


Saúde sexual de mulheres seis meses após um evento de morbidade materna grave*

Lisiane Camargo Alves^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-9757-8313>


Jessica Ribeiro Costa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3688-0201>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1540-0659>

Objetivo: investigar a função sexual feminina em mulheres seis meses pós-parto e comparar a função sexual entre mulheres que tiveram e que não tiveram morbidade materna grave (MMG). **Método:** estudo transversal, com 110 mulheres no período pós-parto, com e sem MMG. Foram utilizados dois instrumentos, um para caracterização das variáveis sociodemográficas e obstétricas e o Female Sexual Function Index (FSFI) para a função sexual. Foram realizadas análises univariada, bivariada e modelo de regressão. **Resultados:** os escores do FSFI mostraram 44,5% de disfunção sexual feminina, sendo 48,7% entre as mulheres que tiveram MMG e 42,0% entre as que não tiveram. Houve diferenças significativas entre idade ($P=0,013$) e duração da gravidez ($P<0,001$) entre as mulheres com ou sem MMG. Dentre os casos de MMG, os distúrbios hipertensivos foram os mais frequentes (83%). Obteve-se associação entre alguns domínios do FSFI e as variáveis: orgasmo e cor autorreferida, satisfação e tempo de relacionamento, e dor e MMG. **Conclusão:** mulheres brancas têm maior dificuldade de atingir orgasmo quando comparadas com mulheres não-brancas e mulheres com mais de 120 meses de relacionamento sentem-se mais insatisfeitas com a saúde sexual do que mulheres com menor tempo de relacionamento. Mulheres que tiveram algum tipo de MMG apresentam mais dispareunia quando comparadas com mulheres que não tiveram MMG.





Descritores: Morbidade; Sexualidade; Complicações na Gravidez; Gravidez; Período Pós-Parto; Enfermagem.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade materna grave", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Alves LC, Costa JR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Women's sexual health six months after a severe maternal morbidity event. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3293. [Access   ]; Available in:  .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3500.3293>. URL

Introdução

A Morbidade Materna Grave (MMG) caracteriza-se como um evento de morbidade severa em mulheres durante a gestação, parto ou 42 dias pós-parto. Classificada como uma condição potencial de ameaça à vida, ela é definida por alguns critérios específicos, como distúrbios hemorrágicos; distúrbios hipertensivos; outras doenças sistêmicas como, por exemplo, endometrite, edema pulmonar; e alguns indicadores de gravidade como transfusão sanguínea e admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽¹⁾.

A MMG é atualmente um indicador de desenvolvimento e, por ser mais prevalente que a mortalidade materna, o seu monitoramento é uma estratégia para a prevenção e combate à mortalidade materna⁽²⁾. De comportamento similar à razão de mortalidade materna, a MMG é mais alta nos países de baixa e média renda quando comparada aos países de alta renda⁽³⁾. No entanto, a magnitude da MMG é desconhecida; estima-se que sua ocorrência esteja aumentando ao longo dos anos e que haja de 20 a 30 eventos de MMG para cada óbito materno⁽⁴⁾. Esses eventos, agudos ou crônicos, acarretam sequelas que podem comprometer as atividades de vida prévias à complicação obstétrica. Dado recente estima 27 milhões de episódios de MMG anualmente no mundo todo⁽⁵⁾.

Os resultados de pesquisas que utilizaram os critérios estabelecidos pela OMS apontam a África como o continente com maior prevalência mundial de MMG⁽⁵⁾, cuja razão varia de 8/1000 nascidos vivos (nv) em Rwanda⁽⁶⁾ a 88.6/1000nv na Somália⁽⁷⁾. Na Ásia, a MMG varia de 3.8/1000nv no Nepal⁽⁸⁾ a 120/1000nv na Índia⁽⁹⁾. A América Latina e o Caribe apresentam os dados mais discrepantes do cenário mundial, sendo a menor taxa de MMG na Argentina 2,62/1000nv e a maior no Peru com 34,92/1000nv⁽¹⁰⁾. O Brasil está em posição mediana, com prevalência de 10,21/1000nv⁽¹¹⁾. Nos países desenvolvidos, os estudos encontrados variam em método e definição utilizada; no entanto, estes detêm os menores dados mundiais, variando de 3/1000nv na Irlanda a 7.3/1000nv nos Estados Unidos⁽⁵⁾.

Apesar de vários estudos terem sido desenvolvidos sobre como a MMG afeta a qualidade de vida das mulheres⁽¹⁰⁾, encontramos poucos estudos em nossa busca sobre as consequências da MMG sobre a saúde sexual das mulheres sobreviventes⁽¹²⁻¹³⁾.

Um estudo realizado na Ásia com mulheres que tiveram MMG mostrou que a maioria das mulheres apresentava dificuldade em ter orgasmos e tinham relatos de dor nas relações sexuais⁽¹⁴⁾. Outro estudo, realizado na África, encontrou uma prevalência de

dispareunia entre mulheres expostas ou não à MMG; porém, não houve diferenças significativas⁽¹³⁾. Tomando por base as consequências a longo prazo da MMG na saúde da mulher, questiona-se neste artigo se mulheres que tiveram MMG apresentam mais queixas somáticas relacionadas à função sexual do que as mulheres que não tiveram um episódio de MMG.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com delineamento transversal, conduzido com 110 mulheres, recrutadas concomitantemente em dois serviços de saúde: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (CRSMRP-MATER) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP). Posteriormente foram realizadas visitas no domicílio das participantes para a coleta dos dados.

Ribeirão Preto é sede do 13º Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) do Estado de São Paulo, referência regional em saúde para 26 municípios, abrangendo população estimada de 1.300.000 habitantes. Nesse contexto, o CRSMRP-MATER é referência regional para os casos ginecológicos e obstétricos de média complexidade e realiza cerca de um terço dos partos de risco habitual e médio risco do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta instituição, foram recrutadas as participantes que não sofreram agravos durante a gestação, parto ou pós-parto imediato. O HCFMRP/USP é um hospital de nível terciário de atenção, centro de referência regional para a saúde, atende os municípios da DRS XIII, de outros departamentos de saúde e de outros estados do Brasil. Nesta instituição, foram recrutadas as participantes que tiveram um episódio de MMG.

A população de referência foi constituída por mulheres no período pós-parto imediato, admitidas nas enfermarias de alojamento conjunto de ambos os serviços de saúde. As participantes foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão: mulheres pós-parto em processo de alta hospitalar, maiores de 18 anos, residentes em Ribeirão Preto ou municípios com até 60 quilômetros de distância. Este último critério de inclusão foi estabelecido pela necessidade de restrição orçamentária da pesquisa para viagens mais longas do que 60 quilômetros. No caso das mulheres recrutadas no HCFMRP/USP foram incluídas aquelas que atenderam aos critérios de MMG estabelecidos neste estudo, os quais seguiram a classificação da OMS. Os critérios de exclusão foram: mulheres usuárias de drogas ou outras substâncias psicoativas, com histórico de doença psiquiátrica ou doenças crônicas, como câncer,

diabetes e doenças neurológicas, pois esses fatores interferem negativamente em uma ou mais fases da resposta sexual⁽¹⁵⁾.

Uma amostra probabilística aleatória simples foi calculada com base na prevalência de MMG no HCFMRP/USP do ano anterior ao da coleta dos dados. Considerou-se erro amostral tolerável de 5%, nível de confiança de 95%, perda prevista de 10% para as mulheres que tiveram MMG e as que não tiveram MMG. O cálculo amostral indicou a necessidade de 231 participantes, sendo 77 recrutadas no HCFMRP/USP e 154 no CRSM-MATER.

O recrutamento das participantes se deu a partir de idas diárias, em dias úteis, às unidades de alojamento conjunto do HCFMRP/USP às 13 h e do CRSM-MATER a partir das 16 h. Por meio da consulta ao censo hospitalar de enfermagem, as mulheres que estavam em alta para casa eram identificadas e mediante os critérios estabelecidos eram convidadas a participar da pesquisa. Todas foram esclarecidas sobre a entrevista que ocorreria em seu domicílio 180 dias após a alta hospitalar, sobre a coleta de dados no prontuário e outros aspectos da pesquisa. Após terem ciência da pesquisa e dos aspectos éticos, as mulheres que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste momento, ocorria a coleta de dados do prontuário. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2015 a agosto de 2017.

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos estruturados. O primeiro instrumento contemplou a busca dos dados de identificação, as características sociodemográficas, obstétricas, neonatais e de MMG no caso das mulheres recrutadas no HCFMRP/USP. Este instrumento foi utilizado tanto na coleta de dados do prontuário (dados da MMG, variáveis obstétricas e neonatais) quanto na entrevista (dados sociodemográficos e ginecológicos). O segundo instrumento de coleta de dados foi o Female Sexual Function Index (FSFI), questionário que avalia a saúde sexual feminina, aplicado na entrevista domiciliar, 180 dias após a alta. Este instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos, validado e adaptado para o Brasil⁽¹⁶⁾. O questionário contém 19 questões, que avaliam a atividade sexual nas últimas quatro semanas, divididas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, onde cada um tem um escore e a pontuação total refere-se à soma dos escores multiplicados pelo seu respectivo fator. Se o valor total for menor ou igual a 26,55, indica que a participante tem algum tipo de disfunção sexual⁽¹⁶⁾.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, com dupla digitação para validar os dados digitados e garantir confiabilidade na compilação. Para verificar a associação entre as variáveis, foram utilizados os testes *Mann-*

Whitney e *Exato de Fisher*. Em todos os testes, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. Para avaliar a adequação da variável resposta selecionada, foi aplicado sobre os resíduos do ajuste o teste de Normalidade de Shapiro-Wilk. As análises dos dados foram realizadas através do programa R versão 3.4.3, gratuito, com adoção do nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde com protocolo CAAE: n.º 37254814.7.0000.5393.

Os critérios para a caracterização da MMG foram: distúrbios hemorrágicos (descolamento prematuro da placenta, placenta acreta/increta/percreta, gravidez ectópica, hemorragia anteparto e ou pós-parto, ruptura uterina, aborto com hemorragia grave); distúrbios hipertensivos (pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hipertensão grave, encefalopatia hipertensiva, HELLP síndrome); outras doenças sistêmicas (endometrite, edema pulmonar, insuficiência respiratória, convulsões, sepse, trombocitopenia < 100.000 , crise de tireóide); indicadores de gestão de gravidade (transfusão de sangue, acesso venoso central, histerectomia, admissão na UTI, internação prolongada [> 7 dias pós-parto], intubação não relacionada ao procedimento anestésico, retorno à sala de cirurgia, grandes intervenções cirúrgicas)(1).

Resultados

Das 110 mulheres que participaram do estudo, 41 tiveram MMG e 69 não apresentaram agravos durante o ciclo grávido-puerperal. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e a história reprodutiva das mulheres com e sem MMG.

Dentre as características sociodemográficas, houve diferença estatística apenas entre a idade das mulheres com média de 30,0 anos DP 5,5 versus média de 27,1 anos DP 5,2; $P = 0,013$. Quanto aos aspectos obstétricos, a média de gestações foi de 2,4 com desvio-padrão de 1,5 para as mulheres que tiveram MMG e 1,4 para as que não tiveram, e mediana de 2,0 gestações. Todas as participantes fizeram acompanhamento pré-natal e atenderam às recomendações do Ministério da Saúde de um mínimo de seis consultas. Com relação ao tipo de parto, 58,6% das mulheres com MMG foram submetidas à cesariana e 60,4% das mulheres que não tiveram MMG tiveram parto normal. Mulheres que tiveram MMG foram mais propensas a terem partos pré-termos (63,4% vs 92,8%; $P < 0,001$).

Dentre os casos de MMG, os distúrbios hipertensivos foram os mais frequentes (83%), sendo hipertensão grave e pré-eclâmpsia grave os diagnósticos mais incidentes (Tabela 2).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e história reprodutiva das participantes com e sem MMG*

Variáveis	MMG* (n=41)		Sem MMG* (n=69)		P valor*
	Média (DP†)	n (%)	Média (DP†)	n (%)	
Características sociodemográficas					
Idade (anos)	30,0 (5,5)		27,1 (5,2)		0,013
Renda familiar (mês)					0,169
≤ 1 salário mínimo [§]		12 (29,3)		19 (27,5)	
2-3 salários mínimos [§]		19 (46,4)		30 (43,5)	
≥ 4 salários mínimos [§]		8 (19,5)		4 (5,8)	
Não sabe		2 (4,8)		16 (23,2)	
Cor autorreferida					0,175
Branca		19 (46,3)		23 (33,3)	
Não branca		22 (53,7)		46 (66,7)	
Escolaridade (anos)	9,5 (2,8)			9,7 (2,3)	
1 - 8		12 (29,3)		19 (27,5)	
9 - 11		26 (63,4)		46 (66,6)	
≥12		3 (7,3)		4 (5,8)	
Ocupação					
Desempregada		12 (29,3)		15 (21,7)	
Do lar		12 (29,3)		37 (53,6)	
Trabalho remunerado		17 (41,5)		17 (24,6)	
História reprodutiva					
Gestações	2,4 (1,5)		2,4 (1,4)		0,763
Primiparidade		13 (31,7)		20 (28,9)	
Multiparidade		28 (68,3)		49 (71,1)	
Tempo de gestação					
Termo (≥ 37 s)		26 (63,4)		64 (92,8)	<0,001
Pretermo (< 37s)		15 (36,6)		5 (7,2)	
Tipo de parto					0,076
Vaginal		17 (41,4)		42 (60,9)	
Cesárea		24 (58,6)		27 (39,1)	
Uso MAC [‡] (último ano)					
Sim		29 (97,6)		69 (100)	
Não		12 (2,4)		-	

*MMG = Morbidade materna grave; †Desvio padrão; ‡Teste Exato de Fisher; §salário-mínimo 2016 = R\$ 880,00; †Método contraceptivo

Tabela 2 - Distribuição da MMG* dentre as participantes do estudo

Tipo de MMG*	Frequência	Porcentagem
Distúrbios hemorrágicos	3	7,3
Descolamento prematuro da placenta	2	66,7
Hemorragia anteparto	1	33,3
Distúrbios hipertensivos	34	83,0
Pré-eclâmpsia grave	13	38,2
Eclâmpsia	2	5,9
Hipertensão grave	16	47,1
Síndrome HELLP [†]	3	8,8
Doenças sistêmicas	4	9,7
Convulsões	2	50,0
Complicações da tireóide	2	50,0

*MMG = Morbidade materna grave; †HELLP = Hemolysis elevated liver enzymes low platelet count

A Tabela 3 mostra a comparação de cada domínio e o escore total do FSFI entre as mulheres com e sem MMG.

Tabela 3 - Comparação dos domínios e escores da função sexual, segundo a FSFI entre mulheres com e sem MMG*

Função sexual	MMG (n= 41)	Sem MMG (n=69)	P valor
	Média (DP†)	Média (DP†)	
Desejo	3,32 (1,48)	3,88 (1,18)	0,051
Excitação	3,65 (1,41)	3,99 (1,16)	0,273
Lubrificação	4,47 (1,54)	4,95 (1,33)	0,100
Orgasmo	4,24 (1,65)	4,28 (1,44)	0,921
Satisfação	4,48 (1,44)	4,99 (1,00)	0,131
Dor	4,84 (1,63)	4,81 (1,35)	0,161
Total	25,03 (6,91)	26,93 (6,03)	0,243

*MMG = Morbidade materna grave; †DP = Desvio padrão; ‡p valor = Teste Mann-Whitney

A prevalência de disfunção sexual feminina foi de 44,5% (pontuação ≤ 26,55 no FSFI), sendo 48,7% entre as mulheres que tiveram MMG e 42,0% entre as que não tiveram MMG.

A partir da análise dos dados das participantes deste estudo, não foi encontrada associação entre ocorrência de disfunção sexual feminina e MMG.

Quando da análise dos domínios que compõe a FSFI, houve associação entre a presença de MMG e dor na relação sexual, independente da idade, tempo de relacionamento, renda, cor autorreferida, paridade e tipo de parto (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre os domínios orgasmo, satisfação e dor na relação sexual e as variáveis cor autorreferida, tempo de relacionamento e MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada

Variáveis	Orgasmo		
	Média	P valor	IC* 95,0%
Cor autorreferida			
Branca	0,5942	0,01	0,5095-0,6737
Não branca	0,7020		0,5390-0,8259
Satisfação			
Tempo de relacionamento			
≥ 120 meses	0,5934	0,03	0,6188-0,7768
< 60 meses	0,7039		0,3899-0,7692
Dor na relação sexual			
MMG [†]	0,6665	0,002	0,4995-0,8000
Sem MMG [†]	0,7973		0,5607-0,9238

*IC = Intervalo de Confiança; †MMG = Morbidade materna grave

As mulheres que se referiram não brancas apresentaram melhor desempenho na resposta sexual no domínio orgasmo da FSFI do que as mulheres que se referiram brancas ($P=0,01$). As mulheres com mais de 120 meses de relacionamento sentiam-se mais insatisfeitas com a sua sexualidade do que as mulheres com tempo de relacionamento de até 60 meses ($P=0,03$). As mulheres que tiveram MMG referiram mais dor na relação sexual do que as mulheres que não tiveram MMG ($P=0,002$).

Discussão

Neste estudo, houve diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis idade ($P=0,013$) e duração da gravidez ($P<0,001$) entre as mulheres com ou sem MMG. No entanto, para além dessas duas variáveis, a caracterização dessas mulheres demonstra similaridades com vários estudos em nosso país e no exterior. Esses dados estão de acordo com um estudo realizado no estado de Sergipe⁽¹⁷⁾, onde os autores encontraram a ocorrência de MMG entre mulheres com mais de 35 anos ($p=0,038$) ao compararem com mulheres mais jovens com MMG. Também corroboram esse resultado um estudo realizado na Ásia⁽¹⁴⁾, cujas mulheres que tiveram MMG eram significativamente mais velhas do que as mulheres que não tiveram MMG (31,6 anos $dp= 6,26$) *versus* (29,2 anos $dp= 5,65$) $P<0,001$. A morbidade materna grave coloca em risco não apenas a vida da mulher, mas do feto/recém-nascido, quando da ocorrência da prematuridade e de suas consequências⁽³⁾. Em nosso estudo, o parto pré-termo esteve associado com a MMG, assim como estudos desenvolvidos na Finlândia⁽¹⁸⁾ e no Brasil⁽¹⁹⁾.

Dentre os casos de MMG, os distúrbios hipertensivos foram os mais frequentes no presente estudo, caracterizados pela hipertensão grave e pré-eclâmpsia grave. Um estudo de revisão sobre as mulheres com crises hipertensivas na gravidez mostrou que a hipertensão é uma das complicações que mais aparece na prática clínica, estando em primeiro lugar entre as causas de óbitos maternos. A hipertensão arterial complica de 7 a 10% de todas as gestações, evidenciando a necessidade de estratégias e intervenções no sentido de prevenção e qualificação do sistema de saúde, onde as gestantes necessitam de um cuidado de pré-natal distinto, com uma avaliação mais criteriosa, exames específicos e ações que visam à redução da mortalidade e morbidade materna grave⁽²⁰⁾. Diante dos resultados do presente estudo, evidenciou-se que dentre os distúrbios hipertensivos, 39% das mulheres apresentaram hipertensão grave e 43,9% foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e Síndrome HELLP,

doenças estas que podem ser prevenidas através da sensibilização das gestantes e dos profissionais quanto à importância de um pré-natal bem realizado.

No que diz respeito à função sexual feminina, o presente estudo demonstrou que 44,5% das mulheres apresentaram disfunção sexual. Embora este estudo não tenha obtido associação significativa entre a MMG e disfunção sexual, a média do escore obtido pelo FSFI caracterizou disfunção sexual entre mulheres com MMG. Um estudo realizado em Campinas-SP comparou esses dois grupos de mulheres, utilizando o FSFI, e não encontrou associação entre os grupos; porém, o escore obtido indicou disfunção tanto no grupo das mulheres com morbidade quanto no grupo controle⁽¹³⁾.

A partir da análise de regressão Beta Inflacionada, o presente estudo encontrou associação significativa entre alguns domínios do FSFI e algumas variáveis das mulheres: orgasmo e cor autorreferida, satisfação e tempo de relacionamento, e dor e MMG, corroborando os dados de um estudo que encontrou associação entre a disfunção sexual e cor, demonstrando que as mulheres não-brancas têm maior facilidade de atingir o orgasmo quando comparadas com mulheres brancas⁽¹²⁾. No que se refere à dispareunia, nosso estudo encontrou que mulheres que sofreram algum tipo de agravo na gestação, parto ou pós-parto, apresentaram maiores índices relacionados à dor na relação sexual quando comparadas com mulheres que passaram por uma gestação sem nenhum tipo de agravo. Esse resultado está de acordo com uma pesquisa realizada em Campinas, a qual revelou que a morbidade materna está diretamente associada a uma maior frequência de dispareunia após o parto⁽¹⁵⁾.

Quanto às limitações deste estudo, considera-se que por ser um estudo do tipo transversal, uma limitação característica é o fato dos dados serem coletados em apenas um momento da vida dessas mulheres. Dessa forma, não há como afirmar que as mulheres que tiveram pontuação menor do que 26,55 já não tinham anteriormente algum tipo de disfunção sexual. Em um estudo prospectivo de coorte, os dados seriam coletados em vários momentos e haveria um seguimento da vida sexual dessas mulheres. Nesse contexto, ressalta-se a importância da abordagem do tema, pela enfermeira, nas consultas de rotina das mulheres. Deve-se levar em consideração que a sexualidade ainda é um assunto cuja abordagem gera desconforto. Nesse sentido, apesar de terem sua privacidade preservada, muitas mulheres podem ter se sentido acanhadas no momento da entrevista, o que pode ter interferido nos resultados. Outra limitação reside no fato do instrumento utilizado ter sido projetado para ser aplicado em mulheres sem nenhum tipo de agravo à saúde. Até onde sabemos,

não existe na literatura um instrumento específico para avaliar a saúde sexual de mulheres que tiveram um evento de morbidade materna grave.

Conclusão

Nosso estudo mostrou que mulheres da cor branca têm maior dificuldade de atingir o orgasmo quando comparadas com mulheres não-brancas e que mulheres com mais de 120 meses de relacionamento sentem-se mais insatisfeitas com a saúde sexual do que mulheres com menor tempo de relacionamento.

Não obstante, mulheres que tiveram algum tipo de MMG apresentam mais dispareunia quando comparadas com mulheres que não tiveram nenhum tipo de agravo na gestação, parto ou pós-parto.

Compreendemos que esses achados mostram que a saúde sexual das mulheres deve ser melhor avaliada nas consultas de rotina e que a MMG pode ter influência na resposta sexual após o parto. Dessa forma, esperamos que nossos resultados estimulem novos estudos com vistas a uma melhor abordagem da saúde sexual feminina e à prevenção de agravos na gestação, parto ou pós-parto.

Referências

- World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. [Internet]. [cited Jul 16, 2019]. Geneva: WHO; 2011. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en>
- Silva TC, Varela PLR, Oliveira RR, Mathias TAF. Severe maternal morbidity identified in the Hospital Information System of the Brazilian National Health System in Paraná State, Brazil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):617-28. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300017>
- Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018;15(Suppl 1):98. doi: 10.1186/s12978-018-0527-2
- Ray JG, Park AL, Dzakpasu S, Dayan N, Deb-Rinker P, Luo W, et al. Prevalence of severe maternal morbidity and factors associated with maternal mortality in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 2018;1(7):e184571. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4571>
- Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388:2164-75. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)
- Rulisa S, Umuziranenge I, Small M, van Roosmalen J. Maternal near miss and mortality in a tertiary care hospital in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:203. doi: 10.1186/s12884-015-0619-8
- Kiruja J, Osman F, Egal JA, Essén B, Klingberg-Allvin M, Erlandsson K. Maternal near-miss and death incidences – frequencies, causes and the referral chain in Somaliland: a pilot study using the WHO near-miss approach. *Sex Reprod Healthc*. 2017;12:30-6. doi: 10.1016/j.srhc.2017.02.003
- Rana A, Baral G, Dangal G. Maternal near miss: a multicenter surveillance in Kathmandu Valley. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2013;52:299-304. doi: <https://doi.org/10.31729/jnma.256>
- Pandey A, Das V, Agarwal A, Agrawal S, Misra D, Jaiswal N. Evaluation of obstetric near miss and maternal deaths in a tertiary care hospital in North India: shifting focus from mortality to morbidity. *J Obstet Gynecol India*. 2014;64:394-9. doi: 10.1007/s13224-014-0552-1
- De Mucio B, Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Serruya S, Giordano D, et al. Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. *Reprod Health*. 2016;13:1-10. doi: 10.1186/s12978-016-0250-9
- Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CS, Brum IR, et al. Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S169-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00154213>
- Andreucci CB, Cecatti JG, Pacagnella RC, Silveira C, Parpinelli MA, Ferreira EC, et al. Does severe maternal morbidity affect female sexual activity and function? Evidence from a Brazilian cohort study. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143581. doi: 10.1371/journal.pone.0143581
- Ganaba R, Marshall T, Sombié I, Baggaley RF, Ouédraogo TW, Filippi V. Women's sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication ('near-miss'): a cohort study in Burkina Faso. *Reprod Health*. 2010;7:22. doi: 10.1186/1742-4755-7-22
- Norhayati MN, Yacob MA. Long-term postpartum effect of severe maternal morbidity on sexual function. *Int J Psychiatry Med*. 2017;52:328-44. doi: 10.1177/0091217417738933
- Lara LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39:184-94. doi: 10.1055/s-0037-1601435
- Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues OM Jr, Souza C. Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:416-26. doi: 10.1590/s0102-311x2008000200021

17. Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto IDC, Galvão LPL, Vargas MM. Severe Maternal Morbidity: post-traumatic suffering and social support. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2139-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0271>
18. Jakobsson M, Tapper AM, Palomäki O, Ojala K, Pallasmaa N, Ordén MR, et al. Neonatal outcomes after the obstetric near-miss events uterine rupture, abnormally invasive placenta and emergency peripartum hysterectomy - prospective data from the 2009-2011 Finnish NOSS study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94:1387-94. doi: 10.1111/aogs.12780
19. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Hospitalizations due to complications of pregnancy and maternal and perinatal outcomes in a cohort of pregnant women in the Brazilian Unified National Health System in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(1):e00188016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>
20. Assarag B, Dujardin B, Essolbi A, Cherkaoui I, Brouwere V. Consequences of severe obstetrics complications on women's health in Morocco: please, listen to me! *Trop Med Int Health*. 2015;20(11):1406-14. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.12586>

Recebido: 16.07.2019

Aceito: 12.03.2020

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Lisiane Camargo Alves
E-mail: lisi.camalves@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-9757-8313>