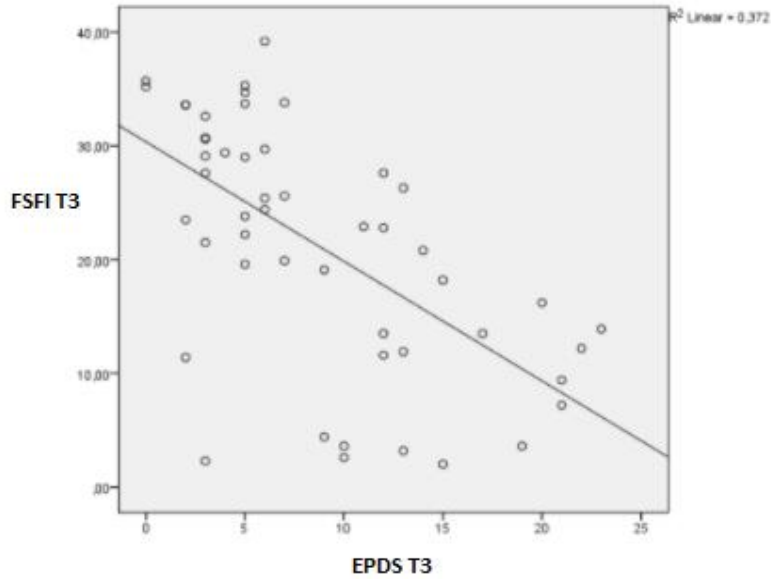


Figure 3. Edinburgh depression scale and FSFI index at T3 (6 months postpartum, peak of the COVID-19 pandemic).

A total FSFI equal to or less than 26.55 was considered to indicate sexual dysfunction. At T1, the median total FSFI score was 25.1 (SD 18.8-30.8); at T2, the median was 21.7 (SD 15.3-28.5); at T3, the median FSFI score was 22.9 (SD 12.2-29.7).

In the immediate postpartum, pre-pandemic period, 50 women evaluated had FSFI scores below 26.55, compatible with sexual dysfunction. There was no difference in sexual dysfunction at T2 and T3 (at the beginning and at the peak of the pandemic, respectively) (Table 2).

Regarding the FSFI domains, there was a difference in lubrication scores between the three time points, i.e. 4.7 (2.4-6.0) at T1, 4.1 (1.8-5.4) at T2 and 4.4 (2.4-6.0) at T3 (p: 0.049). For the other domains (desire, arousal, satisfaction, orgasm and pain) there was no difference in the values between T1 and T2 and between T1 and T3 (Table 2).

Table 2. Sexual function and depressive symptoms evaluated in puerperal women before and during the COVID-19 pandemic.

	T <sub>1</sub> (n=50)	T <sub>2</sub> (n=50)	T <sub>3</sub> (n=50)	P-value
EPDS	5.0 (2.0-9.0) <sup>a</sup>	7.0 (4.0-14.0) <sup>b</sup>	6.5 (3.0-13.0) <sup>b</sup>	0.004 <sup>a</sup> (a)
Depression (n, n% )				0,062
Positive	12 (24.0)	20 (40.0)	20 (40.0)	(b)
Negative	38 (76.0)	30 (60.0)	30 (60.0)	
FSFI	25.1 (18.8-30.8)	21.7 (15.3-28.5)	22.9 (12.2-29.7)	0.322 (a)
Sexual dysfunction (n, n% )				0.381 (b)
Yes	50 (60.0)	52 (64.0)	52 (64.0)	
No	20 (40.0)	18 (36.0)	18 (36.0)	
Desire	3.6 (3.0-4.2)	3.0 (2.4-3.6)	3.3 (2.4-4.8)	0.115 (a)

Arousal	3.9 (2.7-5.1)	3.6 (2.1-4.8)	3.6 (1.8-5.4)	0.319 (a)
Lubrication	4.7 (2.4-6.0) <sup>a</sup>	4.1 (1.8-5.4) <sup>a</sup>	4.4 (2.4-6.0) <sup>a</sup>	0.049 <sup>a</sup> (a)
Orgasm	4.4 (2.8-5.6)	3.2 (1.6-4.8)	4.0 (1.2-5.2)	0.069 (a)
Satisfaction	4.6 (2.8-6.0)	4.4 (2.4-5.6)	3.6 (2.0-6.0)	0.126 (a)
Pain	4.4 (2.8-5.2)	4.0 (1.6-5.6)	4.0 (1.6-6.0)	0.669 (a)

In the lines, the values with different overwritten letters (a, b) indicate significant differences ( $p \leq 0.050$ ) between the times evaluated based on the Dunn-Bonferroni post hoc test.

\* Statistical significance considered  $p \leq 0.050$ ; (a) Friedman test, (b) Cochran's Q test, (c) McNemar test.

A difference was found in the EPDS evaluated at the three time points of the study, with an increase in the values, demonstrating a worsening of depressive symptoms after delivery. According to the data presented in Table 2, at T1 the EPDS score was 5.0 (2.0-9.0), increasing to 7.0 (4.0-14.0) at T2 and 6.5 (3.0-13.0) at T3 ( $p = 0.004$ ).

Regarding breastfeeding, 43 participants were breastfeeding 3 months after delivery. There was a reduction in this number, with 38 women breastfeeding 6 months after birth ( $p = 0.06$ ).

At T2, the use of contraceptive methods was evaluated: 43 women used some contraceptive method at both T2 and T3. There was no exchange or abandonment of contraceptive method use (in those who started postpartum) in 38 participants during the evaluation period (T2 and T3).



The type of delivery did not determine a difference in the prevalence of sexual dysfunction at any of the time points evaluated using the Yates continuity correction (T1  $p = 0.377$ , T2  $p=0.857$  and T3  $p=0.307$ ).

## **DISCUSSION**

During the period of the COVID-19 pandemic, changes in mood and sexuality are expected since the population has its daily activities quite restricted or totally suspended. In Rio Grande do Sul, the Brazilian state where this study was conducted, the imposition of social isolation for the entire population began in March 2020. In addition to the impact on daily routine and work, aggravating factors that can worsen these indicators are a fear of contracting the disease or dying due to its complications, as well as the fear of family and friends being affected. In addition, the population studied in this article is especially vulnerable to sexual dysfunction, depression and anxiety, because it is a phase of great change: motherhood, breastfeeding, new family dynamics, concern for the newborn and recovery after childbirth.

Regarding the correlation analysis between the total FSFI values and scores of the EPDS, it was evident in the present study that there was a moderate inverse correlation between FSFI and EPDS values at T2 and a strong inverse correlation at T3. This concept makes it essential to consider the application of both scales (FSFI and EPDS) whenever there is a complaint of changes in sexual life during the puerperium.

Most study participants already had sexual dysfunction in the first evaluation, which confirms the predisposition of this group of women to changes in sexual life. The prevalence of sexual dysfunction increased to 52 women at T2 and T3. This rate is in accordance with the international literature, where 50 to 70% of sexual dysfunction is recorded in the third trimester of pregnancy<sup>14</sup>. In a previous study conducted by our group

<sup>15</sup>, a prevalence of sexual dysfunction of 51% was found in pregnant women in the third trimester, similar to that found here.

Sexual dysfunction in the third trimester of pregnancy is related to fear of hurting the fetus, triggering problems during pregnancy, low self-esteem and relationship problems, among others <sup>14</sup>, demonstrating the predisposition of these women to sexual dysfunction.

Perhaps in a comparison between the second trimester, when the uterine volume is still small, and the puerperium, these differences could be more evident, similarly to that identified in a previous study <sup>16</sup>, which demonstrated a reduction in the total FSFI value when comparing non-pregnant women and pregnant women (FSFI 22.7 vs. 18.9, respectively).

Some publications on sexuality in the pandemic in women are already available, but so far this study is the first to compare puerperal women in the pre-pandemic period and at two points during the pandemic period, also looking at the presence of depression. Schiavi et al. <sup>11</sup> demonstrated in a cohort of women of reproductive age significant decrease in total FSFI values ( $29.2 \pm 1.9$  vs.  $19.2 \pm 3.3$   $p < 0.001$ ) and in the domains on orgasm ( $4.8 \pm 0.9$  vs.  $3.6 \pm 1.1$   $p < 0.001$ ) and satisfaction ( $5.9 \pm 1.3$  vs.  $4.2 \pm 1.4$   $p < 0.001$ ) comparing before and during the COVID-19 pandemic. These authors, however, did not collect data on depression and, therefore, the effect of mood symptoms (a potential bias) on sexuality cannot be assessed.

It is important to highlight the high rate of sexual dysfunction at T3, where 64% of women had dysfunction. This evaluation reflects the moment of the peak of the pandemic, where there was a recommendation for social isolation and dissemination of the risks of developing the disease, which may cause concern about intimate contact with a partner. Social isolation may have significantly contributed to higher rates of sexual dysfunction,

together with the difficulties inherent to the puerperium. A recent study <sup>17</sup> conducted in non-pregnant adult women demonstrated that social isolation during the COVID-19 pandemic interfered with sexuality, resulting in a 40% decrease in sexual activity.

When we individually evaluated the domains of sexual function (desire, arousal, satisfaction, lubrication, orgasm and pain), there was a difference in the three time points evaluated for the lubrication domain. In this way, it becomes prudent to look at factors that can negatively impact vaginal lubrication. Hypoestrogenism associated with puerperium and breastfeeding may result in atrophy of the vaginal squamous epithelium, reductions in glandular secretions and capillary fragility, resulting in fissures, discomfort and pain during sexual intercourse.

Regarding the results of the EPDS, the studied population had a significant increase in total scores. There was an increase in the rate of women considered at increased risk for depression (EPDS  $\geq 10$ ) between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub> and between T<sub>1</sub> and T<sub>3</sub>, from 24% to 40% at the two follow-up time points ( $p= 0.062$ ). The increase in the EPDS values presented in this study is corroborated by an analysis performed in Italy by Zanardo et al. (10), comparing the application of EPDS in patients during the pandemic with a control group investigated in 2019 ( $8.5 \pm 4.6$  vs.  $6.34 \pm 4.1$ ;  $P < 0.001$ ).

Yuksel et al. <sup>1</sup> demonstrated a reduction in the use of contraception during the pandemic period (2.4 vs. 1.9,  $P=0.001$ ). Analyzing the participants who were using any contraceptive method at T<sub>2</sub> and those who remained using some method at T<sub>3</sub> (between the onset and the peak of the pandemic in Brazil) all participants continued with contraceptive use, and only 12 women switched methods between evaluations. This data reassures us regarding the availability and search for contraceptive methods in the Brazilian population, even in a period of restrictions to visits to the health services. Contraception care in Brazil is performed through telemedicine whenever possible, with face-to-face

consultations in cases of severe adverse events or an absolute need to replace a long-term method.

There is no irrefutable scientific evidence that the route of delivery is an independent factor in the worsening of sexual function in the puerperium. Saydam et al.<sup>18</sup> demonstrated similar rates of sexual dysfunction for delivery routes: 70.8% for vaginal deliveries and 64.9% for cesarean sections considering sexual dysfunction as a FSFI score equal to or lower than 26.55. This study also did not show a significant difference in the rates of sexual dysfunction between vaginal delivery and cesarean section considering the same cutoff point at the three evaluation time points.

One of the limitations of this study, common to cohort studies, are losses to follow-up. To this end, we recalculated the sample needed to evaluate the primary outcome (variation in FSFI indices), providing a statistical power of 95%. Thus, it is possible to state that the absence of a difference in FSFI indexes at the three time points was not due to a lack of power. Due to the pandemic, the follow-up questionnaires, T2 and T3, were applied via e-mail and online, limiting the follow-up in the study to patients who have Internet, email and/or a smartphone. It is also believed that part of the loss was due to the need to care for the newborn, limiting the participant's free time available for other activities. Moreover, the fact that most participants live with their partner may also have impaired the response to sexuality questionnaires if there was no possibility of doing so in a private environment.

The results of this study emphasizes that puerperal women are a susceptible subgroup for sexual dysfunction and depressive symptoms, which are correlated to each other and worsen in periods of stress. In conclusion, it is mandatory to investigate depressive symptoms in puerperal women with sexual complaints, especially during the COVID-19 pandemic.

## **CONCLUSIONS**

COVID-19 has had a significant impact on the health and quality of life of the population. This study was the first to analyze sexual function and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic among puerperal women, which is a subgroup susceptible to changes in sexual activity and mood. The scores regarding depressive symptoms increased during the pandemic and this significantly impacted the sexual function of the evaluated women. We call attention to health professionals so that the care for this population is redoubled, thereby reducing the possibility of depression every time sexual complaints arise and avoiding or mitigating personal and family suffering in the short and long term.

## **REFERENCES:**

1. Yuksel B, Ozgor F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *Int J Gynecol Obstet.* 2020; 150: 98–102. doi:10.1002/ijgo.13193.
2. Kissinger P, Schmidt N, Sanders C, Liddon N. The effect of the hurricane Katrina disaster on sexual behavior and access to reproductive care for young women in New Orleans. *Sex Transm Dis.* 2007; 34(11):883-886. doi:10.1097/OLQ.0b013e318074c5f8
3. Liu S, Han J, Xiao D, Ma C, Chen B. A report on the reproductive health of women after the massive 2008 Wenchuan earthquake. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 108(2):161-164. doi:10.1016/j.ijgo.2009.08.030

4. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, Li H, Chen L, Xu H, Li X et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2):240.e1-240.e9. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.009
5. Coronavírus: OMS declara pandemia. BBC. Link para acesso: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>.
6. Painel Coronavírus. Link para acesso: <https://covid.saude.gov.br/>
7. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril.* 2007; 88(5): 1273-1284 doi:10.1016/j.fertnstert.2007.09.012
8. Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obst.* 2019 Jan; 299(1): 69-77. doi:10.1007/s00404-018-4925-z.
9. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum: a propos de 80 femmes Tunisiennes [Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women]. *Tunis Med.* 2012; 90(12): 873-877.
10. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 150(2): 184-188. doi:10.1002/ijgo.13249
11. Schiavi MC, Spina V, Zullo MA, Colagiovanni V, Luffarelli P, Rago R et al. Love in the time of COVID-19: Sexual function and quality of life analysis during the social distancing measures in a group of Italian reproductive-age women. *J Sex Med.* 2020; 17(8):1407-1413. doi:10.1016/j.jsxm.2020.06.006

12. Hentschel H et al. Validation of the female sexual function index (FSFI) for the Portuguese language. *Rev. HCPA* 2007; 27.
13. Santos IS et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007; 23(11): 2577-2588. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>.
14. Jawed-Wessel S, Sevick E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. *J Sex Res.* May-Jun 2017; 54(4-5): 411-423. DOI: 10.1080/00224499.2016.1274715
15. Miranda CC, Perez AV, Bossardi BR, Brust LC, Grossi FS, Valério EG, et al. Sexual function in pregnant women in the public health system. *Open J Obstet Gynecol.* 2019; 9:764-774. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.96076>
16. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urol J.* 2015; 12(5): 2339-2344.
17. Jacob L, Smith L, Butler L, Butler L, Barnett Y, Grabovac I, McDermott D et al. Challenges in the practice of sexual medicine in the time of COVID-19 in the United Kingdom. *J Sex Med.* 2020; 17(7):1229-1236. doi:10.1016/j.jsxm.2020.05.001
18. Saydam BK, Demireloz Akyuz M, Sogukpinar N, Ceber Turfan E. Effect of delivery method on sexual dysfunction. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019 Feb; 32(4): 568-572. doi:10.1080/14767058.2017.1387243.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sexualidade humana ganhou evidência em estudos científicos nos últimos vinte anos com número expressivo de estudos envolvendo esta área da saúde. A consciência de que a sexualidade é parte do bem estar e da saúde como um todo é recente, porém, de grande importância. A Organização Mundial da Saúde reconhece a saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar. O presente estudo avaliou uma população particularmente afetada por disfunções sexuais: as puérperas. A evidência forte aqui encontrada de que a sexualidade é afetada significativamente pelos sintomas depressivos durante o pós-parto chama a atenção para uma população fragilizada e que demanda cuidados especiais.

A prevalência de disfunções sexuais e de screening positivo para depressão pós parto na população estudada foi sinalizadora. Certamente o período de pandemia, isolamento social e restrições ao dia-a-dia das pessoas foi decisivo para taxas tão elevadas. São necessárias



medidas de intervenção nessa população para que danos a longo prazo das disfunções sexuais e da depressão pós-parto sejam minimizados e haja o mínimo sofrimento possível neste período.

Felizmente, encontrou-se taxas de amamentação muito altas na nossa população, que assim permaneceram seis meses após o nascimento. Um grande receio dos obstetras e pediatras é de que as taxas de amamentação reduzam secundariamente ao medo de passagem do vírus causador da COVID-19 através do leite materno. Esse dado evidencia que as políticas de incentivo ao aleitamento materno e as orientações fornecidas às pacientes após o nascimento estão sendo efetivas e bem aceitas pelas puérperas.

O uso de métodos contraceptivos durante o puerpério entre as mulheres avaliadas foi bastante amplo, sem abandono do uso ao sexto mês pós-parto. Considerando-se que o período de pandemia foi associado a queda expressiva no acesso e busca por contraceptivos, os dados apresentados pelo presente estudo são muito satisfatórios em relação à orientação e cuidado prestado pelas equipes de saúde em relação ao planejamento familiar.

## **PERSPECTIVAS FUTURAS**

Os resultados encontrados por este estudo servem de guia para a necessidade de padronizar a aplicação de escalas de sexualidade e depressão nas consultas de revisão puerperal ou, ao menos, antes da alta hospitalar da puérpera. A identificação e tratamento precoce dessas

alterações tão prevalentes após o parto é importante para que haja harmonia familiar e para que os cuidados com a criança e os laços materno-fetais não sejam afetados.

Os sintomas depressivos após o parto, especialmente entre três e seis meses de puerpério, demonstraram taxas alarmantes. É necessário que as equipes assistenciais considerem o período de pandemia e o grande impacto que ele pode causar nas variações do humor principalmente em populações suscetíveis e de alto risco.

A redução significativa dos escores de lubrificação no pós-parto sugere que seja dada atenção especial a este domínio no puerpério. Algumas medidas podem ser facilmente implementadas como o uso de lubrificantes a base de água ou mesmo cremes com estrógenos tópicos de baixa absorção sistêmica assim que haja liberação para início das relações sexuais.

Nesse estudo o uso de métodos contraceptivos não foi impactado pelo período de pandemia. Entretanto, é interessante que seja avaliado a longo prazo se o número de gestações indesejadas sofreu alterações neste intervalo de tempo. No período da pandemia há um grande incentivo ao uso de contraceptivos de longa duração (LARCs) pois estes exigem menor necessidade de retorno ao centro de saúde, elevada eficácia e baixa taxa de efeitos adversos graves, incluindo a ausência de risco para trombose venosa profunda/embolia pulmonar. Lembrar que é extremamente relevante oferecer LARC (DIU TCU-380A) no período pós-parto imediato, conforme protocolos do Ministério da Saúde e do nosso hospital.

## ANEXOS

### Anexo 1: Índice de Função Sexual Feminina

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) – VALIDADO PARA O PORTUGUÊS					
<p>Instruções: Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as <b>últimas 4 semanas</b>. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em <b>absoluto sigilo</b>. Assinale apenas uma alternativa por pergunta.</p> <p>Para responder às questões use as seguintes definições:            - <b>Atividade sexual</b> pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação ("punheta"/"siririca") e ato sexual;            - <b>Ato sexual</b> é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina;            - <b>Estímulo sexual</b> inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos);            - <b>Desejo sexual</b> ou <b>interesse sexual</b> 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;            - <b>Excitação sexual</b> é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/"vagina molhada"/"tesão vaginal" –, ou contrações musculares).</p>					
1) Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?					
Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
2) Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual ?					
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
3) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual ?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual ?					
Sem atividade sexual	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual ?					
Sem atividade sexual	Segurança muito alta	Segurança alta	Segurança moderada	Segurança baixa	Segurança muito baixa ou sem segurança
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

6) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
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?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
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?					
Sem atividade sexual	Extremament e difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeirament e difícil	Nada difícil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Extremament e difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeirament e difícil	Nada difícil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?					
Sem atividade sexual	Extremament e difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeirament e difícil	Nada difícil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?					
Sem atividade e sexual	Muito satisfeita	Moderadamente e satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente e insatisfeita	Muito insatisfeita
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?					
Sem atividade e sexual	Muito satisfeita	Moderadamente e satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente e insatisfeita	Muito insatisfeita
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?					
Sem atividade e sexual	Muito satisfeita	Moderadamente e satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente e insatisfeita	Muito insatisfeita
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?					
Não tentei ter relação	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?					
Não tentei ter relação	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

Não tentei ter relação	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

- Como sempre senti
- Talvez, menos que antes
- Com certeza menos
- De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Não, de maneira alguma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez



6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia  Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Não muitas vezes

Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

Sim, na maioria das vezes

Sim, muitas vezes

Não muitas vezes

Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

Sim, quase todo o tempo

Sim, muitas vezes

De vez em quando

Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

Sim, muitas vezes, ultimamente

Algumas vezes nos últimos dias

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez

## **APÊNDICES**

### **Apêndice 1:**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos convidando você a participar de um projeto de pesquisa, sob o título: **“PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL”**. Esse trabalho tem por objetivo avaliar a função sexual após o parto. Se você aceitar participar do estudo, sua contribuição será responder a um questionário sobre a sua sexualidade, sintomas depressivos, método contraceptivo em uso e se está ou não amamentando. O questionário levará em torno de 15 minutos e será realizado inicialmente no leito de internação obstétrica. Em três e seis meses após o parto entraremos em contato com você via ligação telefônica para repetição do processo. Os seus dados pessoais e de identificação, em nenhuma hipótese, serão divulgados. Os dados serão analisados em conjunto e divulgados de maneira agrupada, guardando a confidencialidade das informações pessoais. Este projeto poderá sugerir a existência de disfunção sexual e de depressão pós-parto. Em relação aos riscos envolvidos na participação deste projeto, poderá haver desconforto ao responder perguntas referentes a sua intimidade, que podem gerar constrangimentos. Para minimizar essa situação o questionário será auto-preenchido na internação hospitalar e para as ligações telefônicas solicitaremos que você esteja sozinha, em ambiente calmo e em momento propício para responder às questões. Se for identificado risco aumentado de depressão pós-parto ou disfunção sexual, você será orientada a buscar atendimento em serviço de referência. A participação é totalmente voluntária, não havendo pagamento ou custo com respeito aos procedimentos envolvidos. É seu direito retirar consentimento de participação na pesquisa em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento neste hospital. Os pesquisadores esclarecerão quaisquer dúvidas e/ou questionamentos referentes à pesquisa que possam surgir no decorrer da mesma e após

seu término. Os telefones para contato com a responsável pela pesquisa encontram-se no final do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também poderá ser contatado para esclarecimentos de dúvidas, através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda a sexta, ou no 2º andar do HCPA.

Este documento está sendo elaborado em duas vias, uma permanecerá com a paciente e o outro com o pesquisador.

Nome do participante do estudo

---

Assinatura do participante

---

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Telefone para contato:

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato com a pesquisadora responsável:

Dra. Jaqueline Neves Lubianca. Fone : 33598117

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre:

Rua Ramiro Barcelos, 2350/11o andar-sala 1125. CEP 90035-903 – Porto Alegre, RS, Brasil

Tel./Fax: +55 51 3359 8117

## Apêndice 2: Questionário de Pesquisa

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Idade:

Estado civil: Casada ou União estável ( ) Solteira ( )

Mora com o parceiro: Sim ( ) Não ( )

Escolaridade:

Trabalha fora de casa: Sim ( ) Não ( )

Renda familiar bruta:

A >20 Salários Mínimos ( )

B 10-20 Salários Mínimos ( )

C 4-10 Salários Mínimos ( )

D 2-4 Salários Mínimos ( )

E ATÉ 2 Salários Mínimos ( )

Paridade:

Via de parto: Parto Vaginal ( ) Parto vaginal com laceração ( ) Parto vaginal com episiotomia ( ) Parto Vaginal Instrumentado ( ) Cesárea eletiva ( ) Cesárea durante o trabalho de parto ( )

Amamentação: SIM ( ) NÃO ( )

Método contraceptivo: Pílula de Progesterona ( ) DIU Cobre ( ) DIU Levonorgestrel ( ) Injetável trimestral de progesterona ( ) Pílula Combinada (E+P) ( ) Ligadura Tubária ( ) Injetável mensal (E+P) ( ) Implante subdérmico de etonogestrel ( ) Nenhum ( )

Female Sexual Function Index:

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: