

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com  
ou Sem Episiotomia**

**Larissa Lolyta Pereira Ribeiro**

Porto Alegre, 2019

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com  
ou Sem Episiotomia**

**Larissa Lolyta Pereira Ribeiro**

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Lopes Ramos.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2019

*“Alguns homens vêm as coisas como são, e dizem ‘Por quê?’ Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Por que não?’”*

*(George Bernard Shaw).*

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, mesmo em um momento de plena dedicação a seus filhos, compartilhando suas experiências, para que outras mulheres se beneficiem dos seus aprendizados no período do puerpério, e a todos aqueles que, de alguma forma, contribuem com a ciência em prol dos avanços na área da saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à coordenação, equipe e corpo docente do **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia (PPGO)**, admitindo-me como aluna de Mestrado e oferecendo-me uma oportunidade única de produção de conhecimento através de uma formação de altíssima qualidade.

Agradeço também à **Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)** e ao **Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)**, instituições públicas com excelência na geração de conhecimento. Estendo este agradecimento a instituição colaboradora desta pesquisa, **Hospital Moinhos de Vento (HMV)**, pela gentileza e contribuição neste projeto.

Ao **Dr. Marcos Rosa** e a **Dra. Laura Massuco**, pela contribuição junto ao Hospital Moinhos de Vento.

Os meus sinceros agradecimentos ao **Professor Dr. José Geraldo Lopes Ramos**, orientador deste trabalho, por acreditar no meu potencial, incentivando-me e transmitindo a mim os seus conhecimentos;

À **Professora Dra. Luciana Laureano Paiva**, por ter depositado sua confiança em mim, deixando abertas as portas da Fisioterapia em Saúde da Mulher para que pudesse aperfeiçoar meus conhecimentos. Agradeço pelos conhecimentos transmitidos e pela oportunidade de fazer parte de uma equipe dedicada e comprometida com a ciência na fisioterapia.

Às queridas colegas do projeto Saúde da Mulher realizado no ambulatório do HCPA pelo companheirismo, amizade, trocas e apoio.

Agradeço a colega **Cássia Colla**, pela sua contribuição na construção desta pesquisa. As colegas, **Bruna Mozzaquattro** e **Andriéli Salbego** pela parceria na tabulação dos dados. E também não poderia deixar de agradecer a minha colega **Caroline Darski**, por ter sido parceira durante todo o período do mestrado, guiando e auxiliando na construção deste projeto, na produção científica e em diversos eventos científicos, dividindo comigo sua experiência e seu conhecimento;

Ao querido professor **Dr. Charles F. Ferreira** pelo auxílio nas análises estatísticas deste trabalho e pelo grande desempenho científico. Muito obrigada!

À todas as mulheres que aceitaram participar deste estudo, dedicando um pouco do seu tempo, em um período tão complexo como o pós-parto, para contribuir com a ciência em benefício de todas as mulheres;

Faço um agradecimento especial a minha amiga **Raquel Stumpf**, por ter sido uma grande incentivadora pessoal, por ter sempre me apoiado e ter colaborado comigo de inúmeras formas nesta jornada. A minha sincera gratidão!

Por fim, agradeço a minha família, meus irmãos e em especial meus pais, pelo grande incentivo e orientação. Vocês são meu exemplo e minha maior fonte de inspiração pela garra e força que ambos possuem. Admiro os ótimos profissionais da saúde que foram nas suas áreas de atuação. Vocês são o meu incentivo a ousar e a nunca desistir dos meus objetivos.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	15
REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Estratégias de busca.....	17
2.2 Seleção dos estudos e extração de dados.....	18
2.3 Mapa conceitual.....	19
2.4 Sexualidade humana.....	19
2.5 Função sexual e pós-parto.....	22
2.6 Disfunções do assoalho pélvico e pós-parto.....	25
2.7 Avaliação da função sexual no pós-parto.....	27
3. JUSTIFICATIVA.....	30
4. HIPÓTESES.....	31

4.1 Hipótese nula: .....	31
4.2 Hipótese alternativa:.....	31
5. OBJETIVOS.....	32
5.1 Principal.....	32
5.2 Secundários .....	32
REFERÊNCIAS.....	33
6. ARTIGO .....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
PERSPECTIVAS.....	70
APÊNDICE A .....	71
ANEXOS .....	77



## LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Assoalho Pélvico
DAP	Disfunções do Assoalho Pélvico
DS	Disfunção Sexual
EVA	Escala Visual Analógica
FS	Função Sexual
FSF	Função Sexual Feminina
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HMV	Hospital Moinhos de Vento
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN	Parto Normal

QV      Qualidade de Vida

RS      Relação Sexual

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo da resposta sexual humana de Master & Johnson.....	20
Figura 2. Ciclo da resposta sexual por Basson R.....	21
Figura 3. Ciclo de resposta sexual por Graziottin.....	22
Figura 4. Incisão cirúrgica, Episiotomia.....	24

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estratégia de busca de referências bibliográficas e número de artigos identificados nas bases de dados.....	18
---	----

## RESUMO

**Introdução:** A gravidez e o puerpério são períodos de mudanças físicas e psicológicas para a gestante, podendo afetar a função sexual (FS) e impactar na sua qualidade de vida (QV). O retorno à atividade sexual varia muito de mulher para mulher e quando ocorre a episiotomia, este tempo pode aumentar ainda mais o tempo de retorno a atividade sexual. **Objetivo:** Avaliar a FS de puérperas três meses após o PN com e sem episiotomia. **Método:** Estudo observacional transversal realizado em um hospital privado de Porto Alegre. A amostragem utilizada foi do tipo não probabilística por conveniência. Utilizou-se o Female Sexual Function Index (FSFI-6), International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), Escala Análoga Visual (EVA) para dor perineal e dor na relação sexual (RS), além de questionário estruturado. **Resultados:** Foram avaliadas 264 mulheres, com idade superior a 18 anos, que realizaram parto a termo via vaginal. No estudo, a idade se relacionou inversamente proporcional a todos os domínios e ao escore total do FSFI-6. A episiotomia não demonstrou afetar a função sexual feminina (FSF) a curto prazo, não apresentando diferença significativa. **Conclusão:** Em curto prazo, aos três meses após o PN, a episiotomia não influenciou na FSF.

**Palavras-chave:** Período pós-parto, Episiotomia, Saúde Sexual.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy and the puerperium are periods of physical and psychological changes for pregnant women, which may affect sexual function (SF) and impacts their quality of life (QoL). Return to sexual activity varies greatly from woman to woman and when episiotomy occurs, the time needed to return to sexual activities may increase further. **Objective:** To evaluate the SF of puerperal women three months after normal delivery (ND) with and without episiotomy. **Method:** Cross-sectional observational study conducted in a private hospital in Porto Alegre. The sampling used was non-probabilistic for convenience. We used the Female Sexual Function Index (FSFI-6), International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), Visual Analogue Scale (VAS) for perineal pain and pain in sexual intercourse (SI), as well as a structured questionnaire. **Results:** A total of 264 women over the age of 18 years old who underwent full term vaginal delivery were evaluated. In the study, age was inversely proportional to all domains and the total FSFI-6 score. Episiotomy was not shown to affect female sexual function (FSF) in the short term and showed no significant difference. **Conclusion:** In the short term, within three months after PN, episiotomy did not influence FSF.

**Keywords:** Postpartum period, Episiotomy, Sexual Health.

## 1. INTRODUÇÃO

O parto normal (PN), por apresentar menores complicações maternas e neonatais, deveria ser a primeira escolha das mulheres. No entanto, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), a taxa de partos cirúrgicos realizados no Brasil, encontra-se em torno de 55,60% devido a fatores culturais, estruturais e econômicos, chegando na saúde suplementar com índices maiores, correspondendo a 84,6% dos partos<sup>1</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) implementou uma Estratégia para PN para adequar a prática baseando-se em evidências científicas<sup>2</sup>. O manual de 1996 sobre a Maternidade Segura, recomenda o PN com uso seletivo de episiotomia, pois encontra-se dificuldade até mesmo na seleção das estruturas que serão suturadas e também na reabilitação dos músculos do assoalho pélvico (MAP)<sup>3</sup>.

A episiotomia é uma incisão no períneo utilizada durante o PN com o propósito de evitar danos como as lacerações espontâneas e danos no esfíncter anal<sup>4</sup>. Sendo utilizada rotineiramente, foi questionada no final da década de 1990 e caiu em desuso nos anos 2000<sup>5</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 15% deve ser o máximo de partos com episiotomia nos hospitais, embora não exista um consenso sobre uma taxa efetivamente correta pois os trabalhos analisados são de baixa qualidade. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada no Brasil com cerca de 4.000 mulheres por meio de inquérito nacional, relatou que nos 5 anos anteriores a pesquisa, a episiotomia foi praticada em 70% dos partos. Apenas entre as mulheres com menos de 3 filhos esta proporção foi menor. Em mulheres primíparas, a chance de ocorrer a episiotomia é 3 vezes maior. Estes índices variam de país para

país. Em alguns países da América do Sul, 90% das primíparas são propensas a episiotomia<sup>6,7</sup>.

Muitas críticas surgiram após anos de estudo sobre a episiotomia identificando desvantagens na sua utilização rotineira. Uma das queixas mais comuns é a dor para a relação sexual (RS). O retorno à atividade sexual da mulher no puerpério varia diante de muitos fatores físicos e psicológicos, mas a integridade do períneo, como citado em estudos, pode demorar até um ano para a sua restauração<sup>8</sup>.

No puerpério, é comum a presença de alguma dor ou desconforto durante a RS, porém são escassos os estudos realizados que buscam identificar com clareza o tempo médio de retorno da função sexual (FS) e sua relação com a disfunção sexual (DS). Quando utilizada a episiotomia, ou quando ocorre a laceração perineal, contribuindo nesta demora à atividade sexual plena<sup>9</sup>. Nesse período, podem ainda estar presentes também algumas disfunções do assoalho pélvico (DAP) como a incontinência urinária (IU) e a dor perineal.

Nesse sentido, o presente estudo mostra-se relevante na medida em que se propõe a identificar as possíveis relações entre a FS, considerando a via de PN com e sem episiotomia, em puérperas três meses de pós-parto os resultados advindos desse estudo poderão contribuir com a prática clínica baseada em evidências.



## REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Estratégias de busca

A presente revisão da literatura está direcionada aos aspectos relacionados à FS três meses pós-parto vaginal com e sem episiotomia, com o objetivo de fundamentar a pesquisa. Como estratégia de busca, foram pesquisadas as bases de dados PubMed, MEDLINE, PEDRo e Scielo. A busca foi realizada em maio de 2019, sem restrição de data e restringindo-se aos idiomas português e inglês.

Nas bases de dados PubMed (n=40) e MEDLINE (n=38), encontrou-se um número mais expressivo de artigos no assunto. A estratégia de busca utilizada no PubMed está demonstrada na Tabela 1. Para a busca na base MEDLINE foi utilizada a combinação das palavras “sexual function” AND episiotomy”. Já nas bases PEDRo (n=1) e Scielo (n=5), a busca resultou em 6 artigos no total sendo utilizada a combinação de palavras “episiotomy” AND “sexual function”. Os termos em inglês compreendidos na busca foram: “episiotomy”, “sexual function”, “postpartum period”, “vaginal delivery” e seus descritores em português: episiotomia, FS, período pós-parto e PN. Foi utilizado o operador booleano AND e OR para a combinação entre as palavras-chave.

Adicionalmente a busca no PubMed, utilizou-se os termos MeSHs e dos termos sinônimos (entryterms), objetivando recuperar um número maior de artigos de interesse através da terminologia padronizada e definição de assuntos.

Foram incluídos estudos publicados em periódicos nacionais ou internacionais, que avaliassem a FS em puérperas após PN com ou sem episiotomia. Foram incluídos somente estudos observacionais em que a avaliação foi realizada nos primeiros seis meses após o parto. Não houve restrição de data e os idiomas foram restringidos a português e inglês. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: literatura não publicada (teses e dissertações) e estudos com dados incompletos.

**Tabela 1** - Estratégia de busca utilizada no PubMed.

((Sexual Dysfunction, Physiological[mh] OR sexual function[tw]) **AND** (postpartum period[mh] OR postpartum period[tw] OR Postpartum[tw] OR Postpartum Women[tw] OR Puerperium[tw] OR pospartum sexual function[tw]) **AND** (episiotomy[mh] OR episiotom\*[tw]) **AND** (Sexual Dysfunction, Physiological[mh] OR Physiological Sexual Dysfunction\*[tw] OR Physiological Sexual Disorder\*[tw] OR Sex Disorders[tw]) **AND** (Delivery, Obstetric[mh] OR Delivery, Obstetric[tw] OR vaginal delivery[tw]) **NOT** (cesarean delivery[mh] OR cesarean delivery[tw] OR Abortion[tw]))

---

## 2.2 Seleção dos estudos e extração de dados

Inicialmente, avaliou-se os títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca. Os resumos que não forneceram informações suficientes sobre os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para a avaliação dos textos completos. Nessa segunda fase, o mesmo revisor avaliou os artigos na íntegra e fez suas seleções de acordo com os critérios de elegibilidade pré-especificados. Os desfechos extraídos dos estudos foram: episiotomia e alterações na vida sexual.



resolução faz com que o organismo retorne às condições basais de relaxamento muscular e descongestão sanguínea<sup>10</sup>.

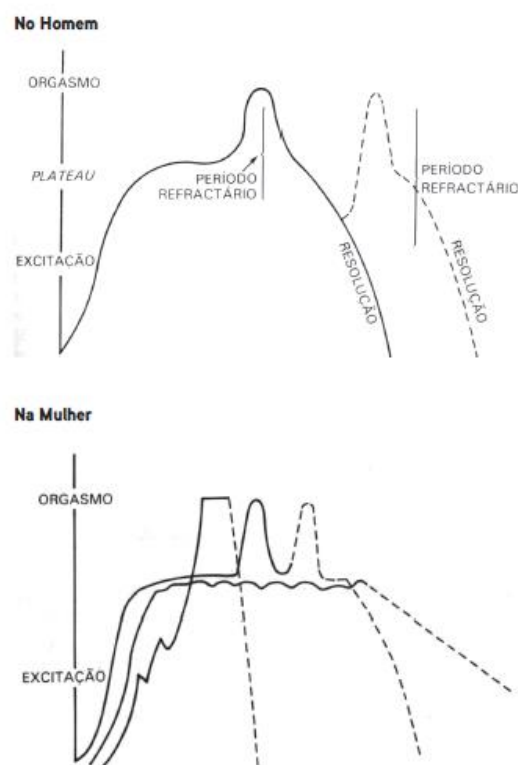


Figura 1. Modelo da resposta sexual humana de Master & Johnson<sup>10</sup>.

Kaplan (1979), descreveu um novo modelo sem a resolução, pois acreditava ser uma ausência de resposta sexual, ao invés de parte do ciclo. Este novo modelo era composto por três fases: desejo, excitabilidade (vasocongestão genital) e orgasmo<sup>12</sup>.

A Dra. Rosemary Basson (2000) levando em conta que os modelos “tradicionais” são aplicáveis às mulheres no início de um relacionamento sexual, propôs outro modelo de resposta sexual, levando em conta que as respostas femininas resultam mais da necessidade de intimidade do que de uma estimulação física sexual<sup>13</sup>. (Figura

2)

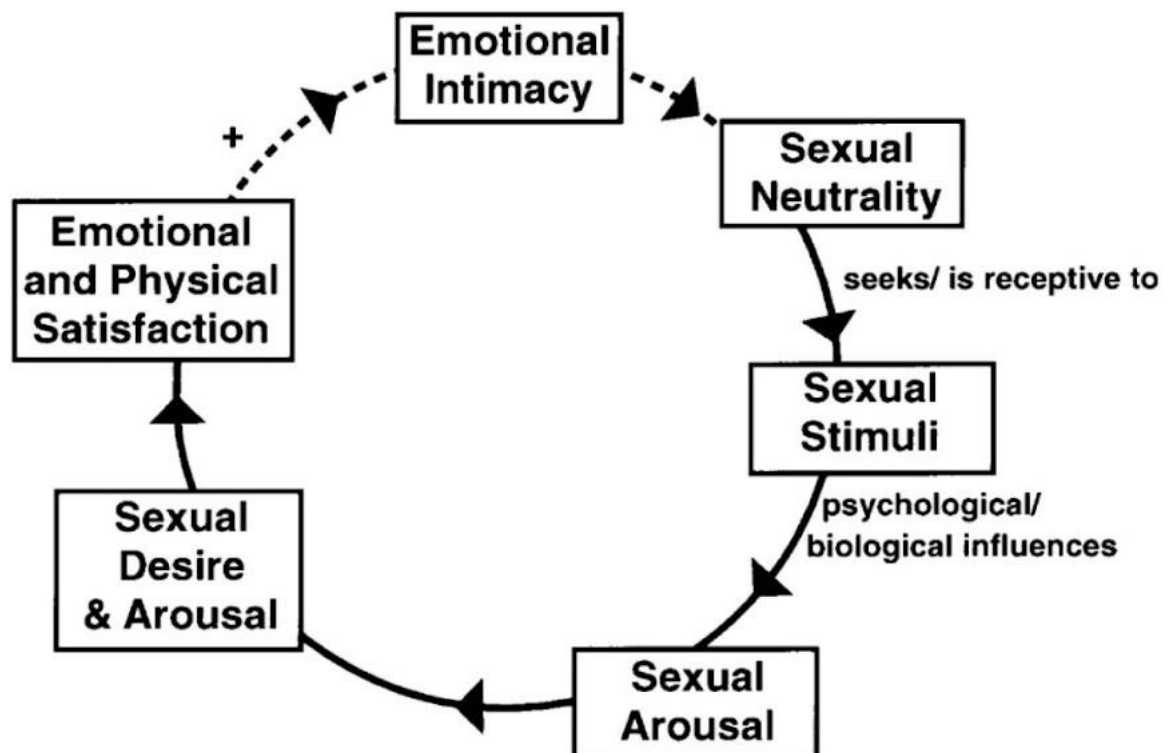


Figura 2. Ciclo da resposta sexual por Basson R<sup>13</sup>.

O modelo de Basson é composto por quatro aspectos da sexualidade da mulher. Sabendo-se que a excitação sexual da mulher é mental e subjetiva, podendo ou não ser acompanhada por manifestações físicas e alterações vasoconstritoras genitais. A motivação das mulheres não está estritamente ligada ao ato sexual. Quando acontece o orgasmo, pode manifestar-se de formas diferentes, variando de mulher para mulher<sup>14</sup>.

As razões de uma mulher induzir ou concordar com sexo é resultado da estimulação contínua. Estes estímulos são influenciados por fatores biológicos e psicológicos que incluem também se sentir emocionalmente mais perto do parceiro, receber e compartilhar o prazer físico e aumentar o seu próprio bem-estar<sup>15</sup>.

Na resposta sexual descrita por Basson, a fisiologia genital possui papel primário na resposta sexual, além dos contribuintes psicológicos e biopsicossociais,

principalmente nas mulheres<sup>16</sup>. Para Graziottin (2000), o ciclo da resposta sexual incide sobre o produto biológico<sup>17</sup>. (Figura 3)

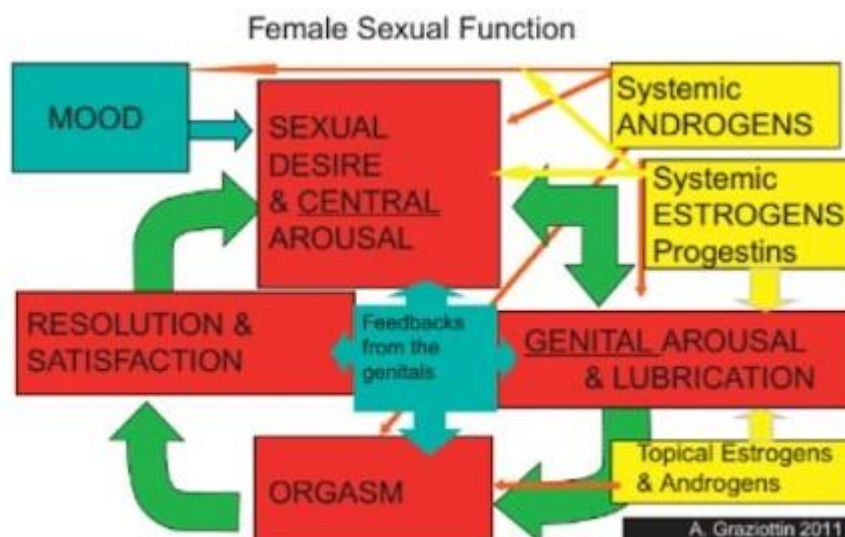


Figura 3. Ciclo de resposta sexual por Graziottin<sup>16</sup>.

Fatores biológicos e psicológicos podem influenciar negativamente o ciclo de resposta sexual, podendo causar distúrbios em alguma das etapas do ciclo sexual e consequentemente levando a mulher a desenvolver DS<sup>18</sup>. O AP funcional e saudável está associado com maior excitação e orgasmo significativamente<sup>19</sup>.

## 2.5 Função sexual e pós-parto

O período pós-parto é definido até 6 semanas após o nascimento, período este em que o útero recupera seu tamanho normal. O pós-parto imediato vai do nascimento até 3 meses e longo prazo mais de 6 meses. Depende do estado do períneo, pode levar até 1 ano para sua recuperação completa<sup>20</sup>.

Segundo a OMS (2010), a saúde sexual foi definida como um conceito biológico e sociológico complexo que requer uma abordagem positiva e responsável da sexualidade e das relações sexuais e: "... é diretamente afetado por uma série de

fatores físicos fatores psicológicos, cognitivos, sócio-culturais, religiosos, legais, políticos e econômicos"<sup>21</sup>.

Retornar a vida sexual ativa pode ser desafiador para a mulher. Alguns partos vaginais deixam sequelas na musculatura do períneo, a mulher preocupa-se em retomar o relacionamento íntimo com o parceiro e poderá existir dor durante a RS<sup>22</sup>.

Para a gestante primípara, o nascimento do seu filho traz uma infinidade de mudanças e as alterações na FS não foi dada a devida importância. Nos três primeiros meses pós-parto, até 83% das mulheres relatam problemas sexuais, 18% a 30% com até 6 meses. As mulheres desejam maiores informações sobre estas mudanças. Os profissionais que acompanham a gestante podem estar solucionando problemas que são facilmente corrigidos, desvendando as preocupações e dando-lhe conselhos sobre questões específicas<sup>23</sup>.

Além da falta de informação adequada, a religião e a cultura podem estar envolvidos para que os casais evitem as relações sexuais ainda durante o período gestacional. Alterações hormonais estão envolvidos na diminuição da libido e da excitação<sup>24</sup>.

De modo complexo, a FSF é afetada no pós-parto e acaba sendo negligenciada durante o acompanhamento pré-natal. Para o bem-estar geral feminino deve-se considerar também uma possível dispareunia no puerpério, já que ocorrem mudanças físicas no AP. Mudanças como diminuição da lubrificação vaginal, perda de desejo e diminuição de orgasmos são relatados. Ocorrem também mudanças psicológicas, como insatisfação com o corpo, depressão, estresse<sup>25,26</sup>.

A atividade sexual pode ser reiniciada quando o sangramento diminui e a mulher sente-se confortável com seu períneo. A DS está geralmente associada com o trauma perineal causado pela episiotomia ou parto instrumental do que somente ao PN ou cesariana<sup>20,25</sup>.

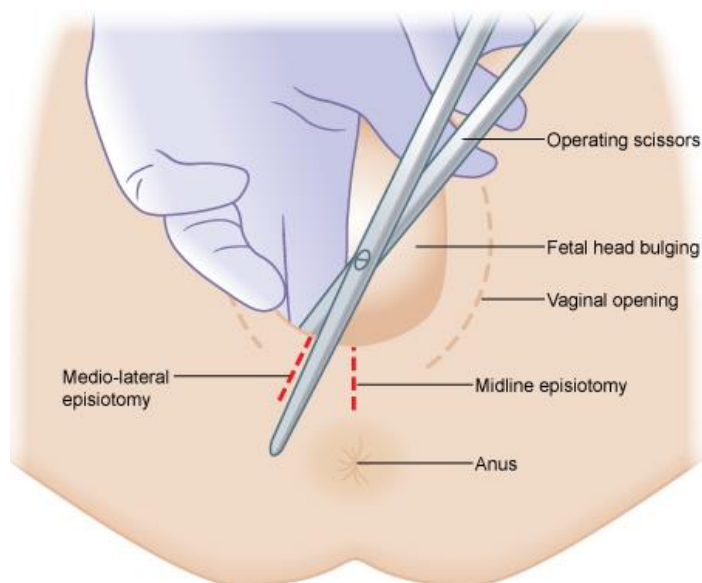


Figura 4: Incisão cirúrgica, Episiotomia.

FONTE: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.

A FSF vem sendo estudada desde 1960 devido aos problemas sexuais experimentados por uma grande maioria das mulheres nos primeiros 3 meses após o parto e a maioria dos estudos não faz uma separação adequada dos tipos de parto<sup>20</sup>. Com o passar dos anos, a FS ganhou mais notoriedade no meio científico, mas o conceito de sexualidade e sexo mudou consideravelmente nas últimas décadas<sup>23</sup>.

A DS pode ser entendida como uma síndrome clínica, transitória, ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas que resultam na insatisfação sexual, sendo multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais, musculares, e de causa desconhecida.



Ainda vem sendo caracterizada com base nas respostas dos ciclos fásicos, sendo definida como perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à RS, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da RS como desejaria<sup>15</sup>. Em adição a este conceito, a DS pode ser entendida como síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas sexuais, que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica, evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo.

As DSs, entre as mulheres, apresentam uma prevalência de 50%, estando a maioria delas relacionadas ao avanço da idade<sup>27,28</sup>. Um estudo realizado no Brasil buscou identificar o perfil sexual, os hábitos e as DSs da população, entrevistando 2.835 indivíduos, sendo 47% homens e 53% mulheres. Neste estudo foi identificado que cerca de 25% a 63% das participantes mulheres apresentavam algum tipo de DS, sendo a falta de desejo sexual, a dor durante a relação e a disfunção orgástica as queixas mais frequentes<sup>29</sup>.

## **2.6 Disfunções do assoalho pélvico e pós-parto**

As DAP são condições clínicas relacionadas a alterações na estrutura, função ou sensação do AP, que resultam em problemas miccionais, defecatórios, prolapso, DS ou dor perineal<sup>30</sup>. Essas disfunções apresentam alta prevalência, sobretudo em mulheres, com aumento da sua ocorrência de acordo com a idade. As DAP provocam implicações sociais econômicas importantes, trazendo prejuízo à QV<sup>31,32</sup>.

O questionário auto-aplicado *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) foi utilizado neste estudo para averiguar o

impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificar a perda urinária. (ANEXO 2).

As estruturas pélvicas e perineal passam por modificações durante o PN onde é possível que ocorra lesões, por laceração ou episiotomia. Na controvérsia, as mulheres que realizam a episiotomia geralmente tem uma experiência maior de dor pós-parto e é a causa de outras morbidades<sup>33,34,35</sup>.

As disfunções dos órgãos pélvicos, como prolapso acabam por afetar a QV e a FS como a diminuição do desejo, a diminuição da lubrificação e podem provocar dor durante a RS, assim como os sintomas urinários têm profundo impacto tanto no bem-estar físico e social, quanto no sexual<sup>36,37</sup>.

Entre as mulheres que procuram tratamento para IU, 25-50% relatam queixas relacionadas à FS<sup>38</sup>, como dispareunia, diminuição do desejo e anorgasmia<sup>39,40,41,42</sup>. Estudo realizado por Handa et al<sup>36</sup>, com 1299 participantes, conclui que mulheres com IU são menos propensas a serem sexualmente ativas do que aquelas que não apresentam essa disfunção.

O coito doloroso também afeta negativamente a QV das mulheres. A dor na RS pode ser derivada da cicatrização perineal que geralmente está completa de 10 a 14 dias<sup>43</sup>.

A dor perineal caracterizada como aguda, induz a mulher a algumas alterações no sono, apetite e libido, de energia, irritabilidade, dificuldade de concentração e acaba restringindo outras atividades de vida diária<sup>44</sup>.

Para medir a dor na relação sexual e a dor perineal utilizou-se a Escala Visual Analógica, que consiste em uma linha demarcada com valores de zero a 10, sendo zero a ausência total de dor e 10 a pior dor possível (ANEXO 3).

## **2.7 Avaliação da função sexual no pós-parto**

O retorno da atividade sexual pós-parto é importante para a saúde sexual da mulher, mas ela pode ser limitada devido ao trauma perineal. Em média, as mulheres que tiveram algum traumatismo, seja pela laceração espontânea ou episiotomia, demoram mais para voltar a ter RS do que as que permaneceram com o períneo intacto<sup>8</sup>.

Com um maior cuidado na saúde sexual e na função do AP, os profissionais da saúde estão dedicando-se mais para melhorar a QV das mulheres<sup>24</sup>.

Como a FSF é composta por vários campos, muitos estudos utilizam questionários que possibilitem identificar as DSs. Para avaliação clínica das DS os questionários são instrumentos capazes de avaliar multidimensionalmente a FS. Existem questionários específicos para avaliar a FSF, entre eles o *Female Sexual Function Index* (FSFI)<sup>45</sup>, onde a FS é classificada em seis domínios e é medido atributos da FS pela soma das respostas. (ANEXO 1)

Shiow–Ru et. al. aplicaram o FSFI em mulheres taiwanesas no pós-parto. No estudo, avaliou em mulheres com e sem episiotomia, até 3 meses, a percepção da dor, IU e a FS. Em relação a FS, nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos. As mulheres que passaram pela episiotomia, tiveram mais dor nas semanas, 1, 2 e 6 pós-parto e maior incidência de IU aos 3 meses pós-parto<sup>5</sup>.

Basak et. al. utilizaram o FSFI em grupos e após 6 meses repetiu o questionário. No grupo de episiotomia, tanto antes como após o parto observou-se diminuição nos escores da FS (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação). A dor também diminuiu significativamente. Dados inconsistentes foram relatados entre DS e parto cesáreo<sup>46</sup>.

Katharina et. al. correlacionaram a educação com o escore FSFI, sendo identificado que conforme a escolaridade era maior, a pontuação FSFI aumentou. Já o IMC elevado, assim como a idade materna, obteve menores escores do FSFI. Neste estudo foi ainda identificado que parece não existir diferença na FS em mulheres que realizaram cesariana e as que passaram por PN não complicados<sup>47</sup>.

Waleed et al. utilizaram o FSFI em um grupo controle e em um grupo de estudo que comparou aos 6 e 12 meses pós-parto. Os escores de primíparas e múltiparas diminuíram significativamente nos 6 e 12 meses comparando-se com o grupo controle, mas nos subgrupos de terceiro e quarto grau de laceração perineal, não foi observada diferença significativa. Na conclusão do estudo, verificou-se que mesmo com o reparo precoce de lacerações perineais de grau maior, podem causar DS até 1 ano pós-parto impactando negativamente sobre a FSF<sup>48</sup>.

Ilker et. al. usaram uma versão turca do FSFI nas primeiras 8 semanas de gravidez e repetiu o FSFI aos 3 e 6 meses pós-parto e depois novamente aos 12 e 24 meses pós-parto, via telefone. Não houve diferença na FS aos 12 e 24 meses pré-gravidez e no pós-parto. Independentemente do tipo de parto, a FS retornou aos níveis pré-gravidez 12 meses pós-parto<sup>49</sup>.

Dentre os artigos selecionados utilizando o questionário FSFI, os achados foram diferenciados com relação aos grupos de estudo e a metodologia utilizada, não sendo possível traçar uma correlação entre eles.

### **3. JUSTIFICATIVA**

A DS feminina representa implicações na QV das mulheres e pode estar associada a realização de episiotomia no PN. Estudos que abordem essa temática relacionado ao puerpério imediato são escassos e os que existem destinam-se a avaliar a FS aos 6 ou 12 meses pós-parto, limitando o embasamento científico e a realização de diagnóstico precoce.

Portanto, justifica-se a importância do estudo proposto para investigar as possíveis alterações na FS em mulheres no puerpério imediato, considerando a via de PN com e sem a realização de episiotomia, utilizando métodos de avaliação específicos para descrever de maneira mais detalhada se há alterações significativas na FS nesse período em decorrência da episiotomia. Os resultados advindos com esse estudo contribuirão com a prática clínica baseada em evidência, auxiliando de forma mais adequada as mulheres puérperas.

## **4. HIPÓTESES**

### **4.1 Hipótese nula:**

Não se identifica diferença na FS em puérperas pós-parto com e sem episiotomia.

### **4.2 Hipótese alternativa:**

Identifica-se diferença na FS em puérperas pós-parto sem episiotomia.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Principal**

O objetivo geral desta pesquisa consiste em comparar a FS em puérperas com ou sem episiotomia 3 meses após PN.

### **5.2 Secundários**

(1) Comparar as características do parto e dados gestacionais em puérperas com ou sem episiotomia;

(2) Correlacionar a FS com puérperas que não realizaram e realizaram episiotomia.

(3) Identificar e comparar as DAP (IU e IA), dor perineal e na RS em puérperas com ou sem episiotomia.



## REFERÊNCIAS

1. Dados de 2015, ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/parto-e-normal>>. Acesso em: 09/10/2019.
2. Ballesteros-Meseguer, C. et al. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24: 1-6.
3. Menta, Silmara; Schirmer, Janine. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2006; 28(9): 523-529.
4. Fodstad, Kathrine; Staff, Anne Cathrine; Laine, Katariina. Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *Int Urogynecol J.*, 2014; 25(12): 1629-37.
5. Chang, S. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.*, 2011; 48(4): 409-18.
6. Beleza, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(2): 264-8.
7. Francisco, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48: 40-5.
8. Progianti, Jane Márcia; Araújo, Luciane Marques De; Mouta, Ricardo José Oliveira. Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. *Esc. Anna Nery*, 2008; 12(1): 45-49.
9. Rathfisch, G. et al. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.*, 2010; 66(12): 2640-9.

10. Eysenck H. Human sexual inadequacy William H. Masters and Virginia E. Johnson: Little Brown, Boston, 1970. *Behav Res Ther.* 1970; 8(4): 395.
11. Masters WH, Johnson V. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown & Co. 1966;
12. Kaplan H. *Disorders Of Sexual Desires And Other New Concepts And Techniques In Sex Therapy*. New York: Brunner/Maazel; 1979;
13. Basson R, Rosemary B. The Female Sexual Response: A Different Model. *J Sex Marital Ther*, 2000; 26(1): 51–65.
14. Damjanović A, Duisin D, Barisić J. The evolution of the female sexual response concept: treatment implications. *Srp Arh Celok Lek.* 2013; 141(3-4): 268–74.
15. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Can Med Assoc J.*, 2005; 172(10): 1327–33.
16. Graziottin A, Alessandra G, Annamaria G. Anatomy and Physiology of Women's Sexual Function. In: *Standard Practice in Sexual Medicine*. p. 289–304.
17. Basson R, Rosemary B. Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. *J Sex Marital Ther*, 2001; 27(5): 395–403.
18. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Instruction manual*. World Health Organization; 2004. p.177.
19. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *Int Urogynecol J.*, 2010; 21(5): 553–6.
20. M, K. et al. A Comparison of Sexual Outcomes in Primiparous Women Experiencing Vaginal and Caesarean Births. *Indian J Community Med.*, 2009; 34(2): 126-30.

21. O'malley, Deirdre; Higgins, Agnes; Smith, Valerie. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.*, 2015; 71(10): 2247-57.
22. Raðestad, I. et al. Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up. *Birth.*, 2008; 35(2): 98-106.
23. Rogers, R. G. et al. Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function?. *J Midwifery Womens Health.*, 2009; 54(2): 98-103.
24. Serati, M. et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *Sex Med*, 2010; 7(8): 2782–90.
25. Lurie, S. et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.*, 2013; 288(4): 785-92.
26. Junior, Mário Dias Corrêa; Júnior, Renato Passini. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2016; 38(6): 301–307.
27. Laumann EO, Suzanne W, Dale G, Culley C, Raymond R, Jeong-han K. Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction by Race and Ethnicity Among Men Aged 40 or Older in the United States: From the Male Attitudes Regarding Sexual Health Survey. *J Sex Med.* 2011; 4(1): 57–65.
28. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology.* 1999;54(3): 385–91.
29. Abdo CHN, de Oliveira WM Jr, de Tubino Scanavino M, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2006; 52(6): 424–9.

30. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Ambramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of pelvic floor dysfunction. *Neurol Urodyn.* 2017; 36: 221-244.
31. Vrijens D, Berghmans B, Nieman F, Os JV, Koeveringe GV, Leue C. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions — A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. *Neurol Urodyn.* 2017; 9999: 1-8.
32. Dieter AA, Wilkins MF, Wu JM. Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015; 27(5): 380-4.
33. Pitangui, A. C. R. et al. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta paul. enferm.*, 2009; 22(1): 77-82.
34. Francisco, A. A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta paul. enferm.*, 2011; 24(1): 94-100.
35. Beleza, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(2) 264-8.
36. Handa VL, Lynn H, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.*, 2004; 191(3): 751–6.
37. Møller LA, Lose G. Sexual activity and lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*, 2006; 17(1): 18–21.

38. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC, Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.*, 2002; 99(2): 281–9.
39. Bø K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2000; 79(7): 598–603.
40. Nilsson M, Margareta N, Othon L, Håkan L, Ann L. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2011; 90(6): 621–8.
41. Shindel AW, Rowen TS, Tzu-Chun L, Chin-Shang L, Robertson PA, Breyer BN. An Internet Survey of Demographic and Health Factors Associated with Risk of Sexual Dysfunction in Women Who Have Sex with Women. *J Sex Med.*, 2012; 9(5): 1261–71.
42. Sen I, Ilker S, Metin O, Tan MO, Cenk A, Ahmet C, et al. Evaluation of Sexual Function in Women with Overactive Bladder Syndrome. *Urol Int.*, 2007; 78(2): 112–5.
43. Mathias, A. E. R. D. A. et al. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Rev Dor.*, 2015; 16(4): 267-71.
44. Francisco, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48: 40-5.
45. Dall'agno, Mona Lúcia et al. Validation of the Six-item Female Sexual Function Index in Middle-Aged Brazilian Women. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2019; 41(7): 432-439.

46. Baksu, B. et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(4):401-6.
47. Klein, K. et al. Does the Mode of Delivery Influence Sexual Function after Childbirth?. *J Womens Health (Larchmt).*, 2009; 18(8): 1227-31.
48. Ahmed, W. A. S. et al. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *Int Urogynecol J.*, 2017; 28(6): 917-921.
49. Ilker Kahramanoglu, et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.*, 2017; 295(4): 907-916.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nossas descobertas demonstram que a episiotomia não afetou a FS três meses após o parto e também não exerceu efeito significativo sobre o desenvolvimento das DAP avaliadas, como a dor perineal e a dor na RS e IU.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, em função da episiotomia ainda ser um tema controverso e da nossa amostra não representar a maioria da população brasileira.

## **PERSPECTIVAS**

Espera-se que os dados obtidos neste estudo sejam divulgados no meio científico para colaborar com as evidências sobre a episiotomia e seus efeitos na FS a curto prazo, reduzindo a escassez e heterogeneidade de pesquisas anteriores sobre o tema.

Com o objetivo de ampliar os dados obtidos, torna-se evidente a necessidade de realização de novos estudos com um número mais expressivo de participantes. Sugere-se ainda que sejam realizadas pesquisas que façam um acompanhamento longitudinal.



**APÊNDICE A****FICHA DE ANAMNESE**

Título do projeto: **Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com ou Sem Episiotomia.**

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Instituição colaboradora: Hospital Moinhos de Vento (HMV)

Curso: Mestrado em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

**DADOS GERAIS:**

Idade (anos): \_\_\_\_\_

Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

Situação conjugal:

- Casada/ União estável/ Com companheiro
- Solteira/ Separada/ Viúva/ Sem companheiro

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS:**

Estatura: \_\_\_\_\_

Aumento de peso na gestação: \_\_\_\_\_

Peso na atual: \_\_\_\_\_

*História obstétrica (antecedentes)*

Gestação anterior:

- Sim
- Não

Partos anteriores:

- Vaginal
- Cesárea
- Aborto
- Episiotomia

Peso do maior recém-nascido: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PARTO ATUAL:**

Data do parto: \_\_\_\_\_

Peso do recém-nascido: \_\_\_\_\_

Semanas gestacionais ao nascimento: \_\_\_\_\_

Tempo de fase ativa (trabalho de parto / hospital): \_\_\_\_\_

Tempo de período expulsivo: \_\_\_\_\_

## OCORRÊNCIAS DO PARTO:

Parto atual com:

- Episiotomia
- Fórceps
- Laceração perineal

Grau de laceração:

- 1
- 2
- 3
- Não sei

Gestação de alto risco:

- Sim
- Não

Incontinência urinária:

- Não
- Antes
- Durante
- Após

Incontinência anal:

- Não
- Antes
- Durante
- Após

Prolapso (sentimento de bola na vagina):

- Não
- Antes
- Após

## FATORES PSICOSSOCIAIS:

Tabagismo:

- Sim

- Não
- Ex-fumante

Ingesta de álcool:

- Sim
- Não

Outras drogas:

- Sim
- Não

Medicamentos:

- Diurético
- Antidepressivo
- Diabetes
- Hipertensão
- Outros
- Não

## OCORRÊNCIAS DE ALGIAS

Dor pélvica após a gestação:

- Sim
- Não

Dor na relação sexual após a gestação:

- Sim
- Não

Obteve alguma instrução/informação sobre relação sexual durante a gestação ou no pós-parto?

- Sim
- Não

De quem? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### PROTOCOLO DE COLETA

- ❖ Consulta dos cadastros de parto normal no Hospital Moinhos de vento;
- ❖ Convite para participação da pesquisa via contato telefônico;
- ❖ Notificação por e-mail com os seguintes conteúdos:
  - Termo de consentimento de participação da pesquisa (online); (Apêndice C)
- ❖ Questionários virtuais *Google Forms*:
  - Anamnese.
  - FSFI-6.
  - Escala Visual Analógica.
  - ICIQ-SF.
- ❖ Tempo estimado de preenchimento: 7 min.

## APÊNDICE C

### Convite enviado no corpo do e-mail.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM PUÉRPERAS, TRÊS MESES APÓS PARTO NORMAL COM OU SEM EPISIOTOMIA, realizada pela pesquisadora Larissa Lolyta Pereira Ribeiro, sob o número da CAAE: 81659317.4.3004.5330. Acredita-se que os achados dessa pesquisa revelarão a importância da avaliação da atividade sexual de puérperas e que os resultados poderão ampliar o conhecimento sobre a relação da episiotomia com a função sexual feminina. Também buscamos identificar os motivos pelos quais as mulheres no pós-parto têm dificuldade de comparecer as pesquisas, para que no futuro possamos pensar em novas possibilidades de abordagem.

Sua participação é voluntária e se dá através da ferramenta *Formulários Google*. Ao aceitar participar, por meio dos links informados, você deve responder com totalidade os questionários enviados. O tempo médio de respostas total da pesquisa é de 7 minutos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Moinhos de Vento.

Este é um convite para preencher os seguintes questionários:

1. Anamnese (avaliação)
2. FSFI-6 (questionário sobre função sexual)
3. Escala Visual Analógica (escala sobre dor perineal e dor durante a relação sexual)
4. ICIQ-SF (questionário sobre incontinência urinária)

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar serão mantidos em sigilo. As informações obtidas serão de uso apenas para fins científicos.

Por favor, responda esta pesquisa até uma semana após o recebimento. Uma semana após o envio, será enviado novamente um lembrete para o preenchimento.

## ANEXOS

ANEXO 1. The Brazilian 6-item *Female Sexual Function Index* (FSFI-6).The Brazilian 6-item Female Sexual Function Index (FSFI-6). Adapted from Isidori<sup>(19)</sup> and Pimenta.<sup>(18)</sup>

Nas últimas 4 semanas:						
Como você qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?	Muito alto (5)	Alto (4)	Moderado (3)	Baixo (2)	Muito baixo ou nenhum (1)	
Como você qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?	Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas (0)	Muito alto (5)	Alto (4)	Moderado (3)	Baixo (2)	Muito baixo ou nenhum (1)
Com que frequência você se sentiu lubrificada (notou mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?	Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas (0)	Sempre ou quase sempre (5)	Na maioria das vezes (4)	Às vezes (3)	Poucas vezes (2)	Quase nunca ou nunca (1)
Com que frequência você alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?	Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas (0)	Sempre ou quase sempre (5)	Na maioria das vezes (4)	Às vezes (3)	Poucas vezes (2)	Quase nunca ou nunca (1)
Quão satisfeita você tem se sentido com a sua atividade sexual?	Muito satisfeita (5)	Moderadamente satisfeita (4)	Nem satisfeita, nem insatisfeita (3)	Moderadamente insatisfeita (2)	Muito insatisfeita (1)	
Com que frequência você sente incômodo ou dor vaginal na penetração?	Não tive penetração vaginal nas últimas 4 semanas (0)	Quase nunca ou nunca (5)	Poucas vezes (4)	Às vezes (3)	Na maioria das vezes (2)	Quase sempre ou sempre (1)

## ANEXO 2 – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

## (ICIQ-SF)

<b>ICIQ - SF</b>																								
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																								
1. Data de Nascimento: ____/____/____ ( Dia / Mês / Ano ) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																								
3. Com que freqüência voce perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr><td>Nunca</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr> <tr><td>Uma vez por semana ou menos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr> <tr><td>Duas ou três vezes por semana</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr> <tr><td>Uma vez ao dia</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr> <tr><td>Diversas vezes ao dia</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr> <tr><td>O tempo todo</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5					
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																						
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																						
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																						
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																						
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr><td>Nenhuma</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr> <tr><td>Uma pequena quantidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr> <tr><td>Uma moderada quantidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr> <tr><td>Uma grande quantidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6											
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																						
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																						
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; margin-left: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																								
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr><td>Nunca</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco antes de chegar ao banheiro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando tusso ou espiro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando estou dormindo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando estou fazendo atividades físicas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco sem razão óbvia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco o tempo todo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>							
Nunca	<input type="checkbox"/>																							
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																							
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																							
<b>"Obrigado por você ter respondido às questões"</b>																								

**Figura** - Versão em português do ICIQ-SF.



**ANEXO 3 - Escala Visual Analógica.**

Qual a intensidade da dor perineal no momento?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Qual a intensidade da dor durante a relação sexual?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10