



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GRAZIELE MARIA DA SILVEIRA

**AUTOESTIMA EM PUÉRPERAS COM DISPAREUNIA ATENDIDAS EM
AMBULATÓRIO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**SELF-ESTEEM IN PUERPERAE WITH DYS-PAREUNIA SEEN AT A UNIVERSITY
HOSPITAL OUTPATIENT CLINIC: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

RECIFE

2022

GRAZIELE MARIA DA SILVEIRA

**AUTOESTIMA EM PUÉRPERAS COM DISPAREUNIA ATENDIDAS EM
AMBULATÓRIO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**SELF-ESTEEM IN PUERPERAE WITH DYS-PAREUNIA SEEN AT A UNIVERSITY
HOSPITAL OUTPATIENT CLINIC: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Renato Guerino e Coorientação do Prof. Dr. Agostinho de Sousa Machado Júnior.

Artigo a ser submetido ao *Brazilian Journal of Physical Therapy*.

RECIFE

2022

Autoestima em puérperas com dispareunia atendidas em ambulatório de hospital universitário: um estudo transversal

Self-esteem in puerperae with dyspareunia seen at a university hospital outpatient clinic: a cross-sectional study

Graziele Maria da Silveira^a, Agostinho de Sousa Machado Júnior^b, Ana Lígia Vieira Fontes^a, Marcelo Renato Guerino^c

^a Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

^b Docente Adjunto da Área Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Pernambuco;

^c Docente Adjunto do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco.

Autor Correspondente: Graziele Maria da Silveira

Rua Divina Misericórdia, 115, CEP 54.240-750, Floriano, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil.

E-mail: grazimaria99@gmail.com

Resumo

Introdução: O puerpério é uma fase de intensas transformações que favorecem o surgimento de disfunções sexuais, afetando a qualidade de vida e autoestima das novas mães. **Objetivo:** Avaliar e comparar a autoestima em puérperas com e sem dispareunia. **Método:** Esse é um estudo do tipo transversal, desenvolvido com 32 mulheres no período puerperal atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2021 e agosto de 2022, através de entrevistas na qual foram utilizados um questionário sociodemográfico e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). **Resultados:** Foram entrevistadas 32 participantes, das quais 15 relataram dispareunia puerperal. Foi possível verificar associação positiva entre a via de parto e a presença da dispareunia ($p= 0,039$). Em relação à autoestima, não houve diferença significativa entre os grupos. **Conclusão:** Não foi possível determinar a associação entre a dispareunia e o seu impacto na autoestima, contudo, os nossos achados indicam que a via de parto é um fator para surgimento e manutenção da dispareunia.

Palavras-chave: Autoimagem, Dispareunia, Saúde Sexual, Período Pós-Parto

Abstract

Introduction: The puerperium is a phase of intense transformations that favor the emergence of sexual dysfunctions, affecting the quality of life and self-esteem of new mothers. **Objective:** To evaluate and compare self-esteem in puerperae with and without dyspareunia. **Method:** This is a cross-sectional observational study, developed with 32 women in the puerperal period seen at the Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Data collection occurred between February 2021 and August 2022, through interviews in which a sociodemographic questionnaire and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) were used. **Results:** Thirty-two participants were interviewed, 15 of whom reported puerperal dyspareunia. It was possible to verify a positive association between the route of delivery and the presence of dyspareunia ($p= 0.039$).

Regarding self-esteem, there was no significant difference between the groups. **Conclusion:** It was not possible to determine the association between dyspareunia and its impact on self-esteem, however, our findings indicate that the route of delivery is a predictor for the incidence and maintenance of pain during intercourse.

Keywords: Self concept; Dyspareunia; Health Sexual; Postpartum Women/ Period

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a saúde sexual como um estado integral de bem-estar físico, emocional, mental e social.¹ Neste sentido, as disfunções sexuais (DS) são um comportamento resultante dessa combinação de fatores que causam um bloqueio parcial ou total do ciclo da resposta sexual, que está associada aos estágios de desejo, excitação e orgasmo.² O ciclo gravídico-puerperal é um período de mudanças intensas no qual a vida da mulher é afetada por diversas determinantes, assim como pelas questões culturais e crenças sobre sexualidade construídas durante a vida, favorecendo o surgimento das DS.^{3,4}

No Brasil, 49% das mulheres enfrentam algum tipo de disfunção sexual⁵ com índices que variam entre 40 a 70% para dificuldades nos períodos de gestação e puerpério; sendo as principais queixas no primeiro semestre após o parto a diminuição do desejo e a dor na relação sexual.^{4,6,7} Em estudo desenvolvido na Austrália, 64,3% das mulheres relataram ter vivenciado algum tipo de transtorno sexual durante os doze meses após o parto, e mais de 70% referiram insatisfação sexual durante o mesmo período.⁷

Dentre as disfunções mais comuns, destaca-se a dispareunia, que é caracterizada por dor genital persistente ou recorrente que ocorre no início, durante ou após a penetração vaginal, podendo acontecer também durante a estimulação sexual, na ausência de vaginismo.⁸⁻¹⁰ A dor é classificada quanto à sua localização, podendo ser superficial, sentida na área em torno da abertura vaginal (área genital ou vulva), durante a penetração, ou dor profunda, sentida dentro da pelve durante a relação sexual, com o movimento do pênis ou de objetos dentro da vagina.^{10,11}

A constância da dor durante a relação sexual pode levar a sofrimento significativo, ansiedade e problemas nas relações interpessoais, podendo, em casos severos, trazer a paciente à antecipação de uma experiência sexual negativa e, finalmente, evitar o sexo.¹² Questões psicossociais como a depressão, a fadiga, o cansaço, o estresse físico e emocional e a amamentação, onde o nível estrogênico encontra-se diminuído, com consequente redução da lubrificação vaginal, também podem aumentar a chance de desenvolver dispareunia.^{12,13}

A autoestima é um preditor de variações emocionais no pós-parto, podendo oscilar devido às adaptações e estresses vivenciados durante o processo de transição entre a gravidez maternidade.^{4,6} Na literatura há diversas definições para a autoestima. Em 1965, Rosenberg define a autoestima como a avaliação que a pessoa faz em relação a si própria, e que resulta em um sentimento de valor gerando um conceito de aprovação ou desaprovação em relação a si.^{14(p.5)} Já para Vaz-Serra, em 1988, a autoestima representa uma das partes mais significativas do autoconceito e está relacionada à autoavaliação que o indivíduo elabora baseado nas suas capacidades e desempenhos, e que suscita um sentimento de competência.^{15(p.128)}

Dessa forma, as disfunções sexuais têm implicações importantes no bem-estar, na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais, pois as alterações do ciclo gravídico-puerperal afetam a função sexual, comprometendo a autoestima da puérpera. Dada a relevância da compreensão sobre o impacto das disfunções sexuais femininas na autoestima deste público, este estudo propõe avaliar e comparar a autoestima de puérperas com e sem queixas de dispareunia.

Material e Métodos

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, tipo corte transversal de acordo com o *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE).

Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo mulheres entre 18 e 40 anos que estivessem em qualquer momento do período de puerpério com até um ano. Foram critérios de exclusão as participantes que tivessem referido algum tipo de disfunção sexual antes da gravidez; que apresentassem dificuldade de compreensão das questões; portadoras de doenças vulvares crônicas; história de ooforectomia ou ooforoplastia (pode interferir nos níveis hormonais circulantes); diagnosticadas com doenças sexualmente transmissíveis.

Considerações Éticas

O estudo foi conduzido conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco sob processo nº 4.840.515. As participantes incluídas no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na inscrição (Apêndice A).

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2021 e agosto de 2022, no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), em Recife, Pernambuco. Sendo realizada uma amostragem por conveniência de acordo com a disponibilidade de pacientes do Ambulatório. A amostra final foi dividida em dois grupos: Grupo A (pacientes com dispareunia) e Grupo B (pacientes que não relataram a dispareunia).

As participantes foram recrutadas presencialmente e avaliadas apenas uma vez durante as primeiras consultas do pós-parto. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista presencial ou por ligação telefônica, ou ainda, através de aplicativo de troca de mensagens, com a aplicação de questionários online ou de chamadas telefônicas. Assim, após passarem

pela avaliação sociodemográfica, as voluntárias respondiam a um conjunto de questionários que abordaram os seguintes temas: dor, função sexual, satisfação e autoestima.

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) coletou informações sobre as características sociodemográficas (idade, raça, estado civil, nível de escolaridade, área de residência, renda familiar, ocupação), características clínicas (comorbidades, medicações) e fatores de estilo de vida (consumo de álcool, tabagismo, atividade física). A escolaridade foi classificada em: ensino fundamental, médio e superior completo ou incompleto ou nível técnico. Já para a variável socioeconômica, as participantes puderam classificar sua renda familiar em: sem renda, até um salário mínimo e entre dois e cinco salários mínimos.

Em seguida, foi realizada a avaliação de presença e intensidade da dor na relação, na qual a voluntária poderia descrever como tendo acontecido antes, durante ou após a penetração. Para isso, foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), a qual as participantes classificaram o desconforto de acordo com uma escala horizontal numérica, de 0 a 10, no qual o zero representa a ausência de dor e os escores mais altos indicam maior intensidade da dor.

Para avaliação da autoestima, foi utilizada a Escala de Rosenberg na versão adaptada para o português brasileiro (Anexo A).¹⁶ Essa ferramenta é composta por 10 afirmações, no qual 5 dessas avaliam sentimentos positivos e 5 avaliam sentimentos negativos que giram em torno do quanto a pessoa se valoriza e sua satisfação consigo mesma. Cada afirmativa pode ser pontuada em uma escala de 1 a 4, com uma pontuação total máxima de 40. A autoestima satisfatória foi definida como uma pontuação maior ou igual a 30; média- com pontuação entre 20 e 30 e insatisfatória com pontuações abaixo de 20.¹⁶⁻¹⁸

Análise estatística

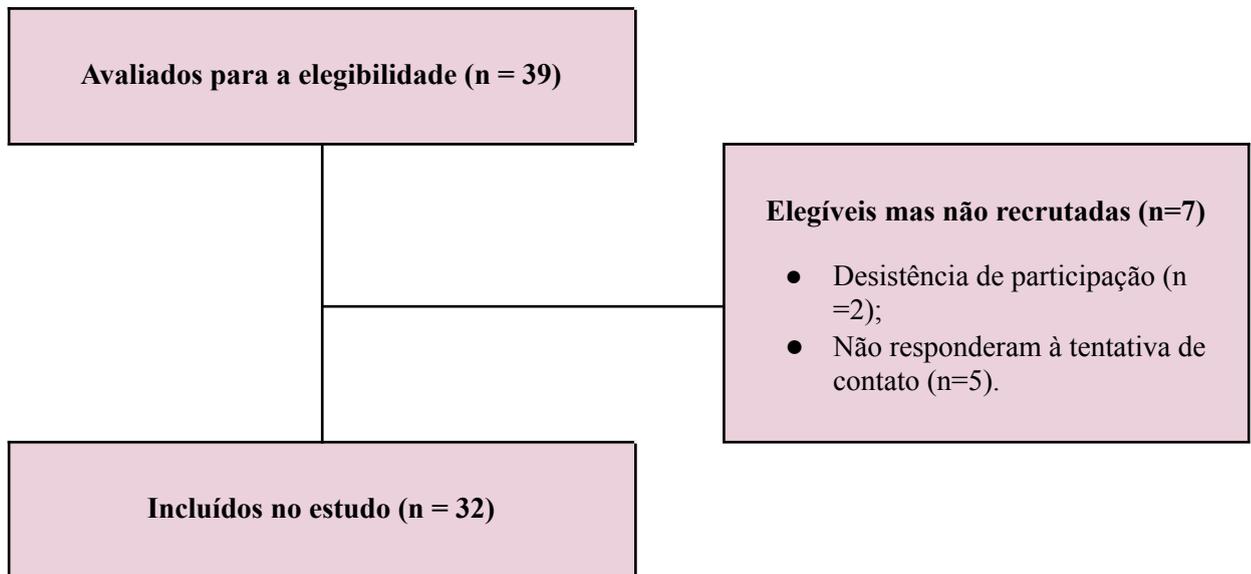
Os resultados foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica de dados (*Google Sheets*®), na qual cada linha correspondeu a um formulário de coleta de dados. A análise estatística foi realizada através do software SigmaPlot 12.0 (Systat Software, Inc., Germany). Para análise de distribuição dos dados foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk e para análise de homogeneidade foi utilizado o Teste de Igual Variância.

As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e as variáveis categóricas foram expressas em número de casos e frequência. Para comparação das variáveis contínuas entre os grupos foi utilizado o teste t Student independente ou o teste de Mann-Whitney. Para comparação das variáveis categóricas foi realizado o teste de Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Para todos os testes realizados, foi considerado o nível de significância quando $p < 0,05$.

Resultados

Foram avaliadas para elegibilidade 39 candidatas, das quais, 7 pacientes desistiram de participar ou não responderam ao contato das examinadoras, ao total foram incluídas 32 participantes no estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de captação das puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, HC-UFPE.



No que se refere a incidência da dispareunia na nossa amostra, aproximadamente 47% (n=15/32) das voluntárias referiram algum grau de desconforto na atividade sexual, podendo acontecer antes, durante ou após a penetração.

O detalhamento do perfil sociodemográfico das participantes está descrito na Tabela 1. As variáveis independentes incluíram fatores biopsicossociais como idade, número de filhos, via de parto, nível de escolaridade e renda, e as variáveis dependentes foram a presença e intensidade da dor, função sexual e autoestima.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico das puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, HC-UFPE.

Variáveis	Grupo com dispareunia (n=15)	Grupo sem dispareunia (n=17)	p-valor
Idade (anos)	28,26 ± 6,34	27,9 ± 5,51	0,878
Raça			
Parda	9 (60%)	13 (76%)	0,657
Branca	2 (13%)	2 (11%)	
Preta	3 (20%)	1 (5,9%)	
Amarela	1 (6,7%)	1 (5,9%)	
Renda Familiar			
Sem Renda	5 (33%)	3 (17%)	0,565
Até 1 salário mínimo	9 (60%)	12 (70%)	
Entre 2 e 5 salários mínimos	1 (6,7%)	2 (11%)	
Sedentarismo			
Sim	6 (40%)	6 (35%)	-
Não	9 (60%)	11 (64,9%)	
Profissão			
Desempregada	9 (60%)	8 (46%)	0,628
Empregada	4 (26%)	4 (23%)	
Autônoma	1 (6,7%)	4 (23%)	
Trabalho Informal	1 (6,7%)	1 (5,9%)	
Residência			
Região Metropolitana	13 (86%)	15 (88%)	-
Agreste	1 (6,7%)	1 (5,9%)	
Zona da Mata	1 (6,7%)	0 (0%)	
Sertão	0 (0%)	1 (5,9%)	

Os dados são apresentados como média±desvio padrão (M±DP) ou n (%). *Teste t de student; **teste de Mann-Whitney.

A tabela 2 caracteriza a amostra acerca das variáveis relativas à gestação, parto e puerpério.

Tabela 2. Variáveis relativas à gestação, parto e pós-parto das puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, HC-UFPE.

Variáveis	Grupo com dispareunia (n=15)	Grupo sem dispareunia (n=17)	p-valor
Nº de Gestações	2,86±1,92	2,64±1,57	0,770
Nº de Partos	2,46±1,68	2,11±1,21	-
Tempo de Puerpério			
0-3 meses	9 (60%)	7 (41%)	0,160
4-7 meses	3 (20%)	4 (23%)	
8-10 meses	2 (13%)	5 (29%)	
11-12 meses	1 (6,7%)	1 (5,9%)	
	3,73 ± 3,32	5,23 ± 3,15	
Pré-natal			
Sim	15 (100%)	17 (100%)	-
Não	0 (0%)	0(0%)	
Local do Pré-natal			
Serviço Público	15 (100%)	147 (100%)	-
Serviço Privado	0 (0%)	0 (0%)	
Via de Parto			
Vaginal	10 (66%)	4 (23,5%)	0,039
Cesariana	4 (26%)	12 (70%)	
Trauma Perineal			
Laceração espontânea	1 (6,7%)	0 (0%)	-
Episiotomia	1 (6,7%)	1 (5,9%)	
Ausência de traumas	13 (87%)	16 (94%)	
Abortos	1 (6,7%)	1 (5,9%)	-
Nascidos vivos	14 (93%)	16 (94%)	-

Os dados são apresentados como média ± desvio padrão (M±DP) ou n(%).

Em relação ao quesito de classificação da intensidade da dor na relação sexual, avaliada através da Escala Visual Analógica (EVA), foi alcançado um escore médio de 4,6±2,45, o que indica uma dor leve à moderada.

Por fim, a tabela 3 descreve as respostas dos Grupos em relação à Escala de Autoestima de Rosenberg.

Tabela 3. Análise dos itens da Escala de Autoestima de Rosenberg das participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, HC-UFPE.

Variáveis	Grupo com dispareunia (n=15)	Grupo sem dispareunia (n=17)	p-valor
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.			
Concordo totalmente (4 pontos)	4 (26%)	3 (17%)	0,857
Concordo (3 pontos)	8 (53%)	13 (76%)	
Discordo (2 pontos)	2 (13%)	1 (5,9%)	
Discordo totalmente (1 ponto)	1 (6,7%)	0 (0%)	
	3 ± 0,84	3,11 ± 0,48	
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades			
Concordo totalmente (4 pontos)	5(33%)	6 (35%)	0,738
Concordo (3 pontos)	9 (60%)	11 (65%)	
Discordo (2 pontos)	1 (6,7%)	0 (0%)	
Discordo totalmente (1 ponto)	0 (0%)	0 (0%)	
	3,26 ± 0,59	3,35 ± 0,49	
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.			
Concordo totalmente (1 ponto)	1(6,7%)	1 (5,9%)	0,096
Concordo (2 pontos)	2 (13%)	2 (11%)	
Discordo (3 pontos)	5 (33%)	13(76%)	
Discordo totalmente (4 pontos)	7 (46%)	1 (5,9%)	
	3,2 ± 0,94	2,82 ± 0,63	
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.			
Concordo totalmente (4 pontos)	3 (20%)	4(23%)	0,613
Concordo (3 pontos)	10 (66%)	8 (47%)	
Discordo (2 pontos)	2 (13%)	5 (29%)	
Discordo totalmente (1 ponto)	0 (0%)	0 (0%)	
	3,06 ± 0,59	2,94 ± 0,74	
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.			
Concordo totalmente (1 ponto)	0 (0%)	0 (0%)	0,672
Concordo (2 pontos)	3 (20%)	2 (11%)	
Discordo (3 pontos)	8 (53%)	10 (59%)	
Discordo totalmente (4 pontos)	4 (26%)	5 (29%)	
	3,06 ± 0,7	3,17 ± 0,63	

Tabela 3. Análise dos itens da Escala de Autoestima de Rosenberg das participantes puérperas atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, HC-UFPE.

Variáveis	Grupo com dispareunia (n=15)	Grupo sem dispareunia (n=17)	p-valor
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.			
Concordo totalmente (4 pontos)	4 (26%)	4 (23%)	0,983
Concordo (3 pontos)	8 (53%)	10 (59%)	
Discordo (2 pontos)	3 (20%)	3 (17%)	
Discordo totalmente (1 ponto)	0 (0%)	0 (0%)	
	3,06 ± 0,7	3,05 ± 0,65	
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.			
Concordo totalmente (4 pontos)	2 (13%)	6 (35,4%)	0,145
Concordo (3 pontos)	8 (53%)	8 (47%)	
Discordo (2 pontos)	5 (33%)	3 (17%)	
Discordo totalmente (1 ponto)	0 (0%)	0 (0%)	
	2,8 ± 0,67	3,17 ± 0,72	
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.			
Concordo totalmente (1 ponto)	2 (13%)	2 (11%)	0,984
Concordo (2 pontos)	5 (33%)	6 (35,4%)	
Discordo (3 pontos)	5 (33%)	6 (35,4%)	
Discordo totalmente (4 pontos)	3 (20%)	3 (17%)	
	2,6 ± 0,98	2,58 ± 0,93	
9. Às vezes eu me sinto inútil.			
Concordo totalmente (1 ponto)	2 (13%)	0 (0%)	0,732
Concordo (2 pontos)	4 (26%)	6 (35,4%)	
Discordo (3 pontos)	6 (39%)	8 (47%)	
Discordo totalmente (4 pontos)	3 (20%)	3 (17%)	
	2,6 ± 0,97	2,82 ± 0,72	
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.			
Concordo totalmente (1 ponto)	1 (6,7%)	0 (0%)	0,520
Concordo (2 pontos)	4 (26%)	3 (17%)	
Discordo (3 pontos)	5 (33%)	8 (47%)	
Discordo totalmente (4 pontos)	5 (33%)	6 (35,4%)	
	2,93 ± 0,96	3,17 ± 0,72	
TOTAL	29,66 ± 4,85	30,23 ± 3,89	0,764

Os dados são apresentados como média ± desvio padrão (M±DP) ou n(%). *Teste de Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher**.

Discussão

Pudemos observar em nosso estudo que apesar das disfunções sexuais serem consideradas um problema de saúde pública, com repercussões a curto e a longo prazo na vida social, psicológica, familiar, ocupacional e física, no puerpério, esta continua sendo uma queixa negligenciada, incompreendida e conseqüentemente subnotificada.^{2,19,20} Sendo menosprezada até mesmo pelas próprias pacientes que, talvez, por excesso de pudor, não discutem essa queixa com o profissional que as atende. As diversas transformações dessa fase da vida fazem com que a etiologia desses distúrbios combine preditores biológicos e psicológicos, assim, necessitando que o profissional de saúde tenha uma visão multidimensional para melhor avaliação e acompanhamento dessas pacientes.^{9,21}

Em relação à prevalência, a literatura aponta uma incidência que varia em torno dos 35% para a dispareunia no pós-parto.^{12,22} Um levantamento realizado na Turquia com 530 voluntárias que deram à luz nos últimos 12 meses relatou que 74,3% da amostra apresentava algum tipo de disfunção sexual, com mais de 50% das pacientes apresentando relato de dor na relação.²¹ Uma outra pesquisa, desta vez realizada na Colômbia em pacientes com 6 meses ou mais de puerpério e que não amamentavam mostrou que 35% das puérperas referiram dispareunia.¹² Em nosso estudo, encontramos resultados semelhantes, no qual 46,9% (n=15/32) das participantes relataram sentir algum grau de desconforto na atividade sexual.

As evidências descrevem alguns fatores de risco de exacerbação e manutenção da dor genito-pélvica, são eles: idade mais jovem, estado civil, grau de escolaridade abaixo do ensino superior, baixa renda familiar e problemas emocionais ou estresse.^{10,12,22-26} Também foi demonstrado que pessoas que atribuíram a dor genito-pélvica a determinantes psicossociais relatam maiores níveis mais de queixas de dor e comprometimento da função sexual do que aquelas que relacionam a dor apenas a fatores físicos.^{12,26,27} Deste modo, é relevante avaliar o contexto na qual a paciente está inserida e a sua confluência no surgimento e percepção dos distúrbios sexuais.

Na presente pesquisa os grupos não apresentaram diferença significativa em relação à idade ($p = 0,878$), sendo ambos compostos, em grande maioria, por pessoas jovens. O Grupo A apresentou média de idade de $28,26 \pm 6,34$, enquanto o Grupo B apresentou média de $27,9 \pm 5,51$. Também não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação ao estado civil ($p=0,071$), entretanto é importante ressaltar que as pacientes com dispareunia possuíam, em maioria, parceiros fixos sendo 47% em união estável (n=7/15) e 33% casadas (n=3/15), enquanto mais da metade das participantes sem queixa de dor declararam-se solteiras.

Em relação à escolaridade, pesquisas apontam maior relato de medo e incidência da dispareunia em pessoas com até o ensino médio quando comparado com aquelas que cursaram ou tinham concluído o ensino superior.^{12,21,25} Em nossa amostra, os dois grupos apresentaram resultados similares, com a maioria das participantes tendo como nível educacional o ensino médio completo, assim os resultados foram de 46% (n=7/15) para o Grupo A, e 58% (n=9/17) para o Grupo B. Resultado análogo à pesquisa desenvolvida em um hospital escola de Pernambuco, na qual também não foi encontrada relação entre escolaridade e disfunção sexual.²⁸ Além disso, esse resultado é similar com pesquisas realizadas em países euroasiáticos que referem que as disfunções sexuais durante o primeiro ano de pós-parto foram mais prevalentes em pacientes com apenas o ensino médio completo.^{21,27}

No que se refere à associação entre o nível de renda e a dispareunia, não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,565$). Os resultados sobre o impacto da situação econômica na vida sexual são diversificados, não apresentando consenso na literatura. Embora alguns estudos não tenham mostrado relação entre a condição econômica e a disfunção sexual^{29,30}, outros estudos descrevem que a baixa renda é uma variável preditora para o desenvolvimento de distúrbios sexuais com a justificativa de que as dificuldades financeiras podem afetar o relacionamento entre os parceiros, favorecendo às disfunções sexuais.^{12,25}

Estudos apontam que período entre 0-5 meses pós-parto é um fator de risco significativo para os distúrbios relacionados à sexualidade e que o relato de dor durante o coito é frequente entre as puérperas desde as primeiras relações sexuais até um ano após o parto, com índices de aproximadamente 44% aos 3 meses, que persiste por 28% aos 6 meses do puerpério.^{9,31} Este resultado é semelhante ao achado da nossa pesquisa, no qual a amostra do Grupo A apresentou tempo médio de puerpério de $3,73 \pm 3,32$, em comparação com o Grupo B que apresentou tempo médio superior de $5,23 \pm 3,15$.

Acerca dos fatores biomédicos, a via de parto é apontada como uma das condições para a manutenção da dispareunia, no entanto, apesar da grande quantidade de estudos, o tema ainda não apresenta unanimidade na literatura.^{12,22,23,31,32} Pesquisas revelam que as cesarianas eletiva ou de emergência não são superiores ao parto vaginal na preservação da função sexual, porém relata que as pacientes que deram a luz via cesariana referiram menos dor e que estavam mais satisfeitas com o sexo aos 3 meses pós-parto.^{23,31} Em nosso estudo, os resultados indicaram que o parto vaginal está provavelmente associado ao surgimento da dispareunia ($p= 0,039$) onde 66% ($n=10/15$) das participantes com dor na relação haviam sido submetidas ao parto vaginal, em comparação com o Grupo B com apenas 23% ($n=4/17$).

A despeito disso, sabe-se que a via vaginal apresenta maiores riscos para a ocorrência de traumas perineais em graus elevados, como por exemplo a avulsão parcial ou total dos músculos levantadores do ânus.^{33,34} Ademais, a episiotomia é apontada como fator de risco para lacerações perineais, havendo evidências de que as mulheres pós-parto parto vaginal espontâneo tiveram menor chance de desenvolver a dispareunia do que aquelas que foram submetidas ao parto vaginal instrumentalizado, além de uma relação sexual menos dolorosa.^{22,33} No presente estudo, o trauma perineal foi relatado por aproximadamente 10% das participantes ($n=3/32$), seja por episiotomia ou por laceração espontânea, apresentando-se como fator de alerta para o surgimento dos distúrbios sexuais.

No que se refere à paridade, algumas evidências mostram que a primiparidade tem influência negativa na função sexual pós-parto favorecendo o desenvolvimento da dispareunia e de outras disfunções, enquanto outros estudos relatam que a dor durante a relação sexual foi mais relatada em pessoas com três ou mais partos e duas ou mais cesarianas, no entanto, esse é um item pouco estudado, o que dificulta determinar a sua associação, impedindo que a literatura entre em consenso a respeito deste fator.^{12,20,33} Em nossa amostra, não houve diferença significativa entre os grupos. A maioria das participantes havia passado pelo seu segundo puerpério, apresentando média de filhos de $2,46 \pm 1,68$ para o Grupo A, e de $2,11 \pm 1,21$ para o Grupo B.

No quesito de classificação da intensidade da dor, avaliada através da EVA, foi alcançado um escore médio de $4,6 \pm 2,45$, indicando dor leve à moderada. Neste sentido, a baixa intensidade da dor associada à timidez, constrangimento e o tabu que ainda permeia o tema, podem ser motivos pelos quais as pessoas não discutem as alterações do funcionamento sexual com os profissionais de saúde.^{4,33,35,36} A literatura ainda aponta que a falta de conhecimento sobre o assunto, crenças culturais e o tempo limitado dedicado às consultas são impeditivos para a abordagem do tema.⁷

Apesar de o puerpério ser descrito como o período que se inicia logo após a expulsão do feto e que dura entre 6 e 8 semanas, representando aproximadamente o tempo fundamental para a involução uterina e retorno dos sistemas do corpo materno para o estado pré-gravídico, a reabilitação física e ajustes à nova rotina demoram um pouco mais para se regularem.^{13,37} Esses fatores podem levar ao desenvolvimento de transtornos afetivos, estabelecendo um estado de fragilidade e afligindo a saúde das mulheres. Essas desordens podem ser decorrentes de causas diretamente ligadas à gestação e parto, como ganho de peso e insatisfação corporal, ou pela redução do autocuidado devido às novas responsabilidades dessa fase, com efeitos diversos para ambas as partes: mulher e família e bebê.^{13,36,37}

Desse modo, o puerpério é uma fase de risco para desenvolver e retomar hábitos ruins de vida, tais como tabagismo, sedentarismo e má alimentação e, somados a outros fatores físicos, psicossociais e de relação interpessoais do período como fadiga, comprometimento do sono, estresse parental e necessidades do lar podem levar a um comprometimento da autoestima.^{13,38,39} As evidências sugerem que 30 a 70% das mulheres apresentam baixa autoestima após o parto e que a dispareunia é um fator adjuvante no comprometimento emocional, exacerbando auto percepções negativas e contribuindo para a baixa autoestima.³⁷ A autoestima elevada expressa a sensação de ser 'bom o suficiente', o que gera no indivíduo um sentimento de valorização e de capacidade para enfrentar desafios, sendo este um atributo importante no puerpério.^{15,16,39} Em contrapartida, a baixa autoestima é apontada como preditora de diversos problemas, como ansiedade, depressão, distúrbios de imagem corporal, rompimento nos relacionamentos conjugais e diminuição da capacidade de cuidar dos filhos.^{37,39}

Em nossa pesquisa, no quesito de avaliação da autoestima através da EAR, as participantes do Grupo A marcaram, em média, um total de 29 pontos ($29,66 \pm 4,85$), enquanto as voluntárias do Grupo B atingiram uma pontuação total de 30 ($30,23 \pm 3,89$), desse modo, os grupos não apresentaram diferença significativa entre si ($p=0,764$), transitando entre os pontos de corte de uma autoestima moderada a alta. Essa ausência de diferença entre os grupos pode ser explicada porque, no puerpério, todas as atenções estão voltadas para o bebê, fazendo com que a mulher tenha a tendência em colocar as necessidades do filho e de sua rede de apoio antes das suas próprias necessidades, desse modo, muitas participantes não pensavam sobre o tema e acabavam respondendo de modo imediato.

Em uma revisão sistemática sobre os efeitos da fisioterapia na autoestima de mulheres com dor lombo-pélvica pós-parto, incluindo a dispareunia, os autores discorrem acerca das várias alterações físicas desta fase que podem levar ao comprometimento da capacidade funcional e conseqüentemente no desempenho das atividades diárias, que afetam de maneira negativa a visão que essas mulheres têm de si mesmas, levando à diminuição do bem-estar

geral e comprometendo a autoestima. Nesse sentido, o papel da fisioterapia na autoestima tem como foco a reabilitação física, restaurando a função motora e, assim, reduzindo o impacto físico e psicológico da dor.³⁶

Em relação às limitações da pesquisa, o desenho transversal do nosso estudo impossibilitou estabelecer uma relação causal entre a exposição e desfecho. Também tivemos limitações quanto aos fatores de amamentação e métodos contraceptivos que podem interferir diretamente para o surgimento e percepção da dispareunia. Além disso, o estudo foi realizado durante a pandemia de COVID-19, o que causou uma dificuldade de acesso e absenteísmo nos atendimentos ambulatoriais e, apesar das buscas ativas por telefone e aplicativos de mensagens, o tamanho da amostra foi reduzido, impactando na análise dos resultados. Por fim, a vergonha em tratar da sexualidade ainda faz com que as pacientes recusem participar da pesquisa.

No entanto, esses achados têm implicações clínicas importantes e contribuem com a literatura acerca das determinantes biopsicossociais que estão associadas à dor pós-parto na relação sexual. Por isso, incentivamos mais pesquisas sobre esse tema, com o objetivo de conscientizar os profissionais de saúde que acompanham esse público sobre a multidimensionalidade dos fatores que podem interferir na função sexual feminina, buscando estratégias de prevenção e promoção em saúde, incentivando o conhecimento, autonomia e melhor qualidade de vida.

Portanto, também mostra-se necessária a criação de políticas públicas com ações prioritárias voltadas a essa população de modo que no puerpério a nova mãe também deve estar no centro do cuidado. Desse modo, o cuidado precisa acontecer de forma plena levando em consideração o ser biopsicossocial e contando não só com a cooperação entre os profissionais de saúde, como também com a garantia ao direito à um ciclo gravídico puerperal seguro, tanto para o bebê quanto para a mãe, afirmados através de políticas de maternidade.

Conclusão

Não foi possível determinar a associação entre a dispareunia e o seu impacto na autoestima das mulheres, contudo, os nossos achados indicam que a via de parto é um fator para novos casos de dispareunia. Ainda destacamos que a função sexual continua sendo negligenciada durante o puerpério e ressaltamos a importância da promoção do conhecimento sobre o tema desde o pré-natal, preparando-as para as mudanças que essa fase pode acarretar.

Conflitos De Interesse

Os autores declaram não haver potenciais conflitos de interesse seja ele de cunho direto ou indireto no desenvolvimento da pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

Agradecimentos

Agradecemos às voluntárias que se dispuseram em participar desta pesquisa, à equipe multiprofissional do Ambulatório de Planejamento Familiar e ao Hospital das Clínicas da UFPE pelo acolhimento e incentivo durante o desenvolvimento do estudo.

Financiamento

O financiamento do estudo foi fornecido pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco.

Referências

1. World Health Organization. (2015). Sexual health, human rights and the law. World Health Organization.
2. Holanda, Juliana Bento de Lima et al. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2014, v. 27, n. 6 [Accessed 10 November 2022], pp. 573-578. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>.
3. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Clin Biomed Res* [Internet]. 26º de janeiro de 2013 [citado 10º de novembro de 2022];32(4). Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/32388>
4. Lima, Adriani Castro de, Dotto, Leila Maria Geromel and Mamede, Marli Villela Prevalence of sexual dysfunction in primigravidae in Rio Branco, Acre State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2013, v. 29, n. 8 [Accessed 10 November 2022], pp. 1544-1554. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164012>>. Epub 04 Apr 2013. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164012>.
5. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004 Apr;16(2):160-6. doi: 10.1038/sj.ijir.3901198. PMID: 14961047.
6. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2009 Sep-Oct;55(5):563-8. doi: 10.1590/s0104-42302009000500020. PMID: 19918657.
7. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med*. 2015 Jun;12(6):1415-26. doi: 10.1111/jsm.12901. Epub 2015 May 11. PMID: 25963126.
8. Rogers R, Thakar R, Petri E, Fatton B, Pauls RN, Morin M, Lee J, Kuhn A, Whitmore K. International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for the Sexual Health in Women with Pelvic Floor Dysfunction. *Int Urogynecol J*,2018; *Neurourol Urodyn*,2018
9. Troncon JK, Pandochi HA da S, Lara LA. ABORDAGEM DA DOR GÊNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO. *Rev. Bras. Sex. Hum.* [Internet]. 7º de novembro de 2018 [citado 10º de novembro de 2022];28(2):69-74. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/25
10. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, Rellini AH, Seagraves T. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010 Apr;7(4 Pt 2):1598-607. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x. PMID: 20388160.
11. Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. *Am Fam Physician*. 2021 May 15;103(10):597-604. PMID: 33983001.

12. Hoz Franklin J, Espitia-De La. Prevalence and characterization of factors associated with dyspareunia in women with a history of vaginal delivery or cesarean section. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Nov 10]; 86(5): 435-443. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500435&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000024>.
13. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health.* 2013 Nov-Dec;58(6):613-21. doi: 10.1111/jmwh.12139. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24320095.
14. Rosenberg, M. (2015). p. 5. *Society and the adolescent self-image.* Princeton university press.
15. Serra, A. V. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psicologica*, 1, 127-141.
16. Hutz Claudio Simon, Zanon Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Aval. psicol.* [Internet]. 2011 Abr [citado 2022 Nov 10]; 10(1): 41-49. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt.
17. Maçola L, do Vale IN, Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg [Assessment of self-esteem in pregnant women using Rosenberg's Self-Esteem Scale]. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 Sep;44(3):570-7. Portuguese. doi: 10.1590/s0080-62342010000300004. PMID: 20964030.
18. Nery, N. G., Ribeiro, P. M., de Carvalho Vilela, S., Nogueira, D. A., Leite, E. P. R. C., & de Souza Terra, F. (2021). Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 729-743 DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-063>
19. Lara LA, Rosa e Silva AC, Romão AP, Junqueira FR. Abordagem das disfunções sexuais femininas [The assessment and management of female sexual dysfunction]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 Jun;30(6):312-21. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-72032008000600008. PMID: 19142510.
20. Rosen NO, Pukall C. Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev.* 2016 Apr;4(2):126-135. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.12.003. Epub 2016 Jan 11. PMID: 27872022.
21. Alp Yilmaz F, Avci D, Arzu Aba Y, Ozdilek R, Dutucu N. Sexual Dysfunction in Postpartum Turkish Women: It's Relationship with Depression and Some Risk Factors. *Afr J Reprod Health.* 2018 Dec;22(4):54-63. doi: 10.29063/ajrh2018/v22i4.6. PMID: 30632722.
22. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 May 31;18(1):196. doi: 10.1186/s12884-018-1838-6. PMID: 29855357; PMCID: PMC5984394.
23. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Verit FF, Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017 Apr;295(4):907-916. doi: 10.1007/s00404-017-4299-7. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28168656.
24. Rossi MA, Maxwell JA, Rosen NO. Biased Partner Perceptions of Women's Pain Self-Efficacy in Postpartum Pain During Intercourse: A Dyadic Longitudinal

- Examination. *J Pain*. 2020 Sep-Oct;21(9-10):1047-1059. doi: 10.1016/j.jpain.2020.01.006. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32006700.
25. Bień, A., Rzońca, E., Iwanowicz-Palus, G., & Lenkiewicz, E. (2016). Factors affecting sexual activity of women after childbirth. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 184, 58-66.
 26. Alligood-Percoco NR, Kjerulff KH, Repke JT. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstet Gynecol*. 2016 Sep;128(3):512-518. doi: 10.1097/AOG.0000000000001590. PMID: 27500349; PMCID: PMC4993626.
 27. Rosen NO, Pukall C. Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev*. 2016 Apr;4(2):126-135. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.12.003. Epub 2016 Jan 11. PMID: 27872022.
 28. Ferreira, Ana Laura Carneiro Gomes, Souza, Ariani Impieri de e Amorim, Melania Maria Ramos de Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2007, v. 7, n. 2 [Acessado 10 Novembro 2022] , pp. 143-150. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004>>. Epub 29 Jun 2007. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004>.
 29. Prado, Daniela Siqueira, Mota, Vanessa Paula Lins Porto and Lima, Tatiana Isabel Azevedo Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2010, v. 32, n. 3 [Accessed 10 November 2022] , pp. 139-143. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007>>. Epub 18 May 2010. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007>.
 30. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women. *Malays J Med Sci*. 2017 Mar;24(1):94-103. doi: 10.21315/mjms2017.24.1.10. Epub 2017 Feb 24. PMID: 28381932; PMCID: PMC5346007.
 31. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015 Apr;122(5):672-9. doi: 10.1111/1471-0528.13263. Epub 2015 Jan 21. PMID: 25605464.
 32. de Moura TR, Carneiro Nunes EF, Latorre GF sutter, Maldonado Vargas M. Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Méd.* [Internet]. 1º de março de 2019 [citado 10º de novembro de 2022];27(3):157-65. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/4283>
 33. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017 Jun;22(3):200-206. doi: 10.1080/13625187.2017.1315938. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28447919.
 34. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract*. 2018 Jan-Feb;47(1-2):35-38. doi: 10.31128/AFP-09-17-4333. PMID: 29429318.
 35. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 1):136-42. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x. Epub 2009 Oct 20. PMID: 19845548.
 36. Crockett KL, Bowen A, Madill SJ, Kumaran M, Epp C, Graham AM. A Review of the Effects of Physical Therapy on Self-Esteem in Postpartum Women With Lumbopelvic Dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 Oct;41(10):1485-1496. doi: 10.1016/j.jogc.2018.07.015. Epub 2018 Nov 7. PMID: 30414805.

37. Han JW, Kim DJ. Longitudinal Relationship Study of Depression and Self-Esteem in Postnatal Korean Women Using Autoregressive Cross-Lagged Modeling. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 25;17(10):3743. doi: 10.3390/ijerph17103743. PMID: 32466278; PMCID: PMC7277650.
38. Franck E, Vanderhasselt MA, Goubert L, Loeys T, Temmerman M, De Raedt R. The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016 Mar;50:15-22. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.04.010. Epub 2015 May 1. PMID: 25985253.
39. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2013 Jan;139(1):213-240. doi: 10.1037/a0028931. Epub 2012 Jun 25. PMID: 22730921.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **EFEITO DA ELETROESTIMULAÇÃO PERINEAL NA DISPAREUNIA PUERPERAL EM MULHERES ADOLESCENTES E ADULTAS: UM ENSAIO CLÍNICO ANINHADO À COORTE**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Marcelo Renato Guerino, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901. Telefone do pesquisador: (81) 9 xxxx-xxxx (inclusive ligações a cobrar) e e-mail para contato: xxxxxxxxxxxxxxxx@hotmail.com.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Ana Lígia Vieira Fontes Telefones para contato: (81) 9 xxxx-xxxx e Grazielle Maria da Silveira Telefone para contato (81) 9 xxxx-xxxx e está sob a orientação de: Marcelo Renato Guerino Telefone: (81) 9 xxxx-xxxx e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxx@hotmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos foram dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa consiste em uma avaliação dos efeitos da eletroestimulação perineal em mulheres com dispareunia. Essa alteração sexual é caracterizada pela presença de dor genital antes, durante ou após a relação sexual. Tem como objetivo descrever a prevalência da dispareunia no pós-parto, desconhecida em nossa região, e desenvolver protocolos de tratamento através da estimulação elétrica contribuindo para uma melhor abordagem dos profissionais de saúde nessa fase da vida sexual feminina. Para participar, você deve estar no período de até 12 meses pós parto. Serão aplicados questionários e entrevistas semiestruturadas, presencialmente, de forma individual para obter dados necessários para o estudo. Em seguida será feito um acompanhamento a cada dois meses, por ligação ou aplicativo de WhatsApp, com a aplicação de questionários online ou através de ligação, para acompanhar a evolução das queixas faladas na entrevista inicial, essa etapa tem duração total de seis meses. A segunda etapa será feita uma seleção das mulheres que se enquadram no estudo com o objetivo de avaliar os músculos da região pélvica e dividi-las em dois grupos, um grupo receberá exercícios e o outro receberá eletroterapia (corrente utilizada em tratamento de fisioterapia) para a musculatura da região pélvica (púbis, abaixo do quadril). Nesta etapa o tratamento será realizado em 10 sessões, ao final do tratamento as pacientes serão reavaliadas para verificar a eficiência do tratamento.

- **RISCOS:** Os riscos que o presente estudo pode oferecer aos seus participantes durante a utilização dos métodos descritos anteriormente são: constrangimento e desconforto ao responder as perguntas. Com o objetivo de minimizar esses riscos, serão realizadas orientações para tirar as dúvidas sobre cada etapa, reforçando o sigilo das informações dadas e liberdade para se recusar em responder as perguntas, em qualquer momento da coleta, além da autonomia de se recusar a participar do estudo em qualquer etapa. Já a eletroterapia envolve riscos relacionados ao uso das correntes elétricas tais como desconforto, irritações cutâneas no local de contato com os eletrodos, queimaduras de primeiro grau. Para minimizar esses riscos serão tomados cuidados como limpeza adequada da pele, fixação correta dos eletrodos, orientação de limpeza de pele após o uso dos eletrodos e serão seguidos os procedimentos de segurança ao aplicar e remover o TENS (corrente utilizada em tratamento de fisioterapia) para minimizar os riscos de choque elétrico. Além disso, será respeitado o limite confortável de intensidade de cada paciente. Os efeitos colaterais da eletroestimulação transvaginal não são comuns, ainda mais com um tempo curto, podendo se destacar dor, irritação vaginal e infecção urinária. Caso algum desses desconfortos apareçam, o tratamento será interrompido imediatamente e as voluntárias encaminhadas ao atendimento médico apropriado no HC.
- **BENEFÍCIOS diretos/indiretos para as voluntárias:** Os benefícios que o estudo pode proporcionar no desenvolvimento do tratamento de pacientes com dispareunia pós-parto são: melhorar a qualidade de vida sexual da paciente, eliminar ou diminuir possíveis problemas que ameacem a integridade emocional das mulheres no pós-parto que sofrem de dispareunia, contribuir com a comunidade científica com um melhor conhecimento sobre a abordagem da relação dispareunia e puerpério, além de possíveis publicações científicas.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, tais como entrevistas e imagens, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Marcelo Renato Guerino, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte. Também, cópias de todos os resultados dos exames complementares realizados nesta pesquisa poderão ser solicitadas ao pesquisador.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cepcufpe@gmail.com).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **EFEITO DA ELETROESTIMULAÇÃO PERINEAL NA DISPAREUNIA PUERPERAL EM MULHERES ADOLESCENTES E ADULTAS: UM ENSAIO CLÍNICO ANINHADO À COORTE** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Local e data

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

OBS: A folha com as assinaturas não pode estar em folha separada do texto do TCLE.

Apêndice B: Questionário Sociodemográfico

1. Nome completo: _____
2. Endereço: _____
3. Contato (cel): _____ Idade: _____
4. Raça: () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Branca
5. Estado Civil: () Casada () União estável () Solteira
6. Nível Educacional:
 - () Analfabeto
 - () Fundamental incompleto
 - () Fundamental completo
 - () Médio incompleto
 - () Médio completo
 - () Técnico
 - () Superior incompleto
 - () Superior completo
7. Renda familiar mensal:
 - () Sem renda
 - () Até 1 salário mínimo
 - () 2 salários mínimo – 5 salários mínimo
 - () 6 salários mínimo – 10 salários mínimo
8. Profissão
 - () Empregada
 - () Autônoma
 - () Trabalho informal
 - () Desempregada
9. N° de gestações: _____
10. Tempo de puerpério? _____
11. N° de filhos: _____
12. Problemas associados: _____
13. Usuária de drogas lícitas: () Alcoolismo () Tabagismo
14. Usuária de drogas ilícitas: () Sim () Não
15. Faz uso de medicação (ões) contínuas: () Sim () Não
16. Ganho de peso durante a gestação: _____
17. Sedentarismo durante e após a gestação: () Sim () Não
18. Fez o Pré-Natal? () Sim () Não
19. Local do pré-natal: Serviço público () Privado ()
20. Via de parto final: Vaginal () Fórceps () Cesariana ()
21. Presença de episiotomia: () Sim () Não
22. Problemas no parto? _____
23. Qual o seu método contraceptivo? _____

ANEXOS

Anexo A - Questionário de auto estima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente