

SEXUALIDADE E PUERPÉRIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

SEXUALITY AND THE POSTPARTUM PERIOD: A LITERATURE REVIEW

Janete Vettorazzi¹, Florence Marques², Heitor Hentschel¹, José Geraldo Lopes Ramos¹, Sergio H. Martins-Costa¹, Mariangela Badalotti²

RESUMO

As disfunções sexuais femininas estão presentes nas várias etapas da vida da mulher. Estudos brasileiros apontam 53% de disfunção sexual entre as mulheres e índices acima de 70% de dificuldades sexuais na gestação e puerpério. Nos primeiros seis meses após o parto, as principais queixas sexuais são dispareunia e diminuição do desejo sexual. Esta revisão da literatura tem como objetivo estudar as disfunções sexuais no puerpério e os principais fatores associados. Também apresenta uma revisão mais detalhada da associação entre função sexual e amamentação, depressão e via de parto. A partir da revisão dos dados da literatura, podemos concluir que inúmeros fatores interferem na função sexual, sendo essencial a sua avaliação antes, durante e após a gestação. O casal deve ser orientado sobre as inúmeras mudanças que ocorrem nesse período. É fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para auxiliar o casal em cada momento e na retomada da intimidade, possibilitando uma melhor qualidade da atividade sexual no puerpério.

Palavras-chave: Sexualidade; puerpério; depressão puerperal; disfunção sexual

ABSTRACT

Female sexual dysfunctions are present in various stages of women's lives. Brazilian studies indicate 53% of sexual dysfunction among women and more than 70% of sexual difficulties during pregnancy and the postpartum period. In the first six months after delivery, the main complaints are sexual dyspareunia and decreased sexual desire. The objective of this literature review is to study sexual dysfunction in the postpartum period and the main associated factors. It also presents a more detailed review of the association between breastfeeding and sexual function, depression and mode of delivery. From the review of the literature, we can conclude that many factors interfere with sexual functioning and it is essential to evaluate them before, during and after pregnancy. The couple should be advised on the many changes that occur during this period. It is fundamental that the health staff is prepared to assist the couple in every moment and in the resumption of intimacy, enabling them a better quality of sexual activity in the postpartum period.

Keywords: Sexuality; postpartum; postpartum depression; sexual dysfunction

Revista HCPA. 2012;32(4):473-479

¹ Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde: Sexologia Clínica, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Contato:

Janete Vettorazzi
janetev@terra.com.br
Porto Alegre, RS, Brasil

As disfunções sexuais femininas apresentam alta prevalência em qualquer população estudada. Estudos norte-americanos (1) apontam que cerca de 43% das mulheres apresentam queixas sexuais. Em um grande estudo brasileiro (2), 53 % das mulheres referiam queixas sexuais, sendo que as mais frequentes eram: falta de desejo sexual (34,6%), disfunção orgástica (29,3%) e dor na relação sexual (21%). As dificuldades sexuais também ocorrem na gestação e puerpério, estando presentes em cerca de 70% das gestantes brasileiras (3). Ao longo do período puerperal, até 86% das mulheres apresentam queixas sexuais, sendo mais frequentes a dispareunia (22 a 41%) e diminuição do desejo sexual (83 a 86%) (1,4,5). No terceiro mês após o parto, cerca de 45 a 55% (6) referem dispareunia e, no sexto mês, 18 a 30% ainda persistem com problemas sexuais (7). Na Tabela 1 estão descritas as prevalências das disfunções sexuais.

Tabela 1: Prevalência de queixas sexuais em diversos grupos de mulheres.

	Prevalência de Disfunção Sexual (%)
Mulheres	40-55
Gestantes brasileiras	70
Puerpério	18- 86
Terceiro mês após parto	45-55
Sexto mês após parto	18-30

Modificado de Leeman e Roger,2012(1); Abdo (2002); Ribeiro et al. 2011(3); Hicks et al. (204(4) e Acele et al. 2012(5)

Cerca de 52% (7) das puérperas reiniciam a atividade sexual entre 5 e 6 semanas após o parto. No terceiro mês, 90% das mulheres já retornaram à atividade sexual, mas faltam estudos sobre a qualidade dessas relações (8,9). A ausência de atividade sexual após a 12ª semana puerperal é considerada como um fator de mau prognóstico sexual e de inatividade sexual, devendo ser cuidadosamente avaliada (1). A maioria dos membros da equipe de saúde envolvida no atendimento à puérpera se lembra de orientar o momento que pode retomar as relações sexuais,

mas não orienta sobre as mudanças próprias desta fase. Isso foi demonstrado no estudo de Barrett et al. (6), onde apenas 18% das mulheres referiam ter recebido alguma informação sobre as mudanças na função sexual pós-parto, apesar de 70% terem sido esclarecidas sobre o momento em que poderiam retomar as relações sexuais (6,8). A partir desses dados, pode-se observar um lapso na orientação à saúde sexual no puerpério, pois parece que tudo se resolve com a retomada da atividade sexual.

A sexualidade é considerada um dos cinco parâmetros de saúde do indivíduo (13), sendo cada vez mais enfatizada a importância da saúde sexual para a manutenção das relações afetivas. Além de fazer parte da saúde global e bem-estar do indivíduo, deve ser orientada de forma correta em cada momento da vida, com as respectivas mudanças e os ajustes que podem melhorar a satisfação e a qualidade de vida (14,15).

Sexualidade no puerpério: modificações

Após o nascimento de um filho, ocorrem inúmeras mudanças na vida da mulher, da família e do casal, incluindo alterações hormonais, anatômicas, psicológicas e sociais (10) e várias são as queixas com relação à saúde feminina (tabela 2). Em geral, ocorre uma reestruturação familiar que inclui perda e/ou diminuição da intimidade nas inter-relações do casal, a fim de possibilitar a recepção ao recém-nascido (1). As mudanças na imagem corporal também interferem de forma significativa na sexualidade ao longo da gestação e no pós-parto, uma vez que o corpo feminino passa por várias transformações (9). Para os casais sem filhos, significa a intromissão de um terceiro (a criança) na relação (11). Além disso, nas culturas tradicionais, há uma dessexualização da mãe, de tal forma que a atividade sexual não combina com as funções desta nova mulher (11).

Conforme estudo australiano (5), a possibilidade de problemas sexuais no pós-parto é maior com o aumento da idade, com a presença de problemas sexuais na gestação e com o aumento do tempo para a retomada da atividade sexual. As dificuldades sexuais geralmente envolvem múltiplos fatores, sendo eles psicológicos, físicos, culturais, inter-relacionais e religiosos, além de medos, mitos e crenças sobre a sexualidade feminina no ciclo gravídico-puerperal (3,5).

Tabela 2: Prevalência de problemas de saúde no puerpério.

Queixa	Prevalência(%)
Dispareunia	22-55
Diminuição do desejo sexual	até 86
Exaustão/cansaço	50-60
Incontinência urinária	11-20
Dor perineal	4-22
Choro do bebê	15-30
Sintomas depressivos	7-20
Vagina seca	39-55
Mastite	3-15
Problemas sexuais	18- 86

Modificado de Leeman e Roger, 2012(1); Hicks et al., 2004 (4);Acele et al., 2012(5)

Os fatores anatômicos, o trauma perineal e a amamentação contribuem de forma significativa para a ocorrência de dispareunia. O casal, especialmente a mulher, refere cansaço, esgotamento físico e privação de sono, levando à diminuição de tempo para privacidade e, consequentemente, à diminuição da intimidade e do interesse sexual. Esses múltiplos fatores geram um ciclo vicioso que deve ser quebrado em algum momento, para que a intimidade e a vida sexual sejam retomadas. Em estudo populacional realizado com 1.193 mulheres (12), 60% relatavam estar exaustas e 49%, extremamente cansadas entre 8 e 24 semanas após o nascimento do filho. Além disso, na maioria das sociedades, é cultura corrente que o puerpério não é o momento para atividade sexual. A vida sexual prévia e o grau de entrosamento ou intimidade do casal podem interferir de modo significativo na forma como o mesmo vai conseguir retomar a atividade sexual. Deve-se também lembrar que até 20% (10) das mulheres apresentam algum grau de depressão pós-parto. A depressão pode vir acompanhada pelo desinteresse na atividade sexual, ou ainda, o uso de antidepressivos pode interferir no ciclo da resposta sexual feminina.

Via de parto e função sexual no puerpério

Na revisão da literatura, observa-se que a associação entre via de parto e disfunção sexual não é clara e que a grande maioria dos estudos não encontrou associação significativa. Conforme revisão sistemática (16), não há diferença na função sexual entre mulheres submetidas à cesariana ou ao parto vaginal espontâneo.

Segundo vários autores (1,17) a cesariana eletiva não é fator protetor para disfunção sexual posterior. Estudo realizado entre 796 primigestas (17) observou menor incidência de dispareunia no terceiro mês do puerpério de cesarianas, mas essa diferença não se manteve no sexto mês. Outro estudo (19) corroborou esses achados, concluindo que não há diferença na função sexual (avaliação de 12 a 18 meses) entre mulheres submetidas a parto normal ou cesariana eletiva. Um estudo (7) que avaliou a função sexual de 576 mulheres após parto vaginal espontâneo (sem episiotomia ou fórceps) concluiu que esse tipo de parto não interfere na função sexual puerperal; contudo, entre as pacientes com trauma perineal maior (2º - 4º grau) e/ou necessidade de sutura no pós-parto o escore na escala de função sexual foi pior.

Alguns fatores intraparto são citados como importantes para função sexual no puerpério, a saber: laceração perineal, duração do segundo período do parto, tempo de puxos, tipo de fio utilizado e fórceps (1,16,20). Um estudo (20) que avaliou a função sexual (avaliação aos 12 e 18 meses de puerpério) de 236 mulheres submetidas a parto vaginal observou que, no grupo de episiotomia, a persistência de dispareunia e lubrificação insuficiente foi maior. No mesmo estudo, a episiotomia e a laceração perineal foram fatores independentes para dispareunia persistente após 18 meses do parto. A utilização de fórceps aumenta a possibilidade de dor perineal persistente e de problemas sexuais no pós-parto (21). Entretanto, outros autores (1) discutem se a necessidade de parto instrumentado pode refletir uma característica da pelve materna e por si só ser um fator independente para saúde sexual no

pós-parto. Em revisão sistemática (16) o parto vaginal assistido esteve relacionado à disfunção sexual no puerpério. Em contrapartida, o parto vaginal espontâneo está associado à retomada mais precoce da atividade sexual no puerpério (8).

O trauma perineal pela episiotomia, o uso de fórceps ou lacerações correlacionam-se com dor e dispareunia no puerpério. Conforme revisão da literatura (1,22), a utilização de fios sintéticos de longa absorção (poliglicólico) nas suturas pode minimizar a dor, especialmente no pós-parto imediato. A realização de exercícios perineais ao longo da gestação e puerpério associam-se à diminuição de incontinência urinária e fecal, mas os estudos não avaliaram sua associação com função sexual (1).

No puerpério, inúmeras mudanças ocorrem independentemente da via de parto. Thompson e colaboradores (12) estudaram 1295 puérperas ao longo de seis meses e observaram, no segundo e sexto mês, respectivamente, os seguintes problemas de saúde: cansaço/exaustão (50-60%), problemas intestinais (37-17%), perda de sono/choro do bebê (30-15%), hemorroidas (30-13%), incontinência urinária (19-11%) e mastite (15-3%). Os problemas sexuais estiveram presentes no segundo e sexto meses puerperais, sendo mais prevalentes entre as mulheres nas quais foi utilizado fórceps no parto.

A partir dos dados relatados anteriormente, pode-se dizer que são necessários estudos prospectivos para avaliação adequada da associação dos fatores intraparto com a função sexual.

Depressão e função sexual no puerpério

A disfunção sexual é comum entre mulheres com depressão. Em estudo americano de base populacional (23) realizado com 31.581 participantes, cerca de 10% apresentavam algum grau de depressão; 40% das mulheres com depressão referiam disfunções sexuais, tais como diminuição do desejo e dificuldades para obter orgasmo. A depressão está associada à diminuição da frequência e do interesse sexual (1). No puerpério, os sintomas de tristeza pós-parto ocorrem em até 60% das vezes (12), sendo que a depressão está presente em 15 a 23 % dos casos (24), salientando-se que ambos têm impacto negativo no binômio mãe/bebê e no relacionamento do casal. Em estudo realizado entre puérperas da Turquia (25), as mulheres com depressão apresentaram um escore de avaliação

da função sexual significativamente menor (ou seja, de pior qualidade) em relação àquelas sem depressão. O diagnóstico de depressão pós-parto esteve significativamente associado à disfunção sexual. O estudo concluiu que são necessários mais estudos avaliando a associação entre esses dois problemas e objetivando ações preventivas, tendo em vista a alta frequência de tais disfunções.

Na presença de depressão, o tratamento deve ser instituído, e nem sempre auxilia na melhora da disfunção sexual, uma vez que a maioria dos antidepressivos também está relacionada à ocorrência da mesma. Em estudo de coorte (23), realizado entre mais de 2.000 mulheres usuárias dos inibidores da recaptção da serotonina, 95% delas relatavam interferência na função sexual, sendo que a principal queixa foi diminuição do desejo (83%). Outros estudos encontraram taxas menores, mas em torno de 50% das usuárias dessas medicações apresentaram alteração na função sexual. A depressão pós-parto é uma patologia grave, uma vez que pode haver aumento do risco de suicídio; sendo assim, deve ser imediatamente tratada. O casal deve ser avaliado como um todo, incluindo a função sexual. Na medida do possível, deve ser prescrito um antidepressivo que não cause prejuízo para o bebê e com menor efeito sobre a função sexual (1).

Amamentação e função sexual

No período de amamentação, ocorrem mudanças nos níveis hormonais, a saber: elevação da prolactina, diminuição de andrógenos e estrógenos e liberação de ocitocina. Os baixos níveis de esteroides sexuais podem contribuir para a diminuição do interesse sexual e para a falta ou diminuição importante da lubrificação vaginal. Alguns autores estudaram a dispareunia, sendo que esta é uma das principais queixas sexuais no puerpério com risco 4,4 vezes maior para mulheres que seguem amamentando no sexto mês (1). No segundo mês, até 80% apresenta a queixa de dispareunia e 55% de diminuição da lubrificação (1). Visando diminuir o desconforto ao coito, as mulheres devem ser encorajadas a utilizar lubrificantes. Os parceiros devem receber a orientação de que a falta de lubrificação não é pelo desinteresse sexual da parceira, mas que fatores orgânicos estão envolvidos, amenizando assim a culpa num momento que já costuma ser tão tumultuado por tantas outras intercorrências.

A amamentação está associada de forma estatisticamente significativa ao momento da

retomada da atividade sexual (8). A avaliação de 315 puérperas (8) mostrou que 61% das que amamentavam não haviam retomado a atividade sexual no sexto mês após o nascimento, em comparação a apenas 41% das que não amamentavam. Em estudo (18) realizado entre 570 mulheres o fato de estar amamentando (4 e 12 meses pós-parto) foi associado a menor frequência de atividade sexual e menor satisfação sexual.

A ocitocina é liberada na amamentação, auxiliando na ejeção do leite, e está relacionada à disposição e também pode ter efeito positivo na atividade sexual. O estímulo mamilar durante o intercurso sexual pode levar à ejeção espontânea do leite, sendo que este fato deve ser discutido com o casal para evitar constrangimentos no momento da relação sexual (1). O aumento do volume das mamas e maior sensibilidade mamilar podem ser fatores positivos para atividade sexual durante a amamentação (8).

Como minimizar a disfunção sexual no puerpério?

O tratamento da disfunção sexual no puerpério começa com adequada avaliação e orientação da

sexualidade antes e durante a gestação. Casais com desajustes prévios e baixo grau de intimidade têm maior propensão para dificuldades sexuais no puerpério (1,11).

Os profissionais da saúde precisam perguntar mais sobre a sexualidade de suas pacientes e orientar de forma clara durante a gestação, esclarecendo sobre as mudanças fisiológicas que vão ocorrendo e quais são as expectativas para o puerpério. Deve-se lembrar que a disfunção sexual é do casal e ambos devem ser abordados (26). Os profissionais com dificuldades para falar sobre o assunto podem lançar mão de ferramentas de avaliação como o questionário FSFI (item 6 do Female Sexual Function Index) e, na presença de disfunção, a paciente deve ser encaminhada para profissional habilitado (1).

Os obstetras devem estar atentos para sintomas de depressão durante a gestação e puerpério, uma vez que a sua presença está diretamente relacionada a alterações na função sexual, podendo ser causa ou consequência das mesmas.

Na Tabela 3, estão descritas as principais recomendações para prevenção e acompanhamento das disfunções sexuais no ciclo gravídico-puerperal.

Tabela 3: Recomendações para prevenção, avaliação e aconselhamentos da função sexual no puerpério.

Cuidados pré-natais

- # Avaliar a função sexual do casal e distúrbios presentes
- # Discutir sobre mudanças anatômicas e fisiológicas da gestação
- # Orientar sobre posições para intercurso sexual conforme a idade gestacional
- # Conversar sobre mudanças na pelve feminina (coloração, secreção, odor,...)
- # Permitir a atividade sexual (se não houver contra-indicações)
- # Avaliar a presença de quadro depressivo
- # Discutir sobre massagem perineal visando diminuir o trauma perineal pós-parto

Cuidados intraparto

- # Indicar de forma criteriosa o parto instrumentado
 - # Evitar laceração do esfíncter anal
 - # Limitar o uso da episiotomia
 - # Examinar cuidadosamente o períneo no pós-parto em busca de laceração de 3° e 4° graus
 - # Utilizar fio sintético (poliglicólico) na sutura perineal
-

Cuidados puerperais

- # Orientar e falar sobre função sexual a cada consulta
- # Questionar sobre presença de dor perineal e/ou dispareunia
- # Liberar e encorajar uso de lubrificantes vaginais
- # Prescrever estrógenos tópicos quando necessário
- # Orientar posições para intercursos sexual
- # Discutir formas de anticoncepção
- # Discutir e encontrar soluções para mudanças na estrutura familiar, como aumentar tempo de descanso e ter tempo para privacidade e intimidade do casal
- # Trabalhar intimidade erótica
- # Atentar aos sinais e sintomas de depressão puerperal
- # Indicar e escolher criteriosamente os antidepressivos, se necessário
- # Incentivar a assertividade do casal e vinda conjunta nas consultas
- # Orientar outras formas de intimidade além da penetração vagina/pênis

Modificado de Leeman e Roger, 2012(1) e Perel, 2007(11)

CONCLUSÕES

As disfunções sexuais estão presentes em número significativo de mulheres ao longo de suas vidas, sendo que, no puerpério, a dispareunia e a diminuição do desejo sexual são as mais frequentes.

Entre as principais estratégias para minimização da disfunção sexual no puerpério destacam-se: orientação das mudanças fisiológicas da gestação, avaliação da função sexual durante a gestação, uso racional de episiotomia, escolha adequada do fio de sutura das lesões perineais e uso liberado de lubrificantes vaginais. Não basta apenas dizer à mulher quando poderá retomar as

relações sexuais sem orientar as mudanças que ocorrem nessa fase da vida. É preciso auxiliar o homem e a mulher na retomada à intimidade erótica, trabalhando o direcionamento de parte de suas energias para si mesmos (e não somente para os cuidados com o filho) e para a relação do casal. Com a melhora da privacidade e da intimidade, o sexo acontecerá.

A vida sexual do casal antes e durante a gestação é preditiva para a retomada e para a qualidade da sexualidade no puerpério. Nesse período, é importante resgatar a mulher e o homem ocultados dentro da mãe e do pai, liberando o casal para o prazer a que tem direito.

REFERÊNCIAS

1. Leeman LM, Roger RG. Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function. *Obstet Gynecol.* 2012;119:647–55.
2. Abdo CHN. Perfil sexual da população brasileira: resultado do estudo do comportamento sexual (ECOS) do Brasileiro/Sexual profile of brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior(BSSB). *RBM: revista brasileira de medicina.* 2002;59(4):250-57.
3. Ribeiro MC, Nakamura MU, Abdox CHN, Abdo CHN, Torloni MR, Scanavino MT, et al. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(5):219-24.
4. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(5):430-6.
5. 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.
6. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107:186–95.
7. Rogers RG, Borders N, Leeman, LM, Albers LL. Does spontaneous genital

- tract trauma impact postpartum sexual function? *Midwifery Womens Health*. 2009; 54(2):98–103.
8. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician*. 2005;51:1366-7.
 9. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1989;3(4):805-17.
 10. Galão A, Hentschel H. Puerpério normal. In.: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JÁ, editores. *Rotinas em obstetrícia*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 411-17.
 11. Perel E. *Sexo no cativo: driblando as armadilhas do casamento*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.
 12. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 2002;29(2):83-94.
 13. World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health core competencies in primary health care, 2011. In.: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf. Disponível na internet, may, 2012.
 14. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med*. 2008;5(4):788-95.
 15. Lara LAS, Rosa e Silva ACJ, Romão APS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(6):312-21
 16. Hicks TL, Goodall SF, CNM, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49:430–43.
 17. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth*. 2005;32(4):306-11.
 18. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract*. 1998;47(4):305-8.
 19. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health*. 2009;18(8):1227-31.
 20. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;66(1):1-7.
 21. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. 1998;105(2):156-61.
 22. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;16(6):CD000006.
 23. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, Rosen RC, Russo PA, Shifren JL, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(12):1698-706.
 24. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000;107(10): 1194-201.
 25. 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(3):792-9.
 26. Piccolo MS, Daher RP, Gragnani A, Ferreira LM. Sexuality after burn in Brazil: survey of burn health-care workers. *Burns*. 2011;37:1411–18

Recebido: 07/09/2012

Aceito: 27/11/2012