**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NATHALIE LEISTER

**FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO: ESTUDO
DE COORTE**

**SÃO PAULO
2015**

NATHALIE LEISTER

**FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO: ESTUDO
DE COORTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Gonzalez Riesco

**SÃO PAULO
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Leister, Nathalie

Função sexual na gestação e após o parto: estudo de coorte /
Nathalie Leister. São Paulo, 2015.

132p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Gravidez. 2. Puerpério. 3. Sexualidade. 4. Incontinência
urinária. 5. Enfermagem obstétrica. 6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Nathalie Leister

Título: Função sexual na gestação e após o parto: estudo de coorte

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Nelson e Nádia

Aos meus familiares: Dorival (*in memorian*), Rizolina (*in memorian*), Victorino, Eunice (*in memorian*), Míriam, Eliana, Mara, Roberto (*in memorian*), Thiago, Rodrigo, Caio, Júlio, Rafael e Lucas

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco pela confiança, disponibilidade, orientação, ensinamentos, oportunidade e compartilhamento de sua experiência e sabedoria.

À minha coorientadora Prof.^a Dr.^a Christine McCourt pela confiança, por me receber, orientar e dar a oportunidade imensurável de vivenciar o doutorado Sanduiche na City University London no meu último ano do doutorado.

À querida Karina Fernandes Trevisan, amiga, parceira, com quem dividi a pesquisa, que divido ComMadre e que está presente no meu dia a dia, me aconselhando e me acompanhando.

À Prof.^a Dr.^a Míriam Raquel Diniz Zanetti pela contribuição na orientação em todas as fases da pesquisa, em especial na elaboração da pesquisa e no treinamento para a coleta de dados.

Aos estatísticos Lucas Petri Damiani e Berardo dos Santos pela imensa contribuição na análise dos dados.

À equipe de pesquisa e em especial às obstetrizas Priscila de Oliveira Tavares, Carina Pinheiro Barreto, Cristiane Pereira de Barros, Leonor Ramos Pinheiro, à fisioterapeuta Camila da Silva Cruz e enfermeiras Karina Cristina da Silva, Gisele de Sousa Santana e Fernanda da Silva Santos.

À NextSEISA e em especial à diretora executiva Lígia S. S. A. Bueno de Miranda; à enfermeira Ângela Simeone Godoy Levatte por permitir e acolher a pesquisa cedendo o espaço do Centro Clínico de Obstetrícia e Pré-Natal e Centro Clínico da Mulher para sua realização; e à enfermeira Aldrin Veiga Zilet por colaborar imensamente com a coleta de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de doutorado Sanduíche e financiamento da pesquisa e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo também pelo financiamento concedido a essa pesquisa.

A todas as mulheres que participaram da pesquisa e que contribuíram para o avanço do conhecimento e da prática na assistência à gestante e puérpera.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

Introdução: A gravidez e o puerpério são períodos de mudanças físicas, psicológicas e socioculturais que podem alterar a sexualidade e levar a disfunções sexuais. A sexologia tem adotado instrumentos de avaliação da função sexual (FS) para auxiliar no diagnóstico das disfunções, como o Índice da Função Sexual Feminina (IFSF). Apesar disso, o comportamento e os fatores associados a FS das mulheres durante a gestação e o pós-parto não estão bem estabelecidos na literatura. **Objetivo:** Analisar a FS das mulheres desde a gestação até 6 meses após o parto. **Método:** Coorte prospectiva com 500 mulheres desde o primeiro trimestre da gestação até 6 meses após o parto, realizada em um serviço do setor suplementar de saúde em Guarulhos, SP. Foram incluídas na amostra todas as mulheres que iniciaram o pré-natal e atenderam aos critérios de inclusão do estudo no período ininterrupto de 21 de novembro de 2012 a 17 de setembro de 2013. Foram considerados como exposição a idade gestacional (IG) e os dias de pós-parto; e como desfecho, a FS. As mulheres foram acompanhadas em seis etapas: Etapa 1, com IG < 13 semanas (n = 500); Etapa 2, com IG de 20 a 27 semanas (n = 226); Etapa 3, com IG de 31 a 38 semanas (n = 187); Etapa 4, de 39 a 66 dias após o parto (n=89); Etapa 5, de 76 a 135 dias (n = 64); Etapa 6, com 168 a 208 dias (n = 30). A FS foi avaliada pelo IFSF. Foi realizada análise descritiva, inferencial e múltipla. **Resultados:** Na gestação, 84,6%, 88,9% e 70,6% das mulheres tiveram atividade sexual no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente. Após o parto, essa proporção foi de 53,9%, 90,6% e 86,7%, nas etapas 4, 5 e 6, respectivamente. A média do escore do IFSF nas 6 etapas foi: 27,7 (dp = 4,9); 27,1 (dp = 4,7); 26,0 (dp = 5,5); 24,8 (dp = 6,1); 26,3 (dp = 6,1) e 26,5 (dp = 5,2), respectivamente. Houve diferença estatística nos escores do IFSF na gestação (p = 0,001) e entre a gestação e após o parto (p = 0,022). As variáveis que, em conjunto, explicam a variação na média do IFSF são: trimestre gestacional e dias de pós-parto, incontinência urinária (IU) e força dos músculos do assoalho pélvico (FMAP). Na etapa 3, o escore do IFSF foi 1,8 (95%IC - 2,94 a -0,71) menor que na etapa 1; na etapa 4, foi 2,2 (95%IC -3,65 a -0,77) menor que na etapa 1; na etapa 5, foi 1,4 (95%IC -2,67 a -0,03) menor que na etapa 1. Mulheres com IU tiveram 2,1 (95%IC -3,26 a -0,85) pontos a menos no escore do IFSF do que mulheres sem IU. Na etapa 4, mulheres com IU tiveram 11,3 (95% IC -20,94 a -1,66) pontos a menos no escore do IFSF do que mulheres sem IU na etapa 1. Na etapa 5, esse escore foi 13,3 (-21,60 a -5,09) pontos a menos em relação à etapa 1. A cada 1,0 cmH₂O a mais na medição da FMAP, as mulheres tiveram 0,04 pontos a mais no escore IFSF. Na análise de subgrupo após o parto, em mulheres com IU, o escore do IFSF foi 10,5 (95%IC -20,16 a -0,89) pontos menor que em mulheres sem IU. A cada 1,0 cmH₂O a mais na medição da FMAP após o parto, as mulheres tiveram 0,08 pontos a mais no escore do IFSF. **Conclusões:** A FS diminui gradativamente no decorrer da gestação e nos dois primeiros meses após o parto. Do terceiro ao sexto mês após o parto, as mulheres recuperam parcialmente a FS. A IU contribui para a diminuição do escore do IFSF na gestação e após o parto, com maior impacto nos primeiros 4 a 5 meses pós-parto. O impacto clínico da FMAP no escore do IFSF é desprezível.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Período Pós-parto. Atividade Sexual. Incontinência Urinária. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and postpartum are periods of physical, psychological and socio-cultural changes that can affect the sexuality and cause sexual dysfunction. Sexology has adopted assessment tools to measure sexual function (SF) to help on the diagnosis of disorders such as the Female Sexual Function Index (FSFI). Nevertheless, the behaviour and the associated factors with women SF during pregnancy and postpartum are not well established in the literature. **Objective:** To analyze the women SF from pregnancy to 6 months after delivery. **Methods:** Prospective cohort study with 500 women from the first trimester of pregnancy until six months after birth, held in a insurance health care facility in Guarulhos, SP. The sample was all women who start prenatal care and met the study inclusion criteria in an uninterrupted period of November, 21th 2012 to September, 17th 2013. The gestational age (GA) and days after birth were considered as exposure; and as an outcome, SF. The women were followed in six steps: Step 1, with GA < 13 weeks (n = 500); Step 2, with GA from 20 to 27 weeks (n = 226); Step 3, with GA from 31 to 38 weeks (n = 187); Step 4, from 39 to 66 days after birth (n = 89); Step 5, from 76 to 135 days (n = 64); Step 6, from 168 to 208 days (n = 30). The SF was assessed by FSFI. Descriptive, inferential and multivariate analysis was performed. **Results:** During pregnancy, 84.6%, 88.9% and 70.6% of women had sexual activity in the first, second and third trimesters respectively. After birth, this ratio was 53.9%, 90.6% and 86.7% in steps 4, 5 and 6, respectively. The mean score of FSFI in the 6 steps was: 27.7 (sd = 4.9); 27.1 (sd = 4.7); 26.0 (sd = 5.5); 24.8 (sd = 6.1); 26.3 (sd = 6.1) and 26.5 (sd = 5.2), respectively. There was a statistical difference in the FSFI scores during pregnancy (p = 0.001) and between the pregnancy and postpartum (p = 0.022). The variables that together explain the variation in the IFSF score are: trimester and days after birth, urinary incontinence (UI) and pelvic floor muscles strength (PFMS). In step 3, the IFSF score was 1.8 (95% CI -2.94 to -0.71) lower than in step 1; in step 4, was 2.2 (95% CI -3.65 to -0.77) lower than in step 1; in step 5, was 1.4 (95% CI -2.67 to -0.03) lower than in step 1. Women with UI had 2.1 (95% CI -3.26 to -0.85) points less in the FSFI score than women without UI. In step 4, women with UI had 11.3 (95% CI -20.94 to -1.66) points less in IFSF score than women without UI in step 1. In step 5, this score was 13.3 (-21.60 to -5.09) points less in relation to the step 1. Every 1.0 cmH₂O in the PFMS increase 0.04 points the FSFI score. In a subgroup analysis after birth, women with UI had FSFI score 10.5 (95% CI -20.16 to -0.89) points less than women without UI. Every 1.0 cmH₂O in the PFMS after birth, women had more 0.08 points at FSFI score. **Conclusions:** SF gradually decreases during the pregnancy and in the first 2 months after delivery. From 3 to 6 month after delivery, women partially recover the SF. The UI contributes to reduce the FSFI score during pregnancy and after birth, with an important impact in the first 4-5 months after birth. The clinical impact of the PFMS in the FSFI score is negligible.

KEYWORDS: Pregnancy. Postpartum Period. Sexual Activity. Urinary Incontinence. Nurse Midwifery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Modelo de resposta sexual de Masters e Johnson	3
Figura 2	- Modelo de resposta sexual de Kaplan, adaptado de Masters e Johnson	4
Figura 3	- Modelo de resposta sexual feminina de Basson	5
Quadro 1	- Estudos sobre função sexual, sexualidade e assoalho pélvico	18
Quadro 2	- Cronograma das etapas da coleta de dados, Guarulhos - 2012-2014	48
Quadro 3	- Dados colhidos em cada uma das etapas da coleta de dados e entre elas, Guarulhos, SP - 2012-2014	48
Figura 4	- Peritron™ com sensor vaginal	54
Figura 5	- Fluxograma das participantes do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014	58
Gráfico 1	- Valores do escore do IFSF preditos pelo LMM segundo IU e etapa para valor de FMAP fixado em 30 cmH ₂ O, Guarulhos, SP - 2012-2014	83
Gráfico 2	- Escore do escore do IFSF X FMAP em cada uma das etapas do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Escala de domínios e escores do IFSF	46
Tabela 2	- Motivos de não inclusão de mulheres no estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014	60
Tabela 3	- Motivos de exclusão das mulheres do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014	61
Tabela 4	- Motivo e etapa da perda de seguimento das participantes do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014	62
Tabela 5	- Distribuição das mulheres da coorte conforme a idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, religião, gestação anterior, aborto anterior, parto vaginal anterior, cesariana anterior, trauma perineal em parto anterior, IG no parto, tipo de parto, anestesia local no parto normal, trauma perineal no parto atual e peso do RN, Guarulhos, SP - 2012-2014	63
Tabela 6	- Distribuição das mulheres nas etapas 1 a 6 da coorte conforme a IG, dias após o parto, coabitação, idade do parceiro, FMAP, exercício perineal, IU, IA, estado nutricional, atividade sexual, uso de condom na gestação, contracepção após o parto e aleitamento materno, Guarulhos, SP - 2012-2014	65
Tabela 7	- Alfa de Cronbach do escore do IFSF em todas as etapas da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014	68
Tabela 8	- Distribuição das gestantes segundo a média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo do escore do IFSF nas etapas 1, 2 e 3 da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014	69
Tabela 9	- Distribuição das puérperas segundo a média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo do escore do IFSF nas etapas 4, 5 e 6 da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014	69
Tabela 10	- Comparação do escore do IFSF das mulheres da coorte durante a gestação (etapas 1, 2 e 3) e após o parto (etapas 4, 5 e 6), Guarulhos, SP - 2012-2014	70
Tabela 11	- Distribuição das mulheres segundo a média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo, valor máximo e escore do IFSF por domínio (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) em todas as etapas da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014	71
Tabela 12	- Distribuição do escore do IFSF das mulheres e valor-p em todas as etapas da coorte (1 a 6), na gestação (1 a 3) e após o parto (4 a	73

6), conforme a cor da pele, escolaridade, ocupação, religião, estado nutricional, coabitação, IU, IA, uso de condom na gestação, contracepção após o parto, exercício perineal, aborto anterior, parto vaginal anterior, cesariana anterior, trauma perineal em parto anterior, tipo de parto, anestesia local no parto normal, trauma perineal no parto atual e aleitamento materno, Guarulhos, SP - 2012-2014

Tabela 13	- Correlação de Pearson entre as variáveis e o escore do IFSF das mulheres e valor-p em todas as etapas da coorte (1 a 6), na gestação (1 a 3) e após o parto (4 a 6), conforme e a idade, idade do parceiro, FMAP, gestação anterior, IG, IG no parto, dias após o parto e peso do RN, Guarulhos, SP - 2012-2014	79
Tabela 14	- Modelo de regressão final para a análise múltipla do IFSF em toda a coorte (etapas 1 a 6), Guarulhos, SP - 2012-2014	81
Tabela 15	- Modelo de regressão final para a análise múltipla do IFSF no pós-parto (etapas 4 a 6), Guarulhos, SP - 2012-2014	82

LISTA DE SIGLAS

AP	Assoalho pélvico
ASEX	Arizona Sexual Experience Scale
BSFI-W	Brief Sexual Functioning Index for Women
CCM	Centro Clínico da Mulher
CCOPN	Centro Clínico de Obstetrícia e Pré-natal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CSFQ	Changes in Sexual Functioning Questionnaire
CT	Cinesioterapia
DIU	Dispositivo intrauterino
DS	Disfunção(ões) sexual(is)
DSFI	Derogatis Sexual Functioning Inventory
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECOS	Estudo do Comportamento Sexual
EF	Ensino fundamental
EM	Ensino médio
ES	Ensino superior
EUA	Estados Unidos da América
FMAP	Força dos músculos do assoalho pélvico
FS	Função sexual
FSDS	Female Sexual Distress Scale
FSFI	Female Sexual Function Index
GRISS	Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction
IA	Incontinência anal
IC	Intervalo de confiança
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form
IFSF	Índice da Função Sexual Feminina
IG	Idade gestacional
IMC	Índice de massa corporal
IU	Incontinência urinária
LMM	Modelo linear de efeitos mistos
MFSQ	McCoy Female Sexuality Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFSF	Profile of Female Sexual Function
ProSex	Projeto Sexualidade
PSQ	Pregnancy and Sexuality Questionnaire
PSRI	Pregnancy Sexual Response Inventory
QS-F	Quociente Sexual - Versão Feminina
RN	Recém-nascido
SAQ	Sexual Activity Questionnaire

SDCSW	Sexual Desire Conflict Scale for Women
SDI	Sexual Desire Inventory
SEISA	Serviços Integrados de Saúde
SFQ	Sexual Function Questionnaire
SIDI-F	Sexual Interest and Desire Inventory – Female
SISS	Sexual Interaction System Scale
SQOL-F	Sexual Quality of Life - Female
SSS-W	Sexual Satisfaction Scale for Women
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	MODELOS DE ATIVIDADE E RESPOSTA SEXUAL E DIAGNÓSTICOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL	2
1.2	INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL	6
1.3	FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO	11
1.3.1	Fatores relacionados com a função sexual na gestação e após o parto	14
1.4	ESTUDOS SOBRE A SEXUALIDADE, FUNÇÃO SEXUAL FEMININA E ASSOALHO PÉLVICO	17
2	OBJETIVOS	42
2.1	OBJETIVO GERAL	42
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
3	MÉTODO	43
3.1	TIPO DE ESTUDO	43
3.2	LOCAL	43
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	44
3.3.1	Critérios de inclusão	44
3.3.2	Critérios de exclusão	45
3.3.3	Amostra	45
3.3.4	Recrutamento	45
3.4	EXPOSIÇÃO E DESFECHOS	45
3.4.1	Instrumento de avaliação do desfecho	46
3.5	COLETA DE DADOS E SEGUIMENTO	46
3.5.1	Etapas do estudo	47
3.5.2	Técnicas da coleta de dados	51
3.5.2.1	Entrevista	51
3.5.2.2	Mensuração da FMAP	51
3.5.2.3	Aplicação do IFSF	52
3.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	52
3.6.1	Independentes	52
3.6.2	Dependente	52
3.6.3	Outras variáveis	53
3.6.3.1	Dados sócio demográficos	53
3.6.3.2	Dados clínicos e obstétricos	53
3.6.3.3	Dados sobre o parto atual e o RN	54
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	55
3.7.1	Análise descritiva	55
3.7.2	Análise inferencial	55
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	56
4	RESULTADOS	57
4.1	DESCRIÇÃO DOS MOTIVOS DE NÃO INCLUSÃO, EXCLUSÃO E PERDA DE SEGUIMENTO DAS PARTICIPANTES	60
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	62
4.3	ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DO IFSF NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO	68

4.4	ANÁLISE MÚLTIPLA DO IFSF NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO	80
5	DISCUSSÃO	85
5.1	FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO	85
5.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	97
5.3	IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA	98
6	CONCLUSÃO	99
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
	APÊNDICE B - FOLHETO DE EXERCÍCIOS PERINEAIS	111
	APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	112
	APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA	120
	ANEXO 1 - PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DA SEISA	121
	ANEXO 2 – ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)	127
	ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	131

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o puerpério são períodos de mudanças; entre elas, as mudanças físicas, hormonais, psicológicas, socioculturais e de identidade. O acúmulo de papéis e os novos sentimentos maternos e paternos, somados aos reajustes interpessoais e intrapsíquicos, influenciam a vida do casal desde a gestação (Soifer, 1980; Maldonado, 1989, 1997; Bruns, Pereira, 2001; Lech, Martins, 2003; Oriá, Alves, Silva, 2004; Costa, Pinto, 2012).

Um dos fatores que podem ser influenciados neste período é a sexualidade e a atividade sexual do casal. No estudo de Oriá, Alves e Silva (2004), para aproximadamente 70% das mulheres, a gestação trouxe algum tipo de repercussão em torno da atividade sexual. Cada trimestre de gestação pode interferir de maneira diferente, pois cada um deles tem características, trazem sintomas e alterações distintas no corpo da mulher.

O primeiro trimestre é a fase da constatação corporal da gravidez, principalmente através de sintomas físicos típicos desse período, como a sensibilidade nas mamas, sonolência, náuseas, vômitos, cansaço e mal estares movidos pelas alterações hormonais (Maldonado, 1989; Bruns, Pereira, 2001; Lech, Martins, 2003; Oriá, Alves, Silva, 2004; Costa, Pinto, 2012).

No segundo trimestre, os sintomas físicos diminuem, passa a fase de dúvidas em relação à capacidade de gerar um bebê, a mulher percebe os movimentos do bebê e o papel de mãe vai se afirmando. No âmbito da sexualidade, o casal pode ter curiosidade e explorar o novo corpo feminino, o que pode ocasionar um aumento do desejo sexual, diminuído no primeiro trimestre por conta dos sintomas físicos (Maldonado, 1989, 1997; Bruns, Pereira, 2001; Lech, Martins, 2003; Oriá, Alves, Silva, 2004; Costa, Pinto, 2012).

O terceiro trimestre é, em grande parte, caracterizado pela volta de sintomas físicos, como a retenção de líquido, o aumento do volume do útero e a liberação de endorfinas. Somados a isso, a ansiedade, o aumento do peso e o desconforto podem diminuir novamente o interesse sexual (Maldonado, 1989; Bruns, Pereira, 2001; Lech, Martins, 2003; Oriá, Alves, Silva, 2004; Costa, Pinto, 2012).

Após o nascimento do bebê, são necessárias novas adaptações do organismo feminino. Ocorrem alterações no estado emocional e hormonal e modificações locais e

sistêmicas que tiveram origem na gravidez ou no parto. Além disso, o período puerperal também envolve transformações nos relacionamentos interpessoais e familiares (Camacho, Vargens, Proganti, 2010). A chegada do bebê modifica o cotidiano do casal e transforma a mulher e o homem em mãe e pai (Zagonelli et al., 2003). A preocupação com os cuidados que devem ser dados ao bebê, os novos sentimentos e sensações desse período, o medo e a relação do casal influenciam no reinício e restabelecimento da atividade sexual (Langer, 1988; Maldonado, 1989, 1997; Barrett et al., 2000; Camacho et al., 2006; Salim, Araújo, Gualda, 2010; Shirvani, Nesami, Bavand, 2010).

Para estudar a atividade sexual, diferentes vertentes e referenciais teórico-metodológicos podem ser usados, dentre eles a antropologia, o gênero, o construcionismo, a psicanálise e a sexologia. No presente estudo, escolheu-se a vertente sexológica com o intuito de acessar a saúde sexual com ênfase no aspecto funcional.

1.1 MODELOS DE ATIVIDADE E RESPOSTA SEXUAL E DIAGNÓSTICOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL

Em meados de 1950, a atividade sexual era definida somente como a excitação dos órgãos sexuais. Porém, estudos populacionais realizados por Kinsey¹ a partir de 1948, nos Estados Unidos da América (EUA), mostraram que o contato dos genitais ocorria majoritariamente na finalização do ato sexual; mas que, preliminarmente, as carícias e o envolvimento entre os casais também faziam parte da atividade sexual (Abdo, Fleury, 2006).

¹ Alfred Charles Kinsey (1894-1956) - Formou-se em biologia e psicologia em 1916 e doutor em ciência pela Universidade de Harvard em 1919. Foi professor titular da Universidade de Indiana. Em 1938, coordenou um curso sobre casamento e família, em que palestrava e mostrava imagens e vídeos sobre estimulação sexual, mecânica da relação sexual e técnicas de contracepção. Juntamente com o curso, estudava o comportamento sexual humano e, em 1941, recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa da Fundação Rockefeller, para aprimorar sua pesquisa. Com esse financiamento, fundou o "Institute of Sex Research", em 1947; no ano seguinte, Kinsey e seus colaboradores publicaram um dos seus mais importantes livros, o "Sexual Behavior in the Human Male", baseado em mais de 5.000 histórias sexuais, desde masturbação até adultério e homossexualidade. Em 1953, publicou a versão feminina, o "Sexual Behavior in the Human Female", com base em quase 6.000 histórias sexuais, contendo revelações sobre a masturbação feminina, a sexualidade antes do casamento e experiências de orgasmo (Brown, Fee, 2003; The Kinsey Institute, 2015).

Estudando a atividade sexual de homens e mulheres, Masters e Johnson², em 1960, propuseram um modelo de ciclo de resposta sexual. Este modelo é composto de quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, como mostra a Figura 1. O estímulo sexual provocado por pensamentos, fantasias e desencadeado pelos sentidos – tato, olfato, audição, gustação e visão – promove a excitação. A excitação aumenta até chegar ao platô e, posteriormente, ao orgasmo. A fase da resolução corresponde ao retorno do organismo às condições físicas e emocionais anteriores à fase da excitação (Abdo, 2005; Fleury, Abdo, 2009).

Figura 1 - Modelo de resposta sexual de Masters e Johnson

Fonte: Masters WH, Johnson VE. A conduta sexual humana. Trad. de Dante Costa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A.; 1968.

² William Howell Masters (1915-2001) e Virgínia Eshelman Johnson (1925-2013) - Masters era médico ginecologista e sua esposa Johnson, psicóloga. Em 1954, na Universidade de Washington, iniciaram seus estudos sobre o comportamento sexual humano, com o objetivo de preencher uma lacuna de natureza fisiológica deixada por Kinsey. Após o acompanhamento de 10.000 relações sexuais em 11 anos de estudo, lançaram, em 1966, o primeiro relatório de pesquisa, o livro "Human Sexual Response", baseado em investigações laboratoriais das reações fisiológicas e anatômicas de 694 voluntários. O segundo relatório, em 1970, foi o livro "Human Sexual Inadequacy", baseado nos resultados de pesquisas clínicas sobre o tratamento de disfunções sexuais (DS). Para esta pesquisa, foram analisadas 790 pessoas atendidas pelo serviço terapêutico "Masters and Johnson Institute", inicialmente chamado "Reproductive Biology Research Foundation", fundado em 1964 e fechado em 1994. Ambos os relatórios foram elaborados a partir de pesquisas com questionários, enquetes, entrevistas, narrativas e técnicas de observação, com o objetivo descrever o comportamento sexual humano. Os relatórios continham informações sobre a privacidade, os medos e os receios das pessoas, descrições sobre o corpo humano, reações físicas e zonas erógenas, preferências, segredos, desejos e fantasias sexuais, apresentando novas descobertas e explicações sexológicas em relação a Kinsey (Hayman, 2001, 2013; Sena, 2010).

Em 1977, Kaplan³ propôs um modelo complementar ao de Masters e Johnson. Ele estabelece uma fase de desejo antes da fase de excitação. A fase de excitação torna-se crescente e a fase do platô deixa de existir, fazendo com que a excitação conduza ao orgasmo, como mostra a Figura 2. Esse modelo é composto de quatro fases: desejo, excitação, orgasmo ou orgasmos múltiplos e período refratário (correspondente à fase de resolução de Masters e Johnson) (Abdo, 2005; Abdo, Fleury, 2006; Fleury, Abdo, 2009).

Figura 2 - Modelo de resposta sexual de Kaplan, adaptado de Masters e Johnson

Fonte: Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther 2000;26(1):51-65

Somente depois de quase 15 anos, devido à observação e a prática clínica dos profissionais, percebeu-se que os modelos de ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson e de Kaplan estavam aquém do que as mulheres relatavam. Até então, não se

³ Helen Singer Kaplan (1929-1995) - Formou-se em artes plásticas na Universidade de Syracuse, mestre e doutora em psicologia pela Universidade de Columbia; formou-se em medicina, em 1959, no Colégio de Medicina de Nova Iorque e concluiu seus estudos em psicanálise, em 1970. Foi professora associada de psiquiatria clínica do Colégio de Medicina de Nova Iorque e fundou, em 1970, o Programa de Sexualidade Humana da Clínica Payne Whitney, parte do complexo hospitalar do "New York Hospital - Cornell Medical Center". Era conhecida por adotar uma abordagem psicossocial integrada à psicanálise, usando técnicas cognitivas e comportamentais no tratamento de DS, diferentemente da terapia sexual adotada pelos demais terapeutas. É autora de mais de 30 publicações médicas, entre elas "A Nova Terapia do Sexo", considerado um marco na área da terapia sexual, e "Transtornos do Desejo Sexual" (Saxon, 1995; Instituto Kaplan, 2015).

diferenciava a resposta sexual feminina da masculina. Assim, Basson⁴, no ano de 2000, propôs um modelo de resposta sexual específico da mulher, um modelo circular, como mostra a Figura 3. E até hoje este é o modelo adotado para auxiliar no diagnóstico das DS femininas (Basson, 2000; Basson et al., 2004; Basson et al., 2010).

Figura 3 - Modelo de resposta sexual feminina de Basson

Fonte: Abdo CNH. Aspectos relevantes da depressão na disfunção sexual. Rev Bras Med 2011;68(Neuropsiquiatria 1):12-5.

A respeito da definição de resposta sexual normal, esta foi baseada nos modelos anteriores de Masters e Johnson e Kaplan. Ou seja, a resposta sexual normal é composta pelas fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Consequentemente, a resposta sexual anormal, as chamadas DS, se caracterizam pela falta, excesso, desconforto ou dor durante uma ou mais dessas fases (Abdo, Fleury, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 1993, a última versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Em seu sistema, as DS não causadas por transtorno ou doença orgânica, e são classificadas em: ausência ou perda do desejo

⁴ Rosemary Basson - É professora doutora de graduação e pós-graduação do Departamento de Psiquiatria e Diretora do Programa de Medicina Sexual da "University of British Columbia". Tem mais de 80 publicações, incluindo uma nova conceitualização/modelo sobre a resposta sexual humana, uma série de artigos sobre DS provocada por doença, na revista "The Lancet", monografias no "American College of Obstetricians and Gynecologists" e uma avaliação sobre os aspectos clínicos da DS feminina no "The New England Journal of Medicine". Anualmente, atualiza as revisões sobre função sexual (FS) e DS publicadas no British Medical Journal "Best Practice" e "Point of Care", "Canadian Pharmacists Association Therapeutic Choices" e "Manual Merck" (The University of British Columbia, 2015; Vancouver Coastal Health Research Institute, 2015).

sexual; aversão sexual e ausência de prazer sexual; falha de resposta genital; disfunção orgásmica; ejaculação precoce; vaginismo não orgânico; dispareunia não orgânica; apetite sexual excessivo; outras DS não devidas a transtorno ou a doença orgânica; DS não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada (Abdo, Fleury, 2006; Classificação Internacional de Doenças, 2008).

Por sua vez, a Associação Americana de Psiquiatria tem sua própria classificação. Em 2013, lançou a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5. Nele, as DS são classificadas como uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou sentir prazer sexual. Os diagnósticos contidos no Manual são: retardo da ejaculação, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do desejo ou excitação sexual feminino, transtorno de dor na penetração gêrito-pélvica, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação precoce e DS induzida por medicação ou substância, DS sem outra especificação (Laia, 2011; Araújo, Lotufo Neto, 2014).

No entanto, o diagnóstico de uma DS não é simples. Deve-se levar em consideração outros fatores, como a estimulação, a intensidade e a duração do ato sexual, e o parceiro. Nas mulheres, ainda deve-se levar em conta a idade e a experiência sexual. Por exemplo, mulheres jovens e no começo da atividade sexual costumam apresentar dificuldade na lubrificação, o que não significa que ela tenha DS, uma vez que ela não tem experiência sexual suficiente (Abdo, Fleury, 2006).

Outros fatores que influenciam no diagnóstico de DS são as comorbidades ou transtornos que diminuem o interesse sexual, como a depressão, história de abuso e violência sexual, baixo autoestima, autoimagem negativa, vínculo conjugal incerto e ansiedade excessiva (Abdo, 2004). Cabe ao profissional de saúde avaliar e, se necessário, indicar algum tratamento, que pode ser terapêutico e/ou medicamentoso. O profissional desempenha papel fundamental na orientação sobre mitos e tabus, no esclarecimento de dúvidas e na prevenção da piora dos sintomas (Abdo, Fleury, 2006).

1.2 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL

Diversos instrumentos foram encontrados na literatura para avaliar a FS feminina ou algum aspecto dela. Entre eles, destacam-se os instrumentos a seguir, apresentados por ordem alfabética:

- Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) – Questionário breve e auto administrado de seis questões que avalia cinco domínios da FS: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação. O escore final varia de 5 a 30 (McGahuey, 2000);
- Brief Sexual Functioning Index for Women (BSFI-W) – Questionário de 22 questões, breve, autoadministrável para avaliar a FS de mulheres em estudos clínicos de larga escala (Taylor, Rosen, Leiblum, 1994);
- Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) – Depois de estudo piloto realizado em 1995, em 1997 o CSFQ foi validado. É um instrumento de 36 questões para homens e 35 questões para mulheres, das quais 21 questões são aplicadas a ambos os gêneros. Pode ser auto preenchido ou aplicado por meio de entrevista. Ele mede o desejo, a atividade e a satisfação sexual, e pode ser usado tanto para a clínica quanto para a pesquisa. Foi desenvolvido com o intuito de comparar dois ou mais momentos, levando em consideração a história prévia de FS ou DS, medicação ou condição que possa interferir na FS (Clayton, McGarvey, Clavet, 1997);
- Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI) – Questionário de 21 questões e 10 domínios (informação sobre a FS, experiência sexual, sedução sexual, atitude sexual, sintomas psicológicos, angústia sexual, definição de gênero, fantasia sexual, imagem corporal, satisfação sexual), elaborado para media a FS de homens, mulheres e casais independentemente da orientação sexual ou de gênero (Derogatis, Melisaratos, 1979);
- Female Sexual Distress Scale (FSDS) – Questionário de 12 questões que avalia dificuldades pessoais no âmbito sexual. Tem o objetivo de diagnosticar mulheres com e sem DS (Derogatis et al., 2002);
- Female Sexual Function Index (FSFI) – Questionário de 19 questões, breve, confiável e auto-administrado. Tem o objetivo de acessar a FS e a qualidade de vida relacionada a ela em estudos epidemiológicos e clínicos (Rosen et al., 2000);
- Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) – Questionário de 28 questões para acessar a DS de casais heterossexuais. A versão feminina ajuda no diagnóstico de anorgasmia, vaginismo, falta de comunicação sobre problemas sexuais, baixa frequência sexual, esquiva sexual, falta de sensualidade e insatisfação sexual. (Rust, Golombok, 1986);
- McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) – Questionário de 19 questões desenvolvido para ser usado em estudos longitudinais para medir os aspectos da sexualidade que podem ser afetados pela mudança hormonal das mulheres durante a

menopausa (McCoy, Davidson, 1985; McCoy, 2000). Posteriormente foi validado para ser usado em mulheres com desordem de desejo sexual hipoativo associado à menopausa natural ou cirúrgica (Derogatis et al., 2004);

- Pregnancy and Sexuality Questionnaire (PSQ) – Questionário que avalia as mudanças no comportamento sexual do casal ao longo da gestação. Possui duas versões, uma masculina e outra feminina. As questões abrangem informações sociodemográficas, informações sobre a gestação e comportamento sexual (Barclay, Bond, Clark, 1993);
- Pregnancy Sexual Response Inventory (PSRI) – Questionário de 38 questões sobre características demográficas e de comportamento e atividade sexual para acessar o impacto da gestação na sexualidade da mulher. Tem a característica de ser breve e deve ser aplicado por meio de entrevista semiestruturada. É clinicamente validado, porém seu valor como instrumento de pesquisa deve ser investigado (Rudge et al., 2009);
- Profile of Female Sexual Function (PFSF) - Questionário auto administrado com 37 questões de domínios (desejo, excitação, orgasmo, prazer, preocupações sexuais, capacidade de resposta sexual e autoimagem sexual) desenhado para medir o desejo sexual de mulheres ooforectomizadas com baixa libido (McHorney et al., 2004);
- Questionário do Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS) – O questionário aplicado no ECOS é o segundo modelo de um questionário anteriormente aplicado a uma população de 2.835 homens e mulheres no projeto Caravana da Saúde. Posteriormente, foi formulada uma terceira versão, simplificada, para ser respondida em pré-consulta médica com o objetivo de obter informações sobre a atividade sexual do paciente (Abdo, Moreira Jr, Fittipaldi, 2000);
- Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F) – Questionário de 10 questões e cinco domínios (desejo e interesse, preliminares, excitação pessoal e sintonia com o parceiro, conforto, orgasmo e satisfação), de linguagem acessível e que avalia a FS das mulheres auxiliando no diagnóstico de DS (Abdo, 2006);
- Sexual Activity Questionnaire (SAQ) – Questionário breve de 13 questões e três domínios (atividade, prazer e desconforto), desenvolvido para investigar o impacto em longo prazo do uso do tamoxifeno na FS de mulheres de alto risco em desenvolver câncer de mama (Thirlaway, Fallowfield, Cuzick, 1996);
- Sexual Desire Conflict Scale for Women (SDCSW) – Questionário de 33 questões para medir o desconforto e o conflito subjetivo em relação ao desejo sexual das mulheres. (Kaplan, Harder, 1991)

- Sexual Desire Inventory (SDI) – Questionário de 14 questões auto administrado elaborado para medir o desejo sexual tanto individual quanto do casal (Spector, Carey, Steinberg, 1996);
- Sexual Function Questionnaire (SFQ) – Questionário de 24 questões e sete domínios (desejo, satisfação, orgasmo, excitação, lubrificação, dor e parceiro). Tem excelente consistência interna, moderada a boa confiabilidade e validade para ser aplicado em estudos longitudinais com o intuito de triar as DS femininas (Quirk et al., 2002);
- Sexual Interaction System Scale (SISS) – Questionário de 48 questões e seis domínios (FS, atitude, interação não sexual, interação na relação sexual, interação após a relação sexual) para medir o grau da FS e da interação sexual do casal. Distingue DS de outros problemas que possam interferir na FS (Woody, D'Souza, 1994)
- Sexual Interest and Desire Inventory – Female (SIDI-F) – Questionário de 13 perguntas desenvolvido para ser administrado na clínica médica para quantificar a severidade e a mudança dos sintomas das mulheres com diagnóstico de desejo sexual hipotivo independente de comorbidades ou fatores associados (Clayton et al., 2006);
- Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) – Questionário de 18 questões desenvolvido para avaliar o impacto da DS na qualidade de vida das mulheres com relação à própria mulher, ao parceiro e à relação do casal. (Symonds, Boolell, Quirk, 2005);
- Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) – Questionário de 30 questões e cinco domínios (comunicação, compatibilidade, contentamento, preocupação com o parceiro, preocupação pessoal) que medem a satisfação sexual da mulher (Meston, Trapnell, 2005).

Apesar do modelo de resposta sexual de Basson, os instrumentos de avaliação da FS, de alguma forma relacionados à gestação, foram elaborados a partir dos modelos de Masters e Johnson e Kaplan. Destes questionários citados acima, um foi construído para avaliar a FS da mulher durante a gestação (PSQ), um para avaliar a FS da mulher durante a gestação e o pós-parto (PSRI), um é utilizado, mas não validado, em mulheres grávidas (QF-F) e um é validado para ser aplicado em mulheres grávidas (FSFI, que em português é denominado Índice da Função Sexual Feminina - IFSF).

O PSQ foi validado para ser utilizado para medir a FS de gestantes, o QS-F não foi validado para avaliar a FS em gestantes, e o PSRI só foi encontrado uma vez na literatura (no momento da sua construção e validação). Sendo assim, para não limitar a comparação dos resultados do presente estudo, o questionário escolhido para medir a FS

das mulheres deste estudo foi o IFSF, melhor detalhado no item **3.4.1 Instrumento de avaliação do desfecho** do Método.

O IFSF foi elaborado por Rosen et al. (2000), que recrutou 259 voluntárias para responder a um questionário piloto de 29 questões, com o objetivo de auxiliar no diagnóstico de DS da ordem do desejo, dor, orgasmo e satisfação sexual.

Este estudo aconteceu nos estados de New Jersey, Tennessee, Washington, Texas e New York, nos EUA, com mulheres entre 21 e 70 anos de idade. Teve como objetivo validar e avaliar a confiabilidade do IFSF para distinguir mulheres com ou sem DS. As 259 mulheres foram divididas em grupo controle (sem DS) e grupo experimental (com DS previamente diagnosticada). As 29 perguntas do questionário foram reajustadas, e cada domínio da FS avaliada no questionário recebeu um fator (peso da questão para o escore final do instrumento).

O IFSF final tem 19 questões que abrangem seis domínios da FS: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. É um questionário breve, confiável e auto administrado; foi construído e validado para acessar a FS e a qualidade de vida relacionada a ela em estudos epidemiológicos e clínicos, que discrimina desejo e excitação em domínios separados (Rosen et al., 2000; Meston, Derogatis, 2002).

Após esse primeiro estudo de validação e avaliação da confiabilidade, Wiegel, Meston e Rosen (2005) conduziram outro estudo com o objetivo de validar um ponto de corte no escore do IFSF. A resposta a cada uma das questões recebe uma pontuação, que quando somadas e multiplicadas por um fator (estabelecido para cada domínio avaliado) podem variar de dois a 36 pontos. O ponto de corte definido para considerar a presença de DS foi de 26.

Participaram do referido estudo, 568 mulheres. O IFSF diagnosticou corretamente 77,2% das mulheres com DS e 85,4% das mulheres sem DS. Assim, os autores sugerem que o IFSF serve como instrumento de ajuda no diagnóstico de DS. Uma mulher com escore inferior a 26 deve ser considerada de risco, uma vez que a saúde sexual envolve outros aspectos não contemplados no questionário.

Outra característica do IFSF é que ele não foi elaborado para analisar as interações entre seus domínios ou para determinar quais as causas principais e secundárias de DS nas mulheres. Por esse motivo, esse tipo de análise deve ser apenas descrita (Rosen et al., 2000; Wiegel, Meston, Rosen 2005).

Impulsionado pelo crescente interesse em estudos clínicos sobre a FS das mulheres e a criação do IFSF, vários outros estudos começaram a ser conduzidos. Alguns deles são:

- Validação em outros idiomas: alemão (Ter Kuile, Brauer, Laan, 2006), língua malásia (Sidi et al., 2007), japonês (Takahashi et al., 2011), iraniano (Fakhri et al., 2012), polonês (Nowosielski et al., 2013), persa (Mohammadi et al., 2014), italiano (Filocamo et al., 2014), sueco (Ryding, Blom, 2015);
- Mulheres com incontinência urinária (IU) (Thiel et al, 2006), com doenças crônicas (Florence et al., 2004; Tikiz et al., 2005; Speer et al., 2005; Borello-France et al., 2008), com cirurgia de reconstrução da bexiga (Volkmer et al., 2004), com vulvovaginia (Masheb et al., 2004), com variações hormonais durante o ciclo menstrual (Nappi et al., 2003);
- Aplicação via internet (Crisp, Fellner, Pauls, 2015).

A validação do IFSF para o português foi feita por Hentschel et al. (2007), Pacagnella et al. (2008), Thiel et al. (2008) e Pacagnella, Martinez e Vieira (2009). A validação do IFSF para a aplicação em grávidas foi feita por Leite et al. (2007) e Chang et al. (2009).

Meyer-Bahlburg e Dolezal (2007) fizeram algumas considerações sobre a utilização do IFSF. Como o questionário é utilizado para avaliar as nas últimas 4 semanas, mulheres sem atividade sexual neste período têm escore total menor que 26, pois se atribui a pontuação “0” (zero) para a resposta “sem atividade sexual”. Nesse sentido, os autores sugerem que as mulheres sem atividade sexual nas últimas 4 semanas sejam analisadas separadamente ou não sejam incluídas nos estudos, uma vez que elas estarão, equivocadamente, com DS.

1.3 FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Segundo von Sydow (1999), 90% das mulheres são sexualmente ativas durante a gestação, com redução da atividade sexual no último trimestre. Esse dado refere-se, majoritariamente, a mulheres dos EUA, mas inclui também gestantes da Europa, Oriente Médio, Ásia, África e Austrália.

Ao longo da gestação, a variedade de posições durante o ato sexual é mais restrita, predominando a posição lado-a-lado. Nas primeiras 6 semanas após o parto, de

9% a 17% das mulheres retomam a atividade sexual e depois de 6 meses, essa porcentagem já é praticamente 100%. No pós-parto, 90% dos casais fazem uso de contraceptivos, principalmente o comdon e a pílula (von Sydow, 1999).

O estudo de von Sydow (1999) consiste em uma revisão de 59 estudos, com resultados empíricos sobre interesse, atitude, iniciativa, prazer, orgasmo e problemas sexuais durante a gestação e o pós-parto, além da atividade sexual. Esses desfechos foram acessados por diferentes metodologias e instrumentos, exceto o IFSF e outros instrumentos que foram elaborados mais recentemente.

Quanto ao interesse sexual, há redução a partir do segundo trimestre da gestação até 3 a 4 meses após o parto. Porém, entre os homens, a diminuição do interesse ocorre somente no final da gestação e eles têm mais iniciativa antes, durante e depois da gestação. A relação sexual é frequentemente motivada para satisfazer o parceiro ou por obrigações conjugais (von Sydow, 1999). Mesmo considerando que a referida revisão de literatura foi conduzida há mais de 15 anos, esta atitude pode prevalecer entre muitos casais, fundamentes em relações de gênero assimétricas.

Previamente à gestação, entre 76% a 79% e 51% a 87% das mulheres referem ter prazer sexual e orgasmo, respectivamente. No primeiro trimestre da gestação, 59% das mulheres referem prazer sexual e, no segundo trimestre, essa proporção varia de 75% a 84%. A literatura não mostra dados sobre orgasmo feminino nesse período. No terceiro trimestre, 40% das mulheres sentem prazer e 54% têm orgasmo. Entre 3 e 6 meses após o parto, esses resultados são contraditórios, porém 75% das mulheres tiveram pelo menos um orgasmo nesse período (von Sydow, 1999).

Conforme achados da mesma revisão, o principal problema diretamente relacionado com a atividade sexual é o medo de “machucar o bebê”. Esse medo inibe, aproximadamente, metade das mulheres e um quarto dos homens. A dispareunia é referida por até 50% das gestantes. Outros problemas citados pelas mulheres são: contrações uterinas após o orgasmo, dificuldade nas posições sexuais, sentir-se menos atraente e preocupação com a satisfação do companheiro. Os estudos analisados não trazem dados sobre os problemas percebidos pelos homens (von Sydow, 1999).

Após o parto, somente 14% das mulheres e 12% dos homens referem ter algum problema sexual; no entanto, 40% a 64% das mulheres e 19% a 64% dos homens se preocupam em retomar a atividade sexual. Das mulheres que relatam ter problemas sexuais, 64% evitam ter relação sexual e mais da metade delas sentem dor na primeira

relação após o parto. Outra preocupação das mulheres é a satisfação sexual do parceiro, (57%) e um quinto delas não se sentem confortáveis com o vazamento de leite durante a relação sexual. Apesar desses problemas sexuais poderem perdurar por até 4 anos pós-parto, um quarto das mulheres relatam que a frequência da atividade sexual já se igualou à frequência pré-gestacional (von Sydow, 1999).

A literatura também trata vastamente da DS na gestação e fora dela. A prevalência de DS feminina regularmente encontrada gira em torno de 20-55% (Laumann, Paik, Rosen, 1999; Kadri, McHichi Alami, McHakra Tahiri, 2002; Abdo et al., 2004; Çayan et al., 2004; Ferenidou et al., 2008; Prado, Mota, Lima, 2010; Erbil, 2011; Jaafarpour et al., 2013; Nwagha et al., 2014; Ramezani Tehrani et al., 2014) e durante a gravidez, pode chegar a 70%, dependendo do trimestre da gestação (Aslan et al., 2005; Leite et al., 2009; Naldoni et al., 2011; Jamali, Mosalanejad, 2013; Prado, Lima, Lima, 2013; Ahmed, Madny e Ahmed, 2014; Alsibiani, 2014).

Aslan et al. (2005), em estudo de coorte com 40 gestantes que preencheram o IFSF a cada três meses de gestação, mostraram que os escores do IFSF vão piorando à medida que a gravidez avança. Este foi o primeiro estudo, usando o IFSF, que mostrou a influência da gravidez na FS das mulheres. Além deles, Kerdarunsuksri e Manusirivithaya (2010) e Alsibiani (2014) encontraram o mesmo resultado com uma amostra maior, de 221 e 347 gestantes respectivamente.

Outro estudo que concorda com estes resultados de prevalência é o de Leite et al. (2009), que mostra que a FS das grávidas tem uma leve diminuição no segundo trimestre e uma diminuição significativa no terceiro, quando comparados com o primeiro trimestre de gestação. O escore do IFSF estatisticamente inferior no terceiro trimestre, quando comparado com o primeiro e o segundo, também foi encontrado no estudo de Corbacioglu Esmer et al. (2013). Jamali e Mosalanejad (2013), que encontraram resultados piores no terceiro trimestre quando comparados com os do segundo.

Estudo de corte recente de Ahmed, Madny e Ahmed (2014) discorda dos anteriores. Eles encontraram melhores escores de FS no segundo trimestre de gestação; a diferença foi significativa quando o segundo trimestre foi comparado com o primeiro e com o terceiro.

As revisões de literatura de Serati et al. (2010) e Johnson (2011) reúnem estudos sobre a FS das mulheres durante a gestação e após o parto. Além de mostrarem que a FS das gestantes diminui ao longo da gestação, alertam que, mesmo depois de seis meses

após o parto, a FS não melhora. Eles ressaltam a importância de estudar o tema com questionários validados, visto que a diversidade de questionários aplicados prejudica o conhecimento, a estabilização de parâmetros e recomendações para a melhora da FS neste período da vida da mulher.

Essas duas revisões e o estudo de Hosseini, Iran-Pour e Safarinejad (2012) também mostram que o tipo de parto não influencia na FS, uma das perguntas mais comuns nos estudos sobre a FS após o parto. Hosseini, Iran-Pour e Safarinejad (2012) estudaram a atividade sexual de 213 mulheres até dois anos após o parto e nenhuma relação foi encontrada entre o tipo de parto e a FS durante todo o período.

O mesmo aconteceu no estudo de Klein et al. (2009), que acompanhou as mulheres até um ano após o parto; e mais recentemente no de Lurie et al. (2013). As 82 mulheres que participaram do estudo tiveram partos vaginais, instrumental, com ou sem episiotomia, ou cesarianas, e tiveram os mesmos resultados em relação à FS.

Leeman e Rogers (2012) trazem outra revisão de estudos com mulheres após o parto. Eles ressaltam a importância de estudos prospectivos e com questionários validados para o avanço das pesquisas nessa área, uma vez que se sabe que é grande a prevalência de queixas sexuais após o parto.

1.3.1 Fatores relacionados com a função sexual na gestação e após o parto

A literatura aponta diversos fatores relacionados a FS durante a gestação e após o parto. Yeniel e Petri (2014) conduziram revisão sobre a influência da gestação e do parto na saúde sexual e disfunções. Analisaram estudos publicados em língua inglesa no período de 1960 a 2012. Em relação à FS na gestação, incluíram 20 estudos, dos quais, sete com instrumentos validados. Destacam como possíveis fatores para diminuição da atividade sexual e DS: a preocupação do casal sobre eventos adversos na gestação provocados pela atividade sexual, em geral, devido a aspectos culturais, como mitos e crenças; a imagem corporal, a depressão e a idade materna. Em relação ao pós-parto, os autores analisaram 33 estudos, dos quais, 15 com instrumentos validados. Todos os estudos avaliaram os desfechos desde os primeiros meses pós-parto até mais de um ano. Foram reportados como fatores de riscos independentes para DS: idade materna; amamentação; depressão; cansaço; inatividade sexual no primeiro trimestre da gestação; imagem corporal após o parto; preocupação com nova gestação e infecção urinária. No

que se refere ao tipo de parto, os fatores únicos fatores relacionados à DS são: parto vaginal instrumental e episiotomia. Não há evidência de que a cesariana é um fator protetor para a DS.

A revisão de Serati et al. (2010), que incluiu 27 estudos com gestantes e 29 com mulheres após o parto, publicados no período de 1960 a 2009. Os principais fatores identificados para a redução da atividade sexual na gestação são: falta de informação sobre sexo na gestação e preocupação sobre possíveis desfechos obstétricos adversos relacionados à atividade sexual (parto prematuro, “machucar o bebê”, infecções vaginais). Consideram que esses fatores são determinados por falsas crenças e tradições sociais e religiosas, em determinadas áreas geográficas; em geral, são infundadas, mas prejudicam a atividade sexual. Alterações hormonais, embora apontados na literatura, parecem não ter maior impacto na sexualidade durante esse período.

Em relação ao pós-parto, embora existam controvérsias na literatura sobre os fatores relacionados com a FS, a revisão (Serati et al., 2010) menciona: tipo de parto; episiotomia; laceração perineal; sintomas urinários; disfunção do assoalho pélvico (AP), amamentação e dispareunia antes do parto.

O estudo de von Sydow (1999), referido no item anterior, destaca que variáveis sócio demográficas não são significantes ou sua correlação com a atividade sexual na gestação e após o parto é contraditória. Como exemplo, cita a educação, nacionalidade, duração da relação do casal, situação financeira, classe social, satisfação com o trabalho e a idade. Por outro lado, o interesse sexual das mulheres com forte afiliação religiosa diminui na gestação, assim como as culturais e étnicas podem influenciar na FS.

Para o mesmo autor (von Sydow, 1999), os dados obstétricos e clínicos podem ter interferência. Como exemplo, cita: complicações na gestação e no parto; parto instrumental; severidade da dor no parto; lacerações graves; duração da amamentação; níveis hormonais; exercícios perineais e saúde mental. Destaca ainda a importância da biografia e história de vida familiar e relação com o parceiro. Embora os dados da literatura sejam inconsistentes, considera que pais experientes e com mais filhos se sentem mais seguros sobre a atividade sexual no pós-parto.

Johnson (2011) analisa vasta literatura e sistematiza evidências sobre o impacto da gestação, parto e pós-parto na saúde sexual e na intimidade sexual do casal. Agrupa os possíveis fatores relacionados nas seguintes categorias: mudanças físicas, mudanças hormonais, mudanças psicológicas, mitos e medos, comportamento sexual, fatores

culturais, processo do parto, trauma do trato genital, dispareunia, disfunção do AP, amamentação, depressão pós-parto, efeito do parto, parceiro masculino e violência do parceiro íntimo. O autor discute que nem todos estes fatores estão necessariamente relacionados com DS, pois alguns são mudanças normais do ciclo gravídico. São exemplos, as variações nos níveis hormonais, o aumento do útero e as alterações na musculatura do AP, que podem interferir na FS e demandar adaptações, mas não devem ser obrigatoriamente interpretados como causas de DS. Alerta para a tendência que muitos estudos, cujo foco é mais na disfunção do que no impacto positivo que gestação, parto e pós-parto pode ter na intimidade sexual do casal.

A relação entre a FS e a força dos músculos do assoalho pélvico (FMAP) também vem sendo estabelecida na literatura. Franceschet, Sacomori e Cardoso (2009) encontraram correlação positiva e significativa entre os escores da FS, medida pelo IFSF, e o grau de contração dos músculos do AP. Fortunato et al. (2011) encontraram o mesmo resultado, porém medindo a FS com outro instrumento, o QS-F. Martinez et al. (2014) também sugerem que mulheres com músculos do AP fortes têm melhor FS.

Arnold Kegel, já em 1952 acreditava em uma associação entre a FS e a tonicidade dos músculos do AP, sugerindo que a realização de exercícios para essa musculatura poderia ter efeito positivo na vida sexual das mulheres (Piassarolli et al., 2010). Esses exercícios são baseados em movimentos voluntários e repetidos dos músculos do AP para gerar força muscular. Eles previnem a rigidez muscular, mantêm e recuperam a força, restituem a imagem motora e a nutrição dos tecidos (Oliveira, 2007).

Segundo Nielsen et al. (1988), Mørkved et al. (2004), Oliveira et al. (2007), Assis (2010) e Bø e Haakstad (2011), a realização de exercícios perineais favorece o aumento da FMAP. Então, partindo da hipótese de que há uma relação positiva entre a FS e a FMAP, alguns estudos sugerem que as queixas ou FS das mulheres podem melhorar com a prática de exercícios perineais. Piassarolli et al. (2010) utilizaram o IFSF para medir a melhora da sexualidade em mulheres submetidas a um treinamento para esses músculos. Todas elas tiveram aumento da FMAP e consequente diminuição das queixas sexuais. Foram observadas evidências de que transtornos de desejo, excitação e satisfação sexual podem ser beneficiados com a realização do treinamento.

Zahariou, Karamouti e Papaioannou (2008), além de observarem a melhora nos escores do IFSF das mulheres que realizaram um programa de treinamento para os músculos do AP, mostraram que os exercícios também são benéficos para prevenir e

tratar a perda urinária de estresse. Com relação à gestação e ao período pós-parto, essa relação positiva da FS e FMAP ainda não foi encontrada na literatura. Também não foi encontrado que o treinamento desses músculos durante a gestação melhore a FS (Baytur et al., 2005; Franceschet, Sacomori e Cardoso, 2009)

No entanto, Mørkved (2007), em sua revisão de literatura sobre o treinamento dos músculos do AP, alerta que há grande diversidade de protocolos de treinamentos, tentando-se chegar a um que seja ideal. Além disso, também são encontrados diversos métodos de avaliação da FMAP, impossibilitando o estabelecimento de valores de referência.

Entre os métodos utilizados para medir a FMAP, os mais utilizados são a perineometria e a palpação digital vaginal (Barbosa et al., 2005; Sanches et al., 2010; Ferreira et al., 2011; Riesco et al., 2010). Tem-se observado uma tendência em utilizar o perineômetro PeritronTM, pois como mostra o estudo de Barbosa et al. (2009), foi encontrada maior correlação entre os valores do PeritronTM com relação aos outros dois perineômetros do que deles dois entre si. Nos estudos de Ferreira et al. (2011) e Da Roza et al. (2013) também foi observada correlação entre os valores do PeritronTM e a palpação vaginal digital. Em gestantes e puérperas, o PeritronTM foi utilizado por Dinc, Beji e Yalcin (2009), Ferreira et al. (2011) e Caroci et al. (2014).

1.4 ESTUDOS SOBRE A SEXUALIDADE, FUNÇÃO SEXUAL FEMININA E ASSOALHO PÉLVICO

Os principais estudos primários diretamente relacionados à metodologia do presente estudo e referidos nesta Introdução estão sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos sobre função sexual, sexualidade e assoalho pélvico

(continua)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
De Souza et al. 2015 Austrália	Avaliar o efeito do tipo de parto e do trauma perineal na FS das mulheres 6 e 12 meses após o parto	Desenho: Coorte prospectiva Local: Hospital da Mulher Mercy População: Mulheres da clínica de pré-natal do hospital Amostra: 440 primigestas Coleta de dados: Dados sócio demográficos obtidos do banco de dados do sistema de nascimentos do hospital, IFSF entre 7 e 10 semanas de gestação, 6 e 12 meses após o parto Análise dos dados: descritiva, inferencial e multivariada	Não foram encontradas diferenças no escore do IFSF das mulheres com cesariana ou parto normal ou com ou sem trauma perineal. Dor: pior aos 6 meses após o parto do que na gestação ($p = 0,01$). Mulheres com cesariana têm melhor escore de dor aos 6 meses pós-parto do que na gestação ($p = 0,03$). Orgasmo: melhor aos 12 meses pós-parto do que aos 6 meses pós-parto ($p = 0,03$)
Eid et al. 2015 Egito	Avaliar o efeito do tipo de parto na FS feminina	Desenho: Coorte prospectiva Local: Clínica de Saúde Kom Bakar População: pacientes da clínica Amostra: 200 mulheres com parto vaginal (90) ou cesariana eletiva (110) Coleta de dados: Questionário sócio demográfico, IFSF pré-gestacional e 12 semanas após o parto Análise dos dados: descritiva e inferencial	Idade = 29,1 (dp = 3,1) anos. Mulheres com parto normal tiveram escore do IFSF de desejo ($p = 0,02$), excitação ($p = 0,02$) e lubrificação ($p = 0,04$) piores 12 semanas após o parto do que antes da gestação. Mulheres com cesariana tiveram escore de desejo ($p = 0,03$) pior 12 semanas após o parto do que antes da gestação.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Ahmed, Madny e Ahmed 2014 Egito	Descrever a prevalência de DS durante a gestação.	Desenho: Coorte prospectiva Local: Departamento de Obstetrícia do Hospital Universitário do Suez Canal; entre fevereiro/2012 e fevereiro/2013 População: Gestantes do local do estudo Amostra: 451 gestantes Coleta de dados: IFSF aplicado de 4 a 8 semanas de gestação e no final do 1º, 2º e 3º trimestres de gestação Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Idade = 26,5 (dp = 4,9) anos; 46,7% com ensino superior (ES) completo; 48,3% com um ou dois partos anteriores; 53,9% casadas há cinco ou mais anos. Significante aumento do IFSF durante o 2º trimestre, quando comparado com o 1º e 3º. Prevalência de DS: 1º trimestre = 56,1%; 2º = 40,4%; 3º = 64,4%. Prevalência de DS durante a gestação = 68,7%. O escore do IFSF está relacionado negativamente com a idade, paridade e duração do casamento.
Alsibiani 2014 Arábia Saudita	Avaliar a FS durante a gestação das mulheres da Arábia Saudita usando o IFSF.	Desenho: Transversal Local: Clínica de ginecologia e pré-natal da Universidade King Abdulaziz em Jeddah; entre maio/2011 e outubro/2011 População: Mulheres pacientes da clínica Amostra: 454 mulheres, sendo 221 gestantes (56 no 1º, 95 no 2º e 70 no 3º trimestres) e 233 não gestantes Coleta de dados: Questionário demográfico e de história da atividade sexual e IFSF Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Idade = 29,6 (dp = 6,1) anos; paridade = 2,6 (dp = 2,1) partos, 77% dessas com parto normal anterior; 89,9% com ES completo. Prevalência de possível DS > 60% nos dois grupos. Sem diferença no escore de cada um dos domínios e no escore final dos dois grupos. Diferença de escores finais e por domínio entre as mulheres em cada trimestre de gestação: entre 1º e 2º ($p < 0,001$) e entre 1º e 3º ($p < 0,001$). Sem diferença entre 2º e 3º trimestres.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Bomfim e Melro 2014 Brasil	Avaliar a FS de mulheres durante a gestação	Desenho: Transversal Local: Ambulatório da Maternidade Santa Mônica em Alagoas População: Gestantes atendidas no Ambulatório Amostra: 41 gestantes (nove no 1º, 15 no 2º e 17 no 3º trimestres) Coleta de dados: Formulário sócio demográfico, IFSF Análise dos dados: descritiva	Idade = 27,9 anos. IFSF no primeiro trimestre = 26,24, no segundo = 25,84, no terceiro = 21,54
Caroci et al. 2014 Brasil	1. Analisar a FMAP de gestantes que tiveram um ou mais partos normais ou cesarianas, segundo a idade, tipo de parto, número de partos normais anteriores, condições do períneo, índice de massa corporal (IMC) e sintomas do trato geniturinário. 2. Comparar a FMAP de primigestas e de gestantes que tiveram um ou mais partos normais ou cesarianas.	Desenho: Transversal Local: Cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Itapecerica da Serra; entre dezembro/2012 e maio/2013 População: Gestantes das UBS Amostra: 220 mulheres (110 gestantes e 110 primigestas de estudo anterior - controle histórico) Coleta de dados: Palpação digital vaginal, Peritron™ e eletromiógrafo de superfície Bio-ADS1200®, marca Lynx, para controlar o relaxamento abdominal Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Idade = 28,6 (dp = 5,9) anos, não brancas (70,9%), trabalhavam (36,5%), viviam com o companheiro (82,7%), com ensino médio (EM) completo (77,3%). Perineometria: 33,4 (dp = 21,2) cmH ₂ O, sem diferença quanto ao número de partos anteriores ou tipo de parto. Mulheres com episiotomia tiveram FMAP menor do que as que não tiveram, quando medida pelo Peritron™. Na palpação digital vaginal, a FMAP foi menor nas mulheres com um ou mais partos anteriores do que nas primigestas.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Martinez et al. 2014 Brasil	Investigar a possível associação entre a FMAP e a FS em mulheres saudáveis e nulíparas.	Desenho: Transversal Local: Departamento de Uroginecologia da Universidade Federal de Pampa, Uruguai/RS; entre janeiro/2012 e julho/2012 População: Voluntárias que trabalhavam ou estudavam na Universidade Amostra: 36 mulheres (divididas em dois grupos após a mensuração da FMAP, um grupo com as de maior FMAP e outro grupo com as de menor FMAP) Coleta de dados: IFSF, palpação digital vaginal (escala de Ortiz) e perineometria (Perina 996-2 [®] Quark Medical) Análise dos dados: Descritiva e inferencial	ES completo = 82,5%; caucasianas = 97,5%; idade = 3,2 (dp = 3,2) anos; IMC = 22,8 (dp = 3,4); com parceiro = 62,5%; em uso de anticoncepcional oral = 92,5%; sedentárias = 55%. Sem diferença sócio demográfica entre os dois grupos. Correlação moderada entre a palpação digital vaginal e a perineometria (0,65), entre a satisfação e a FMAP (0,47) e entre a lubrificação e a FMAP (0,69). Nulíparas com maior FMAP têm maior escore de IFSF e maior escore no domínio satisfação. Não é possível saber se a FMAP é maior porque a FS é melhor ou se a FS é melhor porque a FMAP é maior.
Corbacioglu Esmer et al. 2013 Turquia	Analisar as mudanças na FS durante a gestação e identificar os fatores associados na população turca, usando um questionário validado.	Desenho: Transversal Local: Uma clínica de pré-natal; entre outubro/2010 e abril/2011 População: Gestantes Amostra: 348 gestantes (115 no 1º, 118 no 2º e 115 no 3º trimestre) Coleta de dados: Questionário sócio demográfico, de história obstétrica, de opinião sobre a atividade sexual durante a gestação e de opinião dos parceiros e IFSF Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Idade = 26,9 (dp = 4,8) anos. Menor atividade sexual no 3º trimestre do que nos demais. Sem diferença entre os escores do IFSF no 1º e 2º trimestres. Diferença significativa entre o 3º e os demais, sendo o escore pior no 3º trimestre. Sem diferença entre o escores do IFSF e as demais variáveis

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Jamali e Mosalanejad 2013 Irã	Avaliar a FS e determinar a prevalência de DS das iranianas durante a gestação.	Desenho: Transversal Local: Clínica Peymanieh, em Jahrom; entre abril/2011 e outubro/2011 População: Gestantes saudáveis que faziam pré-natal na Clínica Amostra: 257 gestantes Coleta de dados: Questionário de características sócio demográficas e IFSF Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Idade = 26,5 (dp = 4,5) anos; com EM completo (41,6%), não trabalhavam (29,4%), primigestas (55,6%). IFSF: escore médio = 19,91 (dp = 22,45), 79,1% com DS (IFSF < 26,5). DS no 3º trimestre (46,2%), 2º (23,4%) e 1º (30,5%).
Lurie et al. 2013 Israel	Avaliar o comportamento sexual durante o período pós-parto de acordo com o tipo de parto.	Desenho: Prospectivo Local: Maternidade do Centro Médico Edith Wolfson; entre janeiro/2010 e fevereiro/2011 População: Mulheres saudáveis de alta da maternidade Amostra: 16 mulheres com parto vaginal sem episiotomia ou com laceração de 1º grau, 14 mulheres com parto vaginal com episiotomia, 16 mulheres com parto instrumental (vácuo extrator ou fórceps), 19 mulheres com parto cesariana intraparto, 17 mulheres com cesariana eletiva Coleta de dados: IFSF por telefone com 6, 12 e 24 semanas após o parto Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Mulheres que tiveram episiotomia demoraram mais para retomar a atividade sexual do que as que não tiveram ($p = 0,013$). Os escores por domínio do IFSF foram iguais para todos os grupos de mulheres, porém diferentes a cada época de aplicação do questionário ($p < 0,05$). Escores médios do IFSF com 6 semanas pós-parto = 14,1 (dp = 10,8); com 12 semanas = 24,6 (dp = 7,6); com 24 semanas = 27,7 (dp = 5,1).

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Prado, Lima e Lima 2013 Brasil	Pesquisar o impacto da gestação na FS feminina.	Desenho: Transversal Local: Centro de Referência da Mulher e duas UBS em Aracajú; entre setembro/2011 e fevereiro/2012 População: Mulheres atendidas nas referidas unidades Amostra: 181 mulheres não gestantes e 177 gestantes (11 no 1º trimestre, 50 no 2º e 116 no 3º), com parceiro fixo Coleta de dados: Questionário com dados sócio demográficos e clínicos e IFSF Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Prevalência de DS nas gestantes = 40,4% e em não gestantes = 23,3% ($p = 0,01$). Os domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação foram significativamente menores nas gestantes. Não houve diferença estatística entre os trimestres de gestação e o escore e os domínios do IFSF.
Yıldız 2013 Turquia	Verificar a relação entre a FS da mulher na gestação e no período pós-parto	Desenho: Coorte prospectiva Local: Unidade de pré-natal de um hospital de Istambul População: Gestantes no primeiro trimestre de gestação da unidade Amostra: 59 gestantes Coleta de dados: Questionário da pesquisa, IFSF com 8 semanas, 12 semanas, no meio do segundo trimestre, no meio do terceiro trimestre de gestação e 6 meses após o parto Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Idade = 27,4 (dp = 4,8) anos. Primigestas: 49,2% IFSF com 8 semanas de gestação = 28,2 (dp = 4,3), 1º trimestre = 21,8 (dp = 7,1), 2º trimestre = 22,9 (dp = 6,0), 3º trimestre = 12,5 (dp = 9,6), 6 meses pós-parto = 25,8 (dp = 3,1). Somente o escore obtido no 3º trimestre de gestação não se correlaciona com os demais escores. Como há relação entre os escores do IFSF na gestação e no pós-parto, isso indica que os escores da gestação não afetam o escore do pós-parto.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Hosseini, Iran-Pour e Safarinejad 2012 Irã	Comparar a FS de mulheres com parto vaginal com episiotomia e mulheres com cesariana eletiva 6 e 24 meses após o parto.	Desenho: Transversal Local: Clínica de Ciências Médicas da Universidade de Teerã; entre junho/2009 e setembro/2010 População: Mulheres com FS normal antes da gestação Amostra: 114 mulheres com parto normal com episiotomia e 99 com cesariana eletiva Coleta de dados: Questionário com características demográficas e IFSF antes da gestação, 6 e 24 meses após o parto Análise dos dados: Descritiva e inferencial	A maioria tinha entre 25 e 29 anos, EM completo, do lar, amamentaram seus filhos e o casamento tinha menos de 5 anos. Sem diferença no escore total do IFSF e no escore dos domínios em ambos os grupos. Sem relação entre amamentação e escore do IFSF em ambos os grupos.
Chang et al. 2011 Taiwan	Analisar a FS geral das mulheres e três dimensões da versão taiwanesa do IFSF durante os três trimestres da gestação	Desenho: Transversal Local: Clínica de um centro médico de Taiwan; entre 2008 e 2009 População: Mulheres que acompanharam o pré-natal nessa clínica Amostra: 663 gestantes Coleta de dados: Questionário demográfico, IFSF, International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), Escala de Imagem Corporal para gestantes Análise dos dados: Descritiva e inferencial	O escore do IFSF diminuiu ao longo da gestação ($p < 0,001$). O escore do terceiro trimestre é pior do que no primeiro e no segundo ($p < 0,001$). A atividade sexual diminuiu ao longo da gestação ($p < 0,001$). A atividade sexual no terceiro trimestre é pior do que no primeiro e no segundo ($p < 0,001$)

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Erbil 2011 Turquia	Determinar os fatores de risco e a prevalência de DS das mulheres turcas.	Desenho: Transversal Local: Clínica de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital no nordeste da Turquia; entre maio/2008 e dezembro/2008 População: Mulheres pacientes da clínica Amostra: 425 mulheres casadas Coleta de dados: Questionário sócio demográfico, clínico, obstétrico e ginecológico e IFSF Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Idade = 31,2 (dp = 7,5) anos; número de partos = 1,8 (dp = 1,1); 90,1% eram analfabetas. Prevalência de DS = 52,2%. Fatores de risco associados à DS: ter casado jovem (p = 0,005); grande número de partos e de filhos (p < 0,001); baixo nível educacional tanto da mulher quanto do marido (p < 0,001); ser do lar (p = 0,034); viver em vila ao invés de na cidade (p = 0,014); o casamento ter sido arranjado (p = 0,004); ter tido educação familiar restritiva (p = 0,005); não receber informações sobre sexo (p = 0,007); ter infecção ou sintomas relacionados aos genitais (p = 0,001); ter IU durante o ato sexual (p = 0,047). Não são fatores de risco para a DS: idade; duração do casamento; idade do marido; número de partos e filhos; IMC; trabalhar; nível educacional da mãe da mulher; local de residência; tamanho da família.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Ferreira et al. 2011 Brasil	Avaliar a confiabilidade inter-observadores da escala de Oxford modificada e o perineômetro Peritron™.	Desenho: Teste-reteste para avaliar a confiança inter observador da escala de Oxford modificada e do perineômetro Peritron™. Local: Não referido População: Estudantes universitárias Amostra: 19 mulheres Intervenção: 10 sessões de exercícios para fortalecimento do AP Coleta de dados: Palpação digital vaginal, perineometria e questionário de dados pessoais Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Boa correlação entre os dados obtidos por dois diferentes avaliadores com a escala de modificada de Oxford. Moderada correlação entre os dados obtidos por dois diferentes avaliadores com o perineômetro Peritron™.
Fortunato et al. 2011 Brasil	Verificar a correlação entre a FMAP e a satisfação sexual feminina.	Desenho: Correlacional Local: Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil, em Curitiba/PR População: Acadêmicas do curso de fisioterapia Amostra: 12 acadêmicas Coleta de dados: Ficha de anamnese, QS-F, IFSF, palpação digital, perineometria (Perina 996-2, com miofeedback, da Quarck) Análise dos dados: Descritiva e inferencial	A força dos músculos superficiais do AP tem correlação com a satisfação sexual. Diferença de 8,1 pontos no QS-F de mulheres com grau 3 e grau 4 na escala de Oxford.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Naldoni et al. 2011 Brasil	Avaliar a FS de mulheres grávidas e identificar fatores associados.	Desenho: Transversal Local: duas UBS em Poços de Caldas; entre setembro/2007 e junho/2008 População: Mulheres grávidas atendidas nas UBS Amostra: 137 gestantes Coleta de dados: Questionário com perguntas pessoais e sócio econômicas e IFSF Análise dos dados: Descritiva e inferencial	IU durante a gestação = 47%; escore total do IFSF < 26,5 = 61%. Quanto maior a idade gestacional (IG), menor o escore do IFSF e maior prevalência de IU. Todas as mulheres que ganharam peso excessivo durante a gestação tiveram escore total de IFSF abaixo de 26,5.
Camacho, Vargens e Progiante 2010 Brasil	Descrever como a mulher exerce a sexualidade na gravidez.	Desenho: Qualitativo; interacionismo simbólico e teoria fundamentada dos dados Local: Serviço de pré-natal de um Centro Saúde do Rio de Janeiro, em 2005 População: Gestantes do serviço Amostra: 16 mulheres grávidas (11 no 3º trimestre e 5 no 2º) Coleta de dados: Entrevista semiestruturada: Fale-me sobre sua sexualidade durante o período gestacional Análise dos dados: Transcrição; distribuição vertical e sequencial do discurso; codificação substantiva ou aberta; agrupamento de códigos afins; categorização preliminar; análise e consolidação das categorias; identificação da categoria central.	Foram definidas duas categorias: a descoberta do desejo sexual na gravidez e a adaptação à nova realidade. O primeiro contato das grávidas com o desejo sexual pode ser encarado como algo positivo a partir do momento em que se conseguiu compreender a relação sexual de forma saudável. Sentir desejo sexual e enfrentar dificuldades sexuais na gravidez leva as mulheres a buscarem o prazer e a satisfação sexual de outras maneiras além da penetração.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Kerdarunsuksri e Manusirivithaya 2010 Tailândia	Avaliar as atitudes em relação à sexualidade e a FS de mulheres tailandesas.	Desenho: Transversal Local: Clínica de pré-natal do Hospital Ratchaphiphat; entre julho/2009 e agosto/2009 População: Gestantes da clínica Amostra: 347 gestantes saudáveis (15% no 1º trimestre, 42,1% no 2º e 42,9% no 3º) Coleta de dados: Questionário demográfico, sobre a sexualidade durante a gestação e IFSF Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Idade = 26,3 (dp = 5,9) anos; IG = 25,7 (dp = 9,0) semanas; primigestas = 53,9%; trabalhavam = 49%; com EM completo = 54,5%; achavam que fazer sexo durante a gestação pode ser prejudicial ao bebê = 47%. De acordo com o IFSF, 93,4% das mulheres tinham escore < 26,5. Fatores associados a DS: idade < 35 anos (p = 0,036).
Salim, Araújo e Gualda 2010 Brasil	Conhecer como as mulheres lidam com a sexualidade e as mudanças corporais no período puerperal.	Desenho: Qualitativo Local: Hospital e Maternidade Amador Aguiar, em Osasco População: Mulheres no puerpério remoto, que tiveram gravidez de feto único e parto normal Amostra: 6 mulheres Coleta de dados: Observação e entrevista Análise dos dados: Análise temática de conteúdo	Temas extraídos: modificações, sexualidade, relacionamento e suporte social. Sexualidade: o tempo para a volta à atividade sexual foi o tempo do próprio corpo e permeado pelo pedido do marido, medo de sentir dor, cuidado com bebê e incômodo ao perder leite durante a relação sexual.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Piassarolli et al. 2010 Brasil	Avaliar o efeito do treinamento do músculos do AP sobre as DS femininas.	Desenho: Ensaio clínico Local: Ambulatório de um hospital universitário em Campinas, SP População: mulheres com diagnóstico de DS segundo o CID 10 Amostra: 26 mulheres Intervenção: 10 sessões de exercícios para fortalecimento do AP Coleta de dados: IFSF; eletromiografia; palpação digital vaginal (Oxford modificada) Análise dos dados: descritiva e inferencial	Melhora total das queixas sexuais em 69% das mulheres. Aumento das médias de tempo de contrações sustentadas entre o início e o final do tratamento. 69% das mulheres apresentaram grau 4 e 5 na escala de Oxford, com melhora de pelo menos dois graus.
Barbosa et al. 2009 Brasil	Analisar os resultados obtidos na avaliação da pressão intravaginal medida por três diferentes marcas de perineômetros.	Desenho: Observacional Local: Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) População: Mulheres voluntárias em tratamento no centro de reabilitação Amostra: 20 mulheres Coleta de dados: Três perineômetros: Peritron™, Neurodyn™ e Sensu Power™ Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Concordância moderada entre os resultados obtidos pelos perineômetros Neurodyn™ e Peritron™. Boa concordância entre os resultados obtidos pelos perineômetros Sensu Power™ e Peritron™. Pouca concordância entre os resultados obtidos pelos perineômetros Sensu Power™ e Neurodyn™.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Chang et al. 2009 Taiwan	Traduzir e validar o IFSF para o chinês tradicional e em gestantes.	Desenho: Validação de questionários (teste-reteste) Local: Clínica de um Centro Médico de Taipei, em Taiwan; entre janeiro/2008 e março/2008 População: Gestantes saudáveis que fizeram pré-natal na Clínica Amostra: 108 gestantes (3,7% no 1º trimestre, 31,5% no 2º e 64,8% no 3º) Coleta de dados: IFSF Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Idade = 31,9 (dp = 3,2) anos; IG = 26,9 (dp = 7,9) semanas; nulíparas = 52,8%; com ES completo = 68,5%; trabalhavam em período integral = 74,1%. Consistência interna do questionário: excelente (alfa de Cronbach = 0,96). Validade e confiabilidade adequada da versão chinesa para gestantes.
Franceschet, Sacomori e Cardoso 2009 Brasil	Comparar o grau da FMAP e a FS de gestantes no segundo e terceiro trimestres de gestação.	Desenho: Transversal Local: Centros de saúde em Florianópolis/SC; entre abril/2008 e maio/2008 População: Gestantes no 2º e 3º trimestres de gestação atendidas nos centros de saúde Amostra: 18 mulheres no 2º e 19 mulheres no 3º trimestre de gestação Coleta de dados: IFSF, palpação digital vaginal e questionário semiestruturado de dados sócio demográficos Análise dos dados: Descritiva e inferencial	A FMAP não foi estatisticamente diferente entre os grupos. A FS das mulheres no 2º trimestre é melhor do que as no 3º. A FMAP tem correlação positiva com 15 das 19 questões do IFSF.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Klein et al. 2009 Alemanha	Avaliar a influência do tipo de parto na FS das mulheres entre 12 e 18 meses após o parto.	Desenho: Transversal Local: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Viena População: Mulheres saudáveis que tiveram parto vaginal ou cesariana eletiva Amostra: 99 mulheres (55 com parto vaginal e 44 com cesariana eletiva) Coleta de dados: Questionário sócio demográfico e IFSF Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Somente idade materna influenciou nos escores do IFSF nos dois grupos ($p = 0,008$ para parto vaginal e $p = 0,003$ para cesariana). O tipo de parto não influencia no escore do IFSF.
Leite et al. 2009 Brasil	Avaliar a FS e determinar a prevalência de DS entre grávidas adolescentes e adultas.	Desenho: Prospectivo Local: Não informado; entre abril/2005 e janeiro/2007 População: Grávidas saudáveis Amostra: 271 grávidas saudáveis com união estável há pelo menos 6 meses, divididas em dois grupos: adolescentes (≤ 19 anos) e adultas (≥ 20 anos) Coleta de dados: IFSF no 1º, 2º, e 3º trimestres de gestação Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Prevalência de DS no 1º trimestre: adolescentes = 40,8%; adultas = 46,6%. Prevalência de DS no 2º trimestre: adolescentes = 31,2%; adultas = 34,2%. Prevalência de DS no 3º trimestre: adolescentes = 63,2%; adultas = 73,3%. Houve diminuição do escore total do IFSF entre o 2º e 3º trimestres de gestação. No 3º trimestre, as adolescentes tiveram melhor FS em relação às adultas, assim como melhor escore em cinco dos seis domínios do IFSF (exceção: dor).

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Pacagnella, Martinez e Vieira 2009 Brasil	Analisar a validade de construto da versão em português do IFSF.	Desenho: Transversal Local: Ribeirão Preto/SP População: Mulheres que realizaram voluntariamente a esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde Amostra: 100 mulheres Coleta de dados: IFSF por meio de entrevista Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Forte correlação entre todos os domínios do IFSF, mas baixa correlação do domínio dor em relação aos demais domínios. Há divergências nas dimensões teóricas entre o IFSF brasileiro e o original; no entanto, o questionário tem ótima consistência interna (alfa de Cronbach = 0,948). O IFSF mostrou-se culturalmente adequado, compreensível e com baixo índice de perguntas não respondidas.
Rudge et al. 2009 Brasil	Elaborar e validar o PSRI para avaliar as mudanças na sexualidade durante a gravidez.	Desenho: Validação de questionários Local: Serviço de pré-natal de um hospital universitário, em Botucatu/SP; entre julho 2004 e dezembro 2005 População: Gestantes atendidas no serviço Amostra: 156 mulheres (42 gestantes na fase 1 do estudo, 63 na fase 2, 16 na fase 3, 25 especialistas na fase 4, 10 estudantes de doutorado de quatro diferentes cidades brasileiras na fase 5) Coleta de dados: Entrevistas semiestruturadas com gestantes, realizadas por um único pesquisador, nas fases 1 a 3 do estudo, e análise por profissionais dos itens propostos para o instrumento Análise dos dados: Descritiva e inferencial	A versão final é um instrumento semiestruturado de 38 questões (12 sobre características demográficas e 26 sobre comportamento e atividade sexual). O questionário abrange 10 domínios relacionados aos sentimentos das mulheres e às percepções sobre seu parceiro: frequência, desejo, excitação, orgasmo, prazer, dispareunia, penetração, dificuldades sexuais femininas, prazer sexual masculino e dificuldades sexuais masculinas.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Pacagnella et al. 2008 Brasil	1. Avaliar a equivalência semântica entre os itens constituintes do IFSF original em inglês e propor uma versão final em português. 2. Avaliar aspectos da adaptação transcultural como equivalência idiomática, cultural, conceitual e de pontuação entre a versão original e a versão final em português.	Cinco etapas: 1.tradução; 2.retrotradução; 3.apreciação formal de equivalência semântica; 4.crítica final por especialista com avaliação de outros aspectos além da questão semântica; 5.pré-teste do instrumento com incorporação de pequenas modificações	O IFSF foi adaptado ao contexto cultural brasileiro nos seguintes aspectos: adaptação de palavras para oferecer mais clareza dos termos e adequação da equivalência da versão em português quanto às expressões, situações culturalmente evocadas pelos termos, com manutenção dos conceitos do instrumento original.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Thiel et al. 2008 Brasil	1. Traduzir para o português, adaptar culturalmente e validar o IFSF. 2. Avaliar as correlações entre os domínios afins dos questionários IFSF e Medical Outcome Study-Short Form-36 item (MOS SF-36).	Desenho: Validação de questionários Local: Serviço de Urologia da Universidade São Francisco, Bragança Paulista/SP; entre junho/2006 e dezembro 2006 População: Mulheres atendidas no serviço Amostra: 100 mulheres Coleta de dados: IFSF, MOS-SF-36 Análise dos dados: Descritiva, confiabilidade ou consistência interna, teste-reteste e validade do construto	Idade: correlação negativa moderada com o “satisfação” e fraca com “desejo” e com o escore geral. Mulheres com ensino fundamental (EF) completo tem escore de “excitação” menor do as com ES superior incompleto. EF completo influencia negativamente na “lubrificação”, “orgasmo”, “satisfação” e “escore geral”. Mulheres que praticam atividade física tem maior “satisfação” do que as que não praticam. Alfa de Cronbach = 0,96. Confiabilidade: os questionários em inglês e a versão em português têm confiabilidade idênticas. Validade do construto: “lubrificação”, “orgasmo”, “satisfação” e o escore geral do IFSF tiveram correlação positiva, porém fraca e significativa, com “capacidade funcional” do MOS-SF 36. “Satisfação” do IFSF apresentou correlação fraca e positiva com a maioria dos itens do MOS-SF-36. “Saúde mental” do MOS-SF-36 apresentou correlação fraca e positiva com a maioria dos domínios do IFSF. Nenhum domínio teve relação positiva forte, ou seja, nenhum escore dos domínios de um dos instrumentos altera significativamente o escore do outro.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Zahariou, Karamouti e Papaioannou 2008 Grécia	Avaliar a efetividade de um programa supervisionado de treinamento dos músculos do AP na FS das mulheres com IU de estresse.	Desenho: Prospectivo não randomizado Local: Hospital Elpis, Grécia População: 229 mulheres com queixa de IU de estresse que compareceram a Unidade Uroginecológica do hospital dentro do período de 3 anos. Amostra: De conveniência, 58 mulheres Coleta de dados: 1h pad-test, IFSF, diário miccional, quatro sessões de biofeedback Intervenção: 4 sessões de 30 minutos de exercícios perineais com biofeedback e sessões diárias em casa (duas vezes ao dia: 5 contrações rápidas e 10 sustentadas, com 10 segundo de intervalo entre as sustentadas – até 5 contrações rápidas e 20 sustentadas) Análise dos dados: descritiva e inferencial	Idade = 43,0 (dp = 6,2). IFSF pré-tratamento = 20,3 (dp = 2,3), pós-tratamento = 26,8 (dp = 2,8) com $p < 0,001$. O escore do IFSF em todos os domínios também melhorou: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação ($p < 0,001$) e dor ($p < 0,05$); 50% reportaram não ter mais IU depois do tratamento. FMAP pré-tratamento = 21,7 (dp = 10,8), pós = 39,2 (dp = 14,2) com $p < 0,001$

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Hentschel et al. 2007 Brasil	Validar a aplicação do IFSF em uma população específica de mulheres.	Desenho: Validação de questionários Local: Setor de infertilidade do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas e do Serviço de Planejamento Familiar, Porto Alegre População: Mulheres que procuraram espontaneamente o esses serviços Amostra: 215 mulheres de casais inférteis Coleta de dados: IFSF e dados relacionados ao perfil familiar e social Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	O IFSF foi traduzido e validado para o português, a consistência interna e os critérios de confiabilidade da tradução para desempenho de consistência interna foram adequados.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Leite et al. 2007 Brasil	Traduzir e validar o IFSF para grávidas brasileiras.	Desenho: Validação de questionários Local: Ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas População: Grávidas atendidas pelo ambulatório Amostra: 92 grávidas (60 para a fase de adaptação cultural e 32 para a fase de adaptação cultural) Coleta de dados: IFSF com entrevista Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	O IFSF é confiável e tem validade interna porque há forte relação entre as respostas e os domínios do IFSF. Há reprodução adequada intra e inter observador porque as respostas das gestantes se mantinham igual independente de quem estava perguntando. Há semelhança na avaliação da AS entre o QS-F e o IFSF porque há forte correlação entre as respostas afins dos dois questionários. O IFSF foi validado para grávidas brasileiras.
Abdo 2006 Brasil	Desenvolver e validar o QS-F.	Desenho: Validação de questionários Local: Ambulatório do Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP População: Mulheres com DS matriculadas no Ambulatório Amostra: 60 mulheres (30 com DS e 30 sem DS) Coleta de dados: QS-F Análise dos dados: Descritiva e inferencial	Consistência interna do QS-F: alfa de Cronbach = 0,98. Todas as questões e o escore final do instrumento diferenciam mulheres com e sem DS.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Aslan et al. 2005 Turquia	Avaliar a FS durante a gravidez usando o IFSF.	Desenho: Coorte prospectiva Local: Não referido População: Mulheres grávidas Amostra: 40 gestantes saudáveis com relacionamento estável Coleta de dados: Quatro aplicações do IFSF e uma pergunta aberta: Com que frequência você teve relação sexual no último mês? (antes da gravidez, no 1º, 2º e 3º trimestres de gestação) Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Há diminuição do escore do IFSF conforme a gravidez avança e diminuição da frequência do ato sexual.
Baytur et al. 2005 Turquia	Investigar a relação do tipo de parto com a FMAP e a FS nas mulheres.	Desenho: Transversal Local: Departamento de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Celal Bayar População: Mulheres que deram à luz ou que procuraram o serviço para algum tratamento (nulíparas) Amostra: 68 mulheres (32 com cesariana eletiva, 21 com parto normal e episiotomia e 15 nulíparas) Coleta de dados: Questionário sócio demográfico, IFSF e perineometria (Peritron™) Análise dos dados: Descritiva e inferencial	O valor da perineometria foi menor nas mulheres com parto vaginal quando comparadas com as com cesariana ou nulíparas. A FS foi igual nos três grupos. A perineometria não teve relação com o escore total e dos domínios do IFSF.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Wiegel, Meston e Rosen 2005 EUA	Desenvolver um ponto de corte no escore do IFSF para classificar mulheres com DS.	Desenho: Transversal Local: New Jersey, Tennessee, Washington, Texas e New York População: 568 mulheres de outros estudos anteriormente realizados e para este estudo Amostra: 307 mulheres com DS de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-IV e 261 sem DS Coleta de dados: IFSF Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Estabeleceu escore de corte de 26 pontos. Mulheres abaixo desse valor têm maior risco de DS do que mulheres com escore total do IFSF maior do que esse valor.
Oriá, Alves e Silva 2004 Brasil	1. Identificar as repercussões da gravidez na sexualidade da mulher. 2. Detectar o nível de satisfação sexual das gestantes.	Desenho: Descritivo Local: Centro de Saúde Municipal de Fortaleza; entre agosto/2000 e novembro/2000 População: 134 mulheres que iniciaram o pré-natal no período do estudo Amostra: 35 primigestas Coleta de dados: Consulta aos prontuários e entrevista semiestruturada Análise dos dados: Agregação de respostas convergentes utilizando o tema como unidade de significado	Satisfação sexual: ótima = 28%; boa = 57%; regular = 25%. Temas extraídos: Reação ao diagnóstico de gravidez, percepção quanto à sexualidade e repercussões da gravidez na sexualidade. Repercussões da gravidez na sexualidade: 71% das mulheres. Repercussões positivas: melhora do relacionamento sexual com o parceiro, aumento da atividade sexual, sentimento de feminilidade mais aguçado e mais prazer no ato sexual. Repercussões negativas: abandono do parceiro e diminuição da atividade sexual.

(continuação)

Autor/Ano/País	Objetivos	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados
Rosen et al. 2000 EUA	Desenvolver e validar um instrumento breve e auto aplicado para medir o desejo sexual e outros domínios da FS das mulheres.	Desenho: Desenvolvimento e validação de questionários Local: New Jersey, Tennessee, Washington, Texas e New York População: Mulheres voluntárias Amostra: 259 mulheres (131 mulheres sem DS e 128 com transtorno de excitação sexual) Coleta de dados: Questionário piloto de 29 questões e IFSF Análise dos dados: Descritiva, inferencial e multivariada	Elaborado IFSF, questionário breve, auto administrado, válido e confiável para avaliar a FS e sua relação com a qualidade de vidas das mulheres. Composto de 19 questões e os domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Fonte: a pesquisadora

(conclusão)

Uma importante limitação na literatura é a diversidade de métodos e instrumentos de avaliação da FS, como referido no item **1.2 Instrumentos para a avaliação da função sexual**. Serati et al. (2010), Johnson (2011) e Leeman e Rogers (2012) recomendam o estudo do tema através de pesquisas com metodologia prospectiva. Além disso, alertam para a importância de estudar a FS com questionários validados a fim de avançar no conhecimento e estabelecer parâmetros e recomendações para melhorar a FS das mulheres durante a gestação e após o parto.

A relação entre a FS e a FMAP vem sendo estabelecida na literatura e tem-se observado uma tendência em utilizar o perineômetro PeritronTM para medir a FMAP, como referido no item **1.3.1 Fatores relacionados com a função sexual na gestação e após o parto**. Neste sentido, considerando as lacunas de conhecimento na literatura, o presente estudo analisou a FS e mediu a FMAP das mulheres de maneira prospectiva, desde o início da gestação até 6 meses após o parto, utilizando os instrumentos de coleta de dados IFSF para a FS e perineômetro PeritronTM para a FMAP, instrumentos estes mais comumente empregados nas pesquisas sobre essa temática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a FS das mulheres durante gestação e até seis meses após o parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a variação da FS das mulheres durante os trimestres da gestação e os seis primeiros meses após o parto;
- Analisar os fatores associados à FS das mulheres durante os trimestres da gestação e os seis primeiros meses após o parto.

3 MÉTODO⁵

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de coorte, prospectivo, sobre a FS de mulheres durante gestação e os 6 primeiros meses após o parto.

Este estudo integra a pesquisa “Cuidado perineal na gestação e após o parto: prevenção e morbidade relacionadas à força muscular perineal, função sexual e continência urinária”, que foi realizada no mesmo local e com a mesma amostra deste estudo. Além dos objetivos do presente estudo, a referida pesquisa tem como objetivos: analisar a FMAP e a continência urinária de mulheres durante a gestação e nos 6 primeiros meses após o parto; comparar o efeito da cinesioterapia (CT) supervisionada e não supervisionada do AP na continência urinária e na FMAP em mulheres incontinentes durante a gestação e nos 6 primeiros meses após o parto; verificar a adesão das mulheres à CT do AP durante a gestação e nos 6 primeiros meses após o parto.

3.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Centro Clínico de Obstetrícia e Pré-Natal (CCOPN) e no Centro Clínico da Mulher (CCM) da SEISA (Serviços Integrados de Saúde) Assistência Médica, empresa do Setor de Saúde Suplementar desde 1970, localizada no município de Guarulhos, São Paulo.

No ano de 2013, após o início da coleta de dados, a SEISA foi integrada ao AMIL UnitedHealth Group e passou a denominar-se NextSEISA. Aconteceram algumas mudanças, como a revitalização e realocação de unidades ambulatoriais, centros clínicos, pronto atendimento e pronto socorro, descadastramento de empresas e pacientes e mudança no quadro de profissionais.

A pesquisa se iniciou no CCOPN, desativado durante o período de coleta de dados, em dezembro de 2013. O CCOPN atendia gestantes, puérperas e crianças até um

⁵ Parte da descrição do Método foi extraída de: Riesco MLG. Cuidado perineal na gestação e após o parto: prevenção e morbidade relacionadas à força muscular perineal, função sexual e continência urinária [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ano de vida, oferecia encontros de gestantes para troca de experiências e promoção de discussões sobre a gravidez, parto, cuidados com o bebê e amamentação, além de dispor de um e-mail exclusivo para as gestantes esclarecerem dúvidas.

A pesquisa, então, passou a ser realizada no CCM, atualmente denominado NextClínica Mulher e Pré-Natal, que abrange toda a assistência à saúde da mulher. Quando o atendimento ao pré-natal e pós-parto passou a ser realizado no CCM, os encontros e o e-mail exclusivo não foram mais oferecidos.

O atendimento pré-natal da SEISA é realizado segundo o protocolo institucional elaborado pela equipe médica e de enfermagem (Anexo 1). Mediante resultado positivo do teste de gravidez ou ultrassonografia, as gestantes ligam para a central de atendimento e marcam a primeira consulta, atendida pela enfermeira obstetra ou pela obstetriz.

Nesta consulta, são realizados a anamnese, o exame físico geral e específico, solicitados exames de rotina, dadas orientações gerais e específicas sobre a gestação e, se necessário, prescritos medicamentos. As consultas subsequentes, até o final da gestação, são realizadas pelo médico obstetra. Paralelamente, a gestante também tem mais duas consultas com a enfermeira obstetra ou obstetriz, uma no segundo e outra no terceiro trimestre de gestação. Nessas consultas, além de serem realizados os procedimentos em protocolo, são dadas orientações sobre aleitamento materno, trabalho de parto e parto.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por mulheres usuárias do CCOPN e CCM.

3.3.1 Critérios de inclusão

- 18 anos ou mais;
- EF completo;
- Gestação única e de risco habitual;
- IG de até 12 semanas e 6 dias confirmada pela ultrassonografia;
- IMC menor que 35;
- Não ter cirurgia urogenital prévia;

- Não apresentar doença que possa interferir na FMAP (prolapso de órgão pélvico, doenças neurológicas, diabetes, lesão pélvica ou da coluna vertebral);
- Não ter dificuldade no entendimento do idioma português ou na comunicação;
- Não oferecer resistência à inserção da sonda do perineômetro na vagina;
- Não realizar manobra de Valsalva durante a medição da FMAP;

3.3.2 Critérios de exclusão

- Complicações clínicas ou obstétricas durante a gestação;
- Realizar manobra de Valsalva durante a medição da FMAP.

3.3.3 Amostra

No período de janeiro a março de 2012, antes do início da coleta de dados, cerca de 100 mulheres por mês com idade igual ou superior a 18 anos iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação no CCOPN. Assim, considerando a demanda local, 24 meses para a conclusão da coleta de dados e os critérios de inclusão, foi calculada a amostra de 500 mulheres.

3.3.4 Recrutamento

As gestantes foram recrutadas durante a primeira consulta de pré-natal. Em todas as consultas realizadas entre 21 de novembro de 2012 e 17 de setembro de 2013, as gestantes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

3.4 EXPOSIÇÃO E DESFECHOS

Foram considerados como exposição a IG – em semanas – e o período após o parto – em dias. O desfecho considerado foi a FS.

3.4.1 Instrumento de avaliação do desfecho

A FS foi medida pelo Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) (Anexo 2). Conforme referido na Introdução, o questionário é composto por 19 questões que abrangem seis domínios da FS da mulher. Para cada resposta é atribuído um valor e peso (fator) e o escore total varia de 2 a 36, conforme apresentado na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Escala de domínios e escores do IFSF

Domínio	Questões	Variação do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1 - 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 - 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 - 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0 - 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 ou 1 - 5	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 - 5	0,4	0	6,0
Escore total				2	36

Fonte: Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. Cad Saúde Pública 2008;24(2):416-26.

Foram localizadas na literatura três versões em português do IFSF (Hentschel et al., 2007; Pacagnella et al., 2008; Thiel et al., 2008; Pacagnella, Martinez, Vieira, 2009).

A versão de Hentschel et al. (2007) foi traduzida para a língua portuguesa apenas com o intuito de ser validada para a aplicação em duas populações específicas: mulheres de casais inférteis que desejavam engravidar e mulheres férteis que desejavam realizar esterilização cirúrgica.

As versões de Pacagnella et al. (2008) e Thiel et al. (2008) foram ambas traduzidas e adaptadas culturalmente segundo normas e padrões para a adaptação de questionários e teste do instrumento. Após avaliação dos dois instrumentos pela pesquisadora do presente estudo, a versão escolhida para ser utilizada foi a de Pacagnella et al. (2008).

3.5 COLETA DE DADOS E SEGUIMENTO

Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisa de 11 profissionais (sete obstetristas, três enfermeiras e uma fisioterapeuta) previamente treinadas. Destas, uma enfermeira integrava a equipe de profissionais do pré-natal da SEISA.

O estudo foi apresentado à equipe de profissionais assistenciais e administrativos do CCOPN, a fim de obter a aceitação e colaboração durante o período de coleta de dados.

3.5.1 Etapas do estudo

Os dados foram coletados em seis etapas, três durante a gestação (uma etapa em cada trimestre) e três após o parto (1-2, 2-4 e 5-6 meses), de 21 de novembro de 2012 a 30 de outubro de 2014 conforme apresentado no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Cronograma das etapas da coleta de dados, Guarulhos - 2012-2014

Etapa	2012			2013									2014											
	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
1	21										17													
2				15											23									
3							06											17						
4									24											06				
5											11											24		
6														23										30

Fonte: a pesquisadora

O Quadro 3 a seguir mostra os procedimentos realizados em cada uma das etapas, bem como nos intervalos entre as etapas.

Quadro 3 - Dados colhidos em cada uma das etapas da coleta de dados e entre elas, Guarulhos, SP - 2012-2014

(continua)

Etapa	IG ou dias após o parto	Procedimentos
1	4 a 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de pré-natal; - Apresentação e convite para participação na pesquisa; - Assinatura do TCLE; - Preenchimento do formulário de coleta de dados; - Mensuração da FMAP; - Aplicação do IFSF; - Orientação e entrega do folheto para a realização de exercícios para o AP em casa (Apêndice B); - Entrega da guia de retorno para consulta de pré-natal do segundo trimestre de gestação e etapa 2 da pesquisa.

(continuação)

Etapa	IG ou dias após o parto	Procedimentos
Entre as etapas 1 e 2		- Um a três contatos telefônicos para o esclarecimento de dúvidas sobre os exercícios do AP; - Contato telefônico para confirmação ou marcação de retorno de pré-natal com a enfermagem (etapa 2 da pesquisa).
2	20 a 27 semanas	- Consulta de pré-natal; - Preenchimento do formulário de coleta de dados; - Mensuração da FMAP; - Aplicação do IFSF; - Entrega da guia de retorno para consulta de pré-natal do terceiro trimestre de gestação e etapa 3 da pesquisa.
Entre as etapas 2 e 3		- Contato telefônico para confirmação ou marcação de retorno de pré-natal com a enfermagem (etapa 3 da pesquisa).
3	31 a 38 semanas	- Consulta de pré-natal; - Preenchimento do formulário de coleta de dados; - Mensuração da FMAP; - Aplicação do IFSF; - Entrega da guia de retorno para consulta de pós-parto e etapa 4 da pesquisa.
Entre as etapas 3 e 4		- Contato telefônico para confirmação ou marcação de retorno pós-parto com a enfermagem (etapa 4 da pesquisa).
4	39 a 66 dias	- Consulta de pós-parto; - Preenchimento do formulário de coleta de dados; - Mensuração da FMAP; - Aplicação do IFSF.
Entre as etapas 4 e 5		- Contato telefônico para marcação da etapa 5 da pesquisa.
5	76 a 135 dias	- Preenchimento do formulário de coleta de dados; - Mensuração da FMAP; - Aplicação do IFSF.

(continuação)

Etapa	IG ou dias após o parto	Procedimentos
Entre as etapas 5 e 6		- Contato telefônico para marcação da etapa 6 da pesquisa.
6	168 a 208 dias	- Preenchimento do formulário de coleta de dados; - Mensuração da FMAP; - Aplicação do IFSF.

Fonte: a pesquisadora

(conclusão)

Todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa receberam orientações sobre exercícios do AP e o folheto elaborado pela equipe de pesquisa. Esta orientação foi adotada considerando os demais objetivos da pesquisa que esta coorte integra, citados no item **3.1 Tipo de Estudo**.

Nos períodos entre as etapas 1, 2, 3 e 4, as pesquisadoras verificavam a agenda de consultas da enfermagem para saberem se as mulheres haviam marcado o retorno de pré-natal ou pós-parto. Caso sim, esperava-se a data da consulta e, se a mulher faltasse, mas ainda estivesse dentro do período estipulado para a etapa, era realizado contato telefônico para remarcação da consulta. Caso contrário, era realizado contato telefônico para sua marcação.

Nas etapas 5 e 6, não foram mais realizadas consultas de enfermagem, somente a coleta de dados da pesquisa. Isto porque o protocolo da instituição só permitia a marcação de um retorno pós-parto para a enfermagem. Sendo assim, para as etapas de pós-parto (4, 5 e 6), as mulheres foram ressarcidas na despesa com transporte à SEISA.

3.5.2 Técnicas da coleta de dados

3.5.2.1 Entrevista

Após a consulta de enfermagem, foi realizada uma entrevista com a mulher para completar o preenchimento do formulário de coleta de dados (Apêndice C). Este formulário contém dados clínicos e obstétricos, do parto e do recém-nascido (RN), frequência de realização dos exercícios perineais e medidas obtidas na mensuração da FMAP. As questões foram preenchidas conforme a etapa do estudo.

3.5.2.2 Mensuração da FMAP⁶

Após a entrevista, foi realizada a mensuração da FMAP, conforme os seguintes procedimentos:

- 1.** Solicitar que a gestante esvazie a bexiga;
- 2.** Colocar a gestante em posição ginecológica, com a região genital e os membros inferiores descobertos;
- 3.** Ensinar a gestante a fazer contrações como se estivesse “segurando” a urina, usando somente os músculos do AP, evitando contrair os músculos abdominais, da coxa e das nádegas;
- 4.** Puxar o êmbolo da seringa até 20ml e conectá-la ao aparelho;
- 5.** Revestir a sonda elástica com um preservativo descartável não lubrificado;
- 6.** Calçar luvas de procedimentos;
- 7.** Lubrificar o preservativo com gel à base de água;
- 8.** Instruir a gestante a relaxar os músculos do AP;
- 9.** Cerca Ligar o prineômetro;
- 10.** Introduzir 4 a 6cm da sonda na vagina, de modo que, aproximadamente, 1,5cm desta seja visualizada;
- 11.** Retirar a luva da mão dominante para manusear o aparelho;
- 12.** Insuflar a sonda do perineômetro até que a escala atinja 100 cmH₂O;

⁶ Extraído de Riesco MLG. Cuidado perineal na gestação e após o parto: prevenção e morbidade relacionadas à força muscular perineal, função sexual e continência urinária [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

13. Zerar o aparelho, apertando o botão na parte anterior do aparelho, conforme recomendação do fabricante;
14. Girar a chave lateral do aparelho para verificar se foi zerado (se não estiver zerado, apertar novamente o botão da parte anterior do aparelho);
15. Solicitar que a gestante contraia e mantenha, por 5 segundos, a contração voluntária dos músculos perineais ao redor da sonda vaginal;
16. Observar a movimentação da sonda perineal na direção cranial, que indica que a contração foi realizada corretamente (caso não haja movimentação da sonda, orientar novamente a gestante, realizando o exame vaginal digital);
17. Registrar o valor acusado no aparelho;
18. Repetir os passos 13 a 17, por duas vezes, com intervalo de 30 segundos entre as medições.

Observação:

- O valor acusado (vide item 17, acima) corresponde ao valor máximo da contração registrada na memória do aparelho. No entanto, a memória do aparelho não registra valores inferiores a 5 cmH₂O. Nesses casos, considerar o valor máximo observado no visor do perineômetro durante a perineometria.

3.5.2.3 Aplicação do IFSF

Após a mensuração da FMAP, se na entrevista a mulher respondeu ter tido atividade sexual nas últimas 4 semanas, foi entregue o IFSF, juntamente com uma prancheta e caneta. Dado que esse instrumento é auto aplicado, após orientação ou lembrete sobre como preencher, a mulher o respondeu ao questionário na sala de espera do serviço.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.6.1 Independentes

- **IG** – semanas completas;
- **Dias após o parto.**

3.6.2 Dependente

- **FS** – Medida pelos escores dos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, avaliada por meio do IFSF, com escore total entre 2 e 36.

3.6.3 Outras variáveis

3.6.3.1 Dados sócio demográficos

- **Idade** – anos;
- **Cor da pele** – branca, não branca (parda, negra, amarela ou vermelha);
- **Escolaridade** – EF (EF completo ou EM incompleto), EM (EM completo ou ES incompleto), ES (ES completo);
- **Ocupação** – trabalho remunerado, do lar ou estudante;
- **Religião** – católica, evangélica, outras religiões, sem religião;
- **Coabitação** – sim, não; referida pelas mulheres que tinham parceiro;
- **Idade do parceiro** – anos; referida pelas mulheres que tinham parceiro.

3.6.3.2 Dados clínicos e obstétricos

- **Estado nutricional** – classificado de acordo com o IMC em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade; na gestação, para o cálculo do IMC, foi considerada a IG (Atalah et al., 1997);
- **Exercício perineal ($\geq 2x/sem$)** – sim (realiza pelo menos duas vezes por semana), não (não realiza ou realiza < de duas vezes por semana);
- **FMAP** – contração da musculatura do AP, avaliada por meio da perineometria, com escore entre 0 e 300 cmH₂O; considerado o maior valor registrado nas três medições da perineometria (3.5.2.2 Mensuração da FMAP, item 17 e 18). A FMAP foi medida utilizando-se o perineômetro eletrônico de pressão modelo Peritron™, da Laborie, Canadá (Figura 4). O Peritron™ é um aparelho composto por uma sonda de silicone de 8cm de comprimento e 3cm de diâmetro. Esta sonda, quando inserida na vagina da mulher e pressionada pelos músculos do AP, registra numericamente, através de um sensor, a pressão das contrações musculares. O sensor está ligado a um

microprocessador portátil que mensura essa pressão em uma escala de 0,1 a 300 cmH₂O,

Figura 4 - Peritron™ com sensor vaginal

Fonte: A pesquisadora

- **IU** – sim, não; nas últimas 4 semanas;
- **Incontinência anal (IA)** – sim, não; inclui incontinência de flatos e de fezes nas últimas 4 semanas;
- **Atividade sexual** – sim, não; nas últimas 4 semanas;
- **Uso de condom na gestação** – sim, não; referido pelas mulheres com atividade sexual;
- **Contracepção após o parto** – sim, não; referido pelas mulheres com atividade sexual;
- **Gestação anterior (número)**;
- **Aborto anterior** – sim, não;
- **Parto vaginal anterior** – sim, não;
- **Cesariana anterior** – sim, não;
- **Trauma perineal em parto anterior** – sim, não;
- **Aleitamento materno** – sim, não.

3.6.3.3 Dados sobre o parto atual e o recém-nascido

- **IG no parto (semanas)** – semanas completas;

- **Tipo de parto** – normal, fórcepe, cesariana;
- **Trauma perineal no parto atual** – sim (laceração espontânea ou episiotomia), não (íntegro);
- **Peso do RN** – gramas.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados e armazenados em planilhas do aplicativo Excel. Ao todo são seis planilhas: 1) dados de controle das mulheres incluídas; 2) dados dos motivos de não inclusão; 3) dados do formulário de coleta de dados; 4) dados do IFSF; 5) dados sobre as perdas de seguimento; 6) dados sobre as exclusões.

O banco de dados foi submetido à análise de consistência. Em caso de código não permitido para a variável, o campo correspondente foi conferido e corrigido de acordo com o instrumento correspondente (formulário de coleta de dados ou IFSF).

3.7.1 Análise descritiva

Para a análise descritiva das variáveis quantitativas foram calculadas média e desvio-padrão; para o escore do IFSF também foram calculadas a mediana, valores máximo e mínimo. Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

3.7.2 Análise inferencial

As análises dos dados foram feitas utilizando-se o pacote estatístico SPSS para Windows (versão 22.0) e R (versão 3.1.1). Todos os testes foram realizados na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor do $p = 0,05$) e intervalo de confiança de 95% (95% IC).

Na análise das seis etapas da coorte foi realizado um Modelo Linear de Efeitos Mistos (LMM). Para as variáveis quantitativas também foi utilizada a Correlação de Pearson, admitindo-se como correlação forte valores $> 0,70$, correlação moderada valores entre 0,31 e 0,70 e correlação fraca valores entre 0,00 e 0,30 (Neter et al., 1996).

Para determinar as variáveis associadas à FS durante a gestação e após o parto, foi realizado o processo backward com todas as variáveis que apresentaram valor- $p \leq 0,20$ no LMM.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado exclusivamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE:05096412.7.0000.5392) (Anexo 3), dado que a SEISA não dispunha de Comitê de Ética em Pesquisa.

A realização da pesquisa foi autorizada pela gerência geral da SEISA mediante Termo de Autorização para a Realização de Pesquisa Científica (Apêndice D). As mulheres incluídas no estudo receberam informações sobre a pesquisa, leram e assinaram o TCLE.

Cumprе salientar que as pesquisadoras não têm nenhum tipo de vínculo com os fabricantes ou distribuidores do equipamento utilizado neste estudo.

4 RESULTADOS

A inclusão de 500 mulheres na pesquisa “Cuidado perineal na gestação e após o parto: prevenção e morbidade relacionadas à força muscular perineal, função sexual e continência urinária” ocorreu de 21 de novembro de 2012 a 17 de setembro de 2013. Durante esse período, 1.266 mulheres começaram o pré-natal na SEISA, no entanto, 648 não preencheram os critérios de inclusão e 118 recusaram participar da pesquisa.

Considerando que para avaliação da FS, as mulheres deveriam ter atividade sexual nas 4 semanas anteriores e preencher o IFSF, participaram das etapas 1 a 6 da coorte 373, 184, 119, 42, 53 e 25 mulheres, respectivamente.

O seguimento dessas mulheres durante as seis etapas da coorte está descrito na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma das participantes do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014

(continuação)

(conclusão)

Fonte: a pesquisadora

A seguir, os resultados estão apresentados de acordo com os seguintes itens: **4.1 Descrição dos motivos de não inclusão, exclusão e perda de seguimento das participantes** (Tabelas 2 a 4); **4.2 Caracterização das participantes** (Tabelas 5 e 6); **4.3 Análise descritiva e inferencial do IFSF na gestação e após o parto** (Tabelas 7 a 13); **4.4 Análise múltipla do IFSF na gestação e após o parto** (Tabelas 14 e 15 e Gráficos 1 e 2).

Vale destacar que os resultados apresentados nos itens **4.1** e **4.2** referem-se ao total de mulheres incluídas na pesquisa da qual deriva a presente coorte. Os resultados apresentados nos itens **4.3** e **4.4** referem-se às mulheres que tiveram atividade sexual nas 4 semanas que antecederam cada etapa do estudo e que responderam corretamente o IFSF (vide Figura 5).

4.1 DESCRIÇÃO DOS MOTIVOS DE NÃO INCLUSÃO, EXCLUSÃO E PERDA DE SEGUIMENTO DAS PARTICIPANTES

Conforme mostra a Figura 5, 648 mulheres não preencheram os critérios de inclusão na pesquisa por um ou mais motivos. Ao todo, foram 748 motivos de não inclusão. Como mostra a Tabela 2, 83 mulheres tinham dois motivos para não serem incluídas, sete tinham três motivos e uma teve quatro motivos. As 557 demais, não foram incluídas por apenas um motivo.

Tabela 2 - Motivos de não inclusão de mulheres no estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014

(continua)	
Motivo	n
IG ≥ 13 semanas	361
IMC ≥ 35	87
Idade materna < 18 anos	69
Hipertensão arterial	48
EF incompleto	42
Distúrbios da tireoide	21
Mioma	19
Descolamento ovular em curso	17
Diabetes	16
Gemelaridade	11
Epilepsia em uso de medicação	6
Depressão em uso de medicação	5
Câncer em tratamento	4
Cardiopatia em uso de medicação	4

(continuação)	
Motivo	n
Cerclagem	4
Valsalva à medição da FMAP	4
Abortamento em curso	3
Histórico de abortamentos recorrentes, perdas fetais ou neonatais	3
Bronquite em uso de medicação	2
Gravidez com DIU	2
Hepatite B	2
Nefrectomia recente	2
Trombose em uso de medicação	2
Anemia hemolítica em uso de medicação	1
Cisto ovariano grande	1
Deficiência auditiva e de fala	1
Deficiência física em uso de medicação	1
Descadastramento do convênio em consulta subsequente	1
Dificuldade de entendimento	1
Doença de Crohn em uso de medicação	1
Hepatite C	1
Mudança de unidade de pré-natal em consulta subsequente	1
NIC II em tratamento	1
Oligoâmnio	1
Púrpura em uso de medicação	1
Sífilis	1
Toxoplasmose	1
Total	748
(conclusão)	

Fonte: a pesquisadora

Os motivos da exclusão de 97 mulheres no decorrer do estudo estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Motivos de exclusão das mulheres do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014

(continua)	
Motivo	n
Abortamento	61
Hipertensão arterial	9
Diabetes	7
Má-formação fetal suspeita ou confirmada	4
Oligoâmnio	4
Polidrâmnio	3
Valsalva à medição da FMAP	3
Nova gestação antes de 6 meses após o parto	2
Ameaça de trabalho de parto prematuro	1

	(continuação)
Motivo	n
Hipertensão arterial combinada com diabetes	1
Depressão	1
Pneumonia	1
Total	97
	(conclusão)

Fonte: a pesquisadora

Os motivos das perdas de seguimentos das mulheres em cada uma das etapas do estudo estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Motivo e etapa da perda de seguimento das participantes do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014

Motivo	Etapa					Total
	2	3	4	5	6	
	n	n	n	n	n	n
Desistência	20	11	22	31	29	113
Descadastramento do convênio	17	8	-	-	-	25
Mudança de serviço pré-natal	15	5	-	-	-	20
Mudança de cidade	2	1	1	1	1	6
Total	54	25	23	32	30	164

Fonte: a pesquisadora

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

A caracterização das mulheres da pesquisa está apresenta nas Tabelas 5 e 6. A Tabela 5 apresenta as variáveis avaliadas apenas uma vez e a Tabela 6 as variáveis avaliadas mais de uma vez durante o estudo, considerando também aquelas que não tiveram atividade sexual, preencheram incorretamente ou não preencheram o IFSF.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres da coorte conforme a idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, religião, gestação anterior, aborto anterior, parto vaginal anterior, cesariana anterior, trauma perineal em parto anterior, IG no parto, tipo de parto, anestesia local no parto normal, trauma perineal no parto atual e peso do RN, Guarulhos, SP - 2012-2014

(continua)		
Variável	n	média (dp) ou %
Idade (anos)	500	27,9 (6,0)
Cor da pele	499	
Não branca	313	62,7
Branca	186	37,3
Escolaridade	499	
EF	53	10,6
EM	351	70,4
ES	95	19,0
Ocupação	500	
Trabalho remunerado	389	77,8
Do lar ou estudante	111	22,2
Religião	489	
Católica	220	45,0
Evangélica	165	33,7
Outras	37	7,6
Sem religião	67	13,7
Gestação anterior (número)	500	0,8 (1,0)
Aborto anterior	500	
Sim	70	14,0
Não	430	86,0
Parto vaginal anterior	500	
Sim	124	24,8
Não	376	75,2
Cesariana anterior	500	
Sim	109	21,8
Não	391	78,2
Trauma perineal em parto anterior	498	
Sim	119	23,9
Não	379	76,1
IG no parto (semanas)	320	38,2 (1,8)

(continuação)		
Variável	n	média (dp) ou %
Tipo de parto	127	
Normal	32	25,2
Cesariana	95	74,8
Anestesia local no parto normal	31	
Sim	28	90,3
Não	3	9,7
Trauma perineal no parto atual	31	
Sim	29	93,5
Não	2	6,5
Peso do RN (g)	127	3205,0 (484,4)
Fonte: a pesquisadora		(conclusão)

A média da idade das participantes foi de 27,9 (dp=6,0) anos; a maioria delas (62,7%) declarou ter cor de pele “não branca”, categoria que contempla as cores parda, negra, amarela e vermelha; porém, nenhuma mulher se declarou cor de pele vermelha.

Em relação à ocupação, 77,8% das mulheres trabalhavam e, das 22,2% que não trabalhavam, apenas três eram estudantes. Das religiões praticadas pelas mulheres, 78,7% se declararam católicas ou evangélicas; outras religiões (7,6%) contemplam: espírita (11), cristã (10), testemunha de Jeová (10), adventista (3), budista (2) e umbandista (1). A maioria das mulheres (70,4%) completou o EM e 19% tinham ES completo.

Pouco mais da metade das mulheres era primigesta (50,8% - dado que não consta na Tabela 5, 24,8% tinham parto vaginal anterior e, das 119 (23,9%) mulheres que tiveram trauma perineal em parto vaginal anterior, quase todas (107) tiveram episiotomia; as demais tiveram laceração espontânea (7), episiotomia e laceração espontânea (1) ou não sabiam informar o tipo de trauma (4).

Sobre o parto atual, a média da IG no parto foi de 38,2 (dp = 1,8) semanas; 74,8% das mulheres tiveram cesariana e somente 25,2% tiveram parto normal. O trauma perineal continuou frequente; das 32 mulheres que tiveram parto normal, 28 tiveram episiotomia e uma teve laceração espontânea, somente duas não tiveram nenhum tipo de laceração. O peso médio do RN foi de 3205,0 (dp = 484,4) gramas.

Tabela 6 - Distribuição das mulheres nas etapas 1 a 6 da coorte conforme a IG, dias após o parto, coabitação, idade do parceiro, FMAP, exercício perineal, IU, IA, estado nutricional, atividade sexual, uso de condom na gestação, contracepção após o parto e aleitamento materno, Guarulhos, SP - 2012-2014

Variável	(continua)											
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3		Etapa 4		Etapa 5		Etapa 6	
	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %
IG (semanas)	500	8,6 (1,9)	226	22,9 (1,3)	187	34,7 (1,3)						
Dias após o parto							89	48,2 (8,7)	64	101,6 (8,4)	30	188,1 (10,1)
Coabitação	498		226		187		88		63		30	
Sim	431	86,5	222	98,2	184	98,4	76	86,4	52	83,5	28	93,3
Não	67	13,5	4	1,8	3	1,6	12	13,6	11	17,5	2	6,7
Idade do parceiro (anos)	495	31,0 (6,7)	222	29,9 (6,6)	140	30,2 (6,4)	88	29,6 (5,5)	63	30,0 (6,4)	30	33,4 (8,2)
FMAP (cmH₂O)	500	30,5 (17,3)	218	29,2 (14,9)	174	28,7 (15,5)	75	29,1 (16,4)	54	32,4 (15,2)	29	35,4 (16,4)
Exercício perineal ($\geq 2x/sem$)			225		185		89		64		30	
Sim			67	29,8	60	32,4	13	14,6	17	26,6	6	20,0
Não			158	70,2	125	67,6	76	85,4	47	73,4	24	80,0
IU	500		226		187		89		64		30	
Sim	95	19,0	96	42,5	66	35,3	4	4,5	4	6,3	3	10,0
Não	405	81,0	130	57,5	121	64,7	85	95,5	60	93,8	27	90,0

Variável	(continuação)											
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3		Etapa 4		Etapa 5		Etapa 6	
	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %	n	média (dp) ou %
IA	499		226		187		89		64		30	
Sim	50	10,0	26	11,5	14	7,5	3	3,4	3	4,7	2	6,7
Não	449	90,0	200	88,5	173	92,5	86	96,6	61	95,3	28	93,3
Estado nutricional	497		226		187		87		62		27	
Baixo peso	46	9,3	33	14,6	24	12,8	4	4,6	3	4,8	4	14,8
Adequado	227	45,7	86	38,1	73	39,1	47	54,0	32	51,6	12	44,4
Sobrepeso	163	32,8	81	35,8	57	30,5	27	31,0	17	27,4	9	33,3
Obesidade	61	12,3	26	11,5	33	17,6	9	10,3	10	16,1	2	7,4
Atividade sexual	500		226		187		89		64		30	
Sim	423	84,6	201	88,9	132	70,6	48	53,9	58	90,6	26	86,7
Não	77	15,4	25	11,1	55	29,4	41	46,1	6	9,4	4	13,3
Uso de condom	422		201		131							
Sim	34	8,1	18	9,0	12	8,5						
Não	388	91,9	183	91,0	119	91,5						
Contracepção							48		59		24	
Sim							45	93,7	53	89,8	23	95,8
Não							3	6,3	6	10,2	1	4,2
Aleitamento materno							89		64		30	
Sim							84	94,4	55	85,9	24	80,0
Não							5	5,6	9	14,1	6	20,0

Fonte: a pesquisadora

(conclusão)

A média da IG em que as mulheres realizaram as etapas 1, 2 e 3 foi 8,6 (dp = 1,9), 22,9 (dp = 1,3) e 34,7 (dp = 1,3) semanas, respectivamente. Quanto ao pós-parto, a média de dias após o parto em que as etapas 4, 5 e 6 foram realizadas foi 48,2 (dp = 8,7), 101,6 (dp = 8,4) e 188,1 (dp = 10,1), respectivamente.

Com relação à idade do parceiro, a média se manteve entre 29,6 (dp = 5,5) e 33,4 (dp = 8,2) anos e, em todas as etapas, sempre mais de 80% das mulheres moravam junto com seus parceiros, sendo a menor porcentagem na etapa 5 (83,5%) e a maior na etapa 3 (98,4%).

A FMAP teve maiores médias depois de decorridos 2 meses e meio do parto (etapas 5 e 6), com valores de 32,4 (dp = 15,2) e 35,4 (dp = 16,4) cmH₂O, respectivamente. Durante a gestação, a média da FMAP não ultrapassou 30,5 (dp = 17,3), com menor média no final da gestação (28,7; dp = 15,5). Com relação aos exercícios perineais regularmente (duas ou mais vezes por semana), a adesão foi baixa durante todo o estudo, sem superar um terço das mulheres, chegando a apenas 14,6% de adesão, na etapa 4.

A IU teve maior prevalência durante a gestação do que após o parto; começando com 19,0% na etapa 1, chegando a 42,5% no segundo trimestre (etapa 2) e diminuindo no final da gestação (35,3%, na etapa 3). Por sua vez, no pós-parto, a maior prevalência foi na etapa 6 (10,0%). No que se refere à IA, na gestação, a prevalência foi de 10,0%, 11,5% e 7,5% nas etapas 1, 2 e 3, respectivamente; no pós-parto, a IA chegou ao máximo de 6,7%, na etapa 6. Do total de mulheres com IA após o parto, apenas duas tiveram IA na gestação (dado que não conta na tabela).

Com relação ao estado nutricional, a porcentagem de mulheres com sobrepeso ou obesidade manteve-se elevada durante todas as etapas, variando de 45,1% a 48,1% na gestação, e de 40,7 a 43,5%, após o parto.

Durante a gestação, 84,6% das mulheres referiram atividade sexual no primeiro trimestre, com aumento da proporção do segundo e redução no terceiro trimestre (88,9% e 70,6%, respectivamente). Por sua vez, nos primeiros 2 meses após o parto, a proporção de mulheres com atividade sexual foi de apenas 53,9%. Essa proporção aumentou nos meses seguintes, superando a proporção do primeiro trimestre da gestação.

Durante as três etapas da gestação, no máximo, 9,0% dos casais utilizaram preservativo para se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis. No período

pós-parto, 93,7% das mulheres já utilizavam algum método contraceptivo nos 2 primeiros meses após o parto, porcentagem bem acima que a de mulheres que voltaram à atividade sexual nesse período (53,9%). Dentre os métodos contraceptivos adotados, estão o anticoncepcional oral ou injetável, preservativo, anticoncepcional oral combinado com preservativo, anticoncepcional injetável combinado com preservativo e dispositivo intrauterino (DIU) combinado com preservativo.

Dentre as mulheres que amamentavam o bebê (84, 55 e 24, nas etapas 4, 5 e 6, respectivamente), a amamentação exclusiva foi praticada por 88,1%, 78,2% e 37,5%, nas etapas 4, 5 e 6, respectivamente (dado que não consta na tabela). As demais, complementavam o aleitamento materno com leite artificial, chá, água, água de coco, suco ou papa de frutas e “papinha de neném”. Os motivos para não amamentar foram: não ter leite; estar em uso de medicação que interferia na composição do leite materno; o bebê chorar muito, não querer mais mamar ou não conseguir mamar; voltar a trabalhar.

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DO IFSF NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Como referido no Método, a FS das mulheres foi medida pelo IFSF em todas as etapas e para todas as mulheres com atividade sexual nas últimas 4 semanas. A Tabela 7 mostra o cálculo do alfa de Cronbach do IFSF durante as seis etapas do estudo. O valor se manteve acima de 0,900 em todas as etapas, o que significa que o questionário tem excelente confiabilidade para medir a FS das mulheres ao longo deste estudo.

Tabela 7 - Alfa de Cronbach do escore do IFSF em todas as etapas da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014

Etapas	Alfa de Cronbach
1	0,915
2	0,908
3	0,938
4	0,936
5	0,946
6	0,931

Fonte: a pesquisadora

A variação do escore do IFSF ao longo do estudo está apresentada em duas tabelas: na Tabela 8, ao longo da gestação e na Tabela 9, ao longo dos 6 primeiros meses após o parto.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes segundo a média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo do escore do IFSF nas etapas 1, 2 e 3 da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014

Escore do IFSF						
Etapa	n	Média (dp)	Med	Mín	Máx	p-valor†
1	373	27,7 (4,9)	29,0	5,8	36,0	0,001
2	184	27,1 (4,7)	27,8	13,3	34,8	
3	119	26,0 (5,5)	26,6	10,6	34,7	

†LMM

Fonte: a pesquisadora

Durante a gestação, houve redução significativa no escore do IFSF das mulheres na etapa 3 em relação às etapas 1 e 2. Apesar disso, a média se manteve acima de 26,0 (ponto de corte do questionário para ajudar no diagnóstico de DS) nas três etapas.

Tabela 9 - Distribuição das puérperas segundo a média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo do escore do IFSF nas etapas 4, 5 e 6 da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014

Escore do IFSF						
Etapa	n	Média (dp)	Med	Mín	Máx	p-valor†
4	42	24,8 (6,1)	24,4	11,0	36,0	0,087
5	53	26,3 (6,1)	27,2	2,8	25,1	
6	25	26,5 (5,2)	27,4	11,7	34,7	

†LMM

Fonte: a pesquisadora

Não houve diferença nos escores do IFSF das mulheres ao longo dos 6 primeiros meses após o parto. No entanto, as mulheres retomaram a FS normal mantida na gestação, a partir do terceiro mês após o parto (etapa 5).

Os resultados mostrados na Tabela 10, que compara os escores do IFSF da gestação e após o parto, confirmam que as mulheres deste estudo têm melhor FS durante a gravidez do que nos 6 primeiros meses após o parto.

Tabela 10 - Comparação do escore do IFSF das mulheres da coorte durante a gestação (etapas 1, 2 e 3) e após o parto (etapas 4, 5 e 6), Guarulhos, SP - 2012-2014

Período	Escore do IFSF				p-valor†
	Média (dp)	Med	Mín	Máx	
Gestação	27,2 (5,0)	28,4	5,8	36,0	0,022
Após o parto	25,8 (6,0)	26,7	2,8	36,0	
Gestação e pós-parto	27,0 (5,2)	28,2	2,8	36,0	

†LMM

Fonte: a pesquisadora

Como referido na Introdução e no Método, o IFSF mede seis domínios da FS (vide **3.4.1 Instrumento de avaliação do desfecho** e Tabela 1). A Tabela 11 mostra os escores por domínio. Como a análise dos domínios separadamente não é válida clinicamente, este resultado foi apenas descrito.

Vale ressaltar que o número de questionários por domínio é diferente do número de mulheres que preencheram corretamente o IFSF. Isto ocorre porque para obter o escore de um dos domínios, não é necessário que os demais domínios estejam preenchidos corretamente; no entanto, para que o escore total do IFSF seja calculado, é necessário que todas as questões sejam preenchidas corretamente. Portanto, nota-se que o número de questionários para cada um dos seis domínios em uma mesma etapa é diferente.

Tabela 11 - Distribuição das mulheres segundo a média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo, valor máximo e escore do IFSF por domínio (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) em todas as etapas da coorte, Guarulhos, SP - 2012-2014

		(continua)					
Domínio do IFSF		Etapa					
		1	2	3	4	5	6
Desejo							
	n	415	196	130	45	56	26
	Média (dp)	3,7 (1,0)	3,8 (1,0)	3,5 (1,0)	3,8 (1,1)	3,7 (1,0)	3,7 (1,0)
	Med	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
	Mín	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
	Máx	6,0	6,0	6,0	6,0	5,4	5,4
Excitação							
	n	397	191	128	45	55	26
	Média (dp)	4,3 (1,0)	4,2 (1,0)	4,0 (1,0)	3,9 (1,2)	4,1 (1,2)	4,2 (1,0)
	Med	4,5	4,5	4,2	4,2	4,2	4,4
	Mín	0	0,9	0,9	1,2	0	1,5
	Máx	6,0	6,0	5,7	6,0	6,0	5,7
Lubrificação							
	n	394	187	123	43	54	26
	Média (dp)	4,8 (1,1)	4,7 (1,1)	4,6 (1,2)	4,2 (1,3)	4,7 (1,3)	4,5 (1,1)
	Med	5,1	4,8	4,8	4,5	5,1	4,8
	Mín	0	0	1,2	1,2	0	1,8
	Máx	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0

		(continuação)					
Domínio do IFSF		Etapa					
		1	2	3	4	5	6
Orgasmo							
	n	395	187	125	45	54	26
	Média (dp)	4,7 (1,2)	4,5 (1,2)	4,3 (1,3)	4,2 (1,4)	4,3 (1,4)	4,4 (1,1)
	Med	4,8	4,4	4,4	4,4	4,6	4,4
	Mín	0	1,6	1,2	1,2	0	2,0
	Máx	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Satisfação							
	n	393	194	128	44	56	25
	Média (dp)	5,1 (1,1)	5,1 (0,9)	4,9 (1,2)	4,9 (1,3)	4,9 (1,3)	4,9 (1,2)
	Med	5,6	5,2	5,0	5,2	5,2	5,2
	Mín	0,8	1,2	1,2	0,8	1,6	0,8
	Máx	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Dor							
	n	394	193	127	44	56	25
	Média (dp)	4,9 (1,3)	4,6 (1,3)	4,4 (1,3)	3,7 (1,4)	4,6 (1,4)	4,5 (1,4)
	Med	5,8	4,8	4,4	3,6	4,8	4,8
	Mín	0	1,2	1,2	1,2	0	1,6
	Máx	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Fonte: a pesquisadora		(conclusão)					

Pode-se observar que o domínio mais afetado durante toda a pesquisa foi o desejo sexual, que manteve escore com média menor ou igual a 3,8 (dp = 1,0) em todas as etapas do estudo. Os outros dois domínios menores escores foram a excitação (3,9; dp = 1,2) e a dor (3,7; dp = 1,4), ambos somente uma vez durante todo o estudo, na etapa 4.

As Tabelas 12 e 13 apresentam a análise do escore total do IFSF segundo as variáveis sócio demográficas, clínicas e obstétricas. Elas estão divididas em contínuas (Tabela 12) e categóricas (Tabela 13). Os valores-p estão calculados para toda a coorte, considerando as variáveis que foram medidas em todas as etapas, para a gestação (etapas 1 a 3) e para o período após o parto (etapas 4 a 6), considerando com o momento em que a variável foi avaliada.

Os valores-p obtidos e apresentados nas Tabelas 12 e 13 representam:

- **valor-p**: indica a relação da variável com o escore do IFSF independentemente das etapas do estudo;
- **valor-p X etapa**: indica se a relação da variável com o escore do IFSF depende ($p < 0,05$) ou não depende ($p \geq 0,05$) da etapa do estudo.

Tabela 12 - Distribuição do escore do IFSF das mulheres e valor-p em todas as etapas da coorte (1 a 6), na gestação (1 a 3) e após o parto (4 a 6), conforme a cor da pele, escolaridade, ocupação, religião, estado nutricional, coabitação, IU, IA, uso de condom na gestação, contracepção após o parto, exercício perineal, aborto anterior, parto vaginal anterior, cesariana anterior, trauma perineal em parto anterior, tipo de parto, anestesia local no parto normal, trauma perineal no parto atual e aleitamento materno, Guarulhos, SP - 2012-2014

													(continua)		
Variável	Escore do IFSF												Valor-p†	Valor-p† X etapa	
	Gestação						Após o parto								
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3		Etapa 4		Etapa 5		Etapa 6				
	n	média (dp)	n	média (dp)	n	média (dp)	n	média (dp)	n	média (dp)	n	média (dp)			
Cor da pele	372		184		119		42		53		25		Etapas 1 a 6	0,091	0,979
Não branca	243	27,5 (4,7)	119	26,8 (4,7)	77	25,6 (5,8)	29	24,2 (6,6)	35	26,0 (6,7)	19	26,3 (5,3)			
Branca	129	28,1 (5,1)	65	27,5 (4,7)	42	26,5 (4,9)	13	26,0 (5,0)	18	27,0 (5,0)	6	27,3 (5,6)			

(continua)

Escolaridade	372		184		119		42		53		25				
EF completo	38	27,4 (5,0)	17	26,3 (5,7)	15	26,4 (6,2)	3	31,1 (6,0)	5	30,0 (3,6)	2	32,7 (2,9)	Etapas 1 a 6	0,010	0,035
EM completo	265	27,7 (1,4)	130	27,2 (4,4)	89	26,0 (5,3)	33	25,0 (5,2)	42	26,0 (6,1)	17	25,5 (5,2)			
ES completo	69	28,0 (5,3)	37	27,1 (5,3)	15	24,9 (6,1)	6	20,3 (8,4)	6	25,5 (7,3)	6	27,3 (5,0)			
Ocupação	373		184		119		42		53		25				
Trabalho remunerado	294	27,6 (5,1)	139	27,4 (4,9)	82	25,8 (5,5)	33	24,6 (6,2)	31	27,0 (5,0)	18	25,6 (5,5)	Etapas 1 a 6	0,689	0,213
Do lar ou estudante	79	28,0 (3,8)	45	26,2 (4,0)	37	26,2 (5,7)	9	25,3 (6,2)	22	25,4 (7,5)	7	29,0 (3,6)			
Religião	367		183		118		42		53		25				
Católica	158	27,3 (5,4)	79	26,5 (5,0)	52	24,8 (6,0)	18	26,4 (5,7)	25	25,2 (7,2)	15	26,9 (4,8)	Etapas 1 a 6	0,792	0,760
Evangélica	130	27,6 (4,7)	62	27,3 (4,6)	43	26,6 (5,4)	11	24,0 (4,8)	21	27,8 (4,6)	8	25,6 (6,1)			
Outras	26	29,3 (3,9)	17	28,1 (4,2)	5	25,6 (5,0)	4	23,0 (6,9)	3	26,6 (4,4)	1	32,8			
Sem religião	53	28,5 (3,8)	25	27,9 (4,1)	18	27,4 (4,0)	9	23,4 (8,1)	4	25,7 (7,6)	1	21,7			

(continua)

Estado nutricional	370		184		119		41		53		22				
Baixo peso	34	28,1 (4,8)	24	26,6 (4,4)	19	26,1 (6,2)	1	11,2	3	25,7 (3,7)	4	27,6 (4,2)	Etapas 1 a 6	0,081	0,477
Adequado	166	27,7 (5,1)	73	26,8 (5,0)	41	25,3 (5,2)	25	24,7 (6,5)	25	25,9 (5,5)	10	24,9 (4,5)			
Sobrepeso	120	27,9 (4,7)	65	27,5 (4,7)	32	27,0 (5,4)	10	26,2 (5,0)	16	28,3 (3,9)	7	29,0 (3,3)			
Obesidade	50	27,0 (4,8)	22	27,6 (3,8)	27	25,5 (5,6)	5	23,8 (4,4)	9	24,4 (10,3)	1	34,7			
Coabitação	371		184		119		42		53		25				
Sim	323	27,7 (4,8)	184	27,1 (4,7)	119	25,9 (5,5)	39	25,0 (6,1)	45	26,8 (5,3)	23	26,5 (5,2)	Etapas 1 a 6	0,343	0,570
Não	48	27,6 (5,2)	-	-	-	-	3	21,8 (7,3)	8	24,0 (9,6)	2	26,7 (1,5)			
IU	373		184		119		42		53		25				
Sim	68	25,8 (5,8)	76	26,8 (4,6)	36	24,9 (5,4)	1	11,7	2	19,2 (10,5)	1	25,6	Etapas 1 a 6	0,004	0,057
Não	305	28,1 (4,5)	108	27,3 (4,8)	83	26,4 (5,5)	41	25,1 (5,8)	51	26,6 (5,9)	24	26,6 (5,3)			
IA	372		184		119		42		53		25				
Sim	39	27,3 (4,7)	22	26,4 (4,8)	8	26,4 (5,3)	1	25,2	2	32,3 (1,9)	2	28,2 (3,7)	Etapas 1 a 6	0,443	0,751
Não	333	27,7 (4,9)	162	27,2 (4,7)	111	25,9 (5,5)	41	24,8 (6,2)	51	26,1 (6,1)	23	26,4 (5,4)			

(continua)

(continua)															
Uso de condom	372		184		118										
Sim	33	27,7 (4,1)	17	28,8 (3,8)	12	25,5 (7,1)									
Não	339	27,7 (4,9)	167	26,9 (4,7)	106	26,0 (5,4)							Gestação	0,591	0,467
Contracepção						42		53		23					
Sim						39	24,7 (6,3)	48	27,0 (5,2)	22	26,5 (5,5)		Após o parto	0,652	0,048
Não						3	26,0 (1,7)	5	19,7 (10,6)	1	30,0				
Exercício perineal (≥ 2x/sem)			183		117	42		53		25					
Sim			51	27,1 (5,1)	37	25,7 (5,2)	7	23,8 (3,8)	15	26,2 (5,7)	6	27,5 (2,8)	Etapas 1 a 6	0,865	0,816
Não			132	27,2 (4,5)	80	26,0 (5,7)	35	25,0 (6,5)	38	26,4 (6,4)	19	26,2 (5,8)			
Aborto anterior	373		184		119	42		53		25					
Sim	49	26,8 (4,9)	21	26,3 (4,9)	7	22,5 (6,2)	5	21,7 (6,1)	6	27,6 (3,7)	3	27,3 (1,6)	Etapas 1 a 6	0,242	0,729
Não	324	27,9 (4,9)	163	27,2 (4,6)	112	26,2 (5,4)	37	25,2 (6,1)	47	26,2 (6,4)	22	26,4 (5,6)			

(continua)

Parto vaginal anterior	373		184		119		42		53		25				
Sim	92	27,2 (4,5)	35	27,8 (4,4)	27	25,7 (5,0)	7	22,3 (5,4)	10	25,1 (6,1)	3	22,7 (6,1)	Etapas 1 a 6	0,058	0,387
Não	281	27,9 (5,0)	149	26,9 (4,7)	92	26,0 (5,7)	35	25,3 (6,2)	43	26,6 (6,2)	22	27,0 (5,0)			
Cesariana anterior	373		184		119		42		53		25				
Sim	81	27,3 (5,0)	38	27,9 (4,0)	19	25,8 (6,3)	3	22,7 (1,5)	11	26,8 (4,6)	6	26,5 (8,0)	Etapas 1 a 6	0,874	0,787
Não	292	27,8 (4,8)	146	26,9 (4,8)	100	26,0 (5,4)	39	24,9 (6,3)	42	26,2 (6,5)	19	26,5 (4,3)			
Trauma perineal em parto anterior	371		184		119		42		53		25				
Sim	87	27,2 (4,5)	35	27,7 (4,4)	27	25,7 (5,0)	7	22,3 (5,4)	10	25,2 (6,1)	2	21,6 (8,2)	Etapas 1 a 6	0,059	0,381
Não	284	27,9 (5,0)	149	26,9 (4,7)	92	26,0 (5,7)	35	25,3 (6,2)	43	26,6 (6,2)	23	26,9 (4,9)			
Tipo de parto							42		52		24				
Normal							9	22,3 (8,4)	11	22,9 (6,4)	6	24,4 (6,1)	Após o parto	0,031	0,474
Cesariana							33	25,5 (5,3)	41	27,1 (5,8)	18	28,0 (3,3)			

(continua)									
Anestesia local no parto normal	9		11		5				
Sim	8	20,9 (8,0)	11	22,9 (6,4)	5	22,7 (5,1)	Após o parto	0,164	0,610
Não	1	33,1	-	-	1	32,8			
Trauma perineal no parto atual	9		11		6				
Sim	9	22,3 (8,5)	11	22,9 (6,4)	6	24,4 (6,1)	Após o parto	-	-
Não	-	-	-	-	-	-			
Aleitamento materno	42		53		25				
Sim	40	24,6 (5,9)	46	25,8 (6,3)	19	26,3 (5,7)	Após o parto	0,365	0,561
Não	2	27,8 (11,6)	7	30,2 (3,5)	6	27,1 (3,5)			

†LMM

Fonte: a pesquisadora

(conclusão)

Tabela 13 - Correlação de Pearson entre as variáveis e o escore do IFSF das mulheres e valor-p em todas as etapas da coorte (1 a 6), na gestação (1 a 3) e após o parto (4 a 6), conforme e a idade, idade do parceiro, FMAP, gestação anterior, IG, IG no parto, dias após o parto e peso do RN, Guarulhos, SP - 2012-2014

Variável	Correlação de Pearson												Valor-p†	Valor-p† X etapa	
	Gestação						Após o parto								
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3		Etapa 4		Etapa 5		Etapa 6				
	n	ρ§	n	ρ§	n	ρ§	n	ρ§	n	ρ§	n	ρ§			
Idade (anos)	373	-0,044	184	0,042	119	-0,117	42	-0,057	53	-0,075	25	-0,238	Etapas 1 a 6	0,241	0,312
Idade do parceiro (anos)	372	-0,052	184	0,072	93	0,002	42	-0,234	53	-0,089	25	-0,159	Etapas 1 a 6	0,133	0,247
FMAP (cmH ₂ O)	373	0,170	177	0,096	110	0,047	36	0,286	44	0,349	24	0,411	Etapas 1 a 6	<0,001	0,245
Gestação anterior (número)	373	-0,065	184	0,040	119	-0,043	42	-0,297	53	-0,028	25	-0,60	Etapas 1 a 6	0,126	0,268
IG (semanas)	373	-0,054	184	0,047	119	0,077							Gestação	0,471	0,198
IG no parto (semanas)							42	0,011	53	-0,129	25	-0,047	Após o parto	0,346	0,810
Dias após o parto							42	-0,027	53	0,057	25	-0,238	Após o parto	0,949	0,422
Peso do RN (g)							42	0,021	52	0,123	24	-0,206	Após o parto	0,961	0,611

†LMM

§ρ > 0,70: correlação forte; ρ = 0,30-0,70: correlação moderada; ρ < 0,0-0,30 correlação fraca

Fonte: a pesquisadora

Nesta análise apresentada nas Tabelas 12 e 13, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o escore do IFSF em toda a coorte, independentemente da etapa do estudo, foram: escolaridade ($p = 0,010$), IU ($p = 0,004$) e FMAP ($p < 0,001$). Para a escolaridade também houve diferença na relação da variável com as etapas ($p = 0,035$). O tipo de parto teve associação com o escore do IFSF após o parto ($p = 0,031$) e a contracepção teve associação após o parto dependente da etapa ($p = 0,048$).

4.4 ANÁLISE MÚLTIPLA DO IFSF NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Na análise múltipla para toda a corte, foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis com valor- $p \leq 0,20$ nas comparações independentes do escore do IFSF com as demais variáveis (Tabelas 12 e 13). São elas: cor da pele, escolaridade, escolaridade X etapa, estado nutricional, IU, IU X etapa, parto vaginal anterior, trauma perineal em parto anterior, idade do parceiro, FMAP e gestação anterior. Para considerar a interação do IFSF com as etapas do estudo, a variável “etapa” também foi considerada no modelo final, embora não tenha apresentado valor- p acima do corte.

Para determinar o modelo final da coorte, foi realizado o processo de backward, retirando-se, progressivamente do modelo inicial, as variáveis com valor- p mais próximo a 0,20, até ficarem somente as variáveis significantes ao nível de 5% (Tabela 14).

Tabela 14 - Modelo de regressão final para a análise múltipla do IFSF em toda a coorte (etapas 1 a 6), Guarulhos, SP - 2012-2014

Variável	Modelo final			Valor-p X etapa†
	Coefficiente	95% IC	Valor-p†	
Etapa			<0,001	
Etapa 1	0	-		
Etapa 2	-0,436	-1,349 a 0,484		
Etapa 3	-1,822	-2,935 a -0,709		
Etapa 4	-2,213	-3,646 a -0,771		
Etapa 5	-1,350	-2,665 a -0,033		
Etapa 6	-1,327	-3,047 a 0,400		
IU	-2,053	-3,257 a -0,847	<0,001	<0,001
Etapa 1	0	-		
Etapa 2	1,662	-0,071 a 3,387		
Etapa 3	1,446	-0,766 a 3,665		
Etapa 4	-11,288	-20,936 a -1,662		
Etapa 5	-13,339	-21,595 -5,093		
Etapa 6	-0,902	-9,066 a 7,250		
FMAP (cmH₂O)	0,041	0,018 a 0,063	<0,001	

†LMM

Fonte: a pesquisadora

Permaneceram no modelo final de toda a coorte as variáveis: etapa, IU, IU x etapa e FMAP. O coeficiente mostra o acréscimo ou diminuição no valor médio do escore do IFSF em relação à variável, quando não há interação com a etapa do estudo, e em relação à variável do estudo X etapa, quando há interação com a etapa do estudo.

Em relação à **etapa da coorte**:

- No terceiro trimestre da gestação (etapa 3), as mulheres têm, em média, 1,8 pontos a menos no escore do IFSF do que no primeiro trimestre da gestação (etapa 1);
- Nos primeiros 2 meses após o parto (etapa 4), as mulheres têm, em média, 2,2 pontos a menos no escore do IFSF do que no primeiro trimestre da gestação (etapa 1);
- Entre 2 meses e meio e 4 meses e meio após o parto (etapa 5), as mulheres têm, em média, 1,4 pontos a menos no escore do IFSF do que no primeiro trimestre da gestação (etapa 1).

Em relação à **IU**:

- Mulheres com IU têm, em média, 2,1 pontos a menos no escore IFSF do que mulheres continentais (sem IU);
- Nos dois primeiros meses após o parto (etapa 4), as mulheres com IU têm, em média, 11,3 pontos a menos no escore do IFSF do que no primeiro trimestre da gestação (etapa 1);
- Entre 2 meses e meio e 4 meses e meio após o parto (etapa 5), as mulheres com IU têm, em média, 13,3 pontos a menos no escore do IFSF do que no primeiro trimestre da gestação (etapa 1).

Em relação à **FMAP**:

- A cada 1,0 cmH₂O a mais na medição da FMAP, as mulheres têm, em média, 0,04 pontos a mais no escore IFSF.

Os mesmos passos da análise múltipla para toda a coorte foram realizados na análise de subgrupo apresentada na Tabela 15. Essa análise inclui, além das variáveis do modelo apresentado na Tabela 14, as variáveis “tipo de parto”, “contracepção” e “contracepção X etapa” que tem $p \leq 0,20$ após o parto (etapas 4, 5 e 6) nas comparações independentes do escore do IFSF com as demais variáveis (Tabelas 12 e 13). Elas foram adicionadas somente nesse segundo modelo porque não fazem parte do conjunto de variáveis medidas na gestação (etapas 1, 2 e 3).

Tabela 15 - Modelo de regressão final para a análise múltipla do IFSF no pós-parto (etapas 4 a 6), Guarulhos, SP - 2012-2014

Variável	Modelo Final			Valor-p X etapa†
	Coefficiente	95% IC	Valor-p†	
Etapa			0,340	
Etapa 4	0	-		
Etapa 5	-0,860	-7,887 a 6,191		
Etapa 6	2,237	-8,606 a 13,077		
IU	-10,526	-20,161 a -0,889	0,004	0,404
Etapa 5	-2,117	-15,400 a 11,159		
Etapa 6	7,350	-6,273 a 20,965		
FMAP (cmH₂O)	0,080	0,009 a 169,792	<0,001	

†LMM

Fonte: a pesquisadora

Permaneceram no modelo final do pós-parto as variáveis: IU e FMAP. Em relação à **IU**:

- Mulheres com IU após o parto têm, em média, 10,5 pontos a menos no escore IFSF do que mulheres continentais (sem IU);

Em relação à **FMAP**:

- A cada 1,0 cmH₂O a mais na medição da FMAP após o parto, as mulheres têm, em média, 0,08 pontos a mais no escore IFSF.

Tanto a IU quando a FMAP estão estatisticamente associadas ao escore do IFSF nos dois modelos finais. Para mostrar a associação da IU com o escore do IFSF ao longo das seis etapas da coorte, além da Tabela 14, foi elaborado o Gráfico 1. Este gráfico apresenta os valores médios preditos pelo LMM segundo a IU e as etapas do estudo, fixando-se a FMAP em 30 cmH₂O (média aproximada da FMAP ao longo das seis etapas do estudo – 30,1; dp = 16,4 – dado que não consta nas tabelas).

Gráfico 1 - Valores do escore do IFSF preditos pelo LMM segundo IU e etapa para valor de FMAP fixado em 30 cmH₂O, Guarulhos, SP - 2012-2014

Fonte: a pesquisadora

Como representado no Gráfico 1, estima-se que o escore do IFSF é constante para as mulheres sem IU; já para mulheres com IU no pós-parto, nota-se uma queda de

cerca de 11 pontos no escore do IFSF na etapa 4 e 13 pontos na etapa 5, voltando a subir ligeiramente na etapa 6. Além disso, como mostrado na Tabela 14, a presença de IU, independentemente da etapa do estudo, impacta na redução média de 2,1 pontos no escore do IFSF.

Com relação à associação entre a FMAP e o escore do IFSF, foi elaborado o Gráfico 2 para demonstrar essa associação em cada uma das etapas do estudo.

Gráfico 2 - Escore do escore do IFSF X FMAP em cada uma das etapas do estudo, Guarulhos, SP - 2012-2014

Fonte: a pesquisadora

Como apresentado nas Tabelas 13, 14 e 15, a correlação entre a FMAP e o escore do IFSF é estatisticamente significativa independentemente da etapa do estudo ($p < 0,001$), porém como mostra o Gráfico 2, essa correlação é mais forte no pós-parto. De acordo com a correlação de Pearson, essa correlação entre as variáveis é considerada moderada (0,30-0,70) nas etapas 5 (0,349) e 6 (0,411), enquanto que nas demais, é fraca (0,0-0,30).

5 DISCUSSÃO

Inicialmente, vale destacar que houve um elevado número de mulheres que não realizaram cada uma das etapas da coorte, principalmente após o parto.

Considerados em conjunto o percentual de exclusões, as perdas de seguimento e a não realização das etapas foram progressivos durante a gestação, com impacto maior na etapa 2 do estudo, em especial, devido aos casos de abortamento e ao número elevado de gestantes sem atividade sexual nas 4 semanas anteriores. Do total de 500 gestantes inscritas, 74,6%, 36,8% e 23,8% tiveram a FS analisada no primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação, respectivamente. No pós-parto, esse percentual foi de 8,4%, 10,6% e 5,0%, nas etapas 4, 5 e 6, respectivamente (Figura 5, dos Resultados).

Este resultado pode ser explicado pela natureza da pesquisa, pois consiste em um estudo longitudinal, com acompanhamento presencial das mulheres durante toda a gestação e por um período que se estende além da fase puerperal. Por sua vez, a interpretação dos resultados se apoia em análise estatística adequada ao delineamento do estudo e a discussão é feita com base na literatura disponível, que inclui diferentes delineamentos – estudos prospectivos, transversais e qualitativos – e revisões.

5.1 FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Neste estudo, durante a gestação, a proporção de mulheres sexualmente ativas variou, com aumento do primeiro (84,6%) para o segundo trimestre (88,9%) e redução no terceiro (70,6%), apesar da coabitação com o parceiro ter aumentado progressivamente do início ao final da gestação, quando 98,4% das gestantes viviam com o companheiro.

Essa variação também foi reportada por Pauls, Occhino e Dryfhout (2008) e Ahmed, Madny e Ahmed (2014). Considerando esses e outros estudos, existe consenso na literatura de que a atividade sexual das mulheres se reduz no final da gestação (von Sydow, 1999; Leite et al., 2009; Serati et al., 2010; Johnson, 2011; Yenziel, Petri, 2014).

Vale ressaltar que a FS na gestação e após o parto foi analisada considerando as mulheres com atividade sexual nas 4 semanas anteriores à aplicação do IFSF, conforme descrito no Método.

Os resultados do presente estudo mostram que houve redução do escore do IFSF durante a gestação, com diferença significativa ($p = 0,001$). A menor média foi no terceiro trimestre (26,0; $dp = 5,5$), quando comparada com a do primeiro (27,7; $dp = 4,9$) e a do segundo.

Apesar da média do escore do IFSF se manter com valor maior ou igual a 26,0 nas três etapas da gestação, este ponto de corte proposto por Wiegel, Meston e Rosen (2005) não foi utilizado nessa pesquisa, pois apesar do IFSF ter sido validado para uso com gestantes, este ponto de corte não foi.

A redução na média do escore do IFSF do primeiro para o terceiro trimestre coincide com os achados de todos os estudos de coorte encontrados na literatura (Aslan et al., 2005; Pauls, Occhino, Dryfhout, 2008; Leite et al., 2009; Yıldız, 2013; Ahmed, Madny, Ahmed, 2014).

Nos estudos de Aslan et al. (2005), Pauls, Occhino e Dryfhout (2008) e Leite et al. (2009), o IFSF no início da gestação foi 28,4 ($dp = 5,0$), 28,4 ($dp = 6,9$) e 26,4 ($dp = 6,0$), respectivamente.

Em relação à diferença de escore do IFSF do primeiro para o segundo trimestre da gestação, não houve variação com diferença estatística na maioria das referidas coortes, assim como no presente estudo. Apenas na coorte conduzida por Ahmed, Madny e Ahmed (2014) houve aumento de 22,4 ($dp = 4,1$) para 26,6 ($dp = 3,9$), com diferença significativa.

Conforme apresentado na Introdução, é no terceiro trimestre da gestação que ocorre o maior impacto sobre a FS. A redução na média do escore do IFSF varia de -3,8 a -9,3 pontos (Aslan et al., 2005; Pauls, Occhino, Dryfhout, 2008; Leite et al., 2009; Yıldız, 2013; Ahmed, Madny, Ahmed, 2014). No presente estudo, a redução estimada pela análise múltipla foi de 1,8 pontos (95% IC -2,9 a -0,7) ($p < 0,001$).

Vale destacar que em todos os estudos citados, a média do escore no terceiro trimestre ficou abaixo de 26,0, com destaque para os estudos de Leite et al. (2009), Yıldız (2013) e Ahmed, Madny e Ahmed (2014), em que os escores foram 18,1 ($dp = 11,0$), 12,5 ($dp = 3,1$) e 18,6 ($dp = 3,8$), respectivamente; bem mais baixos do que o deste estudo.

Esses achados sobre a FS de mulheres na gestação, também são corroborados por estudos com delineamento transversal. Kerdarunsuksri e Manusirivithaya (2010), Chang et al. (2011), Corabacioglu Esmer et al. (2013) e Alsibiani (2014) encontraram

menor média do escore do IFSF no terceiro trimestre da gestação em relação aos trimestres anteriores. Nestes estudos, os escores do IFSF no final da gestação foram 13,7 (dp = 8,5), 10,9 (dp = 0,9), 15,4 (dp = 10,5) e 23,5 (dp = 3,5), respectivamente; no primeiro trimestre, variaram de 27,2 (dp = 4,1) a 18,1 (dp = 1,1) e no segundo trimestre, de 24,0 (dp = 5,2) a 16,1 (dp = 8,8).

O estudo de Franceschet, Sacomori e Cardoso (2009) analisou apenas mulheres no segundo e no terceiro trimestres, porém também observou que a média do IFSF no terceiro trimestre foi menor que no segundo, de 22,7 para 15,5 ($p = 0,042$).

No estudo de Naldoni et al. (2011), foram agrupadas gestantes no segundo e terceiro trimestres de acordo com o escore do IFSF $\leq 26,5$ e $> 26,5$. Obtiveram a proporção de 36,8%, 55,2% e 76,7% de gestantes com IFSF $\leq 26,5$, no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente, indicando que mais gestantes tem piores escores no final da gestação.

Estudos transversais com resultados divergentes foram conduzidos por Jamali e Mosalanejad (2013) e Prado, Lima e Lima (2013), em que o escore do IFSF das gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestres é igual.

Vale também citar o estudo descritivo, com amostras independentes de nove mulheres no primeiro trimestre de gestação, 15 no segundo e 17 no terceiro, que obteve os escores médios do IFSF de 26,2, 25,8 e 21,5, respectivamente (Bomfim, Melro, 2014).

Em relação aos domínios dos IFSF, conforme referido na Introdução, Rosen et al. (2000) e Wiegel, Meston e Rosen (2005), recomendam que a análise deles seja apenas descritiva. No presente estudo, verificou-se que o aumento da dor na atividade sexual e a diminuição do orgasmo tiveram maior impacto na FS das gestantes no terceiro trimestre, pois foram os domínios mais afetados no decorrer da gestação.

Esses resultados coincidem com os encontrados por Pauls, Occhino e Dryfhout (2008) e Ahmed, Madny e Ahmed (2014). A dor foi também o domínio mais afetado nos estudos de Aslan et al. (2005) e Yıldız (2013).

Assim, pode-se considerar que o perfil da FS das mulheres na gestação se caracteriza pela diminuição da atividade sexual no terceiro trimestre, com redução do orgasmo e aumento da dor na atividade sexual. Porém, essas alterações não necessariamente caracterizam DS, pois podem ser uma repercussão das adaptações

físicas, psicológicas e emocionais da própria gestação e de mudanças no relacionamento do casal.

Após o parto, a mulher passa por novas adaptações e mais mudanças envolvem o casal e a família. A atividade sexual no pós-parto também se altera, com diminuição ainda mais expressiva em relação à gestação.

Conforme mostram os resultados do presente estudo, pouco mais da metade (53,9%) das mulheres referiu vida sexual ativa nos dois primeiros meses após o parto. Progressivamente, a grande maioria das mulheres avaliadas até o final da coorte retomou a atividade sexual. Esse dado refere-se ao total de mulheres avaliadas no pós-parto, incluindo aquelas que não responderam o IFSF.

Esses resultados coincidem com a coorte de Connolly, Thorp e Pahel (2005), que encontraram retorno da atividade sexual de 57% das mulheres 6 semanas após o parto, de 82% 12 semanas após e 90% 24 semanas após.

De acordo com revisões de literatura, entre 5 e 6 semanas após o parto, 52% das mulheres já retomaram a atividade sexual (Leeman, Rogers, 2012) e aos 6 meses pós-parto, essa porcentagem varia de 80% e 94% (Barret et al., 2000; Handa, 2006; Leeman, Rogers, 2012; De Souza et al., 2015).

Nesta pesquisa, as médias do escore do IFSF no pós-parto não apresentaram variação estatisticamente significativa, mas as mulheres mantiveram valores inferiores àqueles do primeiro e segundo trimestres da gestação. O menor escore, de 24,8 (dp = 6,1), foi nos 2 primeiros meses após o parto, chegando a 26,5 (dp = 5,2), entre 5 meses e meio e 7 meses após o parto.

Porém, quando analisadas em conjunto, as médias do IFSF na gestação (27,2%; dp = 5,0; independentemente do trimestre) e após o parto (25,8%; dp = 6,0; independentemente da etapa) mostraram variação significativa ($p = 0,022$), evidenciando a piora da FS no pós-parto em comparação ao período gestacional. Este resultado é ratificado na análise múltipla, pois, em relação ao primeiro trimestre da gestação, a média do escore do IFSF é 2,2 (95% IC -3,6 a -0,8) pontos menor nos primeiros 2 meses após o parto e 1,4 (95% IC -2,7 a -0,03) pontos menor entre 2 meses e meio e 4 meses e meio após o parto ($p < 0,001$).

No estudo de coorte, conduzido por Lurie et al. (2013), 6 semanas pós-parto, a média do escore do IFSF foi de apenas 14,1 (dp = 10,8), com aumento significativo 12 e 24 semanas após o parto, com médias de 24,6 (dp = 7,6) e 27,7 (dp = 5,1), $p < 0,05$.

Outro estudo de coorte mostrou média do escore do IFSF na primeira metade da gestação de 25,2, sem variação significativa após o parto (24,5 aos 6 meses e 25,9 aos 12 meses) (De Souza et al. 2015).

Até 6 meses após o parto, a relação entre o tipo de parto e o escore do IFSF não mostrou associação significativa nos estudos de Woranitat e Taneepanichskul (2007), Lurie et al. (2013), De Souza et al. (2015) e Eid et al. (2015). Neste estudo, embora o escore do IFSF das mulheres com cesariana seja significativamente maior que o daquelas com parto normal ($p = 0,031$), esta associação não se manteve na análise múltipla.

Dois outros estudos que analisaram a relação entre o IFSF e tipo de parto 12 e 24 meses após o parto também não encontraram associação significativa com o tipo de parto (Klein et al., 2009; Hosseini, Iran-Pour, Safarinejad, 2012).

No entanto, o estudo transversal de Safarinejad, Kolahi e Hosseini (2009) que aplicou o IFSF 8 semanas após o parto, mostrou que mulheres com parto vaginal e com cesariana de emergência têm menores escores do que aquelas com cesariana eletiva, (diferença significativa).

Ainda no que se refere ao parto, a revisão de Yeniel e Petri (2014) aponta o parto vaginal instrumental e a episiotomia como os únicos fatores de risco independentes para DS; e a cesariana foi apontada como um fator protetor.

Em contraposição, a visão do parto como um evento positivo e o cuidado adequado, sem intervenções desnecessárias, com respeito à fisiologia e às escolhas da mulher também podem ter efeitos positivos na saúde sexual e na sexualidade do casal após o parto.

No presente estudo, a análise descritiva dos domínios do IFSF mostra que o impacto positivo na FS entre o segundo e o sétimo meses após o parto (etapas 4 a 6) foi, principalmente, devido à diminuição da dor na atividade sexual.

Entre os estudos que analisaram a variação dos domínios do IFSF, Woranitat e Taneepanichskul (2007) não encontraram diferença entre o escore de mulheres com parto normal e cesariana em até 6 semanas após o parto. Diferentemente, Safarinejad, Kolahi e Hosseini (2009) referem que mulheres com parto vaginal instrumental têm pior escore de dor ($p = 0,001$) e de desejo ($p = 0,01$).

Para De Souza et al. (2015), a dor foi pior entre as mulheres com parto vaginal, em relação às aquelas com cesariana ($p = 0,012$) considerando esses domínios na primeira

metade da gestação e 6 meses após o parto. Eid et al. (2015) também compararam os domínios do IFSF em relação do tipo de parto. Verificaram que 12 semanas após o parto normal, as mulheres têm piores escores de desejo ($p = 0,02$), excitação ($p = 0,02$) e lubrificação ($p = 0,04$) em comparação com o período pré-gravídico. Entre as mulheres com cesariana, houve piora apenas no escore de desejo ($p = 0,03$).

Além das pesquisas que adotam o IFSF para acessar a FS no pós-parto, outros estudos apontam dificuldade e problemas sexuais no pós-parto.

Acele e Karaçam (2011) relataram problemas entre 91,3% das mulheres após o parto. Por sua vez, Leeman e Rogers (2012), por meio de revisão de literatura, classificaram “com DS” no pós parto entre 41% e 83% das mulheres.

De acordo com o estudo de Signorello et al. (2001), a dispareunia foi uma queixa referida por 41% e 22% das mulheres, 3 e 6 meses após o parto, respectivamente. Revisão conduzida por Handa (2006), identificou que a dor na relação sexual era um problema para 41% a 67% das mulheres 3 meses após o parto.

Segundo Connolly, Thorp e Pahel (2005) entre as mulheres que retomaram a atividade sexual 6 semanas após o parto, apenas 36% atingiram o orgasmo. Essa porcentagem aumentou para 60% e 61%, 12 e 24 semanas depois do parto.

Segundo Hicks et al. (2004), mulheres com parto vaginal espontâneo relataram menos problemas sexuais que aquelas com cesariana.

Diferentemente da gestação, em que o perfil da FS está mais bem estabelecido na literatura, no pós-parto, os estudos são escassos, contraditórios e com abordagens muito diferenciadas, o que dificultou a comparação dos resultados.

No entanto, é possível considerar que o perfil da FS até 6 meses após o parto se caracteriza por piora em comparação à gestação e ao período pré-concepcional. Até 6 semanas após o parto, aproximadamente metade das mulheres retoma a atividade sexual e aos 6 meses após o parto, essa porcentagem atinge 90%. O IFSF varia pouco nos primeiros 6 meses de pós-parto, porém, este dado ainda não está bem estabelecido na literatura, assim como a relação entre o tipo, as características do parto, os desfechos perineais e a FS. A dor na atividade sexual é a principal queixa das mulheres nesse período. O impacto de outros problemas e queixas sexuais ainda não está estabelecido no pós-parto.

Conforme apresentado na Introdução, além dos domínios da FS, outros fatores devem considerados no diagnóstico de uma DS (Abdo, Fleury, 2006). Após o parto, um

dos fatores importantes é o tempo depois do parto. Este é um “tempo além do biológico”, necessário e muito variável, para que a mulher e o casal ajustem sua dinâmica familiar após o nascimento do bebê. Portanto, deve-se evitar a “patologização” das alterações na FS no pós-parto, principalmente no período abrangido pelo presente estudo.

Vale ainda considerar que as pesquisas realizadas com mulheres após o parto abrangem períodos muito variados, que vão de semanas a anos. Apesar da importância de estudos prospectivos em longo prazo que analisam a FS de mulheres após o parto, para estabelecer um perfil da FS após o parto, ainda são necessárias mais pesquisas com variáveis e períodos de tempo específicos e padronizados, como ocorre na gestação.

Também na presente pesquisa, os intervalos de tempo em cada etapa da coorte no pós-parto foram flexibilizados para possibilitar a adesão de mais mulheres. Inicialmente estava prevista a aplicação do IFSF entre 40 e 50 dias após o parto na etapa 4, entre 80 e 100 dias na etapa 5, e entre 170 e 190 dias na etapa 6. No entanto, a coleta de dados seguiu conforme mostrado da Figura 5, dos Resultados.

O'Malley e Smith (2013) elaboraram uma orientação para os profissionais de saúde sobre a abordagem da saúde sexual durante a gestação e o pós-parto. As autoras recomendam que durante o pré-natal, os profissionais façam grupos de educação sexual com foco no impacto do tipo de parto, trauma perineal, imagem corporal e amamentação na sexualidade do casal após o parto. Esses foram os principais fatores encontrados pelas autoras que influenciam a sexualidade e a atividade sexual no pós-parto. No entanto, recomendam que a abordagem sexual vá além desses deles, pois os fatores de risco relacionados a saúde sexual neste período precisam ser melhor estabelecidos e estudados.

No ano anterior a esta recomendação, Afshar et al. (2012) fizeram um ensaio randomizado controlado testando o impacto de grupos de educação sexual durante a gestação na FS das mulheres. A intervenção consistia em quatro sessões de uma a uma hora e meia de duração, duas vezes por semana, durante 2 semanas e conduzidos por uma obstetriz. Eles compararam o escore do IFSF antes e depois da intervenção. Após a intervenção, as 41 mulheres do grupo intervenção melhoraram a FS (antes 22,6 dp = 7,9; após 26,6 dp = 4,3; $p < 0,001$), enquanto que as 40 mulheres do grupo controle não tiveram diferença no escore do IFSF (20,2, dp = 8,4; 19,6, dp = 8,4). Este estudo foi conduzido durante a gestação e foi possível concluir que grupos de educação sexual

podem contribuir para a melhora da saúde sexual e a sexualidade do casal na gestação. Nesse sentido, sugere-se que essa ação educativa também possa ser benéfica se implementada com foco no período pós-parto.

Além das variáveis de exposição e desfecho, os fatores associados com a FS na gestação e após o parto analisados nesta pesquisa foram agrupados em sócio demográficos (idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, religião, idade do parceiro, coabitação), obstétricos e clínicos (abortos, gestações, partos e trauma perineal anteriores, tipo de parto atual, trauma perineal e anestesia no parto atual, estado nutricional, exercício perineal, IU, IA, FMAP, uso de condom na gestação, contracepção após o parto) e relacionados ao RN (IG no parto, peso ao nascer, aleitamento materno).

Muitos dos fatores acima referidos são estudados na literatura, porém, para a maioria deles, não existem evidências estabelecidas sobre sua influência na FS. No presente estudo, os seguintes fatores mostraram associação significativa: escolaridade, tipo de parto atual, IU, FMAP e contracepção após o parto. No entanto, após a análise múltipla, apenas a IU e FMAP mostraram-se como fatores de risco independentes.

Em relação à idade materna, os estudos consideram que na gestação e no pós-parto, as mulheres mais jovens ou com mais idade têm pior FS que aquelas entre 20 e 35 anos (von Sydow, 1999; Leite et al. 2009; Acele, Karaçam, 2011; Yeniei e Petri, 2014). Em contradição, Kerdarunsuksri e Manusirivithaya (2010) encontraram que gestantes com idade menor ou igual a 35 anos têm risco potencial para DS. Erbil (2011) aponta que “casar jovem” e “ter casamento arranjado” são fatores prejudicam a FS; e a revisão de von Sydow (1999) apontou a relação conjugal de longa duração como um fator que também pode impactar negativamente a FS da mulher no ciclo gravídico.

Quanto à escolaridade da mulher, von Sydow (1999) e Erbil (2011) concordam que mulheres com menor escolaridade têm pior FS. Por sua vez, o trabalho remunerado é apontado como fator que favorece a FS das mulheres em contraposição ao trabalho no lar (Chang et al., 2011; Erbil, 2011). Diferentemente, Corabacioglu Esmer et al. (2013) encontraram que mulheres que trabalham durante a gestação têm prejuízo na FS. Para von Sydow (1999), a satisfação da mulher com o trabalho pode impactar positivamente a FS.

Os estudos que abordam a variável religião consideram que crenças religiosas podem ter influência negativa na FS (von Sydow, 1999; Serati et al., 2010). No estudo

de Kerdarunsuksri e Manusirivithaya (2010), 46,1% das gestantes entrevistadas concordaram ou manifestaram incerteza sobre a proibição religiosa da atividade sexual durante a gravidez.

Embora não exista consenso na literatura, a imagem corporal da mulher durante a gestação e após o parto é apontada em alguns estudos como um fator que pode afetar a FS (Pauls, Occhino, Dryfhout, 2008; Serati et al., 2010; Johnson, 2011; Naldoni et al., 2011; Yeniel, Petri, 2014). Por sua vez, Erol et al. (2007) e Pauls, Occhino e Dryfhout (2008) não encontraram associação entre o ganho de peso e o IMC durante a gestação e a FS.

Von Sydow (1999), Barret et al. (2000), Connolly, Thorp e Pahel (2005), Rowland et al. (2005), Abdool, Thakar e Sultan (2009), Serati et al. (2010), Johnson (2011), Hosseini, Iran-Pour e Safarinejad (2012), Leeman e Rogers (2012) e Yeniel e Petri (2014) encontraram associação entre a amamentação e a FS no pós-parto. Os estudos mostram que durante o período de amamentação, a FS é prejudicada. A principal queixa das mulheres refere-se à falta de lubrificação vaginal, que é resultante do aumento nos níveis de prolactina.

No presente estudo, a proporção de mulheres com atividade sexual que praticaram o aleitamento materno foi de 95,2%, 86,8% e 76,0, nas etapas 4, 5 e 6 da coorte, respectivamente; não houve associação significativa com a FS. Vale destacar que a única forma de acesso à FS nesta coorte foi pelos valores do escore do IFSF e que nos estudos acima citados, foram usadas diferentes formas de avaliação. O estudo de Acele e Karaçam (2011) utilizaram o ASEX e também não obtiveram associação entre amamentação e FS.

Após o parto, a preocupação com uma nova gestação é apontada como um fator que pode interferir na FS (Yeniel, Petri, 2014) e, segundo von Sydow (1999), nesse período, 90% dos casais fazem uso de contraceptivos, como condom e anticoncepcionais hormonais. No presente estudo, o escore do IFSF mostrou associação significativa com o uso de contraceptivos no pós-parto, porém essa associação não se manteve na análise múltipla.

Em relação à IU durante a gestação e os 6 primeiros meses após parto, as mulheres deste estudo com IU tiveram pior FS do que as mulheres continentais ($p < 0,001$). Em média, a diferença no escore do IFSF foi de 2,1 (95% IC -3,6 a -0,8) pontos.

Em relação ao pós-parto, as mulheres com IU tem pior FS do que mulheres continentais ($p = 0,004$), com diferença no escore do IFSF de 10,5 (95% IC -20,2 a -0,9) pontos. Quando comparada a gestação com o pós parto, entre 1 e 2 meses após o parto, as mulheres com IU tiveram escore de IFSF 11,3 (95% IC -20,9 a -1,7) pontos a menos em comparação com o início da gestação ($p < 0,001$). Entre 3 e 4 meses após o parto, essa diferença foi ainda maior, de 13,3 (95% IC -21,6 a -5,1) pontos a menos ($p < 0,001$).

Foram encontrados três estudos com gestantes que concordam com os achados desta pesquisa. Os resultados mostraram que a FS é pior em gestantes com IU. O estudo transversal de Naldoni et al. (2011) foi realizado com 107 gestantes no primeiro ($n = 19$), segundo ($n = 58$) e terceiro ($n = 30$) trimestres de gestação. Destas, 47% relataram IU e 61% tinham escore de IFSF $\leq 26,5$. Na análise, foi concluído que a IU está associada à DS ($p < 0,01$). Outros dois estudos também encontraram interferência na saúde sexual de gestantes com IU (Pauls, Occhino, Dryfhout, 2008; Chang et al., 2011). Segundo Pauls, Occhino e Dryfhout (2008), gestantes com sintomas de IU têm pior FS que gestantes continentais ($p < 0,002$) e, segundo Chang et al. (2011), gestantes com IU têm pior escore de desejo no IFSF ($p < 0,001$).

Os demais estudos encontrados não foram realizados com mulheres na gestação ou após o parto, porém todos evidenciam a influência negativa da IU na saúde sexual das mulheres (Scarpero et al., 2003; Salonia et al., 2004; Sen et al., 2006; Faria, Pedrosa, 2012; Filocamo et al., 2014).

O estudo prospectivo de intervenção de Thiel et al. (2006) analisou a FS de 27 mulheres com IU (16 com IU de esforço, sete com IU mista e quatro bexiga hiperativa). A intervenção proposta foi o tratamento da IU para avaliar o efeito na FS: 13 mulheres fizeram tratamento cirúrgico, nove medicamentoso e cinco fisioterápico. Todas as mulheres melhoraram a IU após o tratamento ($p < 0,01$), porém não houve mudança no escore do IFSF. Quando a análise foi feita levando-se em consideração o tipo de tratamento, a cirurgia foi a única que melhorou o escore total ($p = 0,05$), de satisfação ($p = 0,02$) e de desejo ($p = 0,02$).

Rivalta et al. (2010) estudaram 16 mulheres com sintomas de IU que realizaram um programa de reabilitação dos músculos do AP. O tratamento foi composto por biofeedback (15 minutos, uma vez por semana, por 3 meses), estimulação elétrica funcional (20 minutos, uma vez por semana, por 3 meses) e exercícios para o AP com e

sem cones vaginais (3 cones de diferentes pesos). Os exercícios eram compostos de 300 contrações por dia, divididas em seis sessões. As mulheres começavam a realizar os exercícios com o cone leve até conseguirem realizar com o cone pesado. O escore do IFSF pré-tratamento era 14,7 (dp = 6,9) e o pós-tratamento foi 22,7 (dp = 9,5), com $p < 0,001$. O escore de todos os domínios do IFSF, separadamente, também melhoraram ($p < 0,001$).

O estudo de Zahariou, Karamouti e Papaioannou (2008) avaliou a efetividade de um programa supervisionado de treinamento dos músculos do AP na FS das mulheres com IU. As mulheres compareceram a quatro sessões de 30 minutos de exercícios perineais com biofeedback e também fizeram exercícios diários em casa (começando com duas vezes ao dia, cinco contrações rápidas e 10 sustentadas, com 10 segundo de intervalo e terminando com cinco contrações rápidas e 20 sustentadas). O IFSF pré-tratamento era 20,3 (dp = 2,3) e o pós-tratamento foi 26,8 (dp = 2,8), com $p < 0,001$. O escore do IFSF por domínio também melhorou (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação – $p < 0,001$ – e dor – $p < 0,05$). Metade delas reportou não ter mais IU depois do tratamento. Neste estudo, também foi medida a FMAP das mulheres com o perineômetro Peritron™; de 21,7 (dp = 10,8) cmH₂O foi para 39,2 (dp = 14,2) cmH₂O, com $p < 0,001$.

Todos esses estudos evidenciam a influência da IU na FS da mulher e indicam que o tratamento da IU pode beneficiar a FS.

Um dos tratamentos conservadores da IU é a realização de exercícios para os músculos do AP. Com a realização desses exercícios, além de melhorar a FMAP (Nielsen et al., 1988; Mørkved et al., 2004; Oliveira et al., 2007; Assis, 2010; Bø, Haakstad, 2011), as mulheres também podem se beneficiar dos efeitos positivos que eles podem trazer a FS (Baytur et al., 2005; Franceschet, Sacomori, Cardoso, 2009; Piassarolli et al., 2010)

A literatura sobre o efeito dos exercícios perineais gestação e após o parto é vasta e vários estudos indicam que a realização de exercícios de forma regular e sob supervisão, aumenta a FMAP e reduz a queixa de IU (Mørkved et al., 2003; Oliveira et al., 2007; Dinc, Beji, Yalcin, 2009; Boyle et al., 2012; Sangsawang, Serisathien, 2012; Stafne et al., 2012; Mørkved, Bø, 2014). Em contradição, Lemos et al. (2008) apontam que os estudos não são conclusivos em relação aos efeitos dos exercícios perineais ao longo da gestação, embora possam reduzir a IU no pós-parto.

Conforme referido no Método, todas as gestantes inscritas na coorte receberam, na etapa 1 do estudo, orientação verbal e por escrito para realizar exercícios para o AP em casa. A importância da manutenção dos exercícios perineais foi reforçada em todas as etapas da coorte e, entre as etapas 1 e 2, foi feito contato telefônico com a finalidade de esclarecer dúvidas. Os resultados do presente estudo indicaram que menos de um terço das mulheres aderiu à realização dos exercícios em casa de forma regular, ou seja, no mínimo duas vezes por semana (29,8%, 32,4%, 14,6%, 26,6% e 20,0% nas etapas 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente).

Estudos demonstram que as gestantes que praticam exercícios perineais, regularmente ao longo da gestação, apresentam aumento da FMAP no final do terceiro trimestre (Sangsawang, Sangsawang, 2013; Boyle et al., 2012; Dinc, Beji, Yalcin, 2009; Oliveira et al., 2007; Mørkoved et al., 2003).

Os resultados deste estudo mostram que durante a gestação houve diminuição gradativa da média da FMAP (30,5, 29,2 e 28,7 cmH₂O, nos primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente). Após o parto, a FMAP foi sendo recuperada, com valores de 29,4, 32,4 e 35,4 cmH₂O, nas etapas 4, 5 e 6 da coorte, respectivamente.

A associação entre os escores do IFSF e a FMAP foi significativa na gestação e após o parto, independentemente do trimestre gestacional e do período pós-parto ($p < 0,001$). Pela análise múltipla, a influência da FMAP foi confirmada, indicando que na gestação, a cada 1,0 cmH₂O a mais na medição da FMAP, as mulheres têm, em média, 0,04 (95% IC 0,02 a 0,06) pontos a mais no escore IFSF; após o parto, o aumento no escore do IFSF foi 0,08 (95% IC 0,01 a 0,16) pontos em média.

Vale destacar que a avaliação da FMAP é complexa e sofre variações que podem ser constatadas pelo desvio-padrão amplo de suas médias. No entanto, o instrumento usado (Peritron™) é um perineômetro digital, de fácil utilização e alta precisão. Conforme referido no Método, a mulher foi orientada para a correta realização da contração perineal, para reduzir o erro na avaliação; a contração abdominal e dos glúteos era observada durante a contração vaginal para confirmar que a musculatura ao redor da uretra, vagina e ânus estava sendo contraída. Em cada avaliação, foram feitas três medidas, considerando-se apenas o maior valor registrado pelo aparelho.

A FMAP foi avaliada em de mulheres primigestas durante a gestação e após o parto na coorte de Caroci et al. (2010). As autoras não encontram diferença significativa entre o primeiro e o terceiro trimestres e entre 42 e 60 dias após o parto e consideram

que os valores da FMAP, avaliada pela perinometria (perineômetro Perina 996-2[®]) e pela palpação digital vaginal são compatíveis com força muscular de fraca intensidade.

Estudo transversal com gestantes no primeiro trimestre da gestação obteve valores da FMAP avaliada pelo perineômetro PeritronTM. Encontrou média de 33,4 (dp = 21,2) cmH₂O, sem diferença quanto ao número de partos anteriores ou tipo de parto (Caroci et al., 2014).

Embora o aumento da FMAP possa contribuir para o aumento no escore do IFSF, conforme mostrado no presente estudo, deve-se considerar que o aumento estimado de 0,04 pontos na gestação e 0,08 pontos após o parto é mínimo. Por exemplo, o aumento de 25 cmH₂O na FMAP teria o impacto de elevar o escore do IFSF em apenas um ponto. Embora no pós-parto, o aumento da FMAP seria de 12,5 cmH₂O para o mesmo impacto no escore do IFSF, o intervalo de confiança obtido na análise é excessivamente amplo. Assim, a significância clínica da FMAP sobre a FS é desprezível.

5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pode-se considerar que, nesta pesquisa, as limitações foram minimizadas, mediante o controle dos principais vieses (Medronho et al., 2009 – seleção, informação e confundimento –, conforme descrito a seguir:

- O delineamento do estudo foi prospectivo;
- Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos previamente à inclusão das participantes na coorte;
- Foram usados instrumentos validados – IFSF e perineômetro digital de alta precisão;
- A totalidade das participantes da coorte tinha escolaridade suficiente e compreensão adequada para responder o IFSF;
- Houve treinamento de toda a equipe que participou da coleta de dados, com padronização dos procedimentos utilizados;
- Foi realizado tratamento estatístico com análise múltipla.

5.3 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA

Os resultados desta pesquisa trazem contribuições para o conhecimento sobre a FS e a sexualidade das mulheres na gestação e após o parto.

Os estudos de coorte podem trazer evidências importantes, em especial, quando ensaios clínicos não são um delineamento possível e quando predominam outros tipos de estudo na literatura – transversais e qualitativos.

Diante das dificuldades encontradas para o seguimento das participantes da coorte, foram adotadas estratégias para superá-las. Estas foram, principalmente, o contato telefônico com todas as mulheres entre cada etapa do estudo, o apoio dos dirigentes e dos profissionais do local do estudo, ressarcimento das despesas das participantes com transporte e flexibilização do período planejado para a realização de cada etapa. Estas dificuldades confirmam a importância de amostras grandes em estudos longitudinais que acompanham mulheres desde o início da gestação até o pós-parto, quando o tempo do estudo se estende além do período puerperal.

Além disso, a pequena variação no escore do IFSF no pós-parto sugere que novas pesquisas podem prescindir da avaliação da FS em três momentos no curto intervalo de tempo de 6 meses. Possivelmente, duas únicas medidas do IFSF nesse período são suficientes para produzir mais evidências sobre a FS após o parto.

Na prática assistencial, os resultados desta pesquisa podem subsidiar o cuidado pré-natal prestado por obstetristas e enfermeiras obstétricas. É importante que haja incentivo, sensibilização, orientação e educação desses profissionais para que eles possam orientar as mulheres e os casais sobre a saúde sexual durante a gestação e o pós parto.

6 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a FS diminui, gradativamente, no decorrer da gestação e nos dois primeiros meses após o parto. Do terceiro ao sexto mês após o parto, as mulheres recuperam parcialmente a FS.

A IU contribui para a diminuição do escore do IFSF na gestação e após o parto, com maior impacto nos primeiros 4 a 5 meses pós-parto.

Embora exista associação estatisticamente significativa entre a FMAP e o escore do IFSF, essa associação não é clinicamente significativa, sendo desprezível o impacto da FMAP no escore do IFSF.

REFERÊNCIAS

- Abdo CH, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian Women – results of the Brazilian study on sexual behavior. *Int J Impot Res* 2004;16(2):160-6.
- Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr* 2006;33(3):162-7.
- Abdo CHN, Moreira Jr ED, Fittipaldi, JAS. Estudo do comportamento sexual no Brasil - ECOS. *Rev Bras Med* 2000;57(11):1329-35.
- Abdo CHN. Aspectos relevantes da depressão na disfunção sexual. *Rev Bras Med* 2011;68(Neuropsiquiatria 1):12-5.
- Abdo CHN. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Diagn Tratamento* 2005;10(4):220-2.
- Abdo CHN. Depressão e Sexualidade. 1ªed. São Paulo: Lemos; 2004.
- Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med* 2006;63(9):477-82.
- Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145(2):133-7.
- 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.
- Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei ES, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *J Caring Sci* 2012;1(4):173-81.
- Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40(4):1023-9.
- Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. Findings from a survey of Saudi women. *Saudi Med J* 2014;35(5):482-7.
- Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2014;16(1):67-82.
- Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005;17(2):154-7.
- Assis LC. Efetividade de exercícios do assoalho pélvico durante a gestação como medida preventiva da incontinência urinária e da disfunção muscular do assoalho pélvico [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2010.
- Atalah SE, Castilho CC, Castro RS, Aldea AP. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile* 1997;125(12):1429-36.
- Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(11):677-82.

- Barbosa PB, Franco MM, Souza FO, Montezuma T, Ferreira CHJ. Comparision Between measurements obtained with three different perineometer. *CLINICS* 2009;64(6):527-33.
- Barclay L, Bond M, Clark M. Development of an instrument to study the sexual relationship of partners during pregnancy. *Aust J Adv Nurs* 1993;10(2):14-21.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Woman's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107(2):186-195.
- Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004;1(1):24-34.
- Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7(1pt2):314-26.
- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26(1):51-65.
- Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakir HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88(3):276-80.
- Bø K, Haakstad LAH. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomized controlled trial. *Physiotherapy* 2011;97(3):190-5.
- Bomfim IQM, Melro BCF. Estudo Comparativo da Função Sexual em Mulheres Durante o Período Gestacional Comparative Study of Sexual Function in Women During the Pregnancy. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2014;16(4):277-82.
- Borello-France D, Dusi J, O'Leary M, Misplay S, Okonski J, Leng W et al. Test-retest reliability of the Urge-Urinary Distress Inventory and Female Sexual Function Index in women with multiple sclerosis. *Urol Nurs* 2008;28(1):30-5.
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD007471.
- Brown TM, Fee E. Alfred C. Kinsey: A Pioneer Of Sex Research. *Am J Public Health* 2003; 93(6): 896-7.
- Bruns MA, Pereira VMA. Gravidez e sexualidade: a vivência de mitos e tabus. *Relatos de homens e mulheres. Estud Psicol (Campinas)* 2001;12(1):83-105.
- Camacho KC, Vargens OMC, Progiatti JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. *Rev Enferm UERJ* 2010;18(1):32-7.
- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Pesq Clín* 2006;33(2):92-102.
- Caroci AS, Riesco ML, Sousa WS, Cotrim AC, Sena EM, Rocha NL et al. Analysis of pelvic floor musculature function during pregnancy and postpartum: a cohort study. *J Clin Nurs*. 2010;19(17-18):2424-33.

Caroci AS, Riesco MLG, Rocha BMC, Ventura LJ, Oliveira SG. Avaliação da força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014;22(6):893-901.

Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72(1):52-7.

Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Developing and validating a Taiwan version of the female sexual function index for pregnant women. *J Sex Med* 2009;6(6):1609-16.

Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med* 2011;8(10):2859-67.

Classificação Internacional de Doenças (CID-10) [Internet]. São Paulo; 1997-2015. [atualizado 2008; citado 2015 jan. 29]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.

Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability and validity. *Psychopharmacol Bull* 1997;33(4):731-45.

Clayton AH, Segraves RT, Leiblum S, Basson R, Pyke R, Cotton D et al. Reliability and validity of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F), a scale designed to measure severity of female hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):115-35.

Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(4):263-7.

Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2013;39(6):1165-72.

Costa VDM, Pinto MJC. Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. *Sex Salud Soc (Rio J)* 2012;1(1):5-13.

Crisp CC, Fellner AN, Pauls RN. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for web-based administration. *Int Urogynecol J* 2015;26(2):219-22.

Da Roza T, Mascarenhas T, Araujo M, Trindade V, Jorge RN. Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students. *Physiotherapy* 2013;99(3):207-11.

De Souza A, Dwyer P, Charity M, Thomas E, Ferreira C, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG*. In press 2015.

Derogatis L, Rust J, Golombok S, Bouchard C, Nachtigall L, Rodenberg C, Kuznicki J, McHorney CA. Validation of the profile of female sexual function (PFSF) in surgically and naturally menopausal women. *J Sex Marital Ther* 2004;30(1):25-36.

Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 1979;5(3):244-81.

Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress

- Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther* 2002;28(4):317-30.
- Dinc A, Beji NK, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J* 2009;20(10):1223-31.
- Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res* 2015;27(3):118-20.
- Erbil N. Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction Among Turkish Women Attending a Maternity and Gynecology Outpatient Clinic. *Sex Disabil* 2011;29(4):377-386.
- Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007;4(5):1381-7.
- Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med* 2012;9(2):514-23.
- Faria K, Pedrosa LAK. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. *Rev Eletr Enf* 2012;14(2):366-73.
- Ferenidou F, Kapoteli V, Moisidis K, Koutsogiannis I, Giakoumelos A, Hatzichristou D. Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. *J Sex Med* 2008;5(3):631-9.
- Ferreira CHJ, Barbosa PB, Souza FO, Antonio FI, Franco MM, Bø K. Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale and the Peritron manometer. *Physiotherapy* 2011;97(2): 132-8.
- Filocamo MT, Serati M, Li Marzi V, Costantini E, Milanesi M, Pietropaolo A et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): linguistic validation of the Italian version. *J Sex Med* 2014;11(2):447-53.
- Fleury HJ, Abdo CHN. Desejo sexual feminino. *Diagn Tratamento* 2009;14(1):47-51.
- Florence E, Schrooten W, Dreezen C, Gordillo V, Nilsson Schönnesson L, Asboe D et al. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care* 2004;16(5):550-7.
- Fortunato GL, Aliberte PI, Angelin ECN, Gruber CR. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. *Cadernos da Escola da Saúde* 2011;6(2):143-58.
- Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter* 2009;13(5):383-9.
- Handa VL. Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol* 2006;30(5):253-6.
- Hayman S. Virginia Johnson obituary. *The Guardian*. 2013 jul. 28; Obituaries.
- Hayman S. William Masters. *The Guardian*, 2001 fev. 21; Obituaries.
- Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCP* 2007;27(1)10-4.

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.

Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol J* 2012;9(2):498-504.

Instituto Kaplan [Internet]. São Paulo; 1991-2015 [atualizado 2015; citado 2015 abr 25]. Disponível em: <http://www.kaplan.org.br/>.

Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *J Clin Diagn Res* 2013;7(12):2877-80.

Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med* 2013;11(6):479-86.

Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011;8(5):1267-84.

Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* 2002;5(2):59-63.

Kaplan L, Harder DW. The Sexual Desire Conflict Scale for Women: construction, internal consistency, and two initial validity tests. *Psychol Rep* 1991;68(3pt2):1275-82.

Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2010;93(3):265-71.

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 (Larchmt)* 2009;18(8):1227-31.

Laia S. A classificação dos transtornos mentais pelo DSM-V e a orientação lacanianiana *Clinicaps* 2011;15(5):1-21.

Langer M. *Maternidad y sexo*. 2ªed. México:PAIDOS; 1988.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-44.

Lech MB, Martins PCR. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. *Psicol Estud* 2003;20(3):37-46.

Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol* 2012;119(3):647-55.

Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza E, Camano L. Prevalence of sexual disfunction during prengancy. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(5):563-8.

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

Lemos A, de Souza AI, Ferreira AL, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Do perineal exercises during pregnancy prevent the development of urinary incontinence? A systematic review. *Int J Urol* 2008;15(10):875-80.

Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*

2013;288(4):785-92.

Maldonado MT. Maternidade e Paternidade. Petrópolis: Vozes; 1989.

Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 9ªed. São Paulo: Saraiva; 1997.

Martinez CS, Ferreira FV, Castro AA, Gomide LB. Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93(5):497-502.

Masters WH, Johnson VE. A conduta sexual humana. Trad. de Dante Costa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A.; 1968.

Masheb RM, Lozano-Blanco C, Kohorn EI, Minkin MJ, Kerns RD. Assessing sexual function and dyspareunia with the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with vulvodynia. *J Sex Marital Ther* 2004;30(5):315-24.

McCoy NL, Davidson JM. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985;7(3):203-10.

McCoy NL. The McCoy Female Sexuality Questionnaire. *Qual Life Res* 2000;9(Suppl1):639-45.

McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000;26(1):25-40.

McHorney CA, Rust J, Golombok S, Davis S, Bouchard C, Brown C, et al. Profile of Female Sexual Function: a patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women. *Menopause* 2004; 11(4):474-83.

Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

Meston C, Trapnell P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *J Sex Med* 2005;2(1):66-81.

Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2002;28(suppl1):155-64.

Meyer-Bahlburg HFL, Dolezal C. The Female Sexual Function Index: a methodological critique and suggestions for improvement. *J Sex Marital Ther* 2007;33(3):217-24.

Mohammadi K, Rahnema P, Montazeri A, Foley FW. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire-19: reliability, validity, and factor structure of the Persian version. *J Sex Med* 2014;11(9):2225-31.

Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):313-9.

Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br J Sports Med* 2014;48(4):299-310.

Mørkved S, Salvesen KA, Bø K, Eik-Nes S. Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. *Int Urogynecol J* 2004;15:384-90.

Mørkved S. Pelvic floor muscle training during pregnancy and after delivery. *Current Women's Health Reviews* 2007;3(1):55-62.

Naldoni LMV, Pazmiño MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of sexual function in brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther* 2011;37(2):116-29.

Nappi RE, Abbiati I, Luisi S, Ferdeghini F, Polatti F, Genazzani AR. Serum allopregnanolone levels relate to FSFI score during the menstrual cycle. *J Sex Marital Ther* 2003;29(suppl1):95-102.

Neter J, Kutner M, Wasserman W, Nachtsheim C. *Applied Linear Statistical Models*. 4th ed. Chicago: Irwin; 1996.

Nielsen CA, Sigsgaard I, Olsen M, Tolstrup M, Danneskiold-Samsoe B, Bock JE. Trainability of the pelvic floor: a prospective study during pregnancy and after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67(5):437-40.

Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba R. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females. *J Sex Med* 2013;10(2):386-95.

Nwagha UI, Oguanuo TC, Ekwuazi K, Olubobokun TO, Nwagha TU, Onyebuchi AK et al. Prevalence of sexual dysfunction among females in a university community in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2014;17(6):791-6.

O'Malley D, Smith V. Altered sexual health after childbirth: part 1. *Pract Midwife* 2013;16(1):30-2.

O'Malley D, Smith V. Altered sexual health after childbirth: part 2. *Pract Midwife* 2013;16(2):27-9.

Oliveira C, Lopes MAB, Pereira LCL, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. *Clinics (São Paulo)* 2007;62(4):439-46.

Oliveira JM. Avaliação do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primípara [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Oriá MOB, Alves MDS, Silva RM. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. *Rev Enferm UERJ* 2004;12(2):160-5.

Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11):2333-44.

Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):416-26.

Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008;5(8):1915-22.

Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32(5):234-40.

- Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(5): 205-9.
- Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32(3):139-43.
- Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11(3):277-89.
- Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med* 2014;17(10):679-84.
- Riesco MLG, Caroci AS, Oliveira SMJV, Lopes MHBM. Perineal muscle strength during pregnancy and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18(6):1138-44.
- Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S, Bianchi G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *J Sex Med* 2010;7(3):1200-8.
- Rosen R, Brown C, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
- Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005;51:1366-7.
- Rudge CV, Calderon IM, Dias A, Lopes GP, Barbosa AP, Maestá I. Design and validity of a questionnaire to assess sexuality in pregnant women. *Reprod Health* 2009;29(6):12.
- Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15(2):157-65.
- Ryding EL, Blom C. Validation of the swedish version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* 2015;12(2):341-9.
- Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 2009;6(6):1645-67.
- Salim NR, Araújo NM, Gualda DMR. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(4):732-9.
- Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004;45(5):642-8.
- Sanches PRS, Ramos JGL, Schmidt AP, Nickel SD, Chaves CM, Silva Jr DP et al. Correlação do escore de Oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. *Rev HCPA* 2010;30(2):125-30.
- Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*

2013;24(6):901-12.

Sangsawang B, Serisathien Y. Effect of pelvic floor muscle exercise programme on stress urinary incontinence among pregnant women. *J Adv Nurs* 2012;68(9):1997-2007.

Saxon W. Dr. Helen Kaplan, 66, Dies; Pioneer in Sex Therapy Field. *The New York Times*. 1995 ago. 19; Obituaries.

Scarpero HM, Fiske J, Xue X, Nitti VW. American Urological Association Symptom Index for lower urinary tract symptoms in women: correlation with degree of bother and impact on quality of life. *Urology* 2003;61(6):1118-22.

Sen I, Onaran M, Aksakal N, Acar C, Tan MO, Acar A et al. The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Adv Ther* 2006;23(6):999-1008.

Sena T. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. *Estud Fem* 2010;18(1): 221-40.

Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med* 2010;7(8):2782-90.

Shirvani MA, Nesami MB e Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian woman. *J Biol Sci* 2010;13(8):385-389.

Sidi H, Abdullah N, Puteh SE, Midin M. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Malay version. *J Sex Med* 2007;4(6):1642-54.

Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(5):881-8.

Soifer R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.

Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther* 1996;22(3):175-90.

Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005;11(6):440-7.

Stafne SN, Salvesen KÅ, Romundstad PR, Torjusen IH, Mørkved S. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial. *BJOG* 2012;119(10):1270-80.

Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther* 2005;31(5):385-97.

Takahashi M, Inokuchi T, Watanabe C, Saito T, Kai I. The Female Sexual Function Index (FSFI): development of a Japanese version. *J Sex Med* 2011;8(8):2246-54.

Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav* 1994;23(6):627-43.

Ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther* 2006;32(4):289-304.

The Kinsey Institute [Internet]. Indiana; 1996-2015 [atualizado 2015; citado 2015 abr 25]. Disponível em: <http://www.kinseyinstitute.org/>.

The University of British Columbia [Internet]. Vancouver; 1915-2015 [atualizado 2015; citado 2015 abr 27]. Disponível em: <http://www.ubc.ca/>.

Thiel R, Thiel M, Dambros M, Riccetto C, Lopez V, Rincon ME, et al. Female sexual function before and after treatment of urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2006;30(3):315-20.

Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(10):504-10.

Thirlaway K, Fallowfield L, Cuzick J. The Sexual Activity Questionnaire: a measure of women's sexual functioning. *Qual Life Res* 1996;5(1):81-90.

Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, Taskn EO, Frat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol* 2005;174(2):620-3.

Vancouver Coastal Health Research Institute [Internet]. Vancouver ; 2008-2014 [atualizado 2015; citado 2015 abr 27]. Disponível em: <http://www.vchri.ca/>.

Volkmer BG, Gschwend JE, Herkommer K, Simon J, Küfer R, Hautmann RE. Cystectomy and orthotopic ileal neobladder: the impact on female sexuality. *J Urol* 2004;172(6pt1):2353-7.

von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47(1):27-49.

Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(1):1-20.

Woody JD, D'Souza HJ. The Sexual Interaction System Scale: a new inventory for assessing sexual dysfunction and sexual distress. *J Sex Marital Ther* 1994;20(3):210-28.

Woranit W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai* 2007;90(9):1744-8.

Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014;25(1):5-14.

Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther* 2015;41(1):49-59.

Zagonelli IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev Eletronica Enferm* 2003;5(2):24-32.

Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(3):401-6.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Luiza Gonzalez Riesco, enfermeira obstétrica, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho convidá-la a participar da pesquisa **“Cuidado perineal na gestação e após o parto: prevenção e morbidade relacionadas à força muscular perineal, função sexual e continência urinária”**.

O motivo que nos leva a realizar este estudo é porque a gravidez e o parto podem influenciar na força muscular do assoalho pélvico, na continência urinária e na função sexual das mulheres. Assim, os objetivos desta pesquisa são: **1)** Analisar a força muscular perineal, a continência urinária e a função sexual de mulheres durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; **2)** Verificar a adesão das mulheres aos exercícios para o assoalho pélvico durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto. Os procedimentos de coleta de dados serão por meio da medida da força muscular perineal, realizada com um perineômetro eletrônico de pressão modelo Peritron™, marca *Laborie*, que registra as contrações musculares do assoalho pélvico através de uma sonda vaginal; e por meio dos questionários autorrespondidos IFSF-Índice da Função Sexual Feminina e ICIQ-SF-*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*. Os dados obtidos serão digitados e armazenados em planilhas do *Excel* para posterior análise.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. Uma cópia deste termo de consentimento será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Eu, _____
fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Maria Luiza Gonzalez Riesco por telefone (11-9248-0041) ou e-mail (riesco@usp.br) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP. Telefone: 11-3061-7548; e-mail: edipesq@usp.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante:	Assinatura	____/____/____
Pesquisadora: Maria Luiza Gonzalez Riesco	Assinatura p/	____/____/____

APÊNDICE B - FOLHETO DE EXERCÍCIOS PERINEAIS

Exercício 1
Alongamento

1º - Deite de costas na cama

2º - Leve os joelhos na direção do peito, com as pernas levemente separadas, para não comprimir a bariça

3º - Conte lentamente até 30 (30 segundos)

Patrocínio

Organização

Tel: 2463-6000
Email: gestante@seisaude.com.br

Nome: _____

Cinesioterapia
do
Assoalho Pélvico

Guia de Exercícios
perineais
durante a gestação
e
depois do parto

Exercício 2
Deitada na cama

1º - Deitada na cama, dobre as pernas levemente separadas e deixe os pés apoiados

2º - Respire profundamente e solte o ar

3º - Contraia e relaxe rapidamente o assoalho pélvico por 20 vezes

4º - Descanse 8 segundos (no final da gravidez, descanse deitada do lado esquerdo)

Repita os passos 2º, 3º, 4º mais duas vezes

5º - Contraia o assoalho pélvico, conte lentamente até 8 (8 segundos) e relaxe

6º - Descanse 8 segundos

Repita os passos 5º e 6º mais nove vezes

Exercício 3
Sentada na cadeira

1º - Sente na cadeira com as costas apoiadas e os pés no chão

2º - Respire profundamente e solte o ar

3º - Contraia e relaxe rapidamente o assoalho pélvico por 20 vezes

4º - Descanse 8 segundos

Repita os passos 2º, 3º e 4º mais duas vezes

5º - Contraia o assoalho pélvico, conte lentamente até 8 (8 segundos) e relaxe

6º - Descanse 8 segundos

Repita os passos 5º e 6º mais nove vezes

Exercício 4
Em pé

1º - Fique em pé com os braços ao longo do corpo e pés paralelos e levemente afastados

2º - Respire profundamente e solte o ar

3º - Contraia e relaxe rapidamente o assoalho pélvico por 20 vezes

4º - Descanse 8 segundos

Repita os passos 2º, 3º e 4º mais duas vezes

5º - Contraia o assoalho pélvico, conte lentamente até 8 (8 segundos) e relaxe

6º - Descanse 8 segundos

Repita os passos 5º e 6º mais nove vezes

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nome:		Cod SEISA:
Empresa:	End:	
CEP:	Tel fixo:	Cel:
Outro tel:	e-mail:	
1. Idade: [] [] anos		
2. Escolaridade		
0 [] ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto		
1 [] médio completo ou superior incompleto		
2 [] superior completo		
3. Ocupação		
0 [] do lar		
1 [] estudante		
2 [] trabalho remunerado		
4. Cor da pele (autoreferida)		
0 [] branca		
1 [] parda		
2 [] negra		
3 [] amarela		
4 [] vermelha		
5. Exercícios físicos antes da gestação		
0 [] não		
1 [] sim (pelo menos 2x/sem)		
6. Religião _____		
7. Número de gestações anteriores (excluída a gestação atual) [][]		
8. Número de abortos [][]		
9. Número de parto(s) anterior(es) [][]		
9a. [][] normal(is)		
9b. [][] fórcepe(s)		
9c. [][] cesariana(s)		
10. Trauma perineal em parto(s) vaginal(is) anterior(es)		
99 [] não se aplica		
0 [] não		
1 [] sim		
10a. Caso sim, trauma (marcar mais de uma opção s/n):		
0 [] ignorado		
1 [] laceração espontânea		
2 [] episiotomia		
3 [] laceração espontânea e episiotomia		
11. Maior peso do recém-nascido em parto anterior [][][][] gramas		
12. Incontinência urinária		
0 [] não		
1 [] somente durante gravidez anterior		
2 [] em gravidez anterior e que persiste até hoje		
3 [] antes da gravidez atual e que persiste até hoje		
13. Incontinência de flatos		
0 [] não		
1 [] somente durante gestação anterior		
2 [] em gravidez anterior e que persiste até hoje		
3 [] antes da gestação atual e que persiste até hoje		
14. Incontinência de fezes		
0 [] não		
1 [] somente durante gravidez anterior		
2 [] em gravidez anterior e que persiste até hoje		
3 [] antes da gravidez atual e que persiste até hoje		

ETAPAS CUMPRIDAS		
15. Etapa 1 1 ☐ sim 0 ☐ não 15a. Se não, motivo _____		
16. Etapa 2 1 ☐ sim 0 ☐ não 16a. Se não, motivo _____		
17. Etapa 3 1 ☐ sim 0 ☐ não 17a. Se não, motivo _____		
18. Etapa 4 1 ☐ sim 0 ☐ não 18a. Se não, motivo _____		
19. Etapa 5 1 ☐ sim 0 ☐ não 19a. Se não, motivo _____		
20. Etapa 6 1 ☐ sim 0 ☐ não 20a. Se não, motivo _____		
21. OBSERVAÇÕES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
ETAPA 1		DATA ____/____/____
22. Idade gestacional ☐ ☐ semanas ☐ dias 22a. Método de cálculo 0 ☐ DUM 1 ☐ USG		
23. Estatura ☐ ☐ ☐ m	24. Peso ☐ ☐ ☐ ☐ kg	Peso² ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
25. IMC ☐ ☐ ☐ ☐		
26. Estado nutricional 0 ☐ baixo peso 1 ☐ adequado 2 ☐ sobrepeso 3 ☐ obesidade		
27. Situação conjugal 0 ☐ não tem parceiro (NÃO aplicar IFSF) 1 ☐ não vive com parceiro 2 ☐ vive com parceiro 27a. Tempo de co-habitação 0 ☐ menos de um ano 1 ☐ um a cinco anos 2 ☐ mais de cinco anos 27b. Idade do parceiro atual ☐ ☐ anos		

28. Atividade sexual nas últimas quatro semanas 0 ☐ não 1 ☐ sim (aplicar IFSE) 28a. Caso sim, uso de condom 1 ☐ sim 0 ☐ não 28b. Caso não, motivo _____
29. Incontinência urinária nas últimas quatro semanas 0 ☐ não 1 ☐ sim (aplicar ICIQ-SF)
30. Incontinência de flatos atual 0 ☐ não 1 ☐ sim
31. Incontinência de fezes atual 0 ☐ não 1 ☐ sim
Perineometria 32. Primeira medida <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>] 33. Segunda medida <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>] 34. Terceira medida <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>] 35. Valor maior <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>]
CONTATOS TELEFÔNICOS (entre as etapas 1 e 2)
Data ____/____/_____ 36. Frequência de realização dos exercícios perineais 0 ☐ não respondeu ao contato 1 ☐ nunca (não realiza ou menos de 1x/sem) 2 ☐ esporadicamente (pelo menos 1x/sem) 3 ☐ regularmente (pelo menos 2x/semana)
Data ____/____/_____ 37. Frequência de realização dos exercícios perineais 0 ☐ não respondeu ao contato 1 ☐ nunca (não realiza ou menos de 1x/sem) 2 ☐ esporadicamente (pelo menos 1x/sem) 3 ☐ regularmente (pelo menos 2x/semana)
Data ____/____/_____ 38. Frequência de realização dos exercícios perineais 0 ☐ não respondeu ao contato 1 ☐ nunca (não realiza ou menos de 1x/sem) 2 ☐ esporadicamente (pelo menos 1x/sem) 3 ☐ regularmente (pelo menos 2x/semana) 4 ☐ não foi preciso realizar o contato

ETAPA 2		DATA ____ / ____ / ____
39. Idade gestacional [__][__] semanas [__] dias 39a. Método de cálculo 0 [__] DUM 1 [__] USG		
40. Peso [__][__][__],[__] kg	41. IMC [__][__],[__]	
42. Estado nutricional 0 [__] baixo peso 1 [__] adequado 2 [__] sobrepeso 3 [__] obesidade		
43. Situação conjugal, mesmo parceiro 1 [__] sim 0 [__] não 43a. Caso não, idade do parceiro atual [__][__] anos 2 [__] sem parceiro		
44. Atividade sexual nas últimas quatro semanas 0 [__] não 1 [__] sim (aplicar IFSE, se tiver parceiro) 44a. Caso sim, uso de condom 1 [__] sim 0 [__] não 44b. Caso não, motivo _____		
45. Incontinência urinária nas últimas quatro semanas 0 [__] não 1 [__] sim (aplicar ICIQ-SF)		
46. Incontinência de flatos atual 0 [__] não 1 [__] sim		
47. Incontinência de fezes atual 0 [__] não 1 [__] sim		
48. Frequência de realização dos exercícios perineais 0 [__] nunca (não realiza ou menos de 1x/sem) 1 [__] esporadicamente (pelo menos 1x/sem) 2 [__] regularmente (pelo menos 2x/semana)		
Perineometria 49. Primeira medida [__][__][__],[__] 50. Segunda medida [__][__][__],[__] 51. Terceira medida [__][__][__],[__] 52. Valor maior [__][__][__],[__]		

ETAPA 3		DATA ____ / ____ / ____
53. Idade gestacional [__][__] semanas [__] dias 53a. Método de cálculo 0 [__] DUM 1 [__] USG		
54. Peso [__][__][__],[__] kg	55. IMC [__][__],[__]	
56. Estado nutricional 0 [__] baixo peso 1 [__] adequado 2 [__] sobrepeso 3 [__] obesidade		
57. Situação conjugal, mesmo parceiro 1 [__] sim 0 [__] não 57a. Caso não, idade do parceiro atual [__][__] anos 2 [__] sem parceiro		
58. Atividade sexual nas últimas quatro semanas 0 [__] não 1 [__] sim (aplicar IFSE, se tiver parceiro) 58a. Caso sim, uso de condom 1 [__] sim 0 [__] não 58b. Caso não, motivo _____		
59. Incontinência urinária nas últimas quatro semanas 0 [__] não 1 [__] sim (aplicar ICIQ-SF)		
60. Incontinência de flatos atual 0 [__] não 1 [__] sim		
61. Incontinência de fezes atual 0 [__] não 1 [__] sim		
62. Frequência de realização dos exercícios perineais 0 [__] nunca (não realiza ou menos de 1x/sem) 1 [__] esporadicamente (pelo menos 1x/sem) 2 [__] regularmente (pelo menos 2x/semana)		
Perineometria 63. Primeira medida [__][__][__],[__] 64. Segunda medida [__][__][__],[__] 65. Terceira medida [__][__][__],[__] 66. Valor maior [__][__][__],[__]		

ETAPA 4		DATA ____/____/____
67. Dias após o parto [][][] 68. Data do parto [][][]/[][][]/[][][][]		
69. IG no parto [][][] semanas [][] dias		
70. Peso [][][][],[][] kg		71. IMC [][][],[][]
72. Estado nutricional		
0 [] baixo peso 1 [] adequado		
2 [] sobrepeso 3 [] obesidade		
73. Tipo de parto		
2 [] cesariana		
1 [] fórceps		
0 [] normal		
73a. Se parto vaginal, anestesia		
0 [] nenhuma		
1 [] local		
2 [] raqui/peridural		
74. Trauma perineal no parto		
2 [] não se aplica		
0 [] não		
1 [] sim		
74a. Caso sim, trauma		
0 [] ignorado		
1 [] laceração espontânea		
2 [] episiotomia		
75. Peso do recém-nascido [][][][][][] gramas		
76. Amamentação nas últimas quatro semanas		
1 [] sim		
0 [] não		
76a. Caso não, motivo _____		
77. Situação conjugal, mesmo parceiro		
1 [] sim		
0 [] não		
77a. Caso não, idade do parceiro atual [][][] anos		
2 [] sem parceiro		
78. Atividade sexual nas últimas quatro semanas		
0 [] não		
1 [] sim (aplicar IFSE, se tiver parceiro)		
78a. Caso sim, dias após o parto [][][][]		
78b. Caso sim, método anticoncepcional		
0 [] não		
78c. Caso não, motivo _____		
1 [] sim		
78d. Caso sim, qual _____		
79. Incontinência urinária nas últimas quatro semanas		
0 [] não 1 [] sim (aplicar ICIQ-SF)		
80. Incontinência de flatos atual		
0 [] não 1 [] sim		
81. Incontinência de fezes atual		
0 [] não 1 [] sim		
82. Frequência de realização dos exercícios perineais		
0 [] nunca (não realiza ou menos de 1x/sem)		
1 [] esporadicamente (pelo menos 1x/sem)		
2 [] regularmente (pelo menos 2x/semana)		
Perineometria		
83. Primeira medida [][][][],[][]		
84. Segunda medida [][][][],[][]		
85. Terceira medida [][][][],[][]		
86. Valor maior [][][][],[][]		

ETAPA 5		DATA ____ / ____ / ____
87. Dias após o parto ☐ ☐ ☐		
88. Peso ☐ ☐ ☐ , ☐ kg	89. IMC ☐ ☐ , ☐	
90. Estado nutricional		
0 ☐ baixo peso 1 ☐ adequado		
2 ☐ sobrepeso 3 ☐ obesidade		
91. Amamentação nas últimas quatro semanas		
1 ☐ sim		
0 ☐ não		
91a. Caso não, motivo _____		
92. Situação conjugal, mesmo parceiro		
1 ☐ sim		
0 ☐ não		
92a. Caso não, idade do parceiro atual ☐ ☐ anos		
2 ☐ sem parceiro		
93. Atividade sexual nas últimas quatro semanas		
0 ☐ não		
1 ☐ sim (aplicar IFSE, se tiver parceiro)		
93a. Caso sim, dias após o parto ☐ ☐ ☐		
93b. Caso sim, método anticoncepcional		
0 ☐ não		
93c. Caso não, motivo _____		
1 ☐ sim		
93d. Caso sim, qual _____		
94. Incontinência urinária nas últimas quatro semanas		
0 ☐ não		
1 ☐ sim (aplicar ICIQ-SF)		
95. Incontinência de flatos atual		
0 ☐ não		
1 ☐ sim		
96. Incontinência de fezes atual		
0 ☐ não		
1 ☐ sim		
97. Frequência de realização dos exercícios perineais		
0 ☐ nunca (não realiza ou menos de 1x/sem)		
1 ☐ esporadicamente (pelo menos 1x/sem)		
2 ☐ regularmente (pelo menos 2x/semana)		
Perineometria		
98. Primeira medida ☐ ☐ ☐ , ☐		
99. Segunda medida ☐ ☐ ☐ , ☐		
100. Terceira medida ☐ ☐ ☐ , ☐		
101. Valor maior ☐ ☐ ☐ , ☐		

ETAPA 6	DATA ____ / ____ / ____
102. Dias após o parto [][][]	
103. Peso [][][], [] kg	104. IMC [][][], []
105. Estado nutricional 0 [] baixo peso 1 [] adequado 2 [] sobrepeso 3 [] obesidade	
106. Amamentação nas últimas quatro semanas 1 [] sim 0 [] não 106a. Caso não, motivo _____	
107. Situação conjugal, mesmo parceiro 1 [] sim 0 [] não 107a. Caso não, idade do parceiro atual [][] anos 2 [] sem parceiro	
108. Atividade sexual nas últimas quatro semanas 0 [] não 1 [] sim (aplicar IFSE, se tiver parceiro) 108a. Caso sim, dias após o parto [][][] 108b. Caso sim, método anticoncepcional 0 [] não 108c. Caso não, motivo _____ 1 [] sim 108d. Caso sim, qual _____	
109. Incontinência urinária nas últimas quatro semanas 0 [] não 1 [] sim (aplicar ICIQ-SF)	
110. Incontinência de flatos atual 0 [] não 1 [] sim	
111. Incontinência de fezes atual 0 [] não 1 [] sim	
112. Frequência de realização dos exercícios perineais 0 [] nunca (não realiza ou menos de 1x/sem) 1 [] esporadicamente (pelo menos 1x/sem) 2 [] regularmente (pelo menos 2x/semana)	
Perineometria 113. Primeira medida [][][][], [] 114. Segunda medida [][][][], [] 115. Terceira medida [][][][], [] 116. Valor maior [][][][], []	

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA CIENTÍFICA

São Paulo, 18 de julho de 2012.

Ilma S^{ra} Lídia A. S. S. Bueno de Miranda
Gerente Geral da SEISA Assistência Médica

Eu, Maria Luiza Gonzalez Riesco, enfermeira obstetra, docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sou responsável pela pesquisa **“Cuidado perineal na gestação e após o parto: Prevenção e Morbidade Relacionadas à Força Muscular Perineal, Função Sexual e Continência Urinária”**, que tem como pesquisadoras assistentes a Enfermeira Obstetra **Karina Fernandes Trevisan** e a Obstetriz **Nathalie Leister**.

A pesquisa, cujo protocolo enviamos em anexo, será realizada com mulheres durante a gestação e por seis meses após o parto. Tem como objetivos: **1)** analisar a força muscular perineal (FMP), a função sexual e a continência urinária de mulheres durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; **2)** avaliar o efeito da cinesioterapia (CT) supervisionada e não supervisionada do assoalho pélvico (AP) na continência urinária, na função sexual e na FMP em mulheres incontinentes durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; **3)** verificar a adesão das mulheres à CT do AP durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto.

Informamos que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e que a participação das mulheres será inteiramente voluntária, após receberem informações e depois da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, solicitamos sua autorização para a realização da pesquisa no Centro Clínico de Obstetrícia e Pré-Natal (CCOPN), da *SEISA Assistência Médica*, e nos colocamos à disposição permanente para quaisquer esclarecimentos ou solicitações relativos à presente pesquisa.

Informamos que no protocolo acima referido constam os nomes dos membros da equipe de pesquisa, o cronograma e o orçamento de execução projeto, sob nossa responsabilidade.

Sem mais, agradecemos imensamente a colaboração.

Atenciosamente,

Maria Luiza Gonzalez Riesco

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Responsável pela pesquisa

De acordo, 30/07/12

Lidia A. S. S. Bueno de Miranda
Diretora Executiva

ANEXO 1 - PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DA SEISA

1. INTRODUÇÃO

O Programa de pré-natal do Centro Clínico de Obstetrícia e Pré-Natal (CCOPN) visa o atendimento à saúde da gestante com qualidade. Significa ter disponibilidade para o atendimento da gestante desde o início do primeiro trimestre de gestação, garantir todos os exames laboratoriais e de imagem necessários e o atendimento a todas as necessidades de saúde dela.

2. OBJETIVO

Este documento tem como objetivo ser um facilitador no momento da assistência prestada à gestante e família, durante a consulta médica e de enfermagem.

A consulta de enfermagem está respaldada pela Lei do Exercício Profissional (LEP) n. 7.498/86 e resoluções COFEN 195/97 e 271/2002.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO

Gestantes atendidas no Centro Clínico de Obstetrícia e Pré-Natal, em Guarulhos, Unidade São Miguel e Unidade Arujá.

4. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEP) n. 7.498/86;

Resoluções do COFEN 195/97 e 271/2002;

Manual Técnico e Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde – 2005.

5. DIRETRIZES

Toda equipe deverá seguir o descrito neste Protocolo de Padronização da Assistência.

Atendimento à Gestante

A enfermeira/obstetriz poderá acompanhar qualquer outra consulta do ciclo gravídico puerperal. As mesmas possuem respaldo deste protocolo para solicitação de exames e prescrição de medicações que aqui descrito estiverem.

A enfermeira/obstetriz e o(a) médico(a) do CCOPN formam a equipe de pré-natal e devem atender as consultas de maneira contínua e complementar.

Consulta específica para enfermeira/obstetriz

1ª consulta de pré-natal;

Consulta entre 20 – 24 sem (além da rotina - orientações específicas do Aleitamento Materno);

Consulta entre 30 – 34 sem (além da rotina – orientações sobre trabalho de parto e parto).

- O(a) médico(a) obstetra prenatalista deverá acompanhar todas as outras consultas do pré-natal.

Consultas subsequentes:

- mensais até 29 semanas de gestação;
- quinzenais 30 a 36 semanas de gestação;
- semanais de 37 a 40 semanas de gestação;
- a cada 3 dias após 40ª semanas de gestação.

Após a 37ª semana:

- Realizar toque via vaginal e amnioscopia, se dilatação do colo uterino;
- Solicitar cardiocotografia basal para avaliação da vitalidade fetal a cada consulta e pelo menos um USG para avaliação do líquido amniótico.

Observação:

Em caso de Cesárea Eletiva: encaminhar para Hospital Carlos Chagas com 37 semanas, às terças-feiras pela manhã (PSGO), para uma avaliação e programação do parto. A paciente não receberá alta do pré-natal - deverá ser avaliada pelo prenatalista até a data do parto.

Em casos de urgência: fazer contato via telefone com plantonista do Hospital Carlos Chagas e encaminhar a paciente de ambulância, carro próprio ou taxi, de acordo com as condições da mesma.

São considerados urgências: DHEG, diabetes descompensado, oligoâmnio, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), trabalho de parto, entre outros.

Primeira Consulta

História clínica detalhada da paciente com preenchimento completo da Ficha Clínica;

Exame Físico Clínico Geral – inspeção, palpação e ausculta;

Exame Físico Obstétrico – avaliação das mamas, inspeção abdominal (se gestante com mais de 12 semanas, realizar mensuração da altura uterina e ausculta fetal, exames especular e toque via vaginal).

Solicitação dos seguintes exames:

- Hemograma completo;
- Tipagem sanguínea ABO e Rh (Se paciente Rh negativo, solicitar tipagem do pai do bebê);
- Glicemia de jejum;
- Urina I e Urocultura com antibiograma; se necessário;
- Sorologias para HIV, hepatite B e C, rubéola, toxoplasmose, sífilis;
- Proctoparasitológico de fezes (PPF);
- Coleta de citologia oncológica para as pacientes que há mais de um ano não realizaram este exame;
- US obstétrico (solicitar US obstétrico com TN (translucência nuchal) para gestantes entre 11 e 13 semanas e 6 dias);

OBS:

Pacientes com resultado de sorologias anteriores:

- Se IgG for positiva para toxoplasmose/rubéola não será necessário repeti-las;
- Se IgG negativa para toxoplasmose/ rubéola, solicitar IgG e IgM para ambas;
- Toxoplasmose: se IgG negativa, repetir sorologia a cada 2 meses

Orientações Gerais:

- Alimentação fracionada (alimentos saudáveis);
- Sono e repouso/uso de roupas confortáveis;
- Estimular ingestão de líquidos;
- Orientar importância de não segurar a urina, se vontade de urinar;
- Estimular relação sexual (exceto em casos específicos);
- Prevenção de estrias (uso de creme hidratante ou óleo corporal);

- Preparo das mamas (não utilizar creme em mamilos, passar toalha de banho nos mamilos diariamente. Em caso de mamilo invertido, utilizar exercícios de seringa de 20 ml invertida);
 - Estimular o uso de protetor solar no rosto;
 - Durante o trabalho, se permanecer muito tempo sentada, orientar importância de realizar caminhadas periódicas e utilizar apoio para os pés quando sentada; se permanecer muito tempo, orientar a importância de pausas periódicas para sentar e elevar os pés, principalmente, do meio para o final da gestação;
 - Se gestante tabagista, etilista ou usuária de drogas, estimular parar o vício e oferecer apoio da saúde emocional, se necessário;
 - Estimular realização de caminhadas leves e alongamento para diminuir dores musculares e tensões;
 - Orientar não fazer uso de medicações sem orientação médica;
 - Estimular participar do curso de gestante.
- Encaminhar para consulta médica em 30 dias, se gestação sem complicações.
- Encaminhar para consulta médica (gestação de alto risco) se:
- Hipertensão arterial crônica com pressão arterial;
 - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG/Pré-eclâmpsia);
 - Cardiopatias;
 - Nefropatia;
 - Doenças do colágeno (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatóide etc);
 - Diabetes Melitus (prévia ou gestacional);
 - Doenças tireoidianas (hiper ou hipotireoidismo);
 - Pneumopatias;
 - Anemias graves (ou hemoglobinopatias);
 - Epilepsia não controlada;
 - Trabalho de parto prematuro/aborto habitual;
 - Mioma.

Consultas subsequentes

- Avaliação da ficha clínica;
- Cálculo da Idade Gestacional,
- Avaliação dos exames;
- Avaliação das queixas;
- Exame físico obstétrico: mensuração a altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Anotação de todos os dados na ficha clínica;
- Orientações específicas para cada fase da gestação.

Relação de exames necessários

20 semanas

- US morfológico de 2º trimestre;
- US transvaginal para medição de colo uterino;
- Encaminhar para primeira dose da vacina antitetânica e hepatite B para quem não for imune.

24^a a 28^a semanas - teste simplificado de tolerância à glicose de 24 a 28 semanas ,com 50 gramas de dextrosol (teste de 1 hora); se resultado >130, solicitar GTT de 3 horas, com 100 gramas de dextrosol.

- Urina I com assepsia.

28^a semanas - (se paciente Rh negativo e marido Rh positivo, solicitar Coombs indireto mensal e prescrever imunoglobulina anti-Rh-Rhogan®, nos casos não sensibilizados).

32^a semanas

- Sorologias para HIV e sífilis;
- Hemograma completo;
- Urina I com assepsia.

35^a a 37^a semanas

- Solicitar pesquisa de estreptococos beta hemolítico do grupo B anal e vaginal, entre 35 e 37 semanas, para todas as pacientes;
- US obstétrico.

Rastreamento para Diabetes Gestacional:

1) Pacientes baixo risco para Diabetes Gestacional:

Solicitar teste de triagem com 2 semanas

- 2) Paciente de alto risco para diabetes gestacional, solicitar GTT de 3 horas, com 28 semanas.

Protocolo de Medicações

Infecções genitais

Candidíase vaginal

- Gynax N® (60g): aplicação via vaginal, de 7 a 10 noites;
- Nistatina® creme vaginal (micostatin): aplicação vaginal, por 14 noites;
- Na recidiva Colpistatin® (benzoilmetronidazol 250 mg nistatina.100.000 UI cloreto de benzalcônio 5 mg): aplicação vaginal, por 10 dias (após o 12 semanas);

Tricomoniase/gardnerella

- Flagyl ginecologico® (metronidazol): aplicação por 10 noites via vaginal, após 12 semanas de gravidez;
- Na recidiva Colpistatin® aplicação vaginal por 10 dias, após 12 semanas

Corrimentos mistos

- Flagyl nistatina® (metronidazol/micostatin): aplicação por 10 noites, após 12 semanas;
- Na recidiva, Colpistatin®: aplicação vaginal por 10 dias, após 12 semanas

Infecções intestinais

Helminthíases, amebíase, giardíase, isosporíase, balantidíase, blastocistose

- Annita® (nitazoxanida) 500 mg 2 vezes por dia, por 3 dias consecutivos, com alimentos.

Obs: O uso de Annita com anticoagulantes do tipo cumarínicos como a varfarina e com o anticonvulsivante fenitoína deve ser avaliado com cautela.

Prevenção de defeito aberto de tubo neural

- Ácido fólico 5 mg por dia até 12 semanas.

Observação: pacientes epiléticas e usuárias de anticonvulsivantes – deverá ser mantido durante toda gravidez.

Prevenção de anemia ferropriva

1. Combiron fólico® (ferrocarbonila 120 mg nitrato de tiamina 4 mg riboflavina 1 mg cloridrato de piridoxina 1 mg cianocobalamina 25 mcg nicotinamida 10 mg ácido fólico 2 mg pantotenato de cálcio 2 mg): administrar 1 cp VO com ou sem alimento, a partir de 20 semanas de gravidez;
2. Em situações de dificuldade social da paciente, poderá ser prescrito sulfato ferroso 1 cp por dia;
3. Em caso de intolerância aos anteriormente indicados, outras opções de polivitamínicos (Natele®, Damater®, Vitergan pré-natal®, Myravit-gest®, entre outros).

Náuseas e vômitos

4. Dramin® (dimenidrinato) – 1 cp VO de 6/6 horas;
5. Meclin® (meclizina): 25 mg VO de 8/8 horas.

Queimação e refluxo

6. Hidróxido de alumínio – suspensão – 1 colher de sopa de 4/4 horas.

Constipação

7. Benestare®: 1 cp VO a cada 12 horas, junto das refeições;

8. Tamarine®: 1 cp VO à noite.

Cefaleia

9. Paracetamol® 500/750 mg - 1 cp VO de 6/6 horas, se cefaléia.

Cólica

10. Buscopan Plus® – 1 cp VO de 8/8 horas.

Desconforto abdominal por flatus

11. Dimeticona®.

Descolamento de vesícula vitelina

12. Ultragestan® – 200mg – 1cp via vaginal, 2x ao dia, de 12/12 horas.

Infecção urinária

Medicação de primeira escolha e na ausência do antibiograma.

13. Cefalexina® (500mg) – 1 cp VO de 6/6 horas por 10 dias

14. Ampiilina® (500mg) – 1 cp VO de 6/6 horas por 10 dias

Na presença do antibiograma, seguir a medicação apontada pelo exame, desde que permitido para gestante.

Hipertensão

Para quem faz uso de alguma medicação antihipertensiva, substituir por:

15. 1 Aldomet® - 250 mg – 1 cp de 8/8 horas.

Controle de PA 2 vezes ao dia, sempre no mesmo horário e retorno em 20 dias.

Para quem não é hipertensa:

16. Visken® - 5 mg de 12/12 horas.

Controle de PA 2 vezes ao dia, sempre no mesmo horário e retorno em 20 dias

ANEXO 2 – ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta

Para responder às questões use as seguintes definições:

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.

Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com o parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos)

Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro e pensar ou fantasiar sobre sexo

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/”vagina molhada”/”tensão vaginal” –, ou contrações musculares).

1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito alto

- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Segurança muito alta
- ☐ Segurança alta
- ☐ Segurança moderada
- ☐ Segurança baixa
- ☐ Segurança muito baixa ou sem segurança

6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, como você avalia a sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou a atividades sexuais?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)

- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante a atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

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

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: CUIDADO PERINEAL NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO: Prevenção e Morbidade Relacionadas à Força Muscular Perineal, Função Sexual e Continência Urinária

Área Temática:

Pesquisador: Maria Luiza Gonzalez Riesco

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 05096412.7.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74373

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe estudo sobre a influência da gestação e do parto sobre a musculatura do assoalho pélvico que possam trazer morbidades do trato genito-urinário e da musculatura perineal. Também está previsto realizar um ensaio clínico aleatorizado propondo-se uma intervenção: a cinesioterapia do assoalho pélvico. A força muscular perineal, a função sexual e a continência urinária podem sofrer alterações durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto.

A cinesioterapia supervisionada é baseada em movimentos voluntários e repetidos para gerar força muscular, previne a rigidez muscular, mantém ou recupera a força. A cinesioterapia do assoalho pélvico durante a gestação aumenta a força muscular perineal e pode promover maior facilidade ao parto vaginal.

Os pesquisadores propõem estudar uma coorte de mulheres que iniciarem o pré-natal no primeiro trimestre, entre outubro de 2012 e março de 2013, em um serviço de saúde do setor suplementar, em Guarulhos (SP) com estimativa de inclusão de 500 sujeitos. As mulheres serão acompanhadas até seis meses após o parto. Será realizado também um ensaio clínico aleatorizado com 100 gestantes com incontinência urinária na gestação, distribuídas nos grupos experimental e controle (com realização de sessões quinzenais de cinesioterapia supervisionada do assoalho pélvico, durante 12 semanas, e cinesioterapia não supervisionada do assoalho pélvico, respectivamente). Os desfechos e os instrumentos de avaliação são: força muscular perineal avaliada pela perineometria; função sexual, avaliada pelo Índice da Função Sexual Feminina-IFSF; incontinência urinária, avaliada pelo International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form-ICIQ-SF. Todas as mulheres serão avaliadas no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação e em torno de 45, 90 e 180 dias após o parto. Será realizada análise descritiva e inferencial dos dados. O projeto recebeu será financiado pela FAPESP.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são analisar a força muscular perineal de mulheres durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; analisar a função sexual de mulheres durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; analisar a continência urinária de mulheres durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; avaliar o efeito da cinesioterapia (CT) supervisionada e não supervisionada do assoalho pélvico (AP) na continência urinária, na função sexual e na força muscular perineal em mulheres incontinentes durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto; verificar a adesão das mulheres à CT do AP durante a gestação e nos seis primeiros meses após o parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A cinesioterapia do assoalho pélvico não traz riscos diretos à gestação, no entanto, algumas mulheres podem se sentir desconfortáveis com a realização dos exercícios.

Os benefícios referem-se à possibilidade de promover incremento na força muscular perineal das mulheres, e, no grupo observacional, poder detectar anormalidades e melhor conhecimento do assoalho pélvico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem grande relevância pois promoverá maior conhecimento sobre medidas que possam auxiliar no fortalecimento do assoalho pélvico das mulheres no período da gestação, favorecendo ao parto e possibilitando desenvolver intervenções que possam trazer benefícios à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de consentimento propostos estão adequados e atendem à resolução 196.

Recomendações:

Pela aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos