



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

PAULA RENATA AMORIM LESSA SOARES

**DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE GESTANTES**

**FORTALEZA
2015**

PAULA RENATA AMORIM LESSA SOARES

**DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE GESTANTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- S656d Soares, Paula Renata Amorim Lessa.
Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes/Paula Renata Amorim Lessa Soares. – 2015.
161 f. : il.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.
1. Qualidade de Vida. 2. Gravidez. 3. Distúrbios do Assoalho Pélvico. 4. Incontinência Urinária. 5. Disfunção Sexual Fisiológica I. Título.

PAULA RENATA AMORIM LESSA SOARES

**DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE GESTANTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Data da aprovação: 14/04/2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^o Dr. Paulo Cesar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^o Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a Camila Vasconcelos Teixeira Moreira
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, meu pai, fiel, amigo e companheiro de todas as horas. Agradeço por ter tido a oportunidade nessa vida de conhecê-lo de verdade, Dele ter me permitido diante de toda a sua majestade me fazer senti-lo tão perto quando sempre preciso. Hoje e sempre sei que tudo que me acontece é porque Ele permite.

Ao meu melhor amigo, meu amante, meu cúmplice, meu marido, o pai da minha filhinha que está por vir e meu eterno namorado por dividir comigo todas as alegrias e tristezas da minha vida, Hailton José da Costa Soares Lessa. Você me completa em todos os sentidos, você me faz enxergar que a vida só tem valor quando se ama. Eu te agradeço por existir e oro todas as noites para que as promessas que fizemos um ao outro diante de Deus sejam eternizadas. Eu te amo, muito!

À minha filha Bruna Amorim Lessa Soares, que eu ainda nem a toquei, mas já sinto um amor tão grande que não tenho palavras para expressar esse sentimento. A conclusão desse trabalho antecipada foi por ela e para ela. Eu amo você, minha doce Bruninha!

À minha mãe querida e especial Elizabete Amorim. A cada dia que passa ela me mostra o real motivo do sentido da vida e a nossa missão aqui na Terra: ajudar sempre aos outros. Ela é um exemplo de bondade, de caridade e de amor! Sou eternamente grata por você ser minha mãe querida!

Ao meu Pai Ricardo Lessa de Castro que me deu a vida e sempre me deu o exemplo de uma das principais virtudes do ser humano: a humildade! Ele também exemplifica que para ser feliz não precisa de muita teoria, basta viver! Eu te amo meu paizinho!

Ao meu irmão Ricardo Lessa, que nunca me canso de afirmar que é meu segundo pai! Um homem inteligente e de uma sensibilidade sem tamanho! Sempre com palavras confortantes e sábias! Lembro-me sempre da cena correndo com as mochilas nas costas para a gente pegar o ônibus para ir à escola. Lembro que eu sofria muito com aquele peso e tinha muito medo dele me deixar e acabar perdendo o ônibus. Mas no final, sempre dava certo e você jamais me deixou. Hoje faço uma metáfora com minha vida e muitas vezes as dificuldades diárias me fazem temer, mas no final sempre dá certo e vejo você, mamãe e Rebeca me esperando no final do ponto, como sempre foi.

À minha irmã Rebeca Lessa que com seu jeito único e simples de viver adoça minha vida! Uma companheira e amiga sem igual! Eu te amo muito minha querida e tenho certeza que estaremos juntas e unidas pelo resto de nossas vidas!

Aos meus irmãos e cunhados Melissa e Valzim por terem me dado à graça de ser tia das crianças mais iluminadas, educadas e especiais do mundo! Amo muito Kauan, Iury, Isabela, Letícia e Fernandinha, cada qual com sua singularidade e com a perfeição da palavra amor.

A todas as minhas amigas da infância, do Marista Cearense e do projeto Saúde Sexual e Reprodutiva que tornam a vida leve, cheia de algodão doce e chocolate! Alguns nomes preciso citar: Samila Ribeiro que compartilhou toda a vida acadêmica comigo e se tornou uma grande e inesquecível amiga; Diego Jorge que entrou na minha vida com intensidade e tomou um espaço no meu coração que creio que ele nem acredite o quanto é importante na minha vida; Cintia Gondim que chegou sem eu querer, mas que fez da coleta árdua, momentos prazerosos e que sem dúvida eu jamais teria terminado esse trabalho sem ela. Ela também veio com sua espontaneidade mostrar que a vida é mais bonita quando se sorri, mesmo sem motivo, e eu tenho muito o que aprender com ela ainda.

As gestantes, participantes do estudo. No começo da coleta era tudo tão sem sentido, mas depois da descoberta da minha gestação pude exercitar a palavra empatia e passei a dar significado a cada entrevista, ou melhor, a cada mãe que estava ali diante de mim.

Aos professores da banca: Dr. Herlânio Costa, sempre educado e solícito aos nossos pedidos que permitiu o desenvolvimento da pesquisa em sua clínica; Prof^ª. Dr^ª. Camila Teixeira, atenciosa, prestativa e competente; Dr^ª. Mirna que logo se prontificou ao meu convite e em especial o Professor Dr. Paulo Cesar, uma joia rara, poderia dizer meu co-orientador, que largou os inúmeros trabalhos para me dar preferência. Queria escrever outra tese só para ter o prazer de receber seus e-mails envoltos de tanta alegria e humor! Não tenho palavras para agradecer a atenção e o carinho com que me trata. Sei que ele vai dizer que tenho uma boa lábia, mas sinto de coração um sentimento especial pela sua pessoa.

E por fim, agradeço a minha querida orientadora e amiga Prof^ª Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro. Nossa caminhada começou há um bom tempo atrás, ainda na graduação, no 4º semestre, quando passei para o PET. Aquela teoria física que os iguais se repelem não funcionou com a gente, pois somos iguais em muita coisa e permanecemos unidas! Ela é única, doce e dura quando precisamos, consegue respeito sem autoritarismo e admirada por todos que tem o privilégio de ser seu orientando. Hoje me emociono porque me sinto um pássaro saindo da gaiola, mas que no fundo quer voltar para a companhia de sua “dona”. Estou livre e feliz para alçar voos mais altos, mas ao mesmo tempo confusa e perdida porque foi aqui que eu estive por muito tempo e sempre soube que ia voltar, mas agora a partida está lançada e pretendo um dia para essa casa retornar, para ao lado dessa pessoa tão especial,

minha vida tocar! Obrigada querida por tudo que você foi e é na minha vida profissional e principalmente pessoal! Eu lhe amo muito!

RESUMO

A gestação pode ser compreendida como um período de surgimento ou agravamento das disfunções do assoalho pélvico como incontinência urinária, disfunções anorretais, disfunções sexuais e o prolapso de órgãos pélvicos por diversos motivos, entre os quais se destacam a própria gestação e a denervação do assoalho pélvico ou traumas durante o parto, causando grandes impactos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dessas mulheres. O objetivo geral do estudo foi analisar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes. Trata-se de um estudo transversal, correlacional, com abordagem quantitativa realizado em quatro locais distintos, sendo três unidades de saúde que atendem pelo sistema público e uma clínica que atende pelo sistema privado. A amostra foi composta por 261 gestantes, sendo 120 coletados do serviço privado e 141 do serviço público. Elas foram entrevistadas de Setembro a Novembro de 2014 por meio dos seguintes instrumentos: um questionário com dados sócio demográficos, obstétricos e fatores de qualidade de vida relacionada à saúde; um questionário contendo dados de investigação sobre as queixas de incontinência urinária, anal e prolapso vaginal; o Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado; o *King's Health Questionnaire*; o Escore de *Jorge & Wexner* de Incontinência e Constipação e o *Female Sexual Function Index* (FSFI). A investigação dos sintomas urinários na gestação mostrou prevalência de polaciúria de 70,3% e 26,1% com incontinência urinária, independentemente do tipo e do trimestre gestacional. As gestantes incontinentes sentiram-se mais afetadas quanto ao desempenho das atividades diárias, no entanto, pode-se afirmar que, de forma geral, a IU causou pouco impacto na QVRS das gestantes. No tocante aos sintomas de IA e sua interferência na QVRS das gestantes, notou-se que esse é um sintoma pouco prevalente com percentual de 4,6% e de pouco impacto na QVRS da mulher. A constipação, por sua vez, apresentou prevalência de 26,8%, porém também não causou impacto na QVRS. A disfunção do assoalho pélvico que obteve maior prevalência foi a disfunção sexual. A pesquisa mostrou que 32,1% das participantes apresentam disfunção sexual, com menores médias no domínio "Desejo". Observou-se ainda que grávidas com disfunção sexual tiveram piores médias de QVRS do que gestantes sem disfunção. Conclui-se, portanto, que a QVRS de gestantes sofre influência negativa das disfunções do assoalho pélvico. Assim, acredita-se que a presente pesquisa contribuiu para a identificação do impacto que as disfunções do assoalho pélvico podem provocar na QVRS das gestantes, indicando os principais aspectos que podem ser

incorporados na assistência pré-natal, pelos profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros, a fim de melhorar a QVRS das gestantes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Gravidez. Distúrbios do assoalho pélvico. Incontinência urinária. Disfunção sexual fisiológica.

ABSTRACT

Pregnancy can be construed as a period in which pelvic floor dysfunctions, such as urinary incontinence, anorectal conditions, sexual dysfunctions, pelvic organ prolapse, and pelvic floor denervation, may occur or worsen, negatively impacting quality of life among this specific female population. The research general objective was to analyze the influence of pelvic floor dysfunctions on the health-related quality of life (HRQoL) of pregnant women. It's a cross-sectional, correlational, quantitative study which took place on four different environments: three public health unities and one private clinic. The study sample is composed of 261 pregnant women, 120 of them from the private clinic and 141 from the public health unit, who were interviewed from September to December of 2014. The instruments used were: a socio-demographic, obstetric and quality of life questionnaire; a questionnaire containing items related to urinary, fecal and pelvic organ prolapse symptoms; the Ferrans & Powers Quality of Life Index (adapted version); the King's Health Questionnaire; the Jorge-Wexner Incontinence and Constipation Score; the Female Sexual Function Index (FSFI). The investigation of urinary symptoms in pregnancy showed a prevalence of polacyuria of 70.3% and 26.1% (68) had urinary incontinence, regardless of the type and term of pregnancy. Incontinent pregnant women felt more affected during the performance of daily activities, however, it can be said that, in general, UI caused little impact on the HRQoL of pregnant women. Regarding the symptom of AI and its interference in HRQoL of pregnant women, it was noted that this is a symptom with low prevalence with a percentage of 4.6% (12) and little impact on the HRQoL of women. Constipation, in turn, presented data slightly higher at 26.8% (70), but also had no impact on the HRQoL. The pelvic floor dysfunction with the highest prevalence of pregnant women was sexual dysfunction. The survey showed that 32.1% of participants have sexual dysfunction, with lower averages in the desire domain. It was also observed that pregnant women with sexual dysfunction had worse averages in the HRQoL than the ones without dysfunction. It can be concluded, therefore, that the HRQoL of pregnant women suffer negative influence from pelvic floor dysfunction. Thus, it is believed that this research has helped identify the impact of pelvic floor dysfunction on the HRQoL of pregnant women, indicating the main aspects that can be incorporated into prenatal care by health professionals, especially the nurses, in order to improve the HRQoL of pregnant women.

Keywords: Quality of life. Pregnancy. Pelvic floor disorders. Urinary incontinence. Sexual dysfunction, physiological.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sócio demográficas, obstétricas e fatores associados à QVRS das gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	73
Tabela 2 -	Distribuição das disfunções do assoalho pélvico de forma isolada e em associação em gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	75
Tabela 3 -	Comparação das médias da escala total que avalia a QV a partir do instrumento de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	76
Tabela 4 -	Associação das variáveis sócio demográficas com o índice de QV de <i>Ferrans & Powers</i> . Fortaleza, Set/Dez, 2014.	77
Tabela 5 -	Associação das variáveis obstétricas com o índice de QV de <i>Ferrans & Powers</i> . Fortaleza, Set/Dez, 2014.	78
Tabela 6 -	Associação dos fatores associados a QVRS com o índice de QV de <i>Ferrans & Powers</i> . Fortaleza, Set/Dez, 2014.	79
Tabela 7 -	Distribuição dos sintomas urinários relatados pelas gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	80
Tabela 8 -	Avaliação da QVRS de mulheres com IU segundo o instrumento <i>King's Health Questionnaire</i> . Fortaleza, Set/Dez, 2014.	81
Tabela 9 -	Influência do trimestre gestacional na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	82
Tabela 10 -	Influência da paridade na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	82
Tabela 11 -	Influência do sistema de acompanhamento pré-natal na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	83
Tabela 12 -	Influência do tipo de parto na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	84
Tabela 13 -	Avaliação da função sexual de gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014...	85
Tabela 14 -	Associação das variáveis sócio demográficas e obstétricas com a disfunção sexual. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	86
Tabela 15 -	Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre o serviço público e privado. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	88
Tabela 16 -	Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre os	

	trimestres gestacionais. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	88
Tabela 17 -	Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre nulíparas e multíparas. Fortaleza, Set/Dez, 2014.....	89
Tabela 18 -	Comparação das médias da escala que avalia a QVRS entre gestantes com e sem disfunção sexual. Fortaleza, Set/Dez, 2014.	89

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Distribuição do número de artigos encontrados segundo os cruzamentos e as bases de dados Lilacs, Medline, Cinahl e Scopus. Jan., 2015.	31
Quadro 2 -	Descrição dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados. Jan., 2015.	31
Quadro 3 -	Descrição de artigos incluídos na revisão integrativa, segundo a base de dados, o ano de publicação, o título e os autores. Jan., 2015..	32
Quadro 4 -	Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento do estudo, o nível de evidência, a formação do autor, o país e o idioma. Jan., 2015.	33
Quadro 5 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão segundo definição de qualidade de vida, instrumentos utilizados e se são validados para o estudo. Jan., 2015.	36
Quadro 6 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade de vida relacionada à DAP em gestantes. Jan., 2015.....	39
Quadro 7 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam a incontinência urinária. Jan., 2015.	41
Quadro 8 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam a incontinência anal. Jan., 2015.	50
Quadro 9 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam a disfunção sexual. Jan., 2015.	53
Quadro 10 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam o prolapso de órgãos pélvicos. Jan., 2015.	55
Figura 1 -	Fluxograma de aplicação dos instrumentos de coleta. Jan.2015.	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BESAQ	<i>Body Exposure During Sexual Activities Questionnaire</i>
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
CPN	Centro de Parto Natural
CRADI-8	<i>Colo-rectal Anal Distress Inventory</i>
CSF	Centro de Saúde da Família
DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
DIU	Dispositivo Intra Uterino
EAE	Esfíncter Anal Externo
EAI	Esfíncter Anal Interno
ePAQ-PF	<i>Electronic Personal Assessment Questionnaire-Pelvic Floor</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIQOL	<i>Fecal Incontinence Quality of life Scale</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IA	Incontinência Anal
ICIQ-SF	<i>Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
ICS	Sociedade Internacional de Continência
IIQ-7	<i>Incontinence Impact Questionnaire</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ISI	<i>Incontinence Severity Index</i>
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde

PB	Puborretal
PFDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory</i>
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
POPI-6	<i>Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory</i>
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
QS-F	Quociente Sexual — Versão Feminina
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SBME	Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
SER	Secretaria Executiva Regional
SF-36	<i>Short Form 36 Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI-6	<i>Urogenital Distress Inventory</i>
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	ESTADO DA ARTE	27
3.1	Incontinência urinária e QVRS em gestantes	41
3.2	Disfunção anorretal e QVRS em gestantes	49
3.3	Disfunção sexual e QVRS em gestantes	53
3.4	Prolapso do órgão pélvico e QVRS em gestantes	55
3.5	Conclusões da revisão integrativa	57
4	MÉTODOS	59
4.1	Tipo de estudo	59
4.2	Local do estudo	59
4.3	População e amostra	61
4.4	Instrumento para coleta de dados	63
4.4.1	Questionário socioeconômico, obstétrico e fatores associados à QVRS	64
4.4.2	Investigação sobre as queixas de incontinência urinária, disfunção anorretal e prolapso vaginal.....	65
4.4.3	O Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado.....	66
4.4.4	O instrumento <i>King's Health Questionnaire</i>	67
4.4.5	O Escore de <i>Jorge & Wexner</i> de Incontinência e Constipação	68
4.4.6	O <i>Female Sexual Function Index (FSFI)</i>	68
4.4.7	O instrumento P-Qol	69
4.5	Procedimento para a coleta de dados	70
4.6	Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa	71
4.7	Organização e análise dos dados	72
5	RESULTADOS	73
5.1	Caracterização da amostra	73
5.2	Avaliação da QVRS de gestantes	76
5.3	Avaliação da IU e QVRS de gestantes	80

5.4	Avaliação das disfunções anorretais e POP e QVRS de gestantes	84
5.5	Avaliação da disfunção sexual e QVRS de gestantes	85
6	DISCUSSÃO	91
6.1	Caracterização epidemiológica e clínica da amostra	91
6.2	Análise da QVRS de gestantes	95
6.3	IU e o impacto na QVRS de gestantes	103
6.4	Disfunção anorretal e POP e o impacto na QVRS de gestantes	108
6.5	Disfunção sexual e o impacto na QVRS de gestantes	111
7	CONCLUSÕES	118
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICES	137
	ANEXOS	144

1 INTRODUÇÃO

As funções desempenhadas pela mulher na sociedade sofreram intensas modificações, desde a função exclusiva de procriar até, recentemente, o papel de chefe da família e provedora do lar.

Nas civilizações antigas, o papel da mãe associado à mulher não se remetia a sentimentos positivos de amor e afeto. Na verdade, a maternidade era encarada como um processo natural e inerente à mulher, e seu principal objetivo era dar filhos ao seu marido (EMIDIO; HASHIMOTO, 2008).

Por muito tempo, a relação mãe e filho se manteve sem importância para a sociedade e somente no final do século XVIII, acompanhando as mudanças de paradigmas econômicos, políticos, sociais, culturais e familiares, a mãe foi percebida socialmente como uma figura respeitável. Nessa época, a mulher mãe passou a ser vista como capaz não apenas de propagar o amor, contribuindo para uma sociedade mais humana e justa, mas também capaz de oferecer um cuidado especial e de qualidade, diminuindo a morbimortalidade infantil e aumentando as taxas de natalidade, o que era necessário e esperado pelo Estado (EMIDIO; HASHIMOTO, 2008).

Assim, as transformações que ocorrem na vida da mulher durante a gestação assumiram novo significado, mesmo sendo um processo natural, o ciclo gravídico passou a ser visto como um período de intensas mudanças, exigindo, para tanto, uma preparação para enfrentá-lo. Dessa forma, a gestação é um momento de reestruturação da vida da mulher, caracterizando-se como o período adequado para a incorporação do novo papel de mãe (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Além dessas intensas transformações emocionais, o período gestacional é acompanhado de modificações fisiológicas. Ocorrem alterações na postura e deambulação, no metabolismo, no sistema urinário, no sistema respiratório e nos órgãos genitais, podendo se acentuar ao longo da gestação (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A gestação compreende um período de aproximadamente 40 semanas, dividido em três trimestres. O primeiro trimestre se estende da 1ª a 12ª semana; o segundo da 13ª a 24ª e o terceiro da 25ª a 40ª semana de gestação, podendo se prolongar, normalmente, até 42 semanas (LOWDERMILK; PERRY, 2009).

No decorrer do primeiro trimestre, as mudanças anatômicas são discretas. No entanto, a sensibilidade mamária, mal estar, fadiga, além do aumento da urgência e da frequência urinária são sintomas que podem surgir. Já náuseas, vômitos e ptialismo são

frequentes, em aproximadamente 60% das gestantes. Ademais, o aumento da lubrificação vaginal decorrente da estimulação hormonal, que torna a cérvix hipertrófica e hiperativa, causa desconforto e incômodo para a maioria das mulheres (LOWDERMILK; PERRY, 2009).

No segundo trimestre, há o aumento do volume abdominal, acompanhado do aumento das mamas, e do corpo de forma geral. A hipotensão supina e a bradicardia são frequentes devido à pressão do útero gravídico sobre a veia cava ascendente, diminuindo a perfusão uteroplacentária e renal, podendo ocorrer episódios de síncope. Sentimentos positivos e negativos referentes à gestação também são comuns nessa fase (LOWDERMILK; PERRY, 2009).

No terceiro trimestre, sintomas como dispneia, dor lombar, aumento da frequência urinária, câibras, constipação, edemas e varizes tornam-se mais persistentes. Além disso, a proximidade com a chegada do filho pode trazer sentimentos de ansiedade e medo da nova função de mãe a ser desempenhada (LOWDERMILK; PERRY, 2009). Modificações na relação com o parceiro associadas à sexualidade também afetam negativamente a vida das gestantes nesse período (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Dentre essas modificações, uma das grandes mudanças que pode afetar os domínios físico, emocional, pessoal e social que ocorrem durante a gestação e podem perdurar até o puerpério estão relacionadas às disfunções do assoalho pélvico (DAP).

O assoalho pélvico forma a porção inferior da cavidade abdomino-pélvica, e sua força refere-se ao grau de contração voluntária máxima, com agrupamento do maior número de fibras possíveis (ROSENBAUM, 2007). A integridade do assoalho pélvico é fundamental para manter a continência urinária, sendo suas principais funções esfíncterianas, sexuais, apoio das estruturas pélvicas e manutenção da posição do colo vesical (BEUTTENMÜLLER et al., 2011).

Assim, os acontecimentos que ocorrem durante a vida da mulher, como a gestação e o parto atrelado ao aumento de peso, podem afetar a força dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e outras estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos, acarretando na DAP (ELENSKAIA et al., 2013).

Estima-se uma prevalência da DAP de 21,7% das mulheres com idade entre 18 e 83 anos, aumentando para 30% em pacientes com idade no intervalo entre 50 e 89 anos. Nos Estados Unidos, um número aproximado de 300.000 procedimentos cirúrgicos é realizado anualmente devido à DAP. No Reino Unido, uma porcentagem de aproximadamente 20% das

mulheres encontra-se em lista de espera para cirurgias ginecológicas corretivas de DAP (DELANCEY, 2005).

Apesar desses números, a epidemiologia da DAP é considerada um desafio devido aos custos, à dificuldade de logística para a realização de exames ginecológicos que as diagnostiquem, além do fator cultural em que muitas mulheres acreditam que essa é uma desordem natural do envelhecimento e do parto, não procurando os serviços de saúde para tratamento, dificultando o levantamento de dados estatísticos (BEZERRA et al., 2013).

A DAP é considerada uma condição ginecológica comum e envolve várias patologias, principalmente as disfunções sexuais, disfunções anorretais, incontinência urinária (IU) e o prolapso de órgãos pélvicos (POP) que causam grandes impactos negativos nos campos psicológico, social e financeiro (BEZERRA et al., 2013).

Diversos são os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da DAP, tais como idade, cirurgias ginecológicas de histerectomia, correção de distopia genital e disfunções do colágeno. Além disso, existem outros fatores que podem influenciar o surgimento da DAP que são obesidade, tosse crônica, história familiar, bem como tipo de parto e peso do recém-nascido (SWIFT et al., 2005).

Sabe-se ainda que a região dos MAP na mulher é perfurada por três orifícios: a uretra, a vagina e o ânus. Excetuando-se esses locais de passagens, os MAP são considerados músculos que propõem sustentação à região pélvica. Durante a gestação, os MAP devem estar tônicos para sustentar a criança e por outro lado elásticos para a saída do feto no momento do parto (CALAIS-GERMAIN, 2005).

Dessa forma, a gestação pode ser compreendida como um período de surgimento ou agravamento da DAP como IU, disfunções anorretais, disfunções sexuais e POP, não apenas pelo peso do recém-nascido, tipo de parto anterior e obesidade, mas também devido às modificações anatômicas, funcionais como a denervação do assoalho pélvico ou traumas que podem ocorrer durante o parto vaginal (HATEM et al., 2007; BURGIO et al., 2007).

Dentre as principais DAP encontra-se a IU, que segundo a Sociedade Internacional de Continência, é definida como a perda involuntária de urina que pode se manifestar de diferentes formas: a incontinência urinária de esforço (IUE) ocorre quando há perda de urina durante esforços ou exercícios físicos; a incontinência urinária por urgência é definida quando há perda involuntária de urina associada à urgência; e a incontinência urinária mista acontece quando há perda de urina aos esforços e a urgência (HAYLEN et al., 2010).

Por sua vez, o período gestacional caracteriza-se como predisponente para o desenvolvimento de sintomas do trato urinário inferior. Sabe-se que gestantes nulíparas

apresentam IUE com uma prevalência variando entre 33,6% e 45,5%. Tais sintomas podem regredir gradualmente no período pós-parto, retornando ao estado pré-gestacional, com restauração, parcial ou completa, do mecanismo de continência urinária (LIANG et al., 2007).

No entanto, estudo realizado com 212 primíparas, com o objetivo de estimar a incidência e a remissão dos sintomas do trato urinário inferior durante os 12 anos após a primeira gestação e parto, comprovou que esses sintomas de IU desenvolvidos na gestação podem persistir independentemente da via de parto (VIKTRUP; LOSE, 2008).

Corroborando com a afirmação acima, pesquisa realizada com 7.771 mulheres no puerpério evidenciou um percentual de 46,6% de mulheres com IU durante a gestação (MARSHALL et al., 1998). Em outro estudo, realizado com 66 pacientes com o propósito de investigar alterações urinárias durante a gravidez mostrou que a ocorrência de noctúria atingiu 55 a 65% das gestantes e a urgência miccional ocorreu em 60 a 70% das participantes (NEL et al., 2001).

Esse aumento dos sintomas urinários durante a gestação pode ser explicado pelas alterações anatômicas e funcionais que ocorrem nesse período. Observa-se uma elevação no fluxo plasmático renal e na taxa de filtração glomerular desde o início da gravidez, colaborando, assim, para o aumento da frequência miccional da gestante (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Além disso, com o passar dos meses gestacionais, a bexiga desloca-se de seu local habitual caracterizando a ocorrência de distopia fisiológica e torna-se anterior e superior, ocupando, no terceiro trimestre, uma posição mais abdominal do que pélvica. O músculo detrusor, pela ação do hormônio estrogênio, tende a hipertrofiar, contudo torna-se hipotônico pela ação progesterônica, o que ocasiona aumento da capacidade vesical. Todavia, com o crescimento do útero e a compressão exercida pelo feto, ocorre diminuição da capacidade vesical, que pode ser responsável pelo maior número de micções no último trimestre (NEME, 2000). Todas essas alterações fisiológicas podem evoluir para um estado patológico provocado pelo enfraquecimento dos MAP.

Outro distúrbio dependente da integridade funcional dos MAP são as disfunções anorretais. Geralmente, mulheres com IU frequente também apresentam alguma disfunção anorretal, particularmente esforço para evacuar (ESPUÑA-PONS, et al., 2012).

O processo de defecação fisiológico é complexo, dependente da coordenação da atividade da musculatura lisa e estriada. No momento em que ocorre o enchimento retal, há um relaxamento reflexo do esfíncter anal interno (EAI), formado pela musculatura lisa, e a percepção do desejo de evacuar. O esfíncter anal externo (EAE) e o músculo puborretal (PR)

contraem-se para manter a continência até o momento apropriado. A falha no relaxamento dessas estruturas (EAE e PR), durante a defecação, pode ocasionar a incapacidade de esvaziar completamente o reto devido a um padrão muscular não coordenado. Além disso, a deficiência de suporte retal durante a evacuação impede que a pressão intra-abdominal comprima o abdômen contra o reto, dificultando o esvaziamento retal (ALMEIDA et al., 2011).

Portanto, essa incapacidade de esvaziar completamente o reto, com ou sem esforço, apesar da vontade inicial de defecar é denominada constipação terminal (ALMEIDA et al., 2011). Considera-se constipado o indivíduo que possua dois ou mais dos seguintes sintomas por um período mínimo de três meses ao longo do ano: menos de três evacuações por semana, fezes pequenas e endurecidas, sensação de esvaziamento incompleto e dificuldade para evacuar (KAWAGUTI et al., 2008).

O esforço repetitivo para evacuar pode causar denervação do assoalho pélvico e levar a Incontinência Anal (IA) que, por sua vez, é definida como a incapacidade, variando em diferentes graus, de controlar adequadamente a eliminação de gases ou fezes (BEZERRA et al., 2013).

Sabe-se que a IA é um distúrbio que acomete mais mulheres do que homens, e com idade avançada, acima de 65 anos, devido a fatores correlacionados ao parto como a lesão do nervo pudendo ou do esfíncter anal por trauma obstétrico (NELSON, 2004). Ademais, existem outros fatores que podem ocasionar a IA tais como: lesão cirúrgica do esfíncter anal, distopias genitais e a neuropatia diabética (MARSH et al., 2011).

Na gestação, dentre as disfunções anorretais mais frequentes encontra-se o quadro de constipação devido às alterações anatomo-funcionais que ocorrem nesse período. Observam-se alterações como o relaxamento da cárdia, estase biliar e diminuição do peristaltismo, levando a uma motilidade reduzida do cólon, propiciando aumento da absorção de água e conseqüentemente à constipação. Além disso, ocorre diminuição da concentração plasmática da motilina, responsável pela estimulação da contração das fibras lisas do intestino, em virtude da ação da progesterona preponderante na gestação (QIU et al., 1994).

Comprovando tais afirmações, estudo realizado com 41 gestantes encontrou que 34,5% dessas mulheres apresentaram lentidão do trânsito intestinal e 27,6% foram diagnosticadas com o quadro de constipação, já no primeiro trimestre (KAWAGUTI et al., 2008). No entanto, sintomas opostos como a IA também são presentes nesse período (MARSH et al., 2011). Em face de tais evidências, essa é uma alteração que merece ser

investigada e tratada por profissionais de saúde, visto a diminuição da qualidade de vida (QV) dessas mulheres durante a gestação.

Além do comprometimento dos sintomas do trato urinário inferior e das disfunções anorretais, os MAP enfraquecidos também exercem influência na função sexual. As contrações involuntárias dos MAP são as principais características do orgasmo e, quando não fortalecidos, podem levar a hipoestesia vaginal e anorgasmia (AZAR et al., 2008).

Segundo Masters e Johnson, a função sexual feminina é composta por quatro momentos: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Entretanto, quando há alguma dificuldade em qualquer uma dessas fases e a sexualidade não é plenamente satisfeita, caracteriza-se o quadro de Disfunção Sexual (OMS, 1993). Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, a disfunção sexual é qualquer modificação da resposta sexual humana que produza sofrimento físico e/ou emocional, individual ou entre parceiros.

Dessa forma, a condição de disfunção sexual sofre influências de diversos fatores: biológicos (doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, idade, utilização de medicamentos que atuam no sistema nervoso, etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, gestação e paridade), psicológicos (transtornos mentais e depressão), sociais (cultura, crenças religiosas e relacionamento com o parceiro) ou a combinação de vários desses fatores (TOZO et al., 2007).

Em vista disso, a disfunção sexual pode ocorrer em qualquer fase da vida mulher. Todavia, sabe-se que somente a descoberta da gravidez pela mulher, parece afetar negativamente a sua vida sexual, levando a uma diminuição das relações sexuais o que pode levar a um quadro de disfunção sexual (CORBACIOGLU et al., 2012). Pesquisas revelam que independente do contexto socioeconômico e cultural que a mulher vivencia, elas podem apresentar dificuldades com desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, insatisfação sexual e dispareunia na gravidez (CORBACIOGLU et al., 2012; PAULS; OCCHINO; DRYFHOUT, 2008).

Além de todas as questões emocionais que predisponham ao desenvolvimento da disfunção sexual na gestação, os MAP enfraquecidos podem ser uma das causas da insatisfação sexual que pouco vem sendo investigada (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009). Pesquisa realizada com 37 gestantes com o propósito de comparar o grau de força dos MAP e a função sexual em gestantes do segundo e terceiro trimestres encontrou associação significativa entre a diminuição do grau de contração dos MAP e o escore de função sexual diminuído. Dessa forma, faz-se relevante buscar não somente os fatores emocionais que podem afetar a vida sexual das gestantes, mas também investigar a desordem

dos MAP que podem ser fundamentais para o desencadeamento da disfunção sexual nesse período.

O POP configura-se também como outra disfunção associada ao comprometimento dos MAP. O parto vaginal é considerado um importante fator de risco para o POP (FRITEL et al., 2009). Entretanto, o efeito do parto abdominal para o desenvolvimento do POP é controverso, pois alguns estudos têm mostrado que ele tem um efeito protetor (QUIROZ, et al., 2010; LARSSON; KÄLLEN; ANDOLF, 2009), enquanto outros não mostram essa associação protetora (DOLAN; HILTON, 2010).

A avaliação da história natural do prolapso com uma combinação de medidas, tanto objetivas, quanto subjetivas, tais como sintomas de distúrbios do assoalho pélvico têm sido pouco explorados em mulheres gestantes (ELENSKAIA et al., 2013).

Nessa conjuntura, vários são os aspectos que podem comprometer a QV das mulheres no período gestacional, particularmente a DAP. As incontínências urinárias e fecais estão, geralmente, interligadas às perturbações de ordem social e moral, despertando sentimentos de constrangimento, isolamento social e depressão (BEZERRA et al., 2013; FONSECA et al., 2005). A disfunção sexual e o POP, por sua vez, também acarretam sentimento de impotência e baixa autoestima. Tais comprometimentos associados ao período de intensas mudanças que ocorrem na gestação são potenciais para a diminuição da QV. Por isso, frente às diversas repercussões na vida da gestante, medidas de avaliação da QV relacionadas com a disfunção do assoalho pélvico são significativamente recomendadas.

O conceito e o termo QV há algum tempo vem sendo motivo de estudo entre os pesquisadores, desde a sua definição até a forma de mensurá-la. A QV por ser um construto subjetivo possui definição variável que se modificou diversas vezes com o passar dos anos (CAMPOS; NETO, 2008).

Em 1940, a OMS definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença. Tal definição consagrou-se como um marco para a definição de QV, mas somente em 1994 a OMS, conceituou QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1403).

Dentre as diversas definições de QV, Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que seu conceito é intrínseco ao ser humano e está relacionado com o nível de satisfação existente nas esferas amorosas, familiar, social, ambiental e ao próprio indivíduo.

No campo da saúde o termo QV pode ser estendido para qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que considera também os aspectos diretamente relacionados às enfermidades ou às intervenções de saúde. Os pesquisadores, de modo geral, podem utilizar as duas expressões que devem estar de acordo com o objeto de estudo e com o instrumento utilizado em sua pesquisa (NICOLUSSI; SAWADA, 2010).

A QVRS pode ser compreendida como um excelente grau das funções: mental, física, social, psicológica, cognitiva e funcional, incluindo avaliação, relacionamentos, percepção de saúde, aptidão e satisfação com a vida e bem estar. Além disso, a QVRS pode estar atrelada ao nível de satisfação do paciente com seu tratamento, resultado, estado de saúde e prognóstico com perspectivas futuras. Pelo conceito de QVRS, percebe-se que esse também ressalta a multidimensionalidade embutida no conceito de saúde que leva em consideração os aspectos físicos, emocionais, sociais e nível de satisfação com a vida (BOWLING, 2001).

Nesse contexto, em virtude das diversas nuances que envolve a QV, a influência da disfunção do assoalho pélvico na QVRS de gestantes pode diferenciar dependendo do acompanhamento durante o pré-natal. Este atendimento, no Brasil, pode ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), público ou em consultórios privados, em que as consultas são pagas diretamente pelo cliente ou indiretamente, através de convênios médicos ou sistema de seguro saúde.

A assistência prestada à gestante durante o pré-natal, em relação à fonte financiadora, pública ou privada, não costuma ser objeto de estudos específicos e também não é analisada como uma variável, fazendo parte de estudos maiores (NASCIMENTO, 2003), sendo essa uma lacuna nas pesquisas brasileiras.

Nascimento (2003) mostrou em sua pesquisa o seguinte perfil de gestantes que realizaram o pré-natal no serviço público em comparação com grávidas que foram atendidas no serviço privado: maior proporção de mães com menor intervalo interpartal, fumantes, menor escolaridade, idade menor ou igual a 19 anos, desempregadas, maior número de parto vaginal, menor número de consultas de pré-natal, relato de infecção urinária durante o pré-natal, sem pediatra no momento do parto, e cujos recém-nascidos não ficaram em alojamento conjunto ou tinham baixo peso ao nascer (NASCIMENTO, 2003). Assim, podem existir diferentes fatores entre mulheres atendidas no serviço público e privado que podem interferir na QVRS referente à DAP.

Nesse contexto, dentre as atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, está a realização da consulta de pré-natal de baixo risco. Assim, o enfermeiro torna-se figura

essencial na avaliação da QVRS de gestantes no que diz respeito à DAP, com o intuito de promover saúde e melhorar a QVRS durante a gestação.

Em face de tais considerações, torna-se imperativo compreender a influência da disfunção do assoalho pélvico na QVRS de gestantes, com o intuito de possibilitar cuidados de enfermagem qualificados, que tenham como base a promoção da saúde, a prevenção de complicações e o bem-estar físico e emocional das gestantes no que se refere à DAP.

Assim, o presente trabalho busca comprovar a tese de que a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes sofre influência negativa das disfunções do assoalho pélvico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de baixo risco.
- Verificar a prevalência da incontinência urinária, da incontinência anal, do prolapso de órgãos pélvicos e da disfunção sexual em mulheres grávidas.
- Identificar a associação de variáveis sócio demográficas e obstétricas com a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.
- Identificar a associação de variáveis sócio demográficas e obstétricas com as disfunções do assoalho pélvico em gestantes.

3 ESTADO DA ARTE

Antigamente, os debates acerca do conceito de QV eram presentes somente entre filósofos e poetas. A partir de 1930, na literatura médica, surgiu, pela primeira vez, o termo QV. Pesquisas tinham como propósito definir e propor avaliações para a QV (SEILD; ZANNON, 2004). No entanto, somente em 1964 que o termo voltou a surgir na comunidade científica, nos Estados Unidos, quando foi declarado pelo presidente Lyndon Johnson que o bem-estar da população não poderia ser mensurado por meio dos cofres bancários, mas sim por meio da QV que era oferecida às pessoas (FLECK; LEAL; LOUZADA, 1999).

Todavia, apenas em 1990 o termo QV ganha impulso nas pesquisas científicas. Nessa época, a OMS decidiu reunir vários especialistas, de todo o mundo, a fim de formar grupos de estudos sobre QV com o objetivo de aumentar o conhecimento científico da área e de desenvolver instrumentos de avaliação desse construto levando em conta os aspectos transculturais (OMS, 1995).

De forma cada vez mais frequente esse é um assunto que vem sendo debatido entre a comunidade científica. O termo QV obteve diversas definições no decorrer do século XX, uma vez que se trata de algo subjetivo e inerente ao ser humano (FERRAZ, 1998).

Segundo a OMS (1998), a QV está relacionada com a posição do indivíduo na vida, no contexto da cultura em que está inserido, seus princípios, valores, propósitos, desejos, expectativas, padrões e preocupações.

O conceito de QV também está associado ao sentimento de autoestima e bem estar, envolvendo várias dimensões como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a ocupação, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, a religiosidade, a forma de viver, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que convive (ISANG; LIAMPUTTONG; PIERSON, 2004; SANTOS et al., 2002).

Assim, o conceito de QV pode variar dependendo do autor, bem como do ponto de vista o qual é analisado. Fatores como o nível sociocultural, a faixa etária, as experiências individuais, os desejos sociais, entre outros podem influenciar no nível de QV de cada indivíduo (VECCHIA et al., 2005). Dessa forma, o que para uma pessoa QV está relacionada com a aspiração de uma boa carreira profissional, para outra QV significa um bom relacionamento com a família, ressaltando, portanto, a subjetividade embutida em tal conceito.

Apesar dessa subjetividade envolta no conceito de QV, desde o início do século XX, discussões envolvendo tal temática têm sido frequentes a fim de transformar tal construto em uma medida quantitativa, uma vez que essa pode influenciar diretamente no tratamento e nos resultados de patologias. Foi dessa forma que surgiu o termo QVRS, que além de considerar todos os aspectos amplamente discutidos, também leva em consideração de forma mais direta às enfermidades ou às intervenções de saúde (NICOLUSSI; SAWADA, 2010).

A QVRS pode ser definida como um ótimo nível das funções: mental, física, social, psicológica, cognitiva, funcional, pessoal, percepção de saúde, aptidão, satisfação com a vida e bem estar. Além disso, a QVRS pode está atrelada ao nível de satisfação do paciente com seu tratamento, resultado, estado de saúde e prognóstico com perspectivas futuras (BOWLING, 1995).

Nesse contexto, percebe-se que a QVRS é preocupação de muitos profissionais de saúde de diferentes especialidades. Quando se refere à DAP, sabe-se que condições como a IU, POP, disfunções anorretais e sexuais podem comprometer não somente aspectos físicos, mas também fatores emocionais, psicológicos, sociais, econômicos e pessoais, afetando a QVRS de muitas mulheres, sobretudo quando estão grávidas. Concordando com tal preceito, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) recomenda a avaliação da QVRS por meio de instrumentos validados e confiáveis em todas as pesquisas que investiguem a DAP, sendo complementar aos parâmetros clínicos objetivos (BEZERRA et al., 2013).

Assim, torna-se relevante conhecer pesquisas que envolvam tal temática com intuito de desvelar a influência da disfunção do assoalho pélvico na QVRS de gestantes.

Visando caracterizar a produção científica sobre QVRS de mulheres grávidas relacionadas à disfunção do assoalho pélvico realizou-se uma revisão integrativa da literatura que é um tipo de pesquisa fundamentada na prática baseada em evidência, o que garante confiabilidade e profundidade às conclusões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A Prática Baseada em Evidências garante a qualidade em processos que integram o conhecimento explícito e o propositado, sendo aplicável pelo pesquisador na sua realidade profissional, de forma criteriosa e consciente, buscando a melhor evidência disponível. Estudos dessa natureza são importantes para levantar o estado da informação produzida sobre o tema, as lacunas nesta produção e proporcionar uma síntese do conhecimento segundo níveis de evidências que facilita a transposição dessas para a prática clínica (GALVÃO, 2002).

A revisão integrativa seguiu os seguintes passos para garantir o rigor metodológico: identificação do tema e elaboração da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de

critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e por fim a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Destaca-se que a análise do nível de evidências é classificada em sete níveis. No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudo de coorte e de caso controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

A pergunta que norteou a revisão integrativa foi: qual o conhecimento científico produzido acerca da relação entre a disfunção do assoalho pélvico e QV de gestantes?

Ressalta-se que apesar da diferença entre os termos QV e QVRS, optou-se por utilizar na pergunta norteadora o termo qualidade de vida, visto que QVRS não é um descritor controlado.

O levantamento dos estudos aconteceu nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e SCOPUS, a partir da combinação dos seguintes descritores: qualidade de vida (*quality of life*), diafragma da pelve (*pelvic floor*), gravidez (*pregnancy*), incontinência urinária (*urinary incontinence*), prolapso de órgão pélvico (*pelvic organ prolapse*), incontinência fecal (*fecal incontinence*), disfunção sexual fisiológica (*sexual dysfunction, physiological*).

A presente revisão adotou como critério de inclusão artigos que abordaram QV e DAP de mulheres grávidas; texto completo em português, inglês e espanhol; artigo com nível de evidência 1, 2, 3, 4, 5 e 6; e artigos produzidos nos últimos 10 anos, em busca das evidências mais atuais.

Os critérios de exclusão adotados foram: artigos relacionados à pesquisa metodológica devido a não adequação ao objeto do estudo; artigos com mulheres grávidas com alguma comorbidade como antecedente pessoal de câncer ou outras patologias, pois a QV dessas mulheres possivelmente sofrerá fortes influências dessas doenças e não das disfunções pélvicas; artigos de avaliação de intervenções cirúrgicas, uma vez que o objetivo da revisão foi identificar as lacunas no cuidado de enfermagem relacionada à QVRS de mulheres com DAP.

A análise dos artigos se procedeu de forma objetiva com a utilização de um instrumento adaptado de Nicolussi (2008) que possui critérios que permitem a análise dos artigos acerca das características metodológicas, bem como critérios específicos para avaliação da QVRS (APÊNDICE A).

O instrumento referido passou por uma validação de conteúdo e aparência por um comitê de especialistas formado por três juízes, enfermeiros, com experiência em estudos de revisão integrativa, além de conhecimento na temática de QV. O instrumento apresenta os seguintes critérios: 1) Identificação da publicação: título do artigo e do periódico, autores, formação e instituição do autor principal, país, idioma e ano de publicação; 2) Critérios de avaliação de estudos de QV: utilização da definição de QV, domínios mensurados de QV, instrumentos utilizados e se são validados; 3) Características metodológicas do estudo: delineamento da pesquisa, caracterização da amostra, resultados, conclusões e nível de evidência. A busca foi realizada no mês dezembro de 2014.

Os seguintes cruzamentos foram realizados a fim de responder a pergunta norteadora:

- 1) qualidade de vida (*quality of life*) x gravidez (*pregnancy*) x diafragma da pelve (*pelvic floor*).
- 2) qualidade de vida (*quality of life*) x gravidez (*pregnancy*) x incontinência urinária (*urinary incontinence*).
- 3) qualidade de vida (*quality of life*) x gravidez (*pregnancy*) x prolapso de órgão pélvico (*pelvic organ prolapse*),
- 4) qualidade de vida (*quality of life*) x gravidez (*pregnancy*) x incontinência fecal (*fecal incontinence*),
- 5) qualidade de vida (*quality of life*) x gravidez (*pregnancy*) x disfunção sexual fisiológica (*sexual dysfunction, physiological*).

De acordo com os cruzamentos citados e os achados das bases de dados foram encontrados os seguintes estudos.

Quadro 1 – Distribuição do número de artigos encontrados segundo os cruzamentos e as bases de dados Lilacs, Medline, Cinahl e Scopus. Jan., 2015.

Cruzamentos	Lilacs	Medline	Cinahl	Scopus
1) qualidade de vida (<i>quality of life</i>) x gravidez (<i>pregnancy</i>) x diafragma da pelve (<i>pelvic floor</i>).	0	25	10	38
2) qualidade de vida (<i>quality of life</i>) x gravidez (<i>pregnancy</i>) x incontinência urinária (<i>urinary incontinence</i>).	1	130	20	83
3) qualidade de vida (<i>quality of life</i>) x gravidez (<i>pregnancy</i>) x prolapso de órgão pélvico (<i>pelvic organ prolapse</i>),	0	18	3	25
4) qualidade de vida (<i>quality of life</i>) x gravidez (<i>pregnancy</i>) x incontinência fecal (<i>fecal incontinence</i>),	0	44	12	40
5) qualidade de vida (<i>quality of life</i>) x gravidez (<i>pregnancy</i>) x disfunção sexual fisiológica (<i>sexual dysfunction, physiological</i>).	1	23	0	14
Total de artigos	2	240	45	200

O número total de artigos encontrados foram 487 artigos, somando todas as bases e todos os cruzamentos explicitados no quadro. A seguir, realizou-se a leitura do resumo dos 487 artigos e estes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão mostrados no quadro 2. Ratifica-se que a seleção, em alguns casos, se deu pela leitura dos títulos dos artigos, uma vez que esses já apontavam aspectos que os excluía da seleção, como por exemplo, títulos de pesquisas que já elucidavam a população de mulheres idosas.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados. Jan., 2015.

	Lilacs	Medline	Cinahl	Scopus	Total
Produção encontrada	2	240	45	200	487
MOTIVO DA EXCLUSÃO					
Pesquisa Metodológica	-	6	2	7	15
Comorbidades	-	53	9	36	98
Mulheres não gestantes	-	92	6	67	165
Revisão de literatura	-	5	0	0	5
Não aborda a temática de QV	1	26	9	33	66
Intervenções específicas de outras categorias	-	25	4	15	44
Não disponíveis	-	10	2	11	23
Outras línguas	-	7	1	12	20
Total excluído	1	224	33	181	436
Total selecionado	1	16	12	19	48

Após a compilação dos 48 artigos encontrados nas quatro bases selecionadas para o estudo, observou-se que 29 eram repetidos, totalizando a busca com 19 artigos. Desses, três

artigos foram publicados anteriormente ao ano de 2004. Ainda observou-se que dois estudos apresentaram resultados semelhantes, pois se tratavam da mesma pesquisa, sendo selecionado somente um artigo que apresentava dados mais completos. Desse modo, a busca finalizou com 15 artigos.

O quadro abaixo demonstra os estudos encontrados segundo a base de dados, o ano de publicação e o título.

Quadro 3 - Descrição de artigos incluídos na revisão integrativa, segundo a base de dados, o ano de publicação, o título e os autores. Jan., 2015.

ESTUDO	BASE DE DADOS	ANO	TÍTULO E AUTORES
01	Lilacs	2013	Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. (OLIVEIRA et al., 2013)
02	Scopus	2013	Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study. (ELENKAIA et al., 2013)
03	Scopus	2008	Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. (PAULS et al., 2008)
04	Medline	2011	Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. (VALETON; AMARAL, 2011)
05	Scopus	2012	Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. (FERREIRA et al., 2012)
06	Medline	2012	A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. (TORRISI et al., 2012)
07	Cinahl	2014	Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study. (JOHANNESSEN et al., 2014)
08	Medline	2012	Double Incontinence in a Cohort of Nulliparous Pregnant Women. (ESPUÑA-PONS et al., 2012)
09	Scopus	2004	A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. (DOLAN et al., 2004)
10	Scopus	2011	Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum. (ARRUE et al., 2011)
11	Scopus	2007	The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? (VAN BRUMMEN et al., 2007)
12	Medline	2012	Urinary Incontinence During Pregnancy and 1 year After Delivery in Primiparous Women Compared With a Control Group of Nulliparous Women. (HANSEN et al., 2012)
13	Medline	2014	Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. (MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2014)
14	Medline	2014	Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? (FRANCO et al., 2014)
15	Cinahl	2010	Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. (KOC AOZ; TALAS; ATABEKOGLU, 2010)

De acordo com o ano de publicação, observou-se que o maior número de artigos foi produzido nos anos de 2014 (3), 2013 (2), 2012 (4) e 2011 (2). Diante dos números, percebe-

se que estudos que envolvem a QVRS de mulheres grávidas com DAP podem ser considerados pesquisas de interesse atual e em crescimento na comunidade científica.

Dessa forma, considera-se relevante investir em pesquisas que envolvam QVRS e DAP em gestantes, a fim de elucidar múltiplos fatores que ainda são controversos na literatura. Diversas são as vertentes dessa temática, devendo reportar as evidências científicas para a prática profissional, principalmente de enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento de gestantes no pré-natal de baixo risco, com o propósito de melhorar a investigação, o diagnóstico precoce, iniciando o tratamento e conseqüentemente melhorando a QVRS de gestantes relacionada às DAP.

No quadro 4, os artigos estão apresentados segundo as características metodológicas, formação dos autores, origem e idioma das publicações.

Quadro 4 - Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento do estudo, o nível de evidência, a formação dos autores, o país e o idioma. Jan., 2015.

Estudo	Delineamento do estudo	Nível de Evidência	Formação dos autores	País	Idioma
1 Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life.	Estudo descritivo transversal	6	Médicos	Brasil e Holanda	Inglês
2 Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study.	Estudo longitudinal, prospectivo	4	Médicos	EUA	Inglês
3 Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study	Estudo longitudinal	4	Médicos	Áustria	Inglês
4 Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study	Estudo longitudinal	4	Médicos	Brasil	Inglês
5 Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco.	Estudo descritivo transversal	6	Médicos	Brasil	Português
6 A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery.	Estudo prospectivo, multicêntrico	4	Médicos	Itália	Inglês
7 Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study.	Estudo descritivo transversal	6	Fisioterapeutas e médicos	Noruega	Inglês
8 Double Incontinence in a cohort of Nulliparous Pregnant Women.	Estudo longitudinal	4	Médicos	Espanha	Inglês

9 A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence	Estudo longitudinal	4	Médicos	Irlanda do Norte	Inglês
10 Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum.	Estudo longitudinal	4	Médicos	Espanha	Inglês
11 The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference?	Estudo longitudinal	4	Médicos	Holanda	Inglês
12 Urinary Incontinence During Pregnancy and 1 year After Delivery in Primiparous Women Compared With a Control Group of Nulliparous Women.	Estudo de coorte	4	Médicos	Dinamarca	Inglês
13 Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida	Estudo longitudinal	4	Fisioterapeutas	Brasil	Português
14 Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester?	Estudo longitudinal	4	Médicos	Espanha	Inglês
15 Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life.	Estudo transversal	6	Enfermeiros	Turquia	Inglês

Com relação ao nível de evidência, 73,3% (11) da produção se configura como estudos prospectivos com nível de evidência 4. Sabe-se que estudos longitudinais prospectivos são uma estratégia poderosa para definir a incidência de uma condição clínica, sendo útil também para investigar possíveis causas (HULLEY et al., 2008).

Dessa forma, esses estudos foram importantes para que se pudesse estabelecer a prevalência da disfunção do assoalho pélvico nessa população, bem como avaliar o impacto na QVRS. Uma grande parte dos estudos longitudinais obteve como pontos de coleta o último trimestre da gestação e o pós-parto a fim de estabelecer as diferenças encontradas nesses períodos e o impacto da própria gestação, bem como do tipo de parto para o desenvolvimento ou agravamento da DAP.

Todas as outras pesquisas encontradas 04 (26,7%) foram categorizadas com nível de evidência 6, estudos descritivos transversais. Nesse tipo de pesquisa todas as coletas são realizadas em uma única ocasião ou em um curto período de tempo. São designadas as variáveis preditoras e o desfecho com base nas informações de outras fontes. Apesar da dificuldade de estabelecer relações causais em comparação com estudos longitudinais, eles são importantes para definir características clínicas de um grupo (HULLEY et al., 2008).

Ao analisar a formação profissional dos autores, observou-se que 86,7% (13) dos artigos foram produzidos por profissionais médicos e apenas um artigo teve como autoria principal o profissional enfermeiro.

O enfermeiro faz parte de uma equipe multiprofissional que presta assistência à mulher, grávida ou não, com DAP nos diversos contextos em que ela se encontra, desde a identificação de sintomas específicos nas unidades básicas de atendimento, passando por ambulatórios, até unidades cirúrgicas.

Dentre esses, destaca-se o importante papel que o enfermeiro desempenha no sistema de saúde brasileiro, por meio da consulta de enfermagem no pré-natal, acompanhando gestantes de baixo risco. A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, com o propósito de propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua QV, mediante uma abordagem contextualizada e participativa (BRASIL, 2012). Assim, investigar a influência da DAP na QVRS das gestantes é dever do enfermeiro, preconizada pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, o enfermeiro assim como os outros profissionais, médicos e fisioterapeutas, deve se deparar em sua prática com inúmeros problemas de pesquisa que merecem uma investigação científica apurada. No entanto, a literatura em consonância com os achados dessa revisão mostra uma escassa produção científica advinda de profissionais enfermeiros, revelando a necessidade premente do avanço nessa temática. A enfermagem, por sua vez, é considerada uma ciência e, assim, há inúmeros aspectos considerados próprios dessa que necessitam ser investigados acerca da influência da DAP na QVRS de gestantes.

Ainda caracterizando a produção científica, percebeu-se que (26,7%) 04 artigos tiveram como origem o Brasil e ainda um artigo teve autoria conjunta entre Brasil e Holanda. As demais produções se dividem entre países da Europa e Estados Unidos. Destaca-se que 13,3% (02) do total foram publicados no idioma português. Torna-se relevante mencionar que a pesquisa aponta para um aumento do interesse de pesquisadores brasileiros nessa temática. Apesar do levantamento estatístico da prevalência da DAP em gestantes ser ainda obscuro mundialmente, sobretudo no Brasil, dados apontam que 37,8% das gestantes brasileiras podem apresentar tal enfermidade (BARBOSA, 2007). Assim, precisa-se investir globalmente, em pesquisas que abordem tal temática, dada a magnitude do problema em questão.

O quadro 05 demonstra uma análise dos artigos, adaptado do estudo de Nicolussi (2008) (APÊNDICE A), quanto à definição de QV, os instrumentos de QV utilizados no estudo e a validade desses.

Quadro 5- Distribuição dos artigos incluídos na revisão segundo a definição de qualidade de vida, instrumentos utilizados e se são validados para o estudo. Jan., 2015.

Estudo	Nome do artigo	Definição de QV	Instrumentos	Validade do instrumento
01	Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life.	Não	Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)	Sim
02	Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study.	Não	Electronic Personal Assessment Questionnaire-Pelvic Floor (ePAQ-PF)	Sim
03	Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study	Não	Female Sexual Function Index (FSFI), Body Exposure During Sexual Activities Questionnaire (BESAQ), Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), Fecal Incontinence Quality of life Scale (FIQOL)	Sim
04	Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study	Não	King's Health Questionnaire (KHQ)	Sim
05	Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco.	Não	Quociente Sexual — Versão Feminina (QS-F) WHOQOL-bref	Sim
06	A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery.	Não	Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) the Wexner's Continence Grading Scale King's Health Questionnaire (KHQ) Short sexual activity questionnaire	Sim, com exceção do instrumento Short sexual activity questionnaire que não é validado.
07	Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study.	Não	Fecal Incontinence Quality of Life Score (FIQL)	Sim
08	Double Incontinence in a Cohort of Nulliparous Pregnant Women.		Incontinence Severity Index (ISI) International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) Jorge and Wexner Faecal Continence Grading Scale	Sim, com exceção do instrumento Jorge and Wexner Faecal Continence Grading Scale
09	A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence	Não	King's Health Questionnaire (KHQ)	Sim
10	Factors involved in the	Não	King's Health Questionnaire	Sim

	persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum.		(KHQ)	
11	The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference?	Não	Urogenital Distress Inventory (UDI) Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)	Sim
12	Urinary Incontinence During Pregnancy and 1 year After Delivery in Primiparous Women Compared With a Control Group of Nulliparous Women.	Não	International Consultation of Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)	Sim
13	Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida	Não	King's Health Questionnaire (KHQ) WHOQOL-Bref	Sim
14	Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester?	Não	International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20), que inclui os instrumentos Urinary Distress Inventory (UDI-6), o Colo-rectal Anal Distress Inventory (CRADI-8), o Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6), Short Form 36 Health Survey (SF-36)	Sim
15	Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life.	Não	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) Wagner's Quality of Life (QOL) Scale	Sim

Com relação à definição da QV nos artigos analisados, identificou-se que nenhum artigo definiu o termo QV ou QVRS. Devido à subjetividade e os inúmeros conceitos que o termo QV pode assumir, é importante que os autores retratem de forma explícita qual definição eles se basearam para proceder à análise de seus dados (NICOLUSSI, 2008). Nos artigos analisados, somente a partir do instrumento utilizado na pesquisa é que se pode concluir qual foi o referencial utilizado pelos autores, já que os mesmos não definiram QV.

Nicolussi (2008) encontrou em seu estudo, que objetivava avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico relacionado à QV do paciente adulto com câncer de cólon e reto, que 79,1% dos artigos não definiram QV. Assim, autores que se propuserem a trabalhar com tal temática devem estar atentos para essa questão da conceituação.

De forma geral, nos dias atuais, existem duas formas de se avaliar a QV, por meio de instrumentos genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos procuram analisar todos os aspectos relevantes que afetam a saúde e refletem o impacto de um desfecho (doença) sobre a saúde. Em contrapartida, os instrumentos específicos avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos da QV (FAYERS, 2000).

Sabe-se que deve haver uma coerência entre a definição e o instrumento a ser utilizado. Caso o autor se utilize do conceito de QV, os instrumentos de pesquisa devem ser genéricos. Em contrapartida, ao se basear na definição de QVRS, os instrumentos da pesquisa devem ser específicos.

Atualmente, existe uma maior tendência de se utilizar instrumentos genéricos à específicos, apesar de alguns aspectos serem negligenciados (GORDIA, 2008; GORDIA et al., 2009; GORDIA et al., 2010). No entanto, o ideal é que se utilize em uma mesma pesquisa instrumentos genéricos e específicos, visto que tais instrumentos possuem caráter complementar (KERR et al. 2003).

Os dados acima apontam que quase todos os artigos analisados utilizaram instrumentos específicos. Assim, os resultados obtidos de tais estudos revelam de forma específica a relação da disfunção do assoalho pélvico com a QV. Todavia, instrumentos gerais também são importantes para complementar a avaliação de um construto tão subjetivo como a QV.

Observou-se ainda que quase todos os artigos utilizaram instrumentos de QVRS validados. Tal dado é de suma importância e configura-se como aspecto positivo, uma vez que a consistência dos resultados apresentados depende da confiabilidade e da validade dos instrumentos utilizados.

O quadro 06 reporta os domínios de QV que foram investigados pelos autores. Ressalta-se que a classificação dos domínios foi feita de acordo com Nicolussi (2008) que utilizou como referência os domínios utilizados pelo *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (WHOQOL-100), além do domínio sexualidade. São eles: físico, psicológico/mental, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, sexualidade e outros. Na presente revisão, bem como no instrumento adaptado de Nicolussi (2008), outros domínios também puderam ser documentados, desde que o instrumento utilizado na pesquisa definisse-o.

Desse modo, o domínio “Físico” revela a percepção da gestante sobre sua condição de saúde, abordando as seguintes facetas: dor e desconforto, dependência de medicação, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso e capacidade para o trabalho. No domínio

“Psicológico/Mental” são investigados sentimentos positivos e negativos que permeiam a vida da gestante como memória e concentração, percepção sobre sua imagem corporal e autoestima. O domínio “Nível de independência” aborda a independência para realização das atividades diárias e pessoais. O domínio “Relações Sociais” refere-se às relações pessoais e o suporte social. O domínio “Meio ambiente” diz respeito à percepção da gestante em torno do ambiente em que ela vive e envolve as facetas: segurança física e proteção, recursos financeiros, informações, ambientes no lar, transporte, oportunidades de lazer, cuidados de saúde e ambiente físico. Já o domínio “Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais” engloba as questões religiosas e espirituais e o domínio “Sexualidade” envolve a atividade sexual.

Quadro 6 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade de vida relacionado à DAP em gestantes. Jan., 2015.

Nº	Artigos	Domínios
01	Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life.	Físico.
02	Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study.	Físico, Sexualidade.
03	Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study	Físico, Sexualidade, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.
04	Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study	Físico, Sexualidade, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.
05	Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco.	Sexualidade, Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente, Percepção geral de saúde.
06	A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery.	Físico, Sexualidade, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.
07	Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study.	Físico, Sexualidade, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.
08	Double Incontinence in a Cohort of Nulliparous Pregnant Women.	Físico, Percepção geral de saúde.
09	A study of quality of life in primigravida with urinary incontinence	Físico, Sexualidade, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.
10	Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum.	Físico, Sexualidade, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.

11	The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference?	Físico, Nível de Independência Psicológico, Relações sociais.
12	Urinary Incontinence During Pregnancy and 1 year After Delivery in Primiparous Women Compared With a Control Group of Nulliparous Women.	Físico.
13	Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida	Sexualidade, Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Percepção geral de saúde.
14	Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester?	Físico, Nível de Independência, Psicológico, Relações sociais, Percepção geral de saúde.
15	Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life.	Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente.

Ao analisar os artigos da revisão percebe-se que todos enfocaram o domínio físico, já que se trata de uma enfermidade específica que é a DAP. Sabidamente, mulheres afetadas por DAP sofrem alterações anatômicas, que vão desencadear desordens que afetarão primeiramente o domínio físico. No entanto, com o agravamento do quadro, os domínios psicológico, relações sociais, meio ambiente, sexual também serão comprometidos, de forma tão negativa ou pior do que o domínio físico.

Outro domínio investigado por 73,3% (11) dos artigos foi o de relações sociais. É esperado que distúrbios como a IU e IA possam levar indivíduos ao isolamento social, visto que disfunções relacionadas às eliminações sempre acarretaram sentimento de vergonha, constrangimento e baixa auto estima (BEZERRA et al., 2013).

Os dados apontaram que 86,6% (13) dos artigos tiveram a IU como objeto de pesquisa. Desses, a maioria utilizou o instrumento de QV denominado *King's Health questionnaire* (KHQ) que avalia de forma multidimensional as limitações físicas, sociais, pessoais, as emoções, as atividades diárias, o sono e disposição que podem ser influenciados pelo distúrbio de IU. Todavia, ao se observar os resultados do artigo, os autores pouco retratam o impacto na QV causado pela IU nos domínios citados. Na verdade, o que se percebe é que a maioria dos artigos se concentra em dados de incidência, bem como na realização de associações que comprovem causa e efeito, ficando uma lacuna de pesquisas que se debrucem sobre o real impacto na QV e nos domínios afetado por essas condições.

Apesar disso, é reconhecido internacionalmente a importância que pesquisas clínicas abordem questões subjetivas que envolvam a DAP (BEZERRA et al., 2013), dando maior consistência do impacto dessa disfunção na QV do indivíduo, contribuindo, inclusive, para o tratamento a ser operacionalizado. Por isso, percebe-se a relevância e o aumento de contribuições científicas abordando essa temática.

Embora se compreenda a importância de estudos que enfoquem tal temática percebe-se uma escassez de pesquisas acerca das DAP durante a gravidez, seus sintomas e QVRS.

Assim, a análise dos dados permitiu a identificação dos eixos que nortearam a produção do conhecimento baseado nas evidências acerca dessa temática. As disfunções do assoalho pélvico feminino em gestantes discutidas na presente revisão integrativa foram: incontinência urinária, as disfunções anorretais, as disfunções sexuais e o prolapso de órgãos pélvicos e a QVRS das gestantes.

3.1 Incontinência urinária e QVRS em gestantes

No quadro 07 estão os artigos que retratam a IU, seja de forma isolada ou em combinação com outras DAP. Em caso de estudos que abordam outras disfunções foram expostos somente os resultados e conclusões referentes à IU.

Quadro 7 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam a incontinência urinária. Jan., 2015.

Estudo e Autoria	Amostra e período da coleta de dados	Principais resultados	Conclusões
01 OLIVEIRA et al., 2013	495 mulheres entrevistadas imediatamente após o parto. No entanto, todas as perguntas foram referentes às últimas quatro semanas de gestação.	No total 71,11% (352) apresentaram IU durante as últimas 4 semanas de gestação, com escore do ICIQ-SF de 12,11 (min.=3 e máx. = 21), considerado severo impacto na QV. Observou-se associação estatística entre o relato de IU com as seguintes variáveis: escolaridade abaixo de 8 anos (OR: 2,99; p < 0,001), raça negra (OR: 2,32; p= 0,005), mulheres com mais de 3 filhos (OR: 4,93; p < 0,001), obesas (OR: 4,22; p < 0,001) e parto normal (OR: 2,59; p < 0,001).	A maioria das gestantes apresentaram IU, afetando negativamente sua qualidade de vida.
02 ELENSKAIA et al., 2013	1ª coleta: 182 nulíparas no segundo trimestre. 2ª coleta: 129 mulheres 14 semanas após o parto. 3ª coleta: 78 mulheres 1 ano após o parto 4ª coleta: 97	Não houve aumento significativo nos sintomas de incontinência urinária de esforço em nenhum ponto de coleta, independente do tipo de parto.	Não houve impacto na qualidade de vida das gestantes e após o parto relacionado à IU.

	mulheres 5 anos após o parto		
03 PAULS et al., 2008	1ª coleta: 150 gestantes no primeiro trimestre 2ª coleta: 70 mulheres no terceiro trimestre 3ª coleta: 63 participantes 6 meses após o parto	Os sintomas urinários não diferenciaram durante a gravidez, mas houve melhora quando comparados com o pós parto ($p = 0,045$). Os escores gerais dos sintomas urinários foram piores em todos os pontos de coleta em mulheres que tiveram parto vaginal.	As gestantes apresentaram um impacto negativo no que se refere aos sintomas urinários, com resolução no período pós-parto.
04 VALETON; AMARAL, 2011	1ª coleta: 343 gestantes no terceiro trimestre 2ª coleta: 236 no pós parto	30,61% relataram IU no terceiro trimestre e 6,78% no pós-parto. Houve associação estatisticamente significativa entre a IU e multiparidade ($p = 0,028$). Houve uma melhoria na QV no pós-parto, devido a redução de pontuações nos domínios limitações sociais ($p = 0,038$) e sono / energia.	Alta prevalência de IU durante a gravidez e comprometimento da qualidade de vida devido a IU com melhora no pós parto.
06 TORRISI et al., 2012	1ª coleta: 960 mulheres 2-3 dias após o parto 2ª coleta: 744 mulheres 3 meses após o parto	No pós-parto imediato, 34,1% das mulheres se queixaram de IU. A IU surgiu pela primeira vez durante a gravidez, em 85 (53%) mulheres que se queixaram de IU três meses após o parto. A prevalência de IU que tiveram parto vaginal e abdominal respectivamente foi de 27% e 12%.	Em termos de gravidade da IU três meses após o parto, os sintomas foram leves com um impacto moderado sobre a qualidade de vida das mulheres.
08 ESPUÑA-PONS et al., 2012	Nulíparas 1ª coleta: 1.018 no primeiro trimestre. 2ª coleta: 1.002 no segundo trimestre 3ª coleta: 925 no terceiro trimestre 4ª coleta: 950, 7 semanas após o parto.	Durante a gravidez, 441 (47,7%) mulheres apresentaram IU e no pós-parto a prevalência foi de 16,3%. No pós parto, 33,1% mulheres com IU tiveram interferência significativa na QV.	Uma maior proporção de mulheres com dupla incontinência relatou um impacto na vida diária somente relacionada à IU. No entanto, durante a gravidez, essas diferenças não foram significativas.
09 DOLAN et al., 2004	1ª coleta: 492 gestantes com 34 semanas. 2ª coleta: 372 mulheres 3-5 dias após o parto. 3ª coleta: 362 mulheres, 3 meses após o parto	A prevalência de IU foi: pré-gravidez 3,5%, pré-natal de 35,6%, pós-parto 13,7% e 3 meses pós-parto 13,0%. Antes do parto, gestantes com IU mista e de urgência tiveram piores pontuações na QV do que aquelas com IU de esforço nos domínios do sono e severidade.	A maioria das mulheres com IU experimentou um pior impacto na QV no pré-natal (54,3%) do que no pós-parto (71,1%), embora esse impacto tenha sido relatado como “um pouco” em 75,8 e 87,5%. As pontuações dos domínios de saúde pessoal e geral após o nascimento diminuíram.
10 ARRUE et al., 2011	1ª coleta: 458 no pós parto imediato 2ª coleta: 381, 2 anos após o parto.	26 (9,5%) mulheres relataram o desenvolvimento de IUE durante a gravidez, com persistência dos sintomas 2 anos pós-parto. De acordo com o índice de Gravidade de incontinência, a distribuição foi de 13 (50,0%) de incontinência leve, 12 (46,2%) de incontinência moderada, e	O IMC elevado em mulheres grávidas foi um fator de risco independente para a persistência de IU desde a gravidez até dois anos após o parto. Com relação à QV, a avaliação indicou que, na maioria dos casos, os sintomas de IU tiveram apenas um impacto moderado.

		apenas 1 (3,8%) com incontinência muito grave. O IMC apresentou associação significativa com a persistência dos sintomas de IU desde a gravidez até 2 anos após o parto.	
11 VAN BRUMMEN et al., 2007	344 mulheres nulíparas em todos os pontos de coleta. 1ª coleta: entre 12 e 18 semanas 2ª coleta: 36 semanas 3ª coleta: 3 meses pós parto. 4ª coleta: 1 ano pós parto.	Durante a gravidez não houve diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de IU entre mulheres que tiveram parto vaginal e abdominal. 3 meses após o parto a urgência e IU foram menos prevalentes no grupo de parto abdominal. A IU foi significativamente mais prevalente no grupo de parto vaginal em 3 e 12 meses após o parto.	A presença de IU no início da gravidez foi fator preditivo para IU tanto no grupo de parto vaginal como abdominal. Não foi encontrado efeito na QV com relação aos sintomas de IU tanto no grupo de parto vaginal como abdominal 1 ano após o parto.
12 HANSEN et al., 2012	Grupo primíparas: 1ª coleta: 1.018 mulheres 2-3 dias pós parto imediato. Ressaltase que as perguntas foram referente ao período gestacional. 2ª coleta: 799 mulheres 1 ano após o parto. Grupo controle: 1ª coleta: 1.836 mulheres 2ª coleta: 1382 mulheres após 1 ano.	A prevalência de IU, independente do tipo foi de 32% no grupo de primíparas, em comparação com 14% no grupo controle. Após 1 ano, as prevalências foram de 29% e 17%, respectivamente. A incontinência de esforço da linha de base foi três vezes mais frequente no grupo de primíparas.	A prevalência de IU durante a gravidez foi 3,3 vezes maior em comparação com um grupo controle de mulheres nulíparas. Após 1 ano, a diferença foi reduzida, mas ainda foi 2,5 vezes maior no grupo de primíparas. Os sintomas e impacto na qualidade de vida foram de leve a moderado em ambos os grupos.
13 MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2014	15 gestantes com queixa de perda urinária e 25 gestantes sem queixas: 1ª coleta: entre a 24-28ª semana 2ª coleta: entre a 34-36ª semana.	As gestantes sem sintomas miccionais apresentaram melhor qualidade de vida em comparação àquelas com sintomas miccionais nos domínios físico, social e ambiental. Para as gestantes com sintomas miccionais ocorreu piora dos escores dos domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência entre a 1ª e 2ª avaliação.	A perda urinária reduziram a qualidade de vida das gestantes. Outros fatores como o suporte social e emoções também podem ter impactos negativos na qualidade de vida durante a gestação.
14 FRANCO et al., 2014	Grupo 1: 58 gestantes no primeiro trimestre Grupo 2: 166 no terceiro trimestre.	77 (34,4%) relataram sintomas de IU, com diferença significativa de acordo com o trimestre da gravidez, sendo 19% no 1º trimestre e 39,8% no 3º trimestre (p = 0,004). O tipo mais comum foi IUE, afetando 48,05% das mulheres. As respostas do questionário SF-36 mostraram diferenças estatisticamente significativas	A prevalência de IU foi mais comum no terceiro trimestre. A quantidade de urina perdida foi pequena a moderada o que não dificultou a vida cotidiana de forma geral, mas afetou os domínios físicos, mentais e sociais de sua qualidade de vida. Outro problema mais prevalente do que a própria IU foi o aumento da frequência urinária,

		nos domínios de Aspectos Físicos, Dor, Saúde Geral, Função Social e Saúde Mental, com piores pontuações em mulheres com sintomas de IU, sem diferença entre os trimestres.	afetando 41,25% das gestantes e causando desconforto / angústia em 68,8%.
15	393 gestantes.	A prevalência de IUE, urgência, mista e outra foi respectivamente 54,7%, 25,5%, 16,0% e 3,8%. A maior parte das mulheres que tem IU (70,8%) afirmou que causou impacto em sua QV. Destas mulheres, 60,4% referiram como leve e 10,4% apresentaram efeitos moderados sobre a sua QV.	A IU é comum em mulheres durante a gravidez. No entanto, a QV foi pouco afetada pela incontinência urinária.

A IU configura-se como uma das condições ginecológicas, resultante da disfunção da musculatura do assoalho pélvico, mais citada na literatura, evidenciado na revisão em que 86,6% dos estudos abordaram tal temática. Sabe-se que durante a gravidez, o tipo mais frequente é a incontinência urinária de esforço (IUE), pois ocorrem mudanças anatômicas, tais como a mobilidade do colo da bexiga e a diminuição da competência do mecanismo do esfíncter urinário (WIJMA et al., 2001). Outros mecanismos propostos incluem a interrupção anatômica, denervação do assoalho pélvico, ou trauma por parto vaginal (BURGIO et al., 2007; GREGORY; NYGAARD, 2004; HATEM et al., 2007).

Diversos são os fatores na literatura que são apontados como risco para o surgimento ou agravamento das DAP, sejam eles fatores sócio demográficos, clínicos ou obstétricos. Dessa forma, os estudos, geralmente trazem dados de prevalência, associações de causa e efeito e o impacto das disfunções na QVRS das gestantes.

Oliveira et al., (2013) tiveram como objetivo verificar a ocorrência de IU em gestantes brasileiras e sua relação com as variáveis sócio demográficas e a QV. Como resultado, os autores encontraram que 71% (352) das mulheres relataram ter tido IU durante as últimas quatro semanas de gravidez, bem como houve associação significativamente estatística entre a presença de IU com o nível de educação ($p < 0,0001$), raça ($p = 0,005$), paridade ($p < 0,001$), tipo de nascimento ($p < 0,001$) e peso ($p < 0,001$). O estudo ainda revelou, por meio do ICIQ-SF, que gestantes incontinentes tiveram um severo impacto na QV com uma média (\pm DP) de 12,11 (\pm 4,04), implicando um efeito negativo sobre a vida diária de mulheres brasileiras (OLIVEIRAL et al., 2013).

Os sintomas urinários são frequentes durante o período de gestação, principalmente no terceiro trimestre da gravidez, e, geralmente, apresentam uma resolução espontânea após o parto, com prevalência entre 20% e 60% (SCARPA et al., 2006). Pesquisas desenvolvidas

também no Brasil corroboram com tais dados encontrando prevalências de IU até maiores durante a gravidez, com taxas variando entre 50% a 63,8% (SCARPA et al., 2006; MARTINS et al., 2010). Enfatiza-se que esses valores podem se modificar dependendo do trimestre da gestação.

Alguns fatores podem contribuir para o surgimento da IU como a paridade, o peso e o tipo de parto (SCARPA et al., 2006; BEZERRA et al., 2013), como mostrado na pesquisa de Oliveira et al (2013).

Entretanto, o estudo de Elenskaia et al., (2013) que teve como propósito avaliar as mudanças de apoio dos órgãos pélvicos, os sintomas e a qualidade de vida (QV) após o parto, revelou que os sintomas de IU não sofreram alterações quando comparados entre o período da gestação e cinco anos após o parto, não havendo impacto na QV das mulheres (ELENKAIA et al., 2013).

Em contrapartida, Pauls et al. (2008) que avaliaram prospectivamente os efeitos da gravidez na DAP e na imagem corporal, demonstraram que a urgência urinária e a IUE foram os sintomas urinários mais prevalentes durante a gravidez, com prevalência de 56% a 96% e mais presente em mulheres que tiveram parto vaginal. No entanto, tais sintomas tiveram redução em até seis meses após o parto, independentemente do tipo de parto. Além disso, ainda constatou-se que os sintomas urinários tiveram impacto negativo na QV das gestantes.

Essas divergências de resultados podem ser atribuídas aos diferentes tempos de coleta das pesquisas, uma vez que Elenskaia et al., (2013) avaliaram cinco anos após o parto, enquanto que Pauls et al. (2008) o fizeram 6 meses pós parto. Todavia, são necessárias mais pesquisas que comprovem o problema em questão.

Sabe-se que gestantes nulíparas e multíparas podem apresentar diferentes sintomas urinários, principalmente a IU, a depender do tipo de parto anterior (RORTVEIT et al., 2001). Pauls et al. (2008) em sua pesquisa não realizaram comparações da prevalência e do impacto da IU entre nulíparas e multíparas, no entanto alguns dados mostraram que a IUE e a de urgência tiveram mais presentes em mulheres com história de gravidez anterior.

Valeton e Amaral (2011), por sua vez, em pesquisa realizada em Curitiba no Brasil identificaram uma alta prevalência de IU (30,61%) durante a gestação, com redução significativa no período pós-parto (6,78%). Houve também uma associação estatisticamente significativa entre IU e multiparidade.

Dolan et al., (2004) corroboram com os dados acima, mostrando que há uma redução da prevalência dos sintomas de IU no período gravídico (35,6%) para o puerperal (13,0%), o

que contribui para um pior impacto na QV no pré-natal do que no pós-parto, embora seja considerado leve.

De acordo com os resultados da pesquisa de Valeton e Amaral (2011), vários outros pesquisadores têm relatado uma associação entre multiparidade e IU (WESNES et al., 2007; ADAJI et al., 2010). Estes resultados levantam a hipótese de que a própria gravidez parece exercer um efeito negativo cumulativo sobre os componentes da bexiga. No entanto, pesquisas são conflitantes e consequências da técnica empregada no procedimento da episiotomia devem ser levadas em consideração (VALETON; AMARAL, 2011).

Há muita discussão e conclusões incertas acerca das causas da IU durante a gravidez, mas de acordo com Kristiansson et al. (2001) as alterações anatômicas resultantes a partir da pressão do útero gravídico sobre a bexiga e as mudanças nas funções renais, na bexiga e na uretra que ocorrem durante a gravidez, podem ser encaradas como possíveis fatores de desencadeamento da IU nesse período. Além disso, o aumento da produção de hormônios e as mudanças que ocorrem no tecido conjuntivo da pelve tendem a favorecer esse processo.

Ainda no estudo de Valeton e Amaral (2011) observou-se que a pressão vaginal no pós-parto diminuiu tanto após o parto vaginal como no parto cesárea, aumentando a chance de afirmar que a própria gravidez é o fator preponderante que leva à DAP. Outro fator importante que contribui para a IU foi o dano pélvico provocado pelo peso do feto durante a gravidez e a passagem do feto durante o parto vaginal através da cavidade pélvica (PAULS et al., 2008).

Embora os distúrbios do assoalho pélvico sejam comuns na gravidez e causarem impacto na QVRS das mulheres, os dados relativos a alterações de QVRS de mulheres grávidas são surpreendentemente escassos e controversos.

Além disso, a IU pode desencadear perturbações de ordem fisiológica, social, psicológica e até econômica, gerando um impacto negativo na QVRS das gestantes. Acrescenta-se ainda que a IU pode ser bastante subestimada, uma vez que as mulheres não recebem assistência adequada, situação que pode até levar à depressão e o isolamento social (VALETON; AMARAL, 2011). Essa falta do diagnóstico pode ser atrelada as pacientes que não procuram tratamento ou a alguns profissionais de saúde que não investigam adequadamente essa desordem (LOPES; HIGA, 2006).

Na pesquisa de Torrisi et al., (2012), a IU surgiu pela primeira vez durante a gravidez em 53% das mulheres que se queixaram três meses após o parto. Além disso, a prevalência de IU em mulheres que tiveram parto vaginal e abdominal, respectivamente, foi de 27% e 12%.

O estudo conclui que três meses após o parto os sintomas de IU melhoraram, causando modesto impacto na QV das mulheres.

Espuña-Pons et al. (2012) em sua pesquisa objetivaram estimar a frequência da dupla incontinência, ou seja, IU e IA, além de identificar os fatores de risco associados a esses agravos, durante a gravidez e no pós-parto em mulheres nulíparas. Os autores encontraram que apesar da prevalência de 47,7% dos sintomas de IU e 13,8% de IA, esses números não foram suficientes para causar impacto na QV durante a gestação. Uma razão para tal achado pode ser devido aos sintomas serem leves não causando situações embaraçosas, além do fato de muitas mulheres acreditarem que esses sintomas são considerados próprios da condição de grávida, e, portanto, não sendo capazes de interferir na QV (ESPUÑA-PONS et al., 2012).

Apesar da maioria das pesquisas da presente revisão utilizar como instrumento de coleta o questionário *King's Health Questionnaire* que avalia a QVRS de pessoas com IU nos diversos aspectos, o impacto na QVRS dos sintomas de IU são pouco explorados de forma específica, não levando em consideração os domínios de QV. Dolan et al., (2004), contudo, em seus dados retrataram que as pontuações dos domínios de saúde pessoal e geral, em comparação com a gestação diminuíram no pós parto. Dessa forma, apesar da prevalência da IU ser maior na gestação do que no pós parto, tais sintomas não comprometem com severidade a QVRS, podendo inferir que outras causas podem contribuir para o agravamento da percepção da mulher quanto a sua saúde de forma geral e pessoal.

Por outro lado, o impacto da IU na QVRS das gestantes pode se diferenciar dependendo do tipo de IU. Dolan et al. (2004) apontaram que gestantes com IU mista e de urgência tiveram piores pontuações na QVRS do que aquelas com IUE nos domínios do sono e severidade. Geralmente, considera-se que a IUE se desenvolve, pelo menos em parte, como resultado do trauma no parto vaginal (CUTNER; CARDOZO, 1992).

Além da questão do trauma vaginal, outro fator que merece importância no desenvolvimento da IU é o ganho de peso materno. Arrue et al. (2011) tiveram como propósito em seu estudo identificar os fatores envolvidos na persistência da IUE da gravidez a 2 anos pós parto. Dentre os fatores, o único que mostrou associação significativa com a persistência dos sintomas de IU desde a gravidez até 2 anos após o parto foi o Índice de Massa Corporal (IMC). Assim, é de extrema importância que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento pré-natal de gestantes brasileiras invistam em ações que auxiliem as gestantes a controlar o ganho de peso durante a gestação, visando a saúde do binômio mãe e filho.

Van Brummen et al. (2007) tiveram como finalidade avaliar o efeito da gravidez e do tipo de parto no surgimento dos sintomas de IU, bem como avaliar tal impacto na QV entre os grupos de mulheres que tiveram parto vaginal e parto abdominal. Os autores identificaram que durante a gravidez não houve diferença estatisticamente significativa entre os sintomas de IU entre o grupo vaginal e abdominal. No entanto, após o parto, a IU foi significativamente mais prevalente no grupo de parto vaginal, como já mostrado em outras pesquisas (TORRISI et al., 2012).

Destaca-se na pesquisa de Van Brummen et al. (2007) o fato de que mulheres que já apresentavam sintomas de IU no início da gestação, tiveram maior risco de apresentar tais sintomas um ano após o parto, independente do tipo de parto. Tais achados sugerem que mais pesquisas avaliem o efeito da própria gestação nos sintomas de IU comparados com dados antes da mulher engravidar.

De acordo com Hansen et al. (2012), em seu estudo que teve como finalidade investigar o impacto da primeira gravidez e parto sobre a prevalência e os tipos de IU durante a gravidez e após um ano, observou-se que a prevalência de IU durante a gravidez foi 3,3 vezes maior em comparação com um grupo controle de mulheres nulíparas. Apesar dos possíveis vieses da pesquisa, os resultados sugerem que a própria gestação provoca mudanças anatômicas que contribuem para o surgimento dos sintomas de IU.

Dentre os artigos analisados, a pesquisa de Moccellini, Rett e Driusso, (2014) que objetivou comparar a QV de gestantes com e sem perda urinária, foi o estudo que mais retratou dados relacionados à QV. Sintomas de prevalência e fatores associados também foram discutidos, contudo o foco principal dos resultados trouxe o impacto da IU nos diversos domínios. Eles encontraram que as gestantes com sintomas miccionais apresentaram pior qualidade de vida em comparação àquelas sem sintomas miccionais e os domínios “Sono/disposição” e “Limitações de atividades diárias” foram os domínios que obtiveram os piores escores nas duas avaliações.

Sintomas como a noctúria podem contribuir com esses resultados, visto a necessidade de acordar para urinar, interrompendo fases do sono profundo, importantes para a recuperação da energia física e emocional (STANLEY, 2005).

Ainda na pesquisa de Moccellini, Rett e Driusso, (2014) outro domínio que apresentou piores escores nas gestantes com IU foi o de “Relações sociais”. Os autores justificam o achado ao fato de que poucas gestantes com sintomas miccionais procuram ajuda, pois se sentem envergonhadas, não os relatando à família, amigos e profissionais de saúde, por

desconhecerem, geralmente, que os sintomas podem ser tratados ou controlados (SANTOS et al., 2006).

Na pesquisa de Franco et al. (2014), a prevalência de IU foi significativamente maior durante o terceiro trimestre (39,76%) em comparação com o primeiro (18,96%). A frequência urinária foi verbalizada por 41,25% das mulheres grávidas o que levou um alto grau de desconforto em 68,48% delas. Esse percentual foi maior do que o desconforto criado pela IU, sugerindo que o aumento da frequência da micção gera mais incômodo do que a IU. Tais resultados podem ser explicados pela pequena quantidade de urina perdida, o que não causa impacto na vida diária.

A pesquisa de Franco et al. (2014) foi a única que utilizou instrumentos específicos e gerais para mensurar o impacto da IU na QV de gestantes. As respostas do questionário SF-36 que avalia a QV de forma geral mostrou diferenças estatisticamente significativas nos domínios de “Aspectos Físicos”, “Dor”, “Saúde Geral”, “Função Social” e “Saúde Mental”, com piores pontuações em mulheres com sintomas de IU, apesar de não haver diferença entre os trimestres. Desse modo, os resultados indicam que todas as áreas da QV das mulheres grávidas com IU foram afetadas, ou seja, física, mental e social. No entanto, utilizando um instrumento específico observou-se que o impacto sobre a QVRS era baixo, com uma pontuação média específica do ICIQ-SF, de 2 (0-5) no primeiro trimestre e de 2,1 (0-10), no terceiro trimestre. Assim, infere-se que muitas mulheres associam a IU como inerente à gestação.

Kocaoz, Talas e Atabekoglu (2010) também verificaram em sua pesquisa realizada na Turquia que a IU é comum em mulheres durante a gravidez, sendo a IUE a mais prevalente. Corroborando com outros estudos a QV de mulheres grávidas foi pouco afetada pela IU.

Dessa forma, percebe-se que não há consenso geral nos fatores que podem afetar a IU na gestação, bem como o real impacto da IU na QVRS de gestantes. Tais divergências podem ser devido aos diferentes métodos e períodos de coleta, aos diferentes instrumentos utilizados bem como aos diversos fatores de risco que a amostra esteve exposta.

3.2 Disfunção anorretal e QVRS e gestantes

O quadro abaixo retrata os artigos da revisão integrativa que tiveram como foco de estudo a incontinência anal durante a gestação.

Quadro 8 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam a incontinência anal. Jan., 2015.

Estudo	Amostra e coleta de dados	Resultados	Conclusões
02 ELENSKAIA et al., 2013	1ª coleta: 182 nulíparas no segundo trimestre. 2ª coleta: 129 mulheres 14 semanas após o parto. 3ª coleta: 78 mulheres 1 ano após o parto 4ª coleta: 97 mulheres 5 anos após o parto	Observou-se que os escores de incontinência fecal foram significativamente piores em 5 anos, independentemente do tipo de parto.	Não houve impacto na QV relacionado à incontinência fecal.
03 PAULS et al., 2008	1ª coleta: 150 gestantes no primeiro trimestre 2ª coleta: 70 mulheres no terceiro trimestre 3ª coleta: 63 participantes 6 meses após o parto	A prevalência de incontinência fecal pós-parto foi mais frequente em mulheres após o parto vaginal ($p = 0,017$) e parto vaginal em conjunto com laceração / episiotomia ($p = 0,083$).	A prevalência da incontinência fecal e o seu impacto da QV não teve alteração na gestação e nos pós-parto.
06 TORRISI et al., 2012	1ª coleta: 960 mulheres 2-3 dias após o parto 2ª coleta: 744 mulheres 3 meses pós parto	A IA apresentou uma prevalência de 26,6% no pós-parto imediato, diminuindo para 16,3% 3 meses após o parto. A IA surgiu pela primeira vez durante a gravidez em 33% dessas. A prevalência de IA em mulheres que tiveram um parto vaginal e abdominal foi respectivamente de 17% e 15%. O valor médio de pontuação no escore de Wexner foi o mesmo (2) nos dois pontos de coleta.	A gravidez e o parto vaginal representaram importantes fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência anal. Não houve impacto na QV das participantes quanto à IA.
07 JOHANNESSEN et al., 2014	1.571 primíparas	Um total de 573 (37%) mulheres relataram pelo menos um sintoma de IA durante as últimas 4 semanas de gravidez. Uma em cada quatro dessas mulheres relataram que a IA afetou sua QV no domínio "Enfrentamento" e um em cinco relataram que a IA teve um impacto sobre o domínio "Constrangimento".	Entre 3 e 10% das primíparas tiveram IA a ponto de ter afetado sua QV, com maior impacto no domínio "Enfrentamento".
08 ESPUÑA-PONS et al., 2012	Nulíparas 1ª coleta: 1.018 no primeiro trimestre. 2ª coleta: 1.002 no segundo trimestre 3ª coleta: 925 no terceiro trimestre 4ª coleta: 950 sete semanas após o parto	128 mulheres (13,8%) referiram apenas incontinência anal, enquanto que no pós-parto, os números reduziram para 64 (6,7%). A incontinência anal deveu-se principalmente à perda de flatos com aumento ao longo da gestação. Idade	Os sintomas da dupla incontinência são predominantes durante a primeira gravidez. Idade, tosse crônica e o parto vaginal podem favorecer a ocorrência de incontinência dupla ao longo da gestação, enquanto que o parto instrumental e a episiotomia

		maior do que 35 anos, tosse ou espirro de costume e história familiar de IU foram associados a um maior risco de dupla incontinência.	aumentam o risco de incontinência dupla no período pós-parto.
--	--	---	---

A gravidez pode ser considerada como um fator de risco para a IA. Além disso, alguns estudos demonstram que os maiores percentuais dessa enfermidade são atribuídos a gestantes que tiveram parto vaginal e realizaram o procedimento de episiotomia (GREGORY; NYGAARD, 2004; HATEM et al., 2007; EASON et al., 2002; WILLIS et al., 2002).

Sabe-se que a IU é um fator de risco independente para a IA. Tal relação existe, já que as inervações são comuns e o reto e a bexiga estão expostos aos mesmos traumas, devido sua localização na região pélvica. Um número substancial de mulheres sofre tanto de IU e IA. Essa dupla incontinência é uma manifestação debilitante de disfunção do assoalho pélvico, causando um impacto significativo na QVRS das mulheres e bem-estar psicológico, bem como o isolamento social (KAPOOR; THAKAR; SULTAN, 2005; MARKLAND et al., 2009).

A IA é definida como a “queixa de perda involuntária de fezes ou flatos”, a incontinência fecal como a "queixa de perda involuntária de fezes sólidas ou líquido, " e incontinência flatal como a " queixa de perda involuntária de flatos. " A dupla incontinência, por sua vez, é definida como um situação em que os participantes relataram simultaneamente IU e IA ao mesmo tempo.

Elenskaia et al. (2013) observaram que os escores de IA foram significativamente piores em cinco anos, independentemente do tipo de parto. A explicação para tal achado, segundo os autores, pode estar relacionada ao aumento da idade materna. Apesar disso, não houve impacto na QVRS das mulheres gestantes e cinco anos após o parto. Adicionalmente, verificou-se uma melhoria significativa na constipação e evacuação intestinal tanto após o parto vaginal e abdominal.

É notoriamente conhecido que a gravidez contribui para a constipação (KELLER; FREDERKING; LAYER, 2008). No entanto, Elenskaia et al. (2013) mostrou que tal sintoma pode melhorar durante a gravidez contrapondo o que já se tem observado na literatura (GREGORY; NYGAARD, 2004; HATEM et al., 2007; EASON et al., 2002; WILLIS et al., 2002). Outros estudos também tiveram resultados semelhantes, porém não utilizaram instrumentos validados (BRADLEY et al., 2007; O’BOYLE et al., 2008).

Na pesquisa de Pauls et al. (2008) não se observou diferenças significativas na prevalência de IA, durante ou após a gravidez. Entretanto, os dados comprovaram um aumento na prevalência de IA em gestantes após o parto vaginal, bem como naquelas que sofreram um trauma perineal.

Corroborando com os dados acima, Torrisi et al. (2012) encontraram que a própria gravidez e o parto vaginal representam importantes fatores de risco para o desenvolvimento de IA. Ainda observou-se que a IA surgiu pela primeira vez durante a gravidez em 33% das mulheres, ratificando a influência da gestação no desenvolvimento da IA.

Divergindo dos dados acima, Elenskaia et al. (2013) encontraram uma melhora significativa em alguns sintomas intestinais tais como constipação ($p < 0,02$) e dificuldade de evacuação intestinal ($p < 0,009$). Na verdade, houve uma melhora na pontuação desses sintomas entre o segundo e o terceiro trimestre.

As pesquisas supracitadas trazem dados acerca da prevalência de disfunções anorretais na gestação e percebe-se que há controvérsias acerca da piora ou não de sintomas como a constipação. Acrescenta-se ainda que nenhuma das pesquisas analisou o impacto dessas na QV de forma geral, sendo uma lacuna como já citado anteriormente. Além disso, os sintomas de constipação são mais investigados do que a IA.

Espuña-Pons et al. (2012) evidenciaram que 13,8% (128) das mulheres referiram IA na gestação, enquanto que no pós-parto, os números reduziram para 6,7% (64). Observou-se também que a maior prevalência foi da incontinência de flatos.

Também na pesquisa de Espuña-Pons et al. (2012) a taxa de prevalência da dupla incontinência durante a gestação foi de 8,6%, com aumento dos números ao longo da gestação. A pesquisa traz o interessante dado que mulheres, que não apresentaram sintomas de dupla incontinência antes de sua primeira gravidez, tiveram tais sintomas com prevalência de 0,6% no primeiro trimestre, aumentando para 6,2% no terceiro trimestre. Tais resultados demonstraram que o desenvolvimento da dupla incontinência ocorreu antes de qualquer potencial lesão do assoalho pélvico associada ao parto vaginal. Além disso, na maioria dessas mulheres, os sintomas de dupla incontinência regredem ou desaparecem após o parto. Dessa forma, os dados apontam que alterações específicas da gravidez podem contribuir para a IU e IA, independente do tipo de parto. Além desses, outros fatores como a tosse e espirro crônico e a idade podem agravar os sintomas.

Johannessen et al. (2014) avaliaram a associação entre os diferentes tipos de IA e QVRS no final gravidez. Os pesquisadores encontraram que 37% das mulheres relataram ter sofrido pelo menos um sintoma de IA durante as últimas quatro semanas de gravidez e o

impacto na QVRS foi relatado por 3% e 10% das primíparas com maior impacto no domínio "Enfrentamento", seguido pelo domínio "Constrangimento". O momento final da gestação, com a aproximação do nascimento do bebê envolve várias dúvidas e anseios que podem mascarar os impactos da IA. Portanto, esses resultados destacam a importância de uma maior investigação da IA no final da gravidez, implementando rotinas de saúde que abordem essa questão.

3.3 Disfunção sexual e QVRS em gestantes

O quadro 9 traz os estudos que exploraram a temática da disfunção sexual e a QV das gestantes.

Quadro 9 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam a disfunção sexual. Jan., 2015.

Estudo	Amostra e coleta de dados	Resultados	Conclusões
02 ELENSKAIA et al., 2013	1ª coleta: 182 nulíparas no segundo trimestre. 2ª coleta: 129 mulheres 14 semanas após o parto. 3ª coleta: 78 mulheres 1 ano após o parto 4ª coleta: 97 mulheres 5 anos após o parto	As mulheres que tiveram parto vaginal demonstraram um impacto significativo na qualidade de vida relacionado à função sexual em todos os pontos de coleta.	A função sexual mostrou impacto negativo na QV das mulheres que tiveram parto vaginal.
05 FERREIRA et al., 2012	51 gestantes entre a 15ª e 26ª de gestação.	A maioria das gestantes (64,8%) obteve pontuação de "regular a excelente" e 58,8% classificaram sua qualidade de vida como "boa". Assinalaram que estavam satisfeitas com a vida sexual 35,3% das gestantes, e 15,7% estavam muito satisfeitas. O estudo mostrou que existe associação entre QS-F "nulo a ruim" com qualidade de vida "ruim" ($p=0,002$) e que QS-F "regular a bom" e "bom a excelente" estão associados com "satisfação" e "muita satisfação" sexual ($p<0,001$).	A função sexual está associada à qualidade de vida e à satisfação sexual em gestantes saudáveis, no segundo trimestre da gestação.
06 TORRISI et al., 2012	1ª coleta: 960 mulheres 2-3 dias após o parto 2ª coleta: 744 mulheres 3 meses pós parto	Uma baixa pontuação na atividade sexual nas últimas 8 semanas de gravidez foi observada em 36,8% das mulheres, mas três meses após ao parto apenas 27,6% das mulheres continuaram com baixa pontuação. Não houve diferença significativa na atividade sexual quando se comparou o tipo de parto.	A atividade sexual melhorou três meses após o parto. Não houve correlação entre o escore sexual baixo e o tipo de parto.

O reconhecimento da saúde sexual como um fator importante para a QVRS tem sido alvo nos últimos anos. A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a QVRS da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre sua auto-estima e seus relacionamentos interpessoais, com frequente desgaste emocional (TOZO et al., 2007).

A disfunção sexual também foi uma das disfunções do assoalho pélvico apontadas nos estudos como um fator determinante para a QVRS da mulher no ciclo gravídico. Elenskaia et al. (2013) mostraram que houve uma piora significativa no domínio sexual relacionado à QVRS de nulíparas que tiveram parto vaginal. Contudo, não houve relação do comprometimento da função sexual com os sintomas de IU, IA e problemas vaginais como a dor. Assim, estes resultados destacam a complexidade da função sexual em que são necessárias investigações mais profundas que elucidem se as disfunções sexuais presentes na gestação são de ordem psicológica, social, entre outras ou se estão atreladas exclusivamente à DAP.

Divergindo dos dados acima, Torrisi et al. (2012) não encontraram correlação entre o escore sexual baixo e o tipo de parto. No entanto, pontuações mais baixas na atividade sexual foram encontradas após o parto abdominal, ao invés do parto vaginal como elencando por Elenskaia et al. (2013). Apesar dos dados, as conclusões tiradas por Torrisi et al., (2012) devem ser analisadas com cautela, visto que o instrumento utilizado para avaliar a função sexual em sua pesquisa não era validado, enfraquecendo as evidências.

Ferreira et al. (2012) objetivaram avaliar em gestantes saudáveis no segundo trimestre a associação entre função sexual e QV, e função sexual e satisfação sexual. Os resultados evidenciaram que há associação da qualidade de vida/função sexual. Foi visto que mulheres que referiram QV ruim, também obtiveram escore final no questionário QS-F classificado como ruim. Da mesma forma, as gestantes que afirmaram QV boa, também apresentaram função sexual “regular a boa” e “boa a excelente”. Assim, a função sexual pode ser considerada como um domínio que influencia na QVRS das gestantes, causando impacto nos diversos âmbitos da vida da mulher.

No decorrer da gestação, a função sexual parece oscilar dependendo do trimestre. Estudos apontam que a QVRS atrelada à função sexual diminui no primeiro trimestre, aumenta no segundo e novamente declina no último trimestre gestacional (TAŞDEMİR; BALCI; GÜNAY, 2010). Além disso, a QVRS também pode estar associada a fatores sociodemográficos como idade, nível educacional, planejamento familiar, carga horária de trabalho e acompanhamento pré-natal (LAU; YIN, 2011).

Os conflitos sexuais durante a gravidez podem causar perturbações graves nas relações. Vários estudos mostram uma redução da atividade sexual à medida que a gestação avança (LEITE et al., 2009; BARTELLAS et al. 2000; ASLAN et al., 2005; SERATI et al., 2010). De acordo com Elenskaia et al. (2013) foi demonstrada uma piora significativa no sexo e sintomas vaginais do segundo para o terceiro trimestre gestacional. Apesar do aumento da disfunção sexual do segundo para o terceiro trimestre, o questionário utilizado não permitiu avaliar se essa condição estava associada a problemas de cunho psicológico como medo, a função do orgasmo, dor ou a outras possíveis razões que envolvem orgasmo, libido ou excitação.

Dessa forma, são necessárias investigações mais profundas que elucidem se as disfunções sexuais presentes na gestação são de ordem psicológica ou se estão atreladas à DAP.

3.4 Prolapso do órgão pélvico e QVRS em gestantes

O quadro 10 fornece informações acerca do prolapso de órgãos pélvicos durante a gestação e suas implicações na QV.

Quadro 10 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão que abordam o prolapso de órgãos pélvicos. Jan., 2015.

Estudo	Amostra e coleta de dados	Resultados	Conclusões
02 ELENSKAIA et al., 2013	1ª coleta: 182 nulíparas no segundo trimestre. 2ª coleta: 129 mulheres 14 semanas após o parto. 3ª coleta: 78 mulheres 1 ano após o parto 4ª coleta: 97 mulheres 5 anos após o parto	Em mulheres que tiveram parto vaginal, a pontuação do POP-Q aumentou significativamente a partir da linha de base quando comparada com 14 semanas ($p < 0,001$), 1 ano ($p < 0,001$) e em 5 anos ($p < 0,001$). Já os sintomas de prolapso vaginal foram significativamente maiores em 14 semanas ($p < 0,001$) e em 1 ano ($p < 0,006$). No grupo das mulheres com parto abdominal, a mudança na pontuação do POP-Q só foi significativamente aumentada em 14 semanas pós-parto ($p < 0,01$) e os sintomas do prolapso não foram significativamente alterados em nenhum ponto de coleta.	Cinco anos após o parto, o estágio do POP piorou após o parto vaginal, mas não houve piora após o parto abdominal. Houve mudanças significativas nos sintomas de prolapso vaginal somente após o parto vaginal (14 semanas e 1 ano). Entretanto não houve mudanças na QV entre os pontos de coleta, em nenhum dos grupos.
06 TORRISI et al., 2012	1ª coleta: 960 mulheres 2-3 dias após o parto 2ª coleta: 744	A prevalência de prolapso anterior no estágio I, 3 meses após o parto foi de 17,5% e 4,7% no estágio 2. A hiper mobilidade do colo da bexiga estava	O exame físico do compartimento anterior mostrou uma relação significativa entre o estágio de

	mulheres 3 meses pós parto	presente em 32% dos pacientes. Houve associação significativa entre o prolapso do compartimento anterior ou hiper mobilidade do colo vesical, 3 meses após o parto, com presença de IU.	prolapso, hiper mobilidade uretral e incontinência urinária.
--	----------------------------	---	--

O parto vaginal é um fator de risco estabelecido para o POP, além desse, outros fatores também foram identificados, indicando que a etiologia do prolapso provavelmente deve ser multifatorial desencadeada por macrossomia fetal, episiotomia, laceração do esfíncter anal, analgesia peridural, uso de fórceps e estimulação do trabalho de parto com ocitocina (JELOVSEK; MAHER; BARBER, 2007). O efeito da cirurgia da cesariana no POP é controverso, alguns estudos têm mostrado um efeito protetor (LUKACZ et al., 2006; TEGERSTEDT et al., 2006), enquanto outros não (MACLENNAN et al., 2000; DOLAN; HILTON, 2010)

A mensuração do *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q) é uma medida validada pela Sociedade Internacional de Continência que avalia o prolapso genital por meio de um exame físico e estabelece o estadiamento de 0 à IV, na qual o estágio IV representa um estágio do prolapso mais avançado (ARAUJO et al., 2009).

No estudo de Elenskaia et al. (2013), mulheres que tiveram parto vaginal a pontuação do POP-Q aumentou significativamente a partir da linha de base quando comparada com 14 semanas após o parto, um ano e cinco anos depois. Já os sintomas de prolapso vaginal foram significativamente maiores em 14 semanas e em um ano. No grupo das mulheres com parto abdominal, a mudança na pontuação do POP-Q só foi significativamente aumentada em 14 semanas pós-parto e os sintomas do prolapso não foram significativamente alterados em nenhum ponto de coleta. Todavia, quando se avaliou a influência dessas mudanças objetivas por meio do POP-Q e subjetivas por meio de um questionário concluiu-se que não houve impacto na QVRS dessas mulheres na gestação e nem após cinco anos.

Ressalta-se que os dados acima foram resultantes de um estudo com mulheres nulíparas. Dessa forma, pesquisas que avaliam tal disfunção em múltiplas devem ser incentivadas, a fim de contribuir para elucidar os fatores de risco para o agravamento do POP na gestação.

Torrisi et al. (2012) revelaram que a prevalência de prolapso anterior no estágio I, 3 meses após o parto foi de 17,5% e 4,7% no estágio 2, mostrando associação significativa entre o prolapso do compartimento anterior com presença de IU. Os dados da pesquisa não nos permite afirmar a influência da gravidez no desenvolvimento do POP, pois não foi realizada uma análise durante a gestação para que se possa realizar o comparativo.

Contudo, acredita-se que a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal poderia ser sistematizada e voltada para a problemática da DAP. Primeiramente, durante o pré-natal ou se possível antes de engravidar, a mulher poderia ser avaliada quanto às disfunções pélvicas já presentes, bem como investigadas quanto aos fatores de risco que podem agravar o problema. Em segundo, imprudências durante o parto como lacerações perineais e a episiotomia não indicada deveriam ser evitadas. Por fim, um diagnóstico precoce e uma busca sistemática da DAP no pós-parto deveriam ser implantadas como rotina dos serviços, prevenindo futuras complicações (TORRISI et al., 2012). Tais ações contribuiriam significativamente para a redução dos números elevados dessas disfunções na população feminina.

3.5 Conclusões da revisão integrativa

A partir de uma análise geral dos artigos da presente revisão, percebeu-se que os autores se debruçam sobre dados de prevalência da DAP, além de associações que possam explicar o desenvolvimento ou agravamento. No entanto, os dados relacionados à QVRS são pouco explorados e argumentados nas pesquisas, apesar do uso de instrumentos que reportem esses dados.

Com relação à IU, a revisão evidenciou que alguns fatores podem influenciar no surgimento desses sintomas. São eles: o tipo de parto, o IMC, a idade materna e a multiparidade. No entanto, existem contradições nos achados, não sendo consenso.

Apesar de vários estudos comprovarem as alterações provocadas na gestação relacionada à DAP, principalmente no que concerne à IU e IA, há uma lacuna, de fato, em se avaliar qual o verdadeiro impacto na QVRS de gestantes causado por essas DAP.

Autores afirmam que existe uma pequena quantidade de estudos que façam uma associação das DAP com o real impacto na QVRS de gestantes, envolvendo os diversos domínios que afetam esse construto. A maioria dos estudos se concentra em dados objetivos da influência da gestação para o agravamento das DAP, enquanto que investigações, tendo como ponto principal a QVRS relacionada às DAP em gestantes ficam em segundo plano.

Além disso, apesar de alguns estudos já terem comprovado que as DAP relacionadas, sobretudo, a IUE e de urgência em múltiparas são mais frequentes do que em nulíparas, existem poucos estudos comparando tais grupos. Pesquisas assim revelam o direcionamento das estratégias que devem ser dialogadas e acordadas entre profissional e gestante, levando

em consideração a singularidade do sujeito e experiências anteriores, traçando ações diferenciadas para gestantes nulíparas e múltiparas.

Ratifica-se que a presente pesquisa teve como um de seus objetivos a comparação entre gestantes nulíparas e múltiparas quanto à prevalência das DAP e o impacto da mesma na QVRS da população em estudo.

Ademais, nenhum dos artigos selecionados para a revisão integrativa trouxe comparações entre gestantes atendidas por um sistema público e privado de saúde. Tal lacuna pode ser explicada tanto pelo próprio sistema de saúde do país no qual a pesquisa foi desenvolvida, como por exemplo, os Estados Unidos, em que não existe sistema de saúde público, como também por essa ser realmente uma lacuna nas pesquisas científicas, devido à dificuldade de acesso a essa população imposta pelo sistema privado. Dessa forma, o estudo buscará responder se mulheres atendidas por um plano de saúde privado sofrem uma maior influência da DAP na QVRS ou não, desmistificando ou não a ideia de que uma melhor QVRS está sempre atrelada a um maior nível econômico e social.

Percebeu-se ainda que há uma escassez de estudos que avaliem a causa da disfunção sexual feminina na gravidez usando questionários validados (ELENSKAIA et al., 2013). Assim, existe uma necessidade de estudos baseados em evidências para promover a compreensão da função sexual durante a gravidez (JOHNSON, 2011) que envolvam não somente os fatores psicológicos e do relacionamento com o parceiro, mas que englobem os aspectos relacionados à MAP que podem ser substâncias para a disfunção sexual.

Ressalta-se que estudos que avaliam o prolapso vaginal nas gestantes são raros, como evidenciados na presente revisão, sendo necessárias pesquisas que englobem dados objetivos e subjetivos a fim de prevenir tal disfunção futuramente.

Deste modo percebe-se a necessidade de serem realizados mais estudos com mulheres no ciclo gravídico que avaliem tanto as disfunções do assoalho pélvico quanto a interferência disso em sua QV, buscando investigar quais as principais causas que acarretam tais morbidades, com o objetivo de melhorar a QVRS na gravidez.

Nesse contexto, averiguou-se também que nenhum estudo foi realizado por enfermeiros brasileiros. A enfermagem no sistema de saúde brasileiro é responsável pelo acompanhamento pré-natal de gestantes de baixo risco, deparando-se constantemente com as DAP. Assim, é de extrema relevância investigar o impacto dessas disfunções na QV das gestantes, garantindo uma assistência de enfermagem integral e individualizada.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, correlacional em que as medições são realizadas em um único momento ou durante um curto período de tempo. Nesse tipo de estudo uma amostra da população é recrutada e são examinadas as distribuições das variáveis, estabelecendo as variáveis preditoras e o desfecho a partir do que pode ser plausível e de outras fontes (HULLEY et al, 2008).

O estudo também possui uma abordagem quantitativa, pois as informações foram coletadas através de instrumentos formais, reunidas e analisadas de forma quantitativa (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em quatro locais distintos no município de Fortaleza, Ceará.

4.2.1 Cenário I – O Centro de Parto Natural

O Centro de Desenvolvimento Familiar/ Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros da Costa (CEDEFAM/CPN) localiza-se no Planalto Pici, no município de Fortaleza, Ceará. O Centro oferece acompanhamento pré-natal, consulta de enfermagem para prevenção do câncer do colo do útero e de planejamento familiar, principalmente, às mulheres moradoras dos bairros Planalto Pici, Bela Vista e Pan-Americano, situados na periferia da cidade.

A unidade atende mensalmente uma média de 60 gestantes de baixo risco, tendo atendido desde a sua fundação aproximadamente 1400 gestantes. As consultas de pré-natal de baixo risco possuem atendimento em quatro turnos por semana, de acordo com o estágio curricular da graduação e pós-graduação, realizadas por professoras e alunos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). As gestantes ainda recebem nessa instituição acompanhamento odontológico e realização de consulta de enfermagem em ginecologia. No pós-parto a mulher é encaminhada para a consulta de enfermagem em planejamento familiar e puericultura, garantindo a continuidade da assistência de enfermagem.

No decorrer do acompanhamento pré-natal, as gestantes podem ser encaminhadas para atendimento na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), local de referência, caso as mulheres apresentem complicações na gestação e evoluam para uma gravidez de alto risco.

Ressalta-se que o CEDEFAM é uma instituição que abriga atividades de estágio e pesquisa de diversos estudantes e profissionais de saúde, tanto em nível de graduação, como pós-graduação, caracterizando-se em um centro de formação acadêmica e de pesquisa científica. O referido local foi escolhido por oferecer uma demanda considerável e exclusiva de gestantes de baixo risco.

4.2.2 Cenário II - Clínica FEMINIIMAGEM- Clínica Médica da Mulher

A Clínica FEMINIIMAGEM situa-se no bairro Dionísio Torres, em uma localidade nobre da capital de Fortaleza, que atende mulheres, geralmente, com alto poder aquisitivo e que possuem um plano de saúde privado ou atendimento particular. O atendimento constitui-se de ações integradas na área obstétrica e ginecológica. Essa unidade realiza por volta de 2000 consultas mensais, em que aproximadamente 500 destas são destinadas a gestantes.

A clínica possui a unidade de imagem com outros serviços destinados à saúde da mulher: ultrassonografia, mamografia, densitometria óssea, colposcopia, inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), planejamento familiar, ultrassonografia obstétrico e morfológico, de mama, transvaginal e Doppler. É composta por diversos especialistas: mastologista, ginecologistas/obstetras, ultrassonografistas, técnicos radiologistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermeira, técnicos administrativos, recepcionistas e funcionários de serviços gerais.

Sabe-se que dados originários de pesquisas realizadas nos serviços de saúde privados são uma lacuna na produção científica brasileira, sendo a maioria dos estudos realizado nos serviços de saúde público por serem de fácil acesso. Dessa forma, a clínica Feminimagem foi selecionada como local de estudo, não somente pela grande demanda da população de gestantes, mas também pela sensibilidade dos diretores para a importância do desenvolvimento de estudos que contribuam para o avanço das pesquisas científicas.

4.2.3 Cenário III – Centro de Saúde da Família (CSF) César Cals e Ocelo Pinheiro

O terceiro campo de coleta de dados foi em duas unidades básicas de saúde. O CSF César Cals, localizado no bairro Pici, possui sete equipes de saúde da família e faz parte da

Secretaria Executiva Regional (SER) III. Já o CSF Ocelo Pinheiro situa-se no bairro Montese, fazendo parte da SER IV.

A SER III presta serviços municipais, identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas da população, promovendo o desenvolvimento urbano, ambiental e social. Tem como objetivo proporcionar condições de melhoria de vida aos 378.000 habitantes que estão distribuídos em seus 17 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha.

Por sua vez, a SER IV é limítrofe com a SER III e fica responsável pelos bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery.

Ressalta-se que as duas unidades básicas de saúde foram escolhidas devido à proximidade com o primeiro campo de coleta, o CEDEFAM, que também atende gestantes pelo SUS, a fim de obter uma amostra homogênea de mulheres atendidas pelo sistema público não comprometendo os resultados da pesquisa ao se comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na QVRS entre grávidas atendidas pelos sistemas público e privado.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por gestantes de baixo risco. A gestação de baixo risco é caracterizada quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade e cujas morbidades e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população geral (BRASIL, 2012).

Os critérios de inclusão das participantes foram gestantes em acompanhamento pré-natal de baixo risco, uma vez que as complicações podem interferir na QVRS das gestantes; e alfabetizadas, visto que o preenchimento do instrumento do Índice de qualidade de vida *Ferrans & Powers* adaptado foi autoaplicável.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) existem alguns fatores que podem predispor a um pior prognóstico materno e perinatal, necessitando de avaliações mais frequentes, além de um maior uso de densidade tecnológica, definindo assim, a gestação de alto risco. Todavia, fazem-se necessárias avaliações constantes durante todo o acompanhamento pré-natal com o

intuito de classificar ou não uma gravidez de risco, sendo esse um processo dinâmico e cíclico (BRASIL, 2012).

Desse modo, a fim de excluir da amostra gestante com pré-natal de alto risco, nos campos de coleta do Centro de Saúde da Família César Cals e Ocelo Pinheiro, todas as mulheres, anteriormente a entrevista, eram questionadas se o acompanhamento do pré-natal estava sendo realizado somente na unidade básica de saúde. Caso a resposta fosse afirmativa, concretizava-se que tal gestante tinha uma gravidez de baixo risco, visto que mulheres com gravidez de alto risco também devem ser acompanhadas pelos serviços de referência. Além disso, todas eram questionadas quanto o acontecimento de possíveis ocorrências durante a gestação. No CPN todas as gestantes são classificadas como gravidez de baixo risco, o que não necessitava essa investigação prévia.

Na Clínica FEMINIIMAGEM, as mulheres eram questionadas quanto à ocorrência dos seguintes fatores que configuram um quadro de gravidez de alto risco: fatores relacionados aos antecedentes clínicos patológicos como, por exemplo, cardiopatias, nefropatias graves (insuficiência renal crônica e em casos de transplantados), endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo), doenças hematológicas (doença falciforme e talassemia), hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG), doenças neurológicas (epilepsia), entre outras; fatores relacionados à história reprodutiva anterior (história prévia de doença hipertensiva da gestação, esterilidade/infertilidade) e fatores relacionados à gravidez atual (restrição do crescimento intrauterino, polidrâmnio ou oligodrâmnio; gemelaridade; malformações fetais ou arritmia fetal e distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória) (BRASIL, 2012).

Caso a gestante referisse qualquer um dos fatores supracitados, a mesma foi excluída da amostra da pesquisa, pois se caracterizava como uma gestação de alto risco.

Como critérios de exclusão ainda se definiram: realização de cirurgias pélvicas prévias e mulheres com déficit motor neurológico de membros inferiores, uma vez que tais fatores podem influenciar na MAP.

O tamanho da amostra foi calculado baseado no atendimento das consultas de pré-natal realizadas nos locais de pesquisa, utilizando a amostra de populações finitas a seguir:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

onde,

n = Tamanho da amostra

σ = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão

p = Porcentagem com a qual o fenômeno se verifica

q = Porcentagem complementar (100-p)

e = Erro máximo permitido

N = Tamanho da população

O nível de confiança escolhido para o estudo foi de 0,5 em que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96. A porcentagem com a qual o fenômeno se verifica e a porcentagem complementar foi de 0,5 e o erro máximo permitido também foi 5%.

O tamanho da amostra foi calculado a partir do somatório de todas as gestantes atendidas por mês nos locais de pesquisa, apresentando um total de aproximadamente 800 mulheres. Esse número foi encontrado somando-se 500 mulheres atendidas na Clínica Femininagem, 83 gestantes em acompanhamento Pré-Natal no CEDEFAM/CPN e 215 gestantes perfazendo as duas Unidades Básicas de Saúde, totalizando um número de 798. Assim:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 800}{0,05^2 \cdot 799 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

Dessa forma, a amostra foi composta por 261 gestantes, sendo 120 coletados no serviço privado e 141 no serviço público.

4.4 Instrumentos para a Coleta de Dados

Para avaliar a influência da DAP na QVRS de gestantes foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: um questionário sócio demográfico, obstétrico e fatores associados à QVRS (APÊNDICE B); um questionário adaptado contendo dados de investigação sobre as queixas de incontinência urinária, disfunção anorretal e prolapso vaginal

(APÊNDICE C) (BEZERRA et al., 2013); o questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado (FERNANDES; NARCHI, 2007) (ANEXO A); o instrumento *King's Health Questionnaire* (FONSECA et al., 2005) (ANEXO B); o Escore de *Jorge & Wexner* de Incontinência e Constipação (JORGE; WEXNER, 1996) (ANEXO C); o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (THIEL, 2008) (ANEXO D); e o instrumento denominado P-QoL (ANEXO E).

4.4.1 Questionário socioeconômico, obstétrico e fatores associados à QVRS.

O questionário socioeconômico e obstétrico tem o propósito de caracterizar a amostra no que diz respeito aos dados sócio demográficos e obstétricos. O mesmo é composto por três partes: Parte I - identificação e dados sócio demográficos: abrange dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, raça, estado marital, ocupação, renda familiar, condições de moradia, com quem a gestante mora e religião; Parte II- dados obstétricos: contempla as variáveis Índice de Massa Corporal (IMC), trimestre gestacional, o início do acompanhamento pré-natal, paridade e tipo de parto. Parte III- Fatores associados à QVRS: gravidez planejada, recebimento de orientações educativas na gestação, prática de atividade física, uso de cigarro, bebida alcoólica e drogas ilícitas.

Ressalta-se que para a variável tipo de parto foi considerado o último parto, ou seja, se a mulher teve o primeiro parto vaginal e o segundo cesárea, considerou-se o último parto, abdominal.

Sabe-se que a validação de aparência ou de face trata-se de uma forma subjetiva de validar um instrumento/estratégia, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão, entretanto, não deve ser utilizada de forma isolada. Em face disso, indica-se também a validação de conteúdo, a qual se verifica se os conceitos estão representados adequadamente e se conseguem abordar todo o domínio do conteúdo o qual o instrumento se propunha, por meio de juízes especialistas (POLIT; BECK, 2011).

Diante disso, esse instrumento passou por uma validação de aparência e conteúdo por quatro juízes especialistas na área da saúde sexual e reprodutiva. O comitê de juízes foi composto por especialistas em diversas áreas, tais como experiência clínica em obstetrícia, publicação na área do estudo e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários a fim de garantir a validação do instrumento e a consistência dos dados coletados.

4.4.2 Investigação sobre as queixas de incontinência urinária, disfunção anorretal e prolapso vaginal

O instrumento de investigação de sintomas urinários, fecais e de prolapso foi adaptado do Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico de Avaliação Pré-Operatória do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Esse juntamente com o Hospital Geral Dr. Cesar Cals são pioneiros no estado do Ceará, no que diz respeito à assistência a mulheres com DAP.

Os dois serviços de saúde públicos contam com a formação de uma equipe multiprofissional com médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, alunos de graduação de enfermagem, medicina e fisioterapia. Além disso, os profissionais integram um grupo de pesquisa com a temática de DAP analisada sob os diversos contextos e especialidades (BEZERRA et al., 2013).

O instrumento aborda perguntas sobre as DAP, queixas urinárias como perda de urina, frequência, dificuldade para micção, constipação, incontinência anal e sintoma de prolapso vaginal.

A Sociedade Internacional de Continência define a IU como toda perda involuntária de urina, sendo classificada principalmente em três tipos: IUE, sendo a queixa de perda involuntária de urina durante esforços ou exercício físico; IU por urgência, mais comumente chamado de urge-incontinência que é a queixa de perda involuntária de urina associada à urgência; e a IU mista definida como queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também ao esforço ou exercício físico (SOUSA; POLCHEIRA; NETO, 2010).

A incontinência anal (IA), por sua vez, é definida como a perda involuntária de flatos, fezes sólidas ou líquidas, causando problemas com a higiene e, principalmente, nas relações sociais. A principal etiologia está relacionada à gravidez, ao parto e lesões obstétricas do esfíncter anal (ESPUNA-PONS, 2010).

No presente estudo, as gestantes foram indagadas se apresentavam IA, tendo quatro opções de resposta: 1) não; 2) perda para gases; 3) perda para sólidos e 4) mancha a roupa íntima. Caso a gestante referisse os itens 2, 3 ou 4, a participante responderia a escala de incontinência de *Jorge & Wexner* que avalia o grau da incontinência, a depender da pontuação em: leve (0-7 pontos), intermediária (8-13 pontos) e grave (14-20 pontos).

No que diz respeito à análise dos resultados do POP, sabe-se que a avaliação do prolapso genital consiste em uma etapa importante do exame ginecológico, devendo, sempre que possível, ser classificados os graus de prolapso por meio de métodos padronizados. Esses estágios do prolapso são quantificados por meio do POP-Q, uma classificação internacional

reconhecida e preconizada pela Sociedade Internacional de Continência em que os estágios variam de 0 a 4, de acordo com a severidade (BRUMP, et al., 1996).

Uma outra forma de investigar essa condição seria o relato dos sintomas que podem ser: sensação de peso na vagina, dor abdominal, inguinal e lombar (GHETTI et al., 2005). Ressalta-se que tais sintomas se manifestam com maior intensidade quanto mais avançado for o estágio do prolapso (RESENDE et al., 2010). Assim, para investigação dessa condição as gestantes foram indagadas quanto à presença ou não do sintoma de peso na vagina (“bola na vagina”).

4.4.3 O Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

O instrumento original de *Ferrans & Powers Quality of Life Index* foi traduzido e validado no Brasil por Miako Kimura, em 1999. O mesmo é constituído de duas partes, ambas contendo 33 itens cada. A Parte I mensura a satisfação nos vários aspectos da vida e a Parte II mensura a importância desses mesmos aspectos. O desenvolvimento do *Ferrans & Powers Quality of Life Index* fundamenta-se em sólida base conceitual e metodológica, o que justifica a sua ampla aceitação como instrumento de avaliação subjetiva de QV, em diversos países (KIMURA, 1999).

Este estudo utilizou o *Ferrans & Powers Quality of Life Index* adaptado por Fernandes e Narchi (2007), que foi denominado “Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado”. Estes autores adaptaram o instrumento original de *Ferrans & Powers* de modo que possibilitasse medir a QV de gestantes.

O instrumento possui quatro domínios: “Saúde/funcionamento”, “Psicológico/espiritual”, “Socioeconômico” e “Família”, totalizando 36 itens. Foram adicionados três itens no domínio “Saúde/funcionamento”, quando se compara com a versão original, visto a necessidade específica da população gestacional. No domínio “Saúde/funcionamento” estão as questões referentes à saúde física e mental da gestante de uma forma geral, tais como desconfortos, independência física, energia para atividades diárias, e preocupações (16 itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 18, 19, 20, 28 e 29). O domínio “Socioeconômico” refere-se principalmente as questões de suporte social e condições socioeconômicas (8 itens: 16, 17, 22, 23, 24, 25, 26 e 27). O domínio “Psicológico/espiritual” abrange questões da escolaridade, crenças religiosas e satisfação com a vida (7 itens: 30, 31, 32, 33, 34, 35 e 36). No último domínio, “Família”, encontram-se

questões da saúde dos filhos, felicidade da família, possibilidade de ter uma criança, relação com o cônjuge e suporte familiar (5 itens: 11, 12, 13, 14 e 21).

O Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado foi autoaplicável e as participantes responderam atribuindo valores em uma escala crescente de satisfação e de importância, que varia de 1 a 6. Na primeira parte do instrumento, a escala varia de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6) e na segunda, de sem nenhuma importância (1) a muito importante (6).

Após os cálculos que analisam as pontuações dos itens da satisfação e da importância, os valores obtidos podem variar de 0 a 30, tanto para cada domínio, quanto para a escala total. Os maiores valores indicam melhor QV (FERRANS; POWERS, 1992; FERRANS, 1996).

4.4.4 O instrumento *King's Health Questionnaire*

Existem diversos instrumentos que mensuram a QV de mulheres com IU. No presente estudo optou-se pelo KHQ, pois a Sociedade Internacional de Continência o classifica como “altamente recomendável”, ou nível “A” para utilização em pesquisas clínicas (ABRAMS et al., 2001).

O instrumento KHQ é um questionário específico que avalia a QVRS de mulheres com IU. O mesmo foi construído e validado no idioma inglês por Kelleher et al. (1997). Este instrumento mostrou-se confiável e válido na análise de suas propriedades psicométricas, e foi validado até o ano de 2000 para sete idiomas. No Brasil, o instrumento foi validado em 2005 e apresentou como resultado uma alfa de *Cronbach* de 0,87, mostrando-se também confiável para mensurar a QVRS de mulheres brasileiras com IU (FONSECA et al., 2005).

O questionário KHQ permite avaliar tanto a presença de sintomas de incontinência urinária, quanto seu impacto relativo, o que leva a resultados consistentes. Permite também a mensuração global e do impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade na QVRS (KELLEHER, 2000).

O KHQ é composto de 21 questões e possui nove domínios seguintes: “Percepção geral de saúde” (um item), “Impacto da incontinência urinária” (um item), “Limitações de atividades diárias” (dois itens), “Limitações físicas” (dois itens), “Limitações sociais” (dois itens), “Relacionamento pessoal” (três itens), “Emoções” (três itens), “Sono/disposição” (dois itens), “Medidas de gravidade” (5 itens).

O KHQ é uma escala do tipo *Likert*, em que as respostas são graduadas em quatro opções: “nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes,

frequentemente, o tempo todo”. Há, no entanto, duas exceções: o domínio “Percepção geral de saúde” com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e o domínio relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QVRS referente àquele domínio (BORGES et al., 2009).

Como explicitado no fluxograma de aplicação dos instrumentos, a escala KHQ só foi aplicada em mulheres que relatavam o sintoma de IU, independente do tipo.

4.4.5 O Escore de *Jorge & Wexner* de Incontinência e Constipação

O Escore de *Jorge & Wexner* (1996) de Incontinência é uma escala simples composta de cinco itens capaz de identificar se a mulher apresenta problemas de incontinência fecal e qual impacto dessa disfunção na QVRS das mulheres.

O Escore de *Jorge & Wexner* de Incontinência é uma escala do tipo *Likert* e as respostas variam da seguinte forma: 0- Nunca, 1- Raramente, 2- Algumas vezes, 3- Geralmente, 4 – Sempre. A escala preconizada por *Jorge e Wexner* classifica a incontinência de acordo com a pontuação, que pode variar de 0 a 20: 1- Leve (1-7 pontos); 2- Intermediária (8-13 pontos); e 3 – Grave (14-20 pontos) (JORGE; WEXNER, 1993).

Já o Escore de *Jorge & Wexner* de Constipação avalia o grau de constipação que o indivíduo apresenta, variando de 0 a 30 pontos. A classificação do grau de constipação é determinando da seguinte forma: 1- Discreta (1-10 pontos); 2 – Moderada (11- 20 pontos); 3 – Intensa (21-30) pontos.

Destaca-se que todas as duas escalas foram aplicadas quando a mulher referia o sintoma de incontinência fecal ou constipação após ser indagada quanto aos respectivos sintomas.

4.4.6 O *Female Sexual Function Index* (FSFI)

A disfunção sexual foi avaliada pelo instrumento FSFI que é um instrumento breve e multidimensional, capaz de avaliar as dimensões chave da função sexual da mulher. É composto por cinco domínios da resposta sexual: 1) desejo e estímulo subjetivo, 2) lubrificação, 3) orgasmo, 4) satisfação e 5) dor ou desconforto. Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples), que são

multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio, que podem variar de 2 a 36. Dessa forma, o ponto de corte para caracterizar uma boa função sexual é 26,5, ou seja, mulheres com pontuação abaixo dessa média possuem disfunção sexual (MESTON, 2003; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

O questionário é constituído por 19 questões e se refere à atividade sexual nas últimas quatro semanas. Os itens dos domínios são divididos da seguinte forma: “Desejo” itens 1 e 2; “Excitação” itens 3, 4, 5 e 6; “Lubrificação” itens 7, 8, 9, e 10; “Orgasmo” itens 11, 12 e 13; “Satisfação” itens 14, 15 e 16; “Desconforto/Dor” itens 17, 18 e 19 (HENTSCHEL et al., 2007).

Em virtude das especificidades da gestação, o instrumento FSFI foi validado para gestantes brasileiras, apresentando uma consistência interna intra-observador (alfa de *Chronbach*) dos diversos domínios oscilando de moderada a forte (0,791 a 0,911) e a consistência interobservador variando de 0,791 a 0,914, mostrando que o instrumento é válido e confiável para mensurar a função sexual de gestantes brasileiras.

Esse instrumento foi aplicado para todas as mulheres que referiram ter relação sexual nas últimas quatro semanas, visto ser esse o período recomendado pelos autores para aplicação da escala. Assim, toda gestante que teve relação sexual nesse período respondeu ao instrumento já que era necessário o preenchimento do mesmo para afirmar se a mulher possuía ou não disfunção sexual, diferentemente da IU, da IA e do POP que eram facilmente identificados por sintomas verbalizados pelas gestantes.

4.4.7 O instrumento P-QoL

O instrumento denominado P-QoL é considerado simples, confiável e uma ferramenta facilmente compreensível que permite caracterizar a gravidade dos sintomas de POP com o objetivo de avaliar o seu impacto na QVRS das mulheres com essa disfunção (OLIVEIRA; TAMANINI; CAVALCANTI, 2009).

O instrumento é composto de 20 questões distribuídas nos nove domínios: 1) “Percepção geral da saúde” (1 item); 2) “Impacto do prolapso” (1 item); 3) “Limitação das atividades diárias” (2 itens); 4) “Limitação física” (2 itens); 5) “Limitação social” (3 itens); 6) “Relações pessoais” (2 itens); 7) “Emoções” (3 itens); 8) “Sono/energia” (2 itens); 9) “Medidas de severidade” (4 itens) (OLIVEIRA; TAMANINI; CAVALCANTI, 2009).

Dependendo do domínio as respostas das perguntas podem variar de “não, um pouco, mais ou menos ou muito”, ou “não, às vezes, várias vezes, sempre” ou ainda “não, às vezes, frequentemente, o tempo todo”. O sistema de pontuação é calculado para cada domínio e pode variar de 0 a 100. Quanto maior for a pontuação, maior o comprometimento da QVRS, enquanto menor for a pontuação, melhor a QVRS (OLIVEIRA; TAMANINI; CAVALCANTI, 2009).

4.5 Procedimento para a coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de setembro a dezembro de 2014 pela própria pesquisadora e por colaboradores voluntários do grupo de pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, do Curso de Enfermagem da UFC, que foram treinados e orientados para a aplicação dos instrumentos.

Para a coleta de dados, todas as participantes foram abordadas e receberam orientação sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo, foram orientadas quanto ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE D), assim como o preenchimento dos instrumentos.

No serviço público, a coleta de dados se deu no momento em que as mulheres esperavam atendimento para a consulta de acompanhamento do pré-natal. Já no serviço privado, a abordagem foi realizada enquanto as gestantes aguardavam a realização de exames obstétricos, como, por exemplo, a ultrassonografia obstétrica. O tempo estimado para a aplicação dos instrumentos foi em torno de trinta minutos. Todos os locais disponibilizaram salas reservadas para a aplicação dos questionários, mantendo a privacidade das respostas fornecidas pelas gestantes.

O fluxo de aplicação dos questionários se deu da seguinte forma:

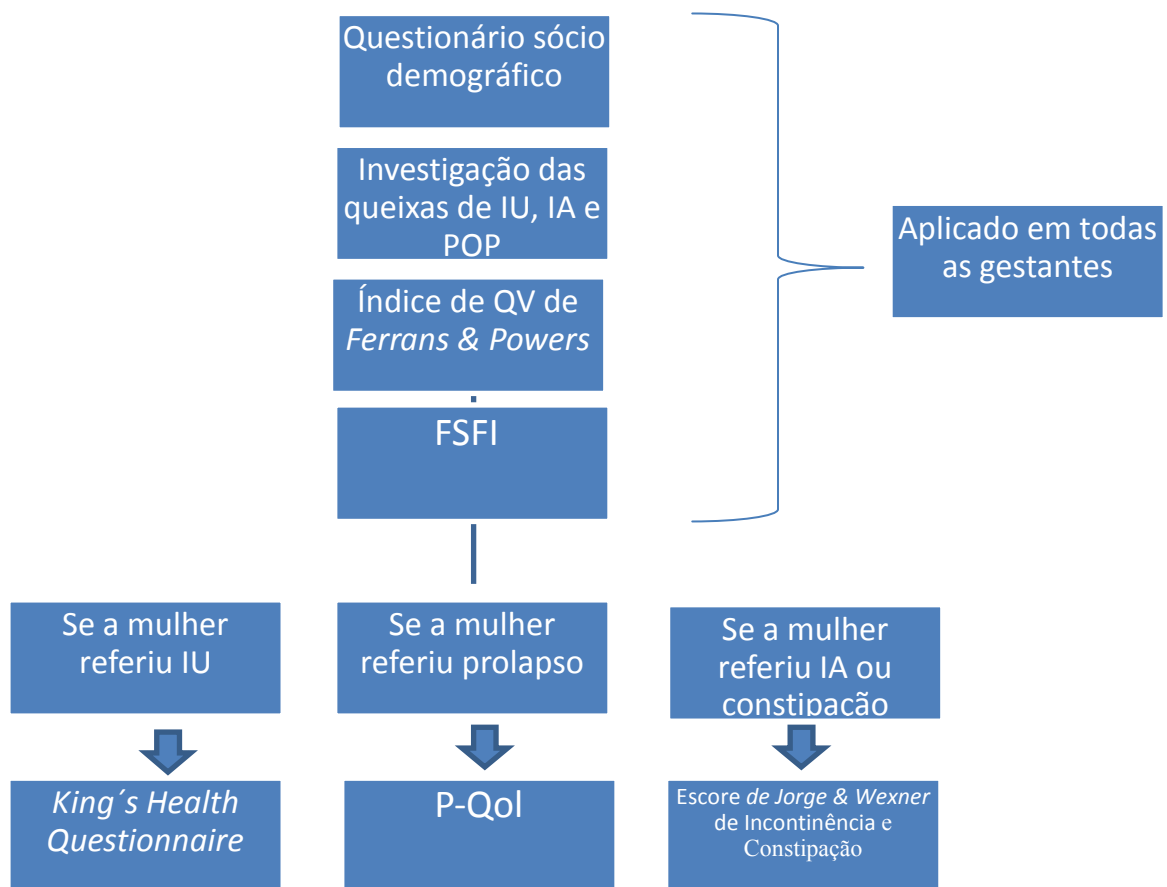


Figura 1- Fluxograma de aplicação dos instrumentos de coleta. Jan.2015.

Destaca-se que os questionários sócio econômico, de investigação das queixas de IU, IA e POP e o índice de QV de *Ferrans & Powers* adaptado foram aplicados com a amostra total (261 gestantes). Contudo, o instrumento FSFI só foi aplicado com 190 mulheres, uma vez que 71 participantes relataram não possuir relação sexual nas últimas quatro semanas, período estipulado para aplicação do FSFI segundo os autores da escala.

4.6 Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa

Com o intuito de garantir os direitos das participantes, respeitando-as, a pesquisa foi norteada com base nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da MEAC/UFC, sendo aprovado com o parecer número 770.902 (ANEXO F).

Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), os quais realizaram a leitura, tendo a oportunidade de esclarecer as dúvidas e somente após leitura e anuência assinaram o termo. Ressaltou-se que a mulher poderia não participar mais da pesquisa a qualquer momento em que a mesma referisse, sem prejuízo para o atendimento.

4.7 Organização e análise dos dados

Os dados sócio demográficos, obstétricos, fatores associados à QVRS e as DAP foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 licença nº 10101131007, organizados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente e o referencial de QVRS. Calcularam-se médias e desvios padrão das variáveis quantitativas.

Foram feitos a priori os testes de *Levene* para verificar a homogeneidade das variâncias e o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para testar a normalidade das variáveis. Após isso, as médias das escalas foram analisadas pelos testes t de *Student*, *Mann-Whitney*, *Wilcoxon*, se dois grupos; se três ou mais grupos, pelo teste F de *Snedecor* (comparações múltiplas pelo teste de *Tukey*), de *Friedman* ou de *Kruskal-Wallis* (comparações múltiplas pelo teste de *Conover*). As associações entre as variáveis QVRS e as DAP com as variáveis sócio demográficas, obstétricas foram feitas pelo teste de χ^2 e, quando cabível, calculou-se a RC e seu respectivo IC95%. As análises inferenciais foram consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Primeiramente, seguem os dados que envolvem as questões sócio demográficas, obstétricas e outros fatores que estão associados à QVRS da amostra total na tabela abaixo:

Tabela 1 - Características sócio demográficas, obstétricas e fatores associados à QVRS das gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

CARACTERÍSTICAS (n= 261)	N	%
Dados sócio demográficos		
Idade		
<20	48	18,4
21-30	115	44,1
31-40	92	35,2
>40	6	2,3
Estado Civil		
Solteira	30	11,5
Casada	154	59,0
União Estável	77	29,5
Escolaridade (anos de estudo)		
Até 8	37	14,2
9 a 11	39	14,9
12	68	26,1
13 ou mais	117	44,8
Trabalha fora		
Sim	154	59,0
Não	107	41,0
Renda familiar (SM)		
De 1 a 2	89	34,1
2,1 a 4	51	19,5
4,1 a 6	21	8,0
6,1 ou mais	100	38,3
Com quem mora		
Exclusivamente com o companheiro	99	37,9
Com familiares	44	16,9
Com companheiros e filhos	109	41,8
Outros	9	3,4
Tipo de moradia		
Própria	157	60,2
Alugada	98	37,5
Cedida	6	2,3
Religião		
Católica	153	58,6
Evangélica	71	27,2
Espírita	6	2,3
Outra	15	5,7
Nenhuma	16	6,1
Dados obstétricos		
Trimestre gestacional (n=261)	N	%
1º trimestre	45	16,9
2º trimestre	125	48,1

3 ° trimestre	91	35,0
Classificação do IMC/Semana gestacional (n=257)		
Baixo peso	37	14,2
Adequado	122	46,7
Sobrepeso	67	25,7
Obesidade	31	11,9
Paridade (n=261)		
Nulipara	148	56,7
Primípara	74	28,4
Secundípara/ Multípara	39	14,9
Tipo de parto (n=113)		
Vaginal	36	31,9
Abdominal	77	68,1
Início do acompanhamento gestacional (n=261)		
< 12 semanas	200	76,6
≥12 semanas	61	23,4
Fatores associados a qualidade de vida relacionada à saúde (n=261)	N	%
Gravidez planejada		
Sim	143	54,8
Não	118	45,2
Apoio do parceiro		
Sim	249	95,4
Não	12	4,6
Orientação educativa durante o pré-natal		
Sim	106	40,6
Não	155	59,4
Pratica atividade física		
Sim	35	13,4
Não	226	86,6
Uso de cigarro		
Sim	4	1,5
Não	257	98,5
Uso de Álcool		
Sim	3	1,1
Não	258	98,9
Uso de droga ilícita		
Sim	1	0,4
Não	260	99,6

Com relação aos dados sócio demográficos, identificou-se que 44,1% (115) das entrevistadas estavam na faixa etária entre 21 e 30 anos, com mediana de $28 \pm 6,5$ anos, mínima de 15 e máxima de 45 anos; 88,5% (231) possuíam um companheiro estável; 70,9% (185) concluíram o Ensino Médio, dessas 44,8% (117) cursaram graduação ou pós-graduação; 59% (154) afirmaram possuir um trabalho remunerado e 60,2% (157) moram em casa própria.

Já em relação à renda familiar, observou-se que as categorias extremas tiveram maior prevalência com 34,1% (89) com renda entre 1 a 2 salários mínimos e 38,3% (100) com renda maior do que 6,1 salários mínimos. De acordo com os dados, 93,8% (245) relataram ainda ter alguma crença religiosa, com prevalência da religião católica (58,6%).

No que se refere aos dados obstétricos, 48,1% (125) da amostra estavam no segundo trimestre da gestação; 37,6% (98) apresentaram sobrepeso quando classificadas segundo o IMC. Dessas, 11,9% (31) foram classificadas como obesas e ainda 14,2% (37) com baixo peso. Um total de 76,6% (200) da amostra iniciou o pré-natal anteriormente à 12ª semana de gestação.

Quanto à paridade, 56,7 % (148) eram nulíparas e das mulheres que já tiveram partos anteriores, 68,1% (77) submeteram-se a partos abdominais. Ainda avaliando o tipo de parto, identificou-se que das 77 mulheres que tiveram parto abdominal, 48 (62,3%) eram do serviço privado e 29 (37,7%) do serviço público. Enquanto que das 36 que tiveram parto vaginal, 30 (83,3%) eram do serviço público e 6 (16,7%) do serviço privado.

Quando se analisou alguns fatores que envolvem a QVRS, verificou-se que 45,2% (118) das gestantes não planejaram sua gravidez. Apesar do não planejamento, 95,4% (249) receberam o apoio do parceiro. Um percentual de 59,4% (155) também verbalizou que não recebeu orientações educativas, seja grupal ou individual. No que concerne aos hábitos de vida saudáveis, 86,6% (226) não praticavam atividades físicas de qualquer natureza, 98,5% (257) não faziam uso do cigarro, 98,9% (258) não ingeriram bebida alcoólica e quase a totalidade com 99,6% (260) não referiram o uso de drogas ilícitas.

A tabela 02 apresentou a distribuição das disfunções do assoalho pélvico de forma isolada ou em associações.

Tabela 2 – Distribuição das disfunções do assoalho pélvico de forma isolada ou em associação em gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DAP (n = 261)	N	%
IU	68	26,1
IA	12	4,6
Constipação	70	26,8
POP	0	0
Disfunção sexual (n = 190)	61	32,1
IU e Disfunção anorretal	17	6,5
IU e Disfunção Sexual	12	4,6
Disfunção anorretal e Disfunção sexual	24	9,2
IU, Disfunção anorretal e Disfunção sexual	7	2,7

Os dados mostraram que a disfunção sexual foi a condição que obteve maior prevalência (32,1%) em comparação com a IU (26,1%), com a IA (4,6%), com a constipação (26,8%) e o POP que não foi verbalizado por nenhuma participante do estudo. Quando se analisou as disfunções de forma associada, a disfunção anorretal e a disfunção sexual juntas obtiveram maior frequência (9,2%).

Ressalta-se que a disfunção anorretal foi considerada quando a mulher apresentou IA ou constipação. Além disso, na variável disfunção sexual o tamanho amostral foi de 190, visto que 71 mulheres relataram não possuir atividade sexual nas últimas quatro semanas, período recomendado pelo instrumento FSFI para avaliar a função sexual.

Dessa forma, quando se fez uma análise geral encontrou-se que 157 (60,2%) gestantes relataram pelo menos uma DAP, independente do tipo, quer seja, IU, IA, constipação ou disfunção sexual.

5.2 Avaliação da QVRS de gestantes

A avaliação da QV de gestantes foi realizada pelo índice de *Ferrans & Powers* adaptado que possui pontuação variando de 0 a 30 para cada domínio da escala, bem como para a escala total. Os maiores valores indicam melhor QV. A escala não possui ponto de corte e os escores de cada um dos quatro domínios (“Saúde/funcionamento”, “Psicológico/espiritual”, “Socioeconômico” e “Família”) podem ser considerados de forma independente ou em conjunto (FERRANS; POWERS, 1992; FERRANS, 1996).

Tabela 3 – Comparação das médias da escala total que avalia a QV a partir do instrumento de *Ferrans & Powers* adaptado. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

Domínio	Média ± DP
Saúde/Funcionamento	22,0 ± 3,7*
Sócio econômico	22,8 ± 4,8*
Psicológico/Espiritual	25,7 ± 4,2*
Família	27,4 ± 3,4*
Total	23,6 ± 3,3*

*O valor de p de Friedman foi <0,0001. Pelo teste de Conover todas as médias diferem entre si (p<0,004).

A tabela 3 revelou que o escore total da escala apresentou uma média de 23,6 com desvio padrão de 3,3. O domínio que obteve maior pontuação, contribuindo para a média do valor total da escala foi “Família” (27,4). Todavia, o aspecto que teve menor pontuação foi o domínio “Saúde/Funcionamento” (22,0). O domínio “Sócio econômico” obteve a segunda menor pontuação (22,8). Os resultados também apontaram que todas as médias diferem entre si (p<0,004).

O domínio “Família” inclui quatro itens que abordam o suporte familiar, a relação com o parceiro, a saúde e a felicidade da família e dos filhos. O domínio “Sócio econômico” abrange questões referentes ao suporte social, o trabalho, a escolaridade e as necessidades

financeiras. Por sua vez, o domínio “Saúde/Funcionamento” aborda, de forma geral, questões que retratam a assistência à saúde que a mulher está recebendo durante o pré-natal, disposição, independência física, a vida sexual e atividades de lazer.

A tabela 4 versa sobre a associação das variáveis sócio demográficas com o índice de QV de *Ferrans & Powers* adaptado (2007).

Tabela 4 – Associação das variáveis sócio demográficas com o índice de QV de *Ferrans & Powers*. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

Variáveis Sócio demográficas	DOMÍNIOS				
	D1- Saúde Média ± DP	D2- Sócio econômico Média ± DP	D3- Psicológico Média ± DP	D4- Família Média ± DP	D- Total Média ± DP
Idade (ano)					
< 20	21,5 ± 4,0	19,5 ± 5,3	25,8 ± 4,0	26,8 ± 4,7	22,5 ± 3,8
Entre 21 e 30	22,19 ± 3,6	22,96 ± 4,7	25,5 ± 4,5	27,5 ± 3,1	23,6 ± 3,4
> 31	22,05 ± 3,7	24,38 ± 3,8	25,9 ± 3,9	27,7 ± 2,7	24,0 ± 3,0
Valor de p	0,639	0,000	0,763	0,317	0,045
Estado marital					
Sem parceiro	21,8 ± 3,7	20,3 ± 5,9	25,5 ± 5,6	25,8 ± 5,2	22,9 ± 3,8
Com parceiro	22,0 ± 3,7	23,1 ± 4,6	25,7 ± 4,0	27,6 ± 3,0	23,6 ± 3,3
Valor de p	0,827	0,003	0,777	0,008	0,297
Escolaridade					
8 anos ou menos	21,5 ± 4,8	19,4 ± 5,9	24,2 ± 6,8	26,5 ± 4,3	22,3 ± 4,6
9 a 11 anos	21,9 ± 4,0	21,7 ± 5,3	25,7 ± 4,6	27,4 ± 4,6	23,2 ± 3,8
12 anos completos	21,6 ± 3,5	21,9 ± 4,8	25,6 ± 4,0	27,3 ± 3,0	23,1 ± 3,1
Acima de 13 anos	22,4 ± 3,3	24,7 ± 3,3	26,3 ± 2,8	27,8 ± 2,6	24,3 ± 2,6
Valor de p	0,408	0,000	0,072	0,284	0,007
Trabalha fora					
Sim	22,4 ± 3,3	24,5 ± 3,5	25,9 ± 3,7	27,6 ± 3,1	24,2 ± 2,07
Não	21,4 ± 4,2	20,3 ± 5,4	25,5 ± 4,7	27,2 ± 3,7	22,7 ± 3,9
Valor de p	0,046	0,000	0,435	0,409	0,000
Renda					
De 1 a ≤ 2	21,6 ± 4,2	20,2 ± 5,3	24,7 ± 5,5	26,6 ± 4,3	22,6 ± 4,4
> 2 a ≤ 4	21,7 ± 3,8	23,0 ± 5,1	26,0 ± 4,1	27,9 ± 3,0	23,6 ± 3,3
>4 a ≤ 6	22,3 ± 3,3	23,7 ± 3,9	27,6 ± 1,8	28,3 ± 2,0	24,4 ± 2,6
Mais de 6	22,4 ± 3,4	24,9 ± 3,2	26,1 ± 2,8	27,7 ± 2,7	24,3 ± 2,6
Valor de p	0,490	0,000	0,011	0,034	0,004
Com quem mora					
Companheiro	22,5 ± 2,9	23,4 ± 4,4	26,3 ± 3,5	27,8 ± 2,4	24,1 ± 2,7
Com familiares	21,8 ± 4,2	20,8 ± 5,9	25,4 ± 5,4	26,0 ± 5,1	22,9 ± 4,1
Com comp. e filhos	21,4 ± 4,1	22,9 ± 4,7	24,1 ± 4,3	27,5 ± 3,2	23,2 ± 3,5
Outros	24,1 ± 3,5	24,4 ± 3,6	27,9 ± 1,9	28,6 ± 1,5	25,4 ± 2,5
Valor de p	0,043	0,022	0,094	0,012	0,046
Religião					
Católica	22,6 ± 3,2	23,8 ± 4,1	26,2 ± 3,5	27,9 ± 2,7	24,2 ± 2,8
Evangélica	21,3 ± 3,9	21,6 ± 5,4	25,8 ± 4,2	27,4 ± 4,0	23,0 ± 3,5
Outra	20,5 ± 3,6	21,5 ± 4,6	22,4 ± 4,3	25,4 ± 4,1	21,9 ± 2,9
Nenhuma	21,4 ± 5,9	20,8 ± 6,5	24,5 ± 7,1	25,8 ± 4,0	22,4 ± 5,6
Valor de p	0,024	0,002	0,001	0,003	0,003

Quanto à idade, houve associação significativa nos domínios “Sócio econômico” e na escala total. Quando se realizou o teste de *Tukey* nesses domínios significantes, as médias diferiram da seguinte forma: no domínio “Sócio econômico” houve diferença das médias entre as faixas <20 com 21-30 ($p<0,0001$) e <20 com 31 anos ou mais ($p<0,0001$). Já na escala total foram diferentes as médias entre as faixas <20 com 31 anos ou mais ($p=0,035$).

Com relação ao estado marital, identificou-se que o valor de p foi menor do que 0,05 nos domínios “Sócio econômico” e “Família”, indicando que a presença de um parceiro influencia nos aspectos sócio econômicos e familiares.

No que se refere à escolaridade, a relação foi significativa nos domínios “Sócio econômico” e na escala total. Ao realizar a comparação multivariada no domínio “Sócio econômico”, o teste revelou diferença entre as categorias “8 anos ou menos de estudo” com “12 anos de estudo” ($p<0,037$) e “acima de 13 anos”, graduação e pós graduação, com ($p<0,000$). No domínio total houve diferenças entre as categorias “8 anos de estudo” e “graduação e pós graduação” ($p<0,000$) e “12 anos completos” com “8 anos de estudo ou menos” ($p<0,037$), indicando que a menor e a maior escolaridade influenciam na QV das gestantes.

No que tange ao fato da gestante ter uma ocupação fora do lar, houve significância nos domínios “Saúde/funcionamento”, “Sócio econômico” e na escala total. A renda familiar, por sua vez, só não mostrou significância no domínio “Saúde/funcionamento”.

No tocante a variável que investigou com quem a gestante mora, todos os domínios mostraram relação de influência, com exceção do domínio “Psicológico”. E por fim, a religião evidenciou associação estatística com todos os domínios da escala.

A tabela 5 reporta sobre a associação das variáveis obstétricas com o índice de QV de *Ferrans & Powers* adaptado.

Tabela 5 – Associação das variáveis obstétricas com o índice de QV de *Ferrans & Powers*. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

Variáveis Obstétricas	DOMÍNIOS				
	D1- Saúde*	D2- Sócio econômico*	D3- Psicológico*	D4- Família*	D- Total*
Idade gestacional					
1º trimestre	21,4 ± 4,2	22,5 ± 5,3	25,5 ± 4,3	27,5 ± 3,0	23,2 ± 3,7
2º trimestre	22,2 ± 3,4	22,9 ± 4,7	25,4 ± 4,5	27,2 ± 3,4	23,7 ± 3,1
3º trimestre	22,0 ± 3,9	22,9 ± 4,8	26,2 ± 3,6	27,7 ± 3,5	23,6 ± 3,4
Valor de p	0,469	0,887	0,433	0,497	0,691
IMC gestacional					
Baixo peso	21,9 ± 3,5	22,3 ± 4,3	25,7 ± 3,7	27,4 ± 3,1	23,4 ± 2,9
Adequado	22,1 ± 3,6	22,8 ± 4,7	25,8 ± 4,0	27,4 ± 3,3	23,7 ± 3,2
Sobrepeso	21,9 ± 4,0	22,6 ± 5,2	25,3 ± 4,8	27,4 ± 3,1	23,4 ± 3,7

Obesidade	21,3 ± 3,9	23,4 ± 5,3	25,6 ± 4,2	27,5 ± 4,4	23,4 ± 3,6
Valor de p	0,758	0,839	0,899	0,998	0,916
Tipo de parto					
Vaginal	21,1 ± 5,2	21,5 ± 5,4	23,1 ± 6,6	26,3 ± 3,4	22,3 ± 4,6
Abdominal	21,7 ± 3,5	23,8 ± 4,3	25,7 ± 3,6	27,8 ± 3,2	23,7 ± 3,0
Valor de p	0,513	0,017	0,008	0,026	0,072
Nº de filhos vivos					
0	22,2 ± 3,4	22,6 ± 4,8	26,2 ± 3,6	27,5 ± 3,4	23,7 ± 3,1
1-7	21,6 ± 4,1	23,1 ± 4,9	25,0 ± 4,9	27,4 ± 3,4	23,3 ± 3,6
Valor de p	0,181	0,367	0,032	0,799	0,408

* Média ± Desvio Padrão (DP).

Os dados revelaram que o trimestre e o IMC gestacional não influenciaram na QV. Apesar da não significância, o trimestre que apresentou melhor média foi o segundo, com variação muito pequena em comparação com a do terceiro. Também verificou-se que mulheres que possuem um IMC adequado tiveram maiores pontuações no domínio geral, indicando melhor QV.

Já o número de filhos mostrou significância com o domínio “Psicológico/espiritual”, em que nulíparas apresentaram melhor QV. No que se refere ao tipo de parto, mulheres que relataram já ter se submetido ao parto abdominal apresentaram índices maiores de QV, em todos os domínios, do que mulheres que tiveram parto vaginal, com associação estatisticamente significativa nos domínios “Sócio econômico”, “Psicológico” e “Família”.

Tabela 6 - Associação dos fatores associados à QVRS com o índice de QV de *Ferrans & Powers*. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

Fatores relacionado a QVRS	DOMÍNIOS				
	D1- Saúde Média ± DP	D2- Sócio econômico Média ± DP	D3- Psicológico Média ± DP	D4- Família Média ± DP	D- Total Média ± DP
Gravidez Planejada					
Sim	22,3 ± 3,1	24,0 ± 3,7	26,4 ± 2,9	27,8 ± 2,9	24,1 ± 2,5
Não	21,6 ± 4,3	21,4 ± 5,6	24,9 ± 5,2	27,0 ± 3,8	22,9 ± 4,0
Valor de p	0,110	0,000	0,005	0,054	0,003
Apoio do parceiro					
Sim	22,1 ± 3,6	23,0 ± 4,7	25,8 ± 3,9	27,6 ± 3,3	23,7 ± 3,2
Não	19,8 ± 4,7	18,2 ± 5,7	22,8 ± 7,6	24,6 ± 4,1	21,0 ± 4,3
Valor de p	0,038	0,001	0,016	0,003	0,010
Educação em saúde					
Sim	22,8 ± 3,3	23,5 ± 4,4	26,4 ± 3,6	27,6 ± 3,1	24,3 ± 2,9
Não	21,4 ± 3,9	22,4 ± 5,1	25,2 ± 4,5	27,3 ± 3,5	23,1 ± 3,5
Valor de p	0,002	0,070	0,19	0,430	0,005
Atividade física					
Sim	23,5 ± 3,0	24,2 ± 4,0	25,8 ± 2,9	28,0 ± 2,3	24,6 ± 2,6
Não	21,7 ± 3,8	22,6 ± 4,9	25,7 ± 4,3	27,3 ± 3,5	23,4 ± 3,4
Valor de p	0,008	0,079	0,854	0,275	0,041
Tipo de serviço					
Público	21,6 ± 4,0	21,1 ± 5,3	25,1 ± 5,0	27,0 ± 3,9	22,8 ± 3,7
Privado	22,5 ± 3,3	24,9 ± 3,3	26,4 ± 2,7	27,9 ± 2,5	24,4 ± 2,6
Valor de p	0,051	0,000	0,013	0,028	0,000

A tabela 6 demonstra a relação de alguns fatores com o índice de QV de *Ferrans & Powers* adaptado. O fato da mulher ter planejado sua gravidez sofreu influência dos domínios “Sócio econômico”, “Psicológico” e da escala total, com melhor QV. O apoio do parceiro na gestação também foi significativo em todos os domínios, ressaltando a importância desse para a obtenção de uma melhor QV das gestantes.

Quanto à influência que o recebimento das orientações educativas durante o pré-natal pode ter na QV, bem como a prática de atividade física observou-se que houve associação significativa nos domínios “Saúde/funcionamento” e na escala total. Já o tipo de serviço que a gestante foi atendida durante o pré-natal também obteve significância em todos os domínios, excluindo o domínio “Saúde/funcionamento”, em que não houve diferença estatística.

5.3 Avaliação da IU e QVRS de gestantes

Inicialmente, a tabela 7 traz a distribuição dos seguintes sintomas urinários: queixas urinárias, tipo de IU, polaciúria, noctúria, urgência urinária, enurese, disúria e ITU recorrente que podem estar presentes na gestação.

Tabela 7 – Distribuição dos sintomas urinários relatados pelas gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

SINTOMAS URINÁRIOS		
	N	%
Queixas urinárias (n=261)		
Urinar muito	109	41,7
IU	68	26,1
Sem queixas urinárias	84	32,2
Tipo de IU (n=68)		
IU de esforço	43	63,2
IU mista	16	23,5
IU de urgência	9	13,2
Polaciúria (n=261)		
Sim	157	60,2
Não	104	39,8
Noctúria (n=261)		
Sim	221	84,7
Não	40	15,3
Urgência urinária		
Sim	55	21,1
Não	206	78,9
Enurese		
Sim	11	4,2
Não	250	95,8
Disúria		
Sim	7	2,7

Não	254	97,3
ITU recorrente		
Sim	4	1,5
Não	257	98,5

A média de micções diurnas foi de 8,4 com desvio padrão de 3,4, mínima de 1 e máxima de 20. Já a média de micções noturnas foi de 2,1, com mínima de 0 e máxima de 9. A noctúria foi considerada no presente estudo como queixa de interrupção do sono devido à vontade urinar por uma ou mais vezes a noite. A Infecção do Trato Urinário (ITU) recorrente refere-se quando a mulher possui ITU mais de três vezes ao ano.

A tabela 8 traz uma avaliação da QV de mulheres que relataram IU por meio do instrumento KHQ que quanto maior a pontuação obtida, pior é a QVRS relacionada àquele domínio.

Tabela 8 - Avaliação da QVRS de mulheres com IU (n=68) segundo o instrumento *King's Health Questionnaire*. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Média ± DP
Percepção geral da saúde	24,2 ± 21,0
Impacto da incontinência	18,4 ± 27,0
Limitação das atividades diárias	13,8 ± 24,7
Limitações físicas	10,7 ± 25,5
Limitações sociais	5,7 ± 16,4
Relações pessoais	3,5 ± 14,2
Emoções	7,0 ± 18,8
Sono	10,5 ± 24,3
Medida de gravidade	8,6 ± 18,4

A análise das informações acima mostra que o domínio mais afetado pelas mulheres com IU foi o de “Percepção geral da saúde” e o domínio “Impacto da incontinência”, seguido da “Limitação das atividades diárias”.

Os valores de p relativos ao teste de *Conover* para comparações múltiplas evidenciaram que a média do domínio “Percepção geral da saúde” e “Impacto da incontinência” diferiu de todos os demais ($p < 0,001$). Já o domínio “Limitação das atividades diárias” diferiu de “Limitações sociais” ($p < 0,0006$), “Relações pessoais” ($p < 0,0001$), e “Emoções” ($p < 0,004$).

A tabela 9 retrata se existe diferenças entre os domínios de QV avaliados pelo instrumento KHQ nos três trimestres gestacionais.

Tabela 9 – Influência do trimestre gestacional na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	1º trimestre* (n=9)	2º trimestre* (n=27)	3º trimestre* (n=28)	Valor de p
Percepção geral da saúde	22,2 ± 19,5	34,2 ± 23,1	15,5 ± 15,5	0,008
Impacto da incontinência	22,2 ± 28,8	23,4 ± 28,9	11,9 ± 24,3	0,246
Limitação das atividades diárias	16,6 ± 20,4	20,3 ± 30,7	6,5 ± 17,7	0,092
Limitações físicas	12,9 ± 26,0	12,9 ± 28,4	8,3 ± 23,7	0,468
Limitações sociais	1,2 ± 3,7	9,6 ± 21,8	3,5 ± 12,1	0,250
Relações pessoais	3,7 ± 11,1	7,4 ± 20,8	0,0 ± 0,0	0,107
Emoções	3,7 ± 11,1	10,2 ± 24,6	3,9 ± 13,2	0,289
Sono	5,5 ± 16,6	12,3 ± 27,5	10,7 ± 24,0	0,690
Medida de gravidade	0,0 ± 0,0	15,0 ± 22,0	5,4 ± 16,0	0,016

* Média e desvio padrão.

Com relação à perda de urina por trimestres, os dados revelaram que 20% (09) das gestantes que estavam no primeiro trimestre apresentaram IU, 21,6% (27) no segundo trimestre e 30,8% (28) no terceiro trimestre.

Analisando individualmente os domínios de QVRS relacionada à IU, houve diferença estatisticamente significativa no domínio “Percepção geral da saúde” e “Medida de gravidade”, ambos evidenciando pior QVRS no 2º trimestre.

Apesar dos dados não revelarem significância, os domínios “Impacto da incontinência”, “Limitação das atividades diárias”, “Limitações sociais”, “Relações pessoais”, “Emoções” e “Sono”, todos, apresentaram médias maiores no 2º trimestre, indicando pior QVRS nesse período gestacional.

A tabela 10 compara a influência da IU na QVRS entre gestantes que nunca tiveram um parto (nulíparas) e as que tiveram um ou mais (múltiplas).

Tabela 10 - Influência da paridade na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Nulíparas* (n=34)	Múltiplas* (n=32)	Valor de p
Percepção geral da saúde	24,2 ± 15,6	24,2 ± 25,7	0,579
Impacto da incontinência	16,1 ± 20,6	20,8 ± 32,5	0,918
Limitação das ativ. diárias	13,1 ± 21,5	14,5 ± 28,0	0,575
Limitações físicas	8,5 ± 19,1	13,0 ± 31,0	0,855
Limitações sociais	3,0 ± 7,9	8,5 ± 21,8	0,599
Relações pessoais	0,0 ± 0,0	7,2 ± 19,8	0,002
Emoções	3,0 ± 9,7	11,1 ± 24,6	0,652
Sono	11,6 ± 23,0	9,3 ± 26,0	0,213
Medida de gravidade	7,2 ± 14,2	9,9 ± 22,0	0,652

* Média e desvio padrão.

Quanto à perda de urina referente à paridade, percebeu-se que 22,9% (34) eram nulíparas, enquanto que 28,3% (32) eram múltiplas.

Os dados expressaram que as médias diferiram de forma significativa no domínio “Relações Pessoais”. Com relação às médias, observou-se que múltiparas tiveram médias maiores, ou seja, pior QVRS, em todos os domínios, com exceção dos domínios “Percepção geral da saúde” em que as médias foram idênticas e o domínio “Sono” em que nulíparas tiveram maiores pontuações.

Os resultados referentes à QVRS obtidos através do KHQ das gestantes que são atendidas por convênios e particulares e pelas atendidas pelo SUS foram apresentados na tabela 11, usando a média e desvio padrão dos escores dos domínios. Para comparar as distribuições das variáveis, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 11 – Influência do sistema de acompanhamento pré-natal na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Público* (n=44)	Privado* (n=22)	Valor de p
Percepção geral da saúde	28,9 ± 21,5	14,7 ± 16,6	0,002
Impacto da incontinência	27,2 ± 28,9	0,0 ± 0,0	0,000
Limitação das atividades diárias	20,4 ± 27,8	0,0 ± 0,0	0,000
Limitações físicas	15,9 ± 29,8	0,0 ± 0,0	0,004
Limitações sociais	8,4 ± 19,4	0,0 ± 0,0	0,006
Relações pessoais	5,3 ± 17,1	0,0 ± 0,0	0,039
Emoções	10,3 ± 22,2	0,0 ± 0,0	0,004
Sono	15,5 ± 28,3	0,0 ± 0,0	0,003
Medida de gravidade	12,2 ± 21,3	0,9 ± 4,3	0,001

* Média e desvio padrão.

A tabela traz que 31,2% (44) das mulheres que apresentaram IU foram atendidas no sistema público e 18,3% (22) no serviço privado. As gestantes atendidas no serviço privado tiveram melhor QVRS em todos os domínios. Além disso, os dados revelam que em quase todos os domínios essas mulheres não sofreram nenhum impacto em sua QVRS, com exceção do domínio “Percepção” e “Medida de gravidade”, mesmo assim com médias baixas.

Os domínios que apresentaram maiores médias entre as mulheres do serviço público foi o “Percepção geral da saúde” e “Impacto da incontinência”, seguido do domínio “Limitações físicas” e “Sono”.

A tabela 12, por sua vez, expressa a influência do tipo de parto QVRS de gestantes com IU.

Tabela 12 - Influência do tipo de parto na QVRS em gestantes com IU. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Parto Vaginal* (n=13)	Parto abdominal* (n=14)	Valor de p
Percepção geral da saúde	34,6 ± 28,0	17,8 ± 22,8	0,116
Impacto da incontinência	38,4 ± 32,9	11,9 ± 30,9	0,017
Limitação das atividades diárias	21,7 ± 30,7	9,5 ± 27,5	0,185
Limitações físicas	19,2 ± 38,3	10,7 ± 28,9	0,488
Limitações sociais	8,5 ± 17,0	7,9 ± 26,6	0,519
Relações pessoais	8,9 ± 14,6	7,1 ± 26,7	0,325
Emoções	17,9 ± 26,2	8,7 ± 26,5	0,259
Sono	14,1 ± 30,3	8,3 ± 26,7	0,685
Medida de gravidade	17,4 ± 28,3	6,6 ± 17,7	0,239

* Média e desvio padrão.

Em relação ao tipo de parto, 36,1% (13) das gestantes que tiveram parto vaginal e 18,2% (14) das mulheres que se submeteram ao parto abdominal apresentaram IU.

No tocante a comparação da QVRS de mulheres com IU que já tiveram partos anteriores, vaginais ou abdominais, percebeu-se que o domínio “Impacto da incontinência” apresentou significância, mostrando que o impacto dessa disfunção é pior em mulheres que já tiveram o último parto vaginal. Ademais, todos os outros domínios expressaram médias maiores e, portanto, pior QVRS nas mulheres que tiveram essa via de parto anterior, embora não tenham sido encontrados valores significantes.

5.4 Avaliação das disfunções anorretais, POP e QVRS de gestantes

Do contingente total da amostra, apenas 4,6% (12) referiram IA, sendo a maior prevalência para perda de flatos com 2,3% (6), seguido de manchas na roupa íntima 1,5% (4) e 0,8% (2) perda para sólidos. Com relação à urgência fecal somente 0,8 % (2) das mulheres verbalizaram tal queixa.

Todas as 12 mulheres responderam a escala de incontinência de *Jorge & Wexner* e somente 2 delas expressaram que sofreram alteração do estilo de vida algumas vezes devido a IA. Quanto à classificação do grau de incontinência, 75% (09) foram classificadas como leve e 25% (03) como intermediária.

Além da IA, o sintoma gastrointestinal de constipação também foi investigado, e 26,8% (70) das gestantes relataram possuir esse sintoma. Um percentual de 22,9% (16) relatou que esses sintomas surgiram pela primeira vez durante a gravidez. O restante da amostra (77,1%) já possuía constipação há pelo menos um ano ou mais. Quanto ao grau de

constipação, 63,0% (46) das mulheres foram classificadas como tendo constipação discreta, 30,1% (20) como moderada e 1,9% (04) como intensa.

No que diz respeito à análise dos resultados do POP, todas as mulheres foram questionadas quanto ao principal sintoma do prolapso genital que seria a sensação de peso na vagina. Nenhuma gestante respondeu possuir tal sintoma. Dessa forma, o instrumento o P-Qol que avalia a qualidade de vida em pacientes com prolapso não foi aplicado a nenhuma participante.

Reitera-se que todos os integrantes responsáveis pela coleta de dados foram treinados para viabilizar tal questionamento, explicando o sintoma de peso na vagina e o significado de prolapso para a gestante, sendo necessário algumas vezes utilizar a expressão “útero caído” para que as mulheres compreendessem o significado de prolapso genital.

5.5 Avaliação da disfunção sexual e QVRS de gestantes

A partir da escala FSFI foi encontrado que 32,1% (61) das gestantes apresentaram disfunção sexual, ou seja, tiveram médias menores do que 26,5. A tabela 13 traz as médias, obtidas por toda a amostra, da escala total e de cada domínio separadamente.

Tabela 13- Avaliação da função sexual de gestantes. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Média ± DP
Desejo	3,4 ± 1,1
Excitação	4,1 ± 1,0
Lubrificação	5,0 ± 1,0
Orgasmo	4,4 ± 1,2
Satisfação	5,1 ± 1,0
Dor	5,0 ± 1,1
Escore Total	27,2 ± 4,9

O valor da média total foi de 27,2 com desvio padrão de 4,9, indicando que, em geral, as mulheres não possuem disfunção sexual. O domínio que mais contribuiu para essa média elevada foi o domínio “Satisfação”. Nesse domínio os itens retratam a quantidade de envolvimento emocional e a satisfação com o parceiro, mostrando a importância que esse desempenha para que a mulher considere que possua uma boa satisfação sexual.

Em contrapartida, o domínio que obteve menor média foi “Desejo” com valor de 3,4 e desvio padrão de 1,1 que como o próprio nome explica está relacionado ao interesse ou a vontade de ter relação sexual nas últimas quatro semanas.

Pelo teste de *Conover*, observou-se que todos os pares de médias foram diferentes estatisticamente ($p < 0,0001$), com exceção quando se comparou os domínios “Lubrificação” e “Dor”, além do domínio “Orgasmo” e o escore total.

A tabela 14 traz a associação das variáveis sócio demográficas, obstétricas e outros fatores associados à QVRS com a presença ou não de disfunção sexual, a razão de chance e intervalo de confiança de 95%, e os valores de p pelo teste do Qui-quadrado. Ressalta-se que as variáveis escolaridade e renda foram comparadas quanto aos extremos de categoria.

Tabela 14 – Associação das variáveis sócio demográficas e obstétricas com a disfunção sexual. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

Variáveis Sócio demográficas	Disfunção Sexual		Valor p	RC	IC95%
	Sim N (%)	Não N (%)			
Idade					
21 a 30 anos	38 (41,8%)	53 (58,2%)	0,000	4,6	1,9-10,9
31 anos ou mais	8 (13,3%)	52 (86,7%)			
Estado marital					
Com parceiro	53 (31,2%)	117 (68,8%)	0,424	1,5	0,6-3,8
Sem parceiro	8 (40%)	12 (60%)			
Escolaridade					
Até 8 anos	15 (45,5%)	18 (54,5%)	0,042	2,2	1,0-5,0
12 anos ou mais	33 (27%)	89 (73%)			
Trabalha fora					
Sim	32 (30,2%)	74 (69,8%)	0,525	0,8	0,4-1,5
Não	29 (34,5%)	55 (65,5%)			
Renda					
Entre 1 e 2 SM	36 (48%)	39 (52%)	0,000	4,0	1,9-8,3
Acima de 4 SM	14 (18,9%)	60 (81,1%)			
Variáveis Obstétricas					
Trimestre gestacional					
1º trimestre	8 (25%)	24 (75%)	0,448	1,5	0,5-3,9
3º trimestre	18 (32,7%)	37 (67,3%)			
Paridade					
Nulípara	37 (36,3%)	65 (63,7%)	0,185	1,5	0,8-2,8
Múltipara	24 (27,3%)	64 (72,7%)			
Tipo de parto anterior					
Parto vaginal	9 (30,0%)	21 (70,0%)	0,679	1,2	0,4-3,2
Parto abdominal	15 (25,9%)	43 (74,1%)			
Nº de filhos vivos					
0	37 (35,6%)	67 (64,4%)	0,211	1,4	0,8-2,8
Um ou mais	23 (27,1%)	62 (72,9%)			
Outros fatores					
Gravidez planejada					
Sim	26 (26,5%)	72 (73,5%)	0,089	1,4	0,9-2,1
Não	35 (38,0%)	57 (62,0%)			

Apoio do parceiro						
Sim	56 (30,9%)	125 (69,1%)	0,123	1,7	0,9-3,3	
Não	5 (55,6%)	4 (44,4%)				
Recebeu orientações educativas						
Sim	21 (28,4%)	53 (71,6%)	0,379	1,2	0,7-1,8	
Não	40 (34,5%)	76 (65,5%)				
Pratica atividade física						
Sim	5 (17,9%)	23 (82,1%)				
Não	56 (34,6%)	106 (65,4%)	0,080	1,7	0,9-3,1	
Tipo de serviço						
Público	49 (42,2%)	67 (57,8%)				
Privado	12 (16,2%)	62 (83,3%)	0,000	3,8	1,8-7,7	

As associações das variáveis sócio demográficas demonstraram relação significativa com idade, escolaridade e renda. Quanto à idade, mulheres na faixa etária entre 21 e 30 anos tem 4,6 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que mulheres acima de 30 anos. No que se refere à escolaridade, a chance de gestantes que tiveram até 8 anos de estudo ter disfunção sexual é 2,2 vezes maior do que gestantes com mais de 12 anos de estudo. Já quanto a renda, grávidas que recebem entre 1 e 2 salários mínimos possuem 4 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que mulheres que possuem renda maior do que 4 salários mínimos.

Descrevendo a associação da disfunção sexual com as variáveis obstétricas, não houve associação com a idade gestacional, paridade, tipo de parto e número de filhos vivos. Apesar dos dados não revelarem significância, mulheres com as características de nuliparidade, com história de um ou mais parto vaginal, que não possuem filhos e no terceiro trimestre apresentaram maior disfunção sexual.

Com relação ao cruzamento com outras variáveis que podem influenciar na QVRS também não houve relações significativas, com exceção quanto ao tipo de serviço que a mulher é atendida. Assim, gestantes do serviço público tem 3,8 mais chances de ter disfunção sexual do que gestantes atendidas no serviço privado. Notou-se que mulheres que não tinham planejado sua gravidez, não tiveram apoio do parceiro, não receberam orientações educativas durante o pré-natal e que não praticavam atividade física tiveram maiores prevalências de disfunção sexual.

A tabela 15 mostra as médias dos domínios da escala FSFI no grupo de mulheres atendidas no serviço público e privado.

Tabela 15 – Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre o serviço público e privado. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Público* (n=116)	Privado* (n=74)	Valor de p
Desejo	3,4 ± 1,1	3,6 ± 1,0	0,174
Excitação	3,9 ± 1,0	4,5 ± 0,9	0,000
Lubrificação	4,8 ± 1,0	5,2 ± 0,9	0,045
Orgasmo	4,1 ± 1,3	4,7 ± 1,1	0,002
Satisfação	5,0 ± 1,1	5,4 ± 0,8	0,025
Dor	4,9 ± 1,1	5,2 ± 1,1	0,023
Escala Total	26,3 ± 0,8	28,6 ± 0,7	0,001

* Média e desvio padrão.

Analisando a amostra total, observou-se que 27,2% (71) das gestantes verbalizaram que não tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas. Percebeu-se ainda que do total da amostra (141) de gestantes do serviço público, 116 (82,3%) relataram ter relação sexual nas últimas quatro semanas. Por sua vez, no serviço privado essa porcentagem caiu para 61,6% (74) de gestantes que permaneceram ativas sexualmente no último mês.

Embora gestantes do serviço privado sejam menos ativas sexualmente, os resultados demonstraram que em todos os domínios acima, as mesmas apresentaram melhores médias em comparação com as do serviço público, apontando que elas tendem a ter menos disfunção sexual, com associação significativa em todos os domínios.

Os domínios apresentaram a seguinte ordem crescente de médias, independente do tipo de serviço: “Desejo”, “Excitação”, “Orgasmo”, “Lubrificação”, “Dor” e “Satisfação”. Ressalta-se que os domínios “Lubrificação” e “Dor” no serviço privado apresentaram médias idênticas de 5,2.

A tabela 16 traz a correlação entre os escores dos domínios da função sexual e os trimestres gestacionais.

Tabela 16 – Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre os trimestres gestacionais. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	1º trimestre* (n=33)	2º trimestre* (n=104)	3º trimestre* (n=61)	Valor de p
Desejo	3,7 ± 1,0	3,3 ± 1,0	3,5 ± 1,2	0,288
Excitação	4,5 ± 1,0	4,0 ± 1,0	4,1 ± 1,0	0,089
Lubrificação	4,9 ± 1,1	5,0 ± 1,0	5,0 ± 1,0	0,861
Orgasmo	4,4 ± 1,1	4,4 ± 1,2	4,3 ± 1,3	0,857
Satisfação	5,2 ± 1,0	5,1 ± 1,0	5,2 ± 1,0	0,904
Dor	5,5 ± 0,7	5,0 ± 1,2	4,8 ± 1,2	0,017
Escala Total	28,2 ± 4,2	26,8 ± 4,8	26,9 ± 4,8	0,368

* Média e desvio padrão.

Com relação ao domínio “Desejo”, “Excitação” e “Satisfação” houve menor índice no 2º trimestre gestacional. O primeiro trimestre apresentou piores médias no domínio “Lubrificação”. Já o terceiro trimestre revelou menor média no domínio “Dor”.

Apesar de existir maiores prevalências das médias dos domínios em alguns trimestres gestacionais, o único domínio que mostrou diferença significativa foi o da “Dor” com piora no terceiro trimestre.

A tabela 17 traz a comparação das médias dos domínios da função sexual entre nulíparas e multíparas.

Tabela 17 – Comparação entre as médias dos domínios da função sexual entre nulíparas e multíparas. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIOS	Nulíparas* (n=102)	Multíparas* (n=88)	Valor de p
Desejo	3,4 ± 1,1	3,5 ± 1,0	0,894
Excitação	4,1 ± 1,1	4,2 ± 0,9	0,952
Lubrificação	4,9 ± 1,0	5,1 ± 1,0	0,036
Orgasmo	4,2 ± 1,2	4,6 ± 1,2	0,021
Satisfação	5,1 ± 1,0	5,1 ± 1,0	0,689
Dor	5,0 ± 1,1	5,0 ± 1,2	0,568
Escala Total	26,7 ± 4,8	27,5 ± 4,2	0,326

* Média e desvio padrão.

As nulíparas apresentaram médias menores nos domínios “Desejo”, “Excitação”, “Lubrificação”, “Orgasmo” e na escala total, com diferença significativa nos domínios “Lubrificação” e “Orgasmo”. Já os domínios “Satisfação” e “Dor” tiveram médias idênticas.

Pela média do escore total nenhum dos grupos se enquadraram abaixo da média de 26,5 que constata o quadro de disfunção sexual.

A tabela 18 traz uma comparação da QVRS entre gestantes que tiveram ou não disfunção sexual.

Tabela 18 – Comparação das médias da escala que avalia a QVRS entre gestantes com e sem disfunção sexual. Fortaleza, Set/Dez, 2014.

DOMÍNIO	Disfunção sexual		Valor de p
	Sim (n=61)	Não (n=129)	
Sáude/Funcionamento	21,0 ± 3,6	22,5 ± 3,9	0,011
Sócio econômico	21,3 ± 5,5	23,3 ± 4,8	0,060
Psicológico/Espiritual	24,5 ± 4,9	25,8 ± 4,3	0,006
Família	26,4 ± 4,6	27,9 ± 2,8	0,003
Total	22,4 ± 3,6	24,9 ± 3,4	0,016

Os dados acima revelam que em todos os domínios ($p < 0,05$), as mulheres com disfunção sexual tiveram pior QVRS do que as que possuem função sexual adequada, com exceção do domínio “Psicológico” ($p = 0,060$) que também apresentou valor de p próximo à significância.

A média da escala total foi 22,4 e o domínio que mais contribuiu negativamente para esse valor entre as grávidas com disfunção sexual foi o “Saúde/funcionamento”. Por outro lado, o domínio que obteve maior média, aumentando o escore da escala total foi o domínio “Família”.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização epidemiológica e clínica da amostra

Inicialmente, foram discutidos os dados que traçam o perfil da amostra, uma vez que esse esboço pode permitir a compreensão das implicações das DAP na QVRS de gestantes. Os dados epidemiológicos mostraram uma população com taxas mais elevadas na faixa de idade entre 21 e 30 anos, com mediana de 28 anos.

Segundo o Ministério da Saúde, essa faixa etária se encaixa no período ideal para a primeira gestação, que é definido entre 15 e 35 anos de idade (BRASIL, 2006). No Brasil, observou-se que entre os anos de 2000 e 2010, obteve-se uma ampliação do número de gestações tardias, acompanhado de uma diminuição de partos de mulheres com menos de 20 anos e aumento daquelas com idade maior do que 30 anos (BRASIL, 2012). Tal modificação no perfil das gestantes brasileiras pode ser explicada por diversos motivos, entre eles a mudança de papel de provedora do lar que a mulher vem assumindo nas últimas décadas, o que implica em maior dedicação aos estudos e ao trabalho, adiando o planejamento de ser mãe, bem como a maior oferta de métodos anticoncepcionais disponibilizados no mercado.

Os dados também evidenciaram a união com o parceiro estável (88,5%), alta escolaridade, pois 70,9% da amostra tinham concluído o Ensino Médio e 44,8% cursaram graduação ou pós-graduação, com trabalho renumerado (59%) e renda familiar dividida com maior prevalência entre 1 a 2 salários mínimos (34,1%) e maior do que 6 salários mínimos (38,3%).

Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família com 88 gestantes no sul do Brasil encontrou dados semelhantes em uma parte dos resultados com média de idade de 26 anos e a maioria com um parceiro estável (83%). Em contrapartida, os dados divergem quanto à renda familiar e escolaridade já que 73,9% (65) da amostra referiram receber até dois salários mínimos e 56,9% (50) só cursaram até o Ensino Fundamental (ALVES et al., 2013).

Os dados da presente pesquisa, que revelam uma alta escolaridade e alta renda familiar são uma exceção em comparação com outras pesquisas brasileiras (ANJOS et al., 2014; ALVES et al, 2013), pois quase totalidade das mesmas foi realizada em serviços públicos, diferentemente dessa pesquisa em que 120 (45,9%) gestantes foram atendidas pelo serviço de saúde privado, o que explica os achados.

No tocante aos dados obstétricos, quase metade da amostra se encontrava no segundo trimestre da gestação (48,1%), com distribuição inadequada do IMC: baixo peso (14,2%), sobrepeso (25,7%) ou obesidade (11,9%).

Sabe-se que o bom prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação nutricional materna tem grande impacto no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (BRASIL, 2012). Gestantes com excesso ou baixo peso necessitam de um cuidado de enfermagem individual e orientações direcionadas, já que essas duas condições podem comprometer a saúde da mãe e do recém-nascido.

Além disso, a obesidade é considerada fator de risco para o desenvolvimento da DAP (HATEM et al., 2007; BURGIO et al., 2007). Desse modo, a avaliação nutricional, com o controle do peso durante a gestação por meio da mensuração e acompanhamento do IMC deve ser prioridade nas ações dos profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros que realizam as consultas de pré-natal, visando além do bom desenvolvimento fetal, a integridade da MAP.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os dez passos para se considerar um pré-natal de qualidade na atenção básica, está a captação precoce, ou seja, iniciar o pré-natal até 12 semanas de gestação (BRASIL, 2012). Desse modo, pode-se inferir que tal ação do governo apresenta bons resultados, levando em consideração a amostra do estudo, já que 76,9% das mulheres iniciaram o acompanhamento pré-natal anteriormente a 12ª semana de gestação.

Ainda sobre os dados obstétricos, mais da metade das gestantes eram nulíparas (56,7%) e das mulheres que já tiveram partos anteriores, 68,1% (77) submeteram-se a partos abdominais. Dessas, 48 (62,3%) eram do serviço privado e 29 (37,7%) do serviço público. Por outro lado, das 36 que tiveram parto vaginal, 30 (83,3%) eram do serviço público e 6 (16,7%) do serviço privado.

O Brasil caracteriza-se como um país que apresenta os maiores números de partos cesarianos (52%) e ao se analisar apenas o setor privado as taxas sobem assustadoramente para 88%, próximas ao percentual encontrado na pesquisa (LEAL, et al., 2014). Nesse contexto, o governo vem tomando uma série de medidas que visam à diminuição das cirurgias cesarianas e consequentemente elevem os números de partos vaginais. Dentre essas, destaca-se a emissão das portarias nº. 2.816 de 29 de maio de 1998 e nº. 466 de 14 de junho de 2000 que instituem um percentual máximo de cesáreas no SUS, por hospital e para cada estado federativo, além do pagamento de analgesia para o parto vaginal e a inserção da enfermagem

obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico (ANGULO-TUESTA et al., 2003).

Pesquisa qualitativa, realizada com o propósito de analisar as diferentes representações e experiências quanto ao parto vaginal e cesárea de mulheres de diferentes estratos socioeconômicos, identificou que, independentemente do nível socioeconômico, apesar da grande maioria ter se submetido ao parto abdominal, as mulheres possuem preferência pelo parto vaginal, pois reconhecem que esse tipo de parto possui mais benefícios do que o parto abdominal, além de permitir vivenciar um maior protagonismo e maior satisfação na cena do nascimento do bebê. O estudo aponta que o medo das dores e a falta de experiência do profissional médico que os acompanhou durante o pré-natal foi fator importante para a decisão da opção pelo parto abdominal (GAMA et al., 2009).

Assim, o enfermeiro tem como responsabilidade encorajar a gestante para realização do parto vaginal, por meio de educação em saúde, tornando a mulher empoderada na decisão da via de parto do nascimento do seu filho, transmitindo confiança e segurança à mesma.

Quando se analisou alguns fatores que envolvem a QVRS, verificou-se que 45,2% (118) das gestantes não planejaram sua gravidez. Apesar do não planejamento, 95,4% (249) receberam o apoio do parceiro. Os números elevados demonstram tanto a falta de efetividade das ações do governo, uma vez que há o programa próprio na atenção básica responsável pelo Planejamento Familiar, quanto põe em questão a conduta dos profissionais, inclusive os enfermeiros, na consulta de planejamento familiar, bem como a participação da população nessas estratégias governamentais e profissionais.

Um percentual de 59,4% (155) também verbalizou que não receberam orientações educativas. As atividades de educação em saúde sejam individuais ou grupais devem ser prioridade na rotina do atendimento à gestante, visto que nesse momento as mulheres estão frequentemente receptivas ao recebimento de orientações em saúde (CESAR et al., 2011). Além disso, a educação em saúde é um dos pilares da prática de enfermagem e, portanto, deve ser repensada na assistência prestada à gestante. Agravando o quadro, 56,7% das mulheres da presente pesquisa eram nulíparas, apresentando, talvez, maiores carências de orientação do que múltiparas que já vivenciaram a maternidade, reiterando a necessidade de inclusão de estratégias de educação em saúde na consulta de pré-natal.

No que concerne à prática de atividade física, 86,6% (226) mencionaram não realizarem atividades físicas de qualquer natureza. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME), a prática de atividade física em gestantes contribui para a manutenção da aptidão física e da saúde, diminuição dos sintomas gravídicos, melhora do

controle ponderal, diminuição da tensão no parto, e uma recuperação mais rápida no pós-parto imediato. Outros benefícios da atividade física na gestante incluem o auxílio no retorno venoso prevenindo o surgimento de varizes de membros inferiores e a melhora nas condições de irrigação da placenta (LEITÃO et al., 2000).

Apesar dos vários benefícios, as mulheres tendem a suspender a prática de atividades físicas durante a gestação, como evidenciado nessa pesquisa em que 86,6% relataram não possuir tal hábito. Corroborando com essas afirmações, pesquisa realizada na Paraíba com 118 gestantes que teve como finalidade avaliar o padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) identificou que no segundo trimestre 98,3% das gestantes eram sedentárias. Por conseguinte, deve-se ampliar a atenção a gestante no pré-natal com reforço da importância da prática da atividade física regular, envolvendo profissionais de uma equipe multidisciplinar, como o educador físico.

Com relação ao consumo de substâncias prejudiciais à saúde, as gestantes em quase sua totalidade não ingeriram bebida alcoólica (98,8%), não fumavam (98,5%) e não usavam nenhuma droga ilícita (99,6%). Números semelhantes foram encontrados na pesquisa de Alves et al., (2013) em que 86,4% não fumavam e nem ingeriam bebidas alcóolicas e 96,6% não utilizam drogas ilícitas. Percebe-se que a grande maioria das mulheres, durante o período gestacional se abstém dessas substâncias, no entanto, essas merecem enfoque na consulta de enfermagem de pré-natal, visto os grandes malefícios que podem provocar ao feto.

Partindo para uma caracterização da amostra total quanto à prevalência da DAP nas gestantes, notou-se que a disfunção sexual foi a mais frequente com percentual de (32,1%), seguida da constipação (26,8%), IU (26,1%) e IA (4,6%). Já a análise das disfunções de forma associada percebeu-se que a disfunção anorretal e a disfunção sexual obtiveram maior frequência (9,2%). Além disso, encontrou-se que 157 (60,2%) das gestantes relataram pelo menos uma DAP, independente do tipo, quer seja, IU, IA, constipação ou disfunção sexual.

A epidemiologia da DAP é considerada um problema a ser superado pelas autoridades e profissionais de saúde, devido à dificuldade de realização de procedimentos que possam diagnosticá-la, além da falta de procura de tratamento pelas mulheres que a possuem (BEZERRA et al., 2013). No entanto, vários estudos trazem dados de prevalência dessas disfunções de forma isolada.

Assim, os números reforçam a necessidade da investigação da DAP em gestantes pelos enfermeiros na consulta de pré-natal, visto o elevado número (60,2%) de mulheres que apresentaram pelo menos uma DAP no período gestacional.

Delancey (2005) estimou uma prevalência da DAP de 30% em pacientes com idade no intervalo entre 50 e 89 anos. Contudo, na população específica de gestantes esse números são escassos e podem ser bem mais elevados como encontrados na presente pesquisa.

6.2 Análise da QVRS de gestantes

A QVRS é um conceito que tem sido alvo de crescente interesse tanto da comunidade científica, como da população em geral. Em vistas da sua frequente utilização, nos mais variados contextos, não existe uma definição consensualmente aceita. Dessa forma, trata-se de um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para a mensuração do construto (KIMURA; SILVA, 2009).

Diante dessa diversidade de significados e da subjetividade embutida no conceito de QVRS é de fundamental importância que os pesquisadores que trabalham com essa temática o defina, a fim de garantir uma abordagem metodológica rigorosa e tornar os resultados das pesquisas mais consistentes.

Partindo desse pressuposto, na presente pesquisa utilizou-se como referencial metodológico um instrumento elaborado por enfermeiros denominado Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado (2007) para o contexto de gestantes.

As autoras que construíram o referido instrumento tiveram como base um modelo conceitual sólido em que a satisfação com a vida foi escolhida como núcleo central do construto QVRS. Soma-se ainda, a importância atribuída pelo indivíduo aos diferentes aspectos da vida. Desse modo a definição de QVRS utilizada pelas autoras e incorporada a essa pesquisa foi: a sensação de bem-estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são consideradas importantes para ela (FERRANS; POWERS, 1985; OLESON, 1990).

Após leitura e aplicação de técnicas psicométricas, as perguntas do instrumento foram subdivididas em quatro domínios inter-relacionados a saber: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família.

Com relação aos dados resultantes da aplicação da escala, observou-se que a escala total obteve uma média de 23,6, o domínio “Saúde/Funcionamento” com menor pontuação (22,0), seguido do domínio “Sócio econômico” (22,8).

Pesquisa realizada com 198 mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no interior paulista que teve como escopo mensurar a QVRS de gestantes em cada um dos trimestres gestacionais, utilizando o Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers*

adaptado encontrou dados semelhantes aos da presente pesquisa, com uma média da escala total de 23,8 e o domínio com maior pontuação também foi “Família” (27,4). Quanto aos domínios com menor pontuação, verificou-se uma inversão quando comparado com os dados da presente pesquisa: o domínio “Sócio econômico” teve menor pontuação (21,4), seguido do “Saúde/Funcionamento” com 23,2 (FERNANDES; VIDO, 2009).

Apesar da escala não apresentar ponto de corte, os autores afirmam que valores próximos a 30 referem uma boa QVRS. Assim, a pontuação da escala total permite inferir que as gestantes do estudo, de forma geral, possuem uma QVRS relativamente boa. Castro e Facoli (2013) que avaliaram a QVRS de gestantes identificaram que a QVRS das gestantes no quesito “qualidade de vida geral” também foi considerada boa. Assim, quando se avalia a QV de gestantes, deve se debruçar sobre as diversas facetas embutidas nesse construto a fim de identificar os aspectos que mais comprometem a QVRS das mesmas, com o intuito de direcionar a assistência a essa população.

Aprofundando a discussão acerca desses domínios, sabe-se que o conceito de família abrange uma série de definições, mas pode ser entendido como a célula menor da sociedade, organizada por um ambiente de maior convívio e partilhas entre os membros, capaz de oferecer suporte afetivo e psicológico (NORONHA, 2009).

Nesse contexto, existem diversos eventos que podem marcar a vida familiar, entre eles, destaca-se a chegada de um novo membro, pois traz consigo a necessidade de reformulação nos papéis e definição de regras de funcionamento familiar (MINUCHIN, 1985). Assim, a mãe configura-se como centro dessa mudança, necessitando do suporte da família para enfrentar essa nova etapa da vida.

Com relação ao apoio familiar na gestação, a figura parental da mãe da gestante destaca-se entre as demais, ficando atrás somente do companheiro (DESSEN; BRAZ, 2000). Sabe-se que quando há participação ativa do parceiro/pai durante o período gestacional, as mulheres apresentam um cuidado maior com sua saúde (REBETE; HOGA, 2010).

Os dados do estudo evidenciaram que 88,5% (231) possuem um parceiro estável e ainda 95,4% (249) receberam apoio do parceiro com a descoberta da gestação. Dessa forma, tais números podem explicar a alta pontuação encontrada no domínio “Família”, já que as gestantes estão satisfeitas com o apoio dos seus parceiros e esses são importantes em suas vidas afetivas e emocionais, colaborando para o bom índice de QVRS.

Partindo para uma análise do domínio com menor pontuação “Saúde/Funcionamento”, compreende-se que a gestação é um período de intensas transformações físicas e emocionais o que pode acarretar na diminuição da QVRS da mulher. Sintomas como o aumento de peso,

alterações hormonais e de marcha, dores e desconfortos, sono em demasia ou insônia e a indisposição para o trabalho e tarefas diárias (MONTENEGRO; REZENDE, 2011) podem explicar o motivo do domínio “Saúde/Funcionamento” ter sido o mais afetado.

Adicionalmente, no período gestacional uma grande porcentagem de mulheres suspende a prática de atividade física como averiguado na presente pesquisa em que 86,6% (226) relataram não possuir tal hábito. Essa prática poderia contribuir para a redução dos sintomas supracitados, já que a atividade física frequente aumenta a disposição, a autoestima, melhora a função cardíaca e reduz a ansiedade e a depressão (GAMBA, 2004), melhorando a QVRS no domínio “Saúde/Funcionamento”.

Assim, é imprescindível que a prática de atividade física seja incentivada pelos enfermeiros durante o pré-natal, sendo necessário, obviamente, o descarte de qualquer contra indicação que restrinja esse hábito, visando o controle do peso, dos sintomas algícos, elevação da auto estima e também fortalecimento da MAP.

Por fim, o domínio que apresentou a segunda menor pontuação foi o “Sócio econômico”. Nesse domínio além das questões econômicas, o fator trabalho também pode ter contribuído para os achados. Observou-se que apesar de um terço da amostra (38,3%) possuir uma renda maior do que três salários mínimos, o outro terço (34,1%) apresenta uma renda entre 1 e 2 salários mínimos. Assim, a preocupação com o aumento das despesas gerada pelo nascimento da criança pode afetar a QVRS das gestantes. Por outro lado, a questão do trabalho também pode interferir, uma vez que a mulher vem assumindo maiores responsabilidades nesse aspecto.

Pesquisa que avaliou a QVRS de gestantes também encontrou que a faceta com pior avaliação foi recursos financeiros, uma vez que a gestação demanda adaptações necessárias nesse aspecto (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010; CASTRO; FRACOLLI, 2013).

Nesse contexto, existem diversos fatores que podem melhorar ou piorar a QVRS de gestantes. Essas variáveis podem ser aspectos sócio demográficos, obstétricos além de outros tais como o planejamento familiar, a manutenção de hábitos saudáveis e a rede de apoio pessoal e social.

A influência das variáveis sócio demográficas no presente estudo revelou que a idade e a escolaridade foram significantes no domínio “Sócio econômico” e na escala total, havendo diferenças maiores entre os extremos de idade e de escolaridade. Mulheres mais jovens, provavelmente ainda não possuem uma estabilidade financeira e ocupacional, o que advém de uma baixa qualificação profissional pelo pouco tempo de estudo. Dessa forma, tais inquietações podem comprometer a QVRS de gestantes como evidenciado no estudo.

Segundo o Ministério da Saúde a baixa escolaridade pode ser considerada um fator de risco gestacional, pois contribui para a exposição a situações de risco para a mãe e o bebê (BRASIL, 2012). Concordando com essa premissa, Ferreira, Hass e Pedrosa (2013) concluíram em sua pesquisa realizada com adolescentes grávidas que quanto maior a escolaridade maior a qualidade de vida das entrevistadas.

A situação conjugal, por sua vez, obteve relação de influência com os domínios “Sócio econômico” e “Familiar”. O apoio do parceiro, sem dúvida, influencia na QVRS das gestantes, sendo o pai/parceiro considerado a figura mais importante nas relações pessoais (DESSEN; BRAZ, 2000). Assim como o papel da mulher na sociedade vem passando por transformações com maior importância nas questões provedoras do lar, o papel social do homem no contexto reprodutivo também vem ganhando força, e as mulheres tendem a enfrentar as dificuldades da gestação de forma mais tranquila e amena com o apoio do parceiro (BARBOSA et al., 2013).

Por outro lado, a ausência de um companheiro estável durante a gestação pode se configurar como fator de risco para o desencadeamento de sintomas depressivos (NICHOLSON et al., 2006), o que ressalta ainda mais a importância do parceiro nesse momento peculiar da vida da mulher.

Quanto a variável que investigou a relação entre a QVRS da gestante e o fato da mesma possuir ou não um trabalho fora do lar, identificou-se associação estatística com domínios “Saúde/funcionamento”, “Sócio econômico” e na escala total. A forma de organização dos trabalhos pode pressionar o indivíduo, tendo como consequências o desenvolvimento do agravamento das condições de saúde físicas e emocionais, comprometendo sua QVRS (SOUZA; CARVALHO, 2010).

No caso das gestantes do estudo, as mulheres que trabalhavam foram tiveram maior QVRS, no que se refere à saúde e os aspectos sócio econômicos, do que as que não possuem ocupação, demonstrando talvez que a segurança de possuir um trabalho e conseqüentemente um maior aporte financeiro pode ser mais preponderante para a satisfação das mesmas e manutenção de sua saúde do que os desgastes provocados pelo trabalho.

Acompanhando esse raciocínio, a renda familiar foi significativa com os domínios “Sócio econômico”, “Psicológico”, “Familiar” e a escala total, apontando que mulheres que possuem uma maior renda familiar possuem uma melhor QVRS. Corroborando com esses dados, estudo realizado no sudeste brasileiro com 96 grávidas adolescentes com o intuito de avaliar a influência de variáveis sócio demográficas, obstétricas e neonatais com o índice de QV, utilizando, igualmente, o instrumento de *Ferrans & Powers* adaptado mostrou associação

significante entre a variável renda familiar e o domínio “Sócio econômico”, em que mulheres de baixa renda tiveram piores índices de QV (FERREIRA; HAAS; PEDROSA, 2013). Além disso, o presente estudo ainda evidenciou que uma renda familiar elevada também influencia positivamente nas relações familiares e psicológicas.

Dentre as variáveis sócio demográficas, a religião também mostrou significância com todos os domínios da escala. A espiritualidade é uma importante dimensão que vem ocupando posição de destaque na construção do que se considera uma boa QVRS. Como os dados reportam, mulheres que possuem uma religião apresentam melhores índices de QVRS em todas as nuances pesquisadas: saúde, sócio econômico, psicológico e familiar.

De acordo com Silva et al. (2010), há uma lacuna de estudos que investiguem a QVRS no que se diz respeito a saúde mental e a religiosidade com a população específica de gestantes. Além disso, seu estudo apontou que mulheres que relataram possuir alguma religião, apresentavam um menor percentual de desenvolvimento de sintomas depressivos e estresse. Dessa forma, profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem respeitar as crenças religiosas das mulheres, compreendendo a importância desse aspecto na vida das mesmas.

Além dos fatores sócio demográficos, a QVRS das gestantes também pode ser influenciada por variáveis obstétricas. Os dados conotaram que o trimestre e o IMC gestacional não obtiveram influência na QVRS das participantes do estudo.

Sabe-se que os trimestres gestacionais são marcados por diferentes transformações físicas e emocionais, que requer uma adaptação da gestante frente às mudanças. Geralmente, gestantes no terceiro trimestre possuem uma menor QVRS no que se refere ao domínio físico do que gestantes no primeiro trimestre visto as grandes mudanças corporais e emocionais (VIDO, 2006). No entanto, os dados não expressaram diferenças significativas e o segundo trimestre foi destacado com melhores índices de QV.

Geralmente, o primeiro trimestre é marcado pela descoberta da gestação e sentimentos como medo de perder o bebê, medo da maternidade e das mudanças advindas com essa função podem colaborar para piores índices de QVRS nesse momento. Por sua vez, com o terceiro trimestre também surgem angústias quanto ao momento do parto e incômodos provocados pelas mudanças físicas também pioram a QVRS das gestantes. Desse modo, parece que o segundo trimestre tende a ser o momento da gestação que a mulher apresenta maior equilíbrio nos diversos aspectos pessoais, psicológicos e físicos, justificando os achados da presente pesquisa.

A influência do tipo de parto anterior na QVRS das gestantes mostrou que mulheres que tiveram parto abdominal apresentaram índices maiores de QVRS, em todos os domínios, do que mulheres que tiveram parto vaginal, com significância nos domínios “Sócio econômico”, “Psicológico” e “Família”.

Pesquisas divergem quanto à influência do tipo de parto na QVRS das mulheres. Semelhante aos achados desse estudo, Ribeiro (2013) encontrou em sua pesquisa realizada com 91 puérperas brasileiras com o propósito de avaliar a QVRS das mesmas que as mulheres que tiveram parto abdominal expressaram maior QVRS do que as que tiveram parto vaginal.

Em contraposição, Torkan et al. (2009) desenvolveram um estudo com 100 mulheres, no Irã, afirmaram que àquelas do grupo parto vaginal tiveram melhor QV. Lima-Lara e Fernandes (2010) concluíram que o tipo de parto para as puérperas não influencia na QVRS.

Percebe-se que todos os estudos foram realizados com puérperas, ou seja, as entrevistas foram realizadas logo após o nascimento do bebê. Na presente pesquisa, as mulheres estavam gestantes e o tempo decorrido após o parto não foi levado em consideração, ficando difícil afirmar a real influência do tipo de parto na QVRS das mulheres.

Além disso, no Brasil os partos abdominais são quase universais, com uma prevalência de quase 90% no setor privado (DOMINGUES et al., 2014). Os números aumentados dos partos abdominais são características tanto de países desenvolvidos como em desenvolvimento (DAHLEN et al., 2012; PHADUNGKIATWATTANA; TONGSAKUL, 2011). Todavia, a prevalência no Brasil dessa via de parto no setor privado é assustadora. Desse modo, acredita-se que aspectos não clínicos influenciam o processo de tomada de decisão sobre o tipo de parto (TORRES et al., 2014), e fatores culturais e econômicos podem está atrelados a essa escolha.

No que diz respeito ao número de filhos, mulheres que não tinham nenhum filho apresentaram melhores índices de QVRS do que mulheres que já o possuíam e o domínio que se mostrou significativo foi o “Psicológico/espiritual”.

Pesquisa que avaliou a QVRS de gestantes também encontrou correlação entre o número de filhos e QVRS, com média de 25,78 para as mulheres que não possuíam filho. Entretanto, o domínio que apresentou significância foi o de “Saúde/funcionamento” (REZENDE, 2012).

A maternidade é vista pela maioria das mulheres como algo divino, sendo parte da realização pessoal. No entanto, sabe-se que a dedicação e o cuidado dispensado a um filho não é uma tarefa fácil e simples. Dessa forma, questões como a paz de espírito, satisfação com a vida, objetivos pessoais e aparência pessoal, que são aspectos investigados no domínio

“Psicológico/espiritual” do índice de QV de *Ferrans & Powers* adaptado, podem ser afetados com a experiência da maternidade, o que talvez explique os resultados encontrados.

Adicionalmente, no cenário familiar, a mãe assume perante a sociedade uma figura perfeita, sendo idealizada pelos filhos e marido, carregando a responsabilidade do bom funcionamento da família, em que os papéis da família e da mãe se misturam (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012). Essa perspectiva depositada na mulher/mãe pode acarretar uma sobrecarga de funções, levando a sentimentos de frustração e incapacidade, gerando insatisfação com a vida, avaliado pelo domínio “Psicológico”.

Quanto à discussão da tabela que traz a relação de alguns fatores com o índice de QVRS, o planejamento da gravidez mostrou associação com os domínios “Sócio econômico”, “Psicológico” e da escala total, indicando a importância de se programar o momento da maternidade e paternidade para que se tenha maior satisfação e melhor QVRS.

Apesar dos esforços governamentais para a definição dos direitos sexuais e reprodutivos em âmbito mundial, pode-se perceber que diversas lacunas ainda permeiam a consolidação desses direitos na sociedade brasileira. Substancialmente, há enormes desafios a serem superados quanto ao planejamento familiar, pois existe uma distância considerável entre as ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva preconizadas e a realidade vivenciada pela população brasileira, sobretudo as mulheres (BORGES et al., 2011).

Estudo realizado com 126 mulheres, com os objetivos de estimar a prevalência de gravidez planejada e analisar os aspectos a ela associados, encontrou que mulheres com maior idade, que tinham relacionamentos estáveis com parceiros também de idade mais elevada, e que já vivenciaram um abortamento anterior, foram as que mais planejaram a gravidez (BORGES et al., 2011).

Dessa forma, mulheres que planejaram sua gravidez apresentaram melhores índices de QVRS, reforçando a necessidade de se repensar nas ações de planejamento familiar, uma vez que a pesquisa também encontrou que 45,2% (118) das mulheres não planejaram sua gestação.

O apoio do parceiro na gestação foi um fator que apresentou associação estatisticamente significativa em todos os domínios de QVRS. Atualmente, há uma nova configuração de paternidade, pois o bebê não é mais compreendido como responsabilidade exclusiva da mulher no que se refere aos cuidados e à educação (GOETZ; VIEIRA, 2009). A partir da concepção, o parceiro desenvolve uma grande importância no processo da maternidade, sendo imprescindível para que a gestante se sinta satisfeita e conseqüentemente tenha uma melhor QVRS.

A associação dos domínios de QVRS com alguns fatores, também revelou que mulheres que verbalizaram terem recebido orientações educativas, seja por meio de uma abordagem grupal ou individual na própria consulta de pré-natal, tiveram maior pontuação nos domínios “Saúde/funcionamento” e na escala total, havendo associação significativa. Pode-se presumir que o recebimento das orientações educativas, talvez tenha auxiliado as gestantes no enfrentamento dos sintomas físicos que a gestação pode trazer, bem como no esclarecimento de dúvidas quanto à vida sexual e atividades de lazer, contribuindo para que essas mulheres assistidas no âmbito da educação em saúde tivessem uma melhor QVRS, como retratam os números do estudo.

Pesquisa realizada com gestantes encontrou que a maioria das mulheres não foi alvo de estratégias de educação em saúde durante o período gestacional (OLIVEIRA, 2014). Desse modo, percebe-se que apesar da educação em saúde ser uma das linhas de atuação do profissional de saúde que acompanha as gestantes durante o pré-natal, essa estratégia vem sendo pouco explorada a fim de melhorar a QVRS das mulheres no período gravídico.

Finalmente, quando se analisou a associação entre a prática de atividade e os domínios de QVRS, essa revelou significância com os domínios “Saúde/funcionamento” e na escala total. Em vistas de todos os benefícios da prática de atividade física já discutidos no estudo, tal relação já era esperada. Em conformidade com esses dados, estudo realizado em Porto Velho com 60 gestantes comprovou que a estimulação de exercícios físicos na promoção à saúde das gestantes é fundamental para sua saúde e alívio dos desconfortos gerados nesse período, colaborando também para o equilíbrio emocional (FERREIRA; EVANGELISTA, 2010).

Pesquisa realizada com o propósito de analisar os fatores associados à prática de atividade física durante a gestação e sua relação com indicadores de saúde materno-infantil apontou que mulheres que praticaram atividade física durante a gestação mostraram menor probabilidade de realização de cesariana e de terem filho natimorto. Também não houve associação entre atividade física e parto prematuro, hospitalização e baixo peso ao nascer. Adicionalmente essa prática foi associada com o fato da mulher ter recebido orientação para a prática de exercícios físicos durante o pré-natal (DUMITH et al., 2012).

Com relação ao tipo de serviço que a gestante foi atendida durante o pré-natal, todos os domínios foram significantes apresentando pontuações mais elevadas no serviço privado quando comparadas com o serviço público, com exceção do domínio “Saúde/funcionamento”, demonstrando que mulheres atendidas no serviço privado possuem melhor QVRS.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul que teve por objetivo avaliar a assistência recebida durante o pré-natal nos setores público e privado evidenciou que mulheres do serviço privado iniciaram mais precocemente o acompanhamento pré-natal, realizaram mais consultas durante a gestação e receberam mais orientações estimulando a prática de atividade física (CESAR et al., 2012), o que pode contribuir para uma melhor QVRS nessa população.

No entanto, são necessárias mais pesquisas que avaliem de forma mais consistente essas associações, uma vez que muitas variáveis podem interferir nesse desfecho como as variáveis sócio demográficas e obstétricas.

6.3 IU e o impacto na QVRS de gestantes

A IU configura-se como uma condição comum entre as mulheres e caracteriza-se por ser um importante problema de saúde pública, com elevada prevalência, causando impacto físico, psíquico e social na vida da mulher. Nas gestantes, essa prevalência se altera bastante, revelando números divergentes que chegam a variar de 32 a 64% (WESNES et al., 2007).

A IU durante a gravidez pode ser associada a diversos fatores, como: mudanças hormonais e modificações do ângulo uretrovesical, aumento da pressão sobre os músculos elevadores e ligamentos, mudanças nos tecidos conjuntivos, elevação do peso corporal da gestante e peso do útero gravídico, com crescente aumento da pressão sobre a musculatura do assoalho pélvico (KOCAÖZ; TALAS; ATABEKOĞLU, 2010; LOPES; PRAÇA, 2010).

A propedêutica da investigação clínica da IU deve se iniciar de forma obrigatória por meio de uma apurada anamnese, pois muitas mulheres não relatam esse desconforto para os profissionais de saúde (SOUSA; POLCEHIRA; NETO, 2010), pois acreditam que essa condição é própria da gestação, além da vergonha e o constrangimento associado a essa queixa.

A investigação uroginecológica procede com outras etapas: o exame físico, o diário miccional, o teste do absorvente e avaliação do resíduo pós-miccional e o estudo urodinâmico (HAYLEN et al., 2010; BENT, 2006). Contudo, a fim de atender os objetivos da presente pesquisa, os resultados foram analisados a partir da anamnese.

Diante disso, encontrou-se que 26,1% (68) das mulheres entrevistadas referiram IU, independentemente do tipo e do trimestre gestacional.

Pesquisa realizada no sul do Brasil com 343 gestantes identificou números semelhantes aos da presente pesquisa, com uma prevalência de IU de 30,61% durante a gestação. Ressalta-se que o referido estudo foi realizado somente com gestantes no terceiro

trimestre o que pode contribuir para o maior percentual encontrado, visto que no terceiro trimestre há uma maior propensão para o agravamento desses sintomas devido a uma maior pressão do útero gravídico sobre a bexiga, associado ao aumento de sua sensibilidade e à redução significativa da capacidade vesical (SCARPA et al., 2008).

Outra pesquisa que também trouxe a prevalência da IU durante a gestação encontrou números ainda maiores com taxa de 35,6%, ratificando a divergência de dados encontrados na literatura (DOLAN et al., 2004). Tais contrastes permitem inferir que existem diversos fatores que podem influenciar no desenvolvimento da IU como a paridade, o tipo de parto, tosse crônica e idade materna e, portanto, merecem maiores investigações científicas (BEZERRA et al., 2013), sendo alguns deles investigados na presente pesquisa.

No que se refere ao tipo de IU, verificou-se que 63,2% (43) das gestantes apresentaram IUE, 23,5% (16) IU mista e 13,2% (9) IU de urgência. Sabe-se que a forma mais comum na gravidez é a IUE (DOLAN, et al., 2004). Pesquisa realizada com 393 gestantes na Turquia identificou também que a maior prevalência foi de IUE com um percentual de 54,7%. No que se refere aos outros tipos, os dados confrontaram-se, pois a frequência de urge-incontinência foi 25,5% e mista de 3,8% (KOCALP; TALAS; ATABEKOGLU, 2010).

Além da IU, os sintomas urinários irritativos também são considerados problemas comuns na gestação, podendo causar constrangimento e restrição das atividades diárias, influenciando negativamente na QVRS da mulher.

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, os sintomas urinários irritativos foram definidos assim: noctúria, acordar uma ou mais vezes à noite para urinar; polaciúria, urinar com muita frequência durante o dia; urgência, desejo súbito e incontrolável de urinar, difícil de ser adiado; e enurese noturna: perda urinária que ocorre durante o sono (ABRAMS et al., 2002).

A despeito desses sintomas, na corrente pesquisa, 60,2% (157) das participantes apresentaram polaciúria, com mais de 7 micções diurnas, 84,7% (221) noctúria, 21,1% (55) das gestantes relataram urgência urinária, 4,2% (11) disseram perder urina durante o sono (enurese) e ainda 2,7% (7) verbalizaram disúria.

Estudo desenvolvido em São Paulo com 340 gestantes objetivando avaliar a prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre revelou dados semelhantes em que 70,3% apresentaram polaciúria, 80,6% noctúria e 4,4% enurese noturna (SCARPA et al., 2006). Em contrapartida, a pesquisa mostrou prevalências bem maiores para urgência urinária (44,4%), o que pode ser explicado pelo período de coleta de dados ter se dado no

terceiro trimestre, período em que a posição do bebê pressiona a bexiga, diminuindo a capacidade vesical.

Nesse contexto, destaca-se que a avaliação da QVRS de mulheres, especificamente, gestantes, que possuem IU, analisando o impacto dessa condição em suas vidas é extremamente apoiada nas pesquisas clínicas, sendo esse, portanto, o foco do trabalho.

Independentemente do tipo da IU, seus sintomas repercutem causando vários efeitos negativos na vida das mulheres, principalmente no que diz respeito a atividades físicas, autoconfiança, autopercepção e relações sociais (PAPANICOLAOU et al., 2005). Assim, essas interferências advindas da IU fazem com que essas mulheres apresentem menores índices de QVRS do que mulheres que não possuem tal condição (CHIARELLI; BROWN; MCEL DUFF, 1999).

Dessa forma, por meio do instrumento KHQ, identificou-se que os domínios mais afetados foram: “Percepção geral da saúde”, “Impacto da incontinência” e “Limitação das atividades diárias”, respectivamente.

Pesquisa realizada com 492 gestantes com 34 semanas, na Irlanda do Norte, apresentou resultados semelhantes aos da presente pesquisa, com o domínio “Percepção geral da saúde” tendo média 25,0, com “Impacto da incontinência” de 16,7 para gestantes com urge-incontinência e 16,7 também para o domínio “Limitação das atividades diárias” (DOLAN et al., 2004).

Apesar desses números, de forma geral, percebe-se que as mulheres apresentaram pouco impacto em sua QVRS na gestação relacionada à IU. No entanto, a investigação prévia da IU na gestação deve fazer parte da rotina da consulta de enfermagem de pré-natal a fim de diminuir ainda mais esse impacto, e principalmente, atuar na perspectiva da prevenção desse agravo.

Por outro lado, Leroy e Lopes (2012) encontraram em seu estudo desenvolvido com 344 puérperas (77 casos e 267 controles) com até 90 dias de pós-parto as seguintes médias para os respectivos domínios: “Percepção geral da saúde” (31,2), “Impacto da incontinência” (73,6) e “Limitação das atividades diárias” (59,1).

Comparando com os dados desse estudo, percebe-se que não houve um aumento substancial no domínio “Percepção geral da saúde”. Entretanto o “Impacto da incontinência” e a “Limitação das atividades diárias” tiveram aumentos significativos. Assim, tais informações reforçam a grande importância que o enfermeiro assume na prevenção e na orientação acerca dessa condição durante o pré-natal, uma vez que as mulheres

caracterizavam-se como um pré-natal de baixo risco, acompanhadas provavelmente por enfermeiros no setor público.

Além disso, a investigação partindo do enfermeiro, já no pré-natal, pode contribuir para o encorajamento das mulheres a procurarem o tratamento para IU, caso sejam acometidas por essa problemática no puerpério, pois sabe-se que sentimentos como vergonha e constrangimento acompanham essa disfunção.

Outra pesquisa realizada por Moccelin, Rett, Driusso (2014) verificou por meio do KHQ que os domínios “Sono” e “Limitações de atividades diárias” foram alguns dos domínios que obtiveram os piores escores no segundo e terceiro trimestres gestacionais.

Referente à perda de urina por trimestre, observou-se que 20,0% (9), 21,6% (27) e 30,8% (28) das gestantes estavam, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional.

Sabe-se que a prevalência de IU aumenta especialmente a partir da 20ª semana de gestação (HØJBERGET et al., 1999), como evidenciado na presente pesquisa. Embora a etiologia da IU durante a gravidez ainda não tenha sido esclarecida completamente, as maiores razões estão relacionadas às alterações hormonais e mecânicas (SCARPA et al., 2006).

Pesquisa desenvolvida com 393 gestantes na Turquia a fim de avaliar a prevalência de IU, os fatores associados e a influência na QVRS das mulheres encontrou também menor prevalência no primeiro trimestre (2,8%) com progressão entre o segundo (8,5%) e o terceiro trimestre (88,7%) (KOCAOZ; TALAS; ATABEKOGLU, 2010).

Quando se comparou a QVRS de gestantes incontinentes entre os trimestres gestacionais, conclui-se que houve diferença estatística nos domínios “Percepção geral da saúde” e “Medida de gravidade”, com pior QVRS no 2º trimestre. Além disso, os domínios “Impacto da incontinência”, “Limitação das atividades diárias”, “Limitações sociais”, “Relações pessoais”, “Emoções” e “Sono” também tiveram médias maiores e, portanto, pior QVRS no 2º trimestre.

Discordando com tais dados, Moccelin, Rett e Driusso (2014) que objetivaram comparar a QVRS de gestantes continentas e incontinentes durante a gestação, encontraram que houve piora em todos os domínios avaliados pelo instrumento KHQ entre o segundo e o terceiro trimestre de gestantes incontinentes. Já Kocaoz, Talas e Atabekoglu (2010) em seu estudo não encontraram associações significativas entre a QVRS de gestantes incontinentes e os trimestres gestacionais.

O aumento da prevalência da IU ao longo da gestação com maiores taxas no terceiro trimestre é consenso na literatura científica. Em contrapartida, o impacto desse agravo na QVRS de gestantes ao longo da gestação ainda é controverso. Com a aproximação do parto, parece que outros fatores se sobressaem sobre a IU, fazendo com que as mulheres não deem tanta importância para essa condição, não sendo, portanto, capaz de provocar mudanças com o passar das semanas na sua QVRS.

Outro fator que também aparece como capaz de provocar impactos diferentes na QVRS de gestantes, no que diz respeito à IU é a paridade. O estudo revelou que multíparas tiveram pior QVRS, em todos os domínios com exceção dos domínios “Percepção geral da saúde”, que as médias foram idênticas e o domínio “Sono”.

Riesco et al., (2014) tiveram como finalidade em seu estudo analisar a força dos músculos do assoalho pélvico, a continência urinária e a QVRS associada à IU com 500 mulheres no primeiro trimestre da gestação. Os autores identificaram que a prevalência de IU foi mais frequente entre as gestantes com maior número de partos comprovado com associação significativa ($p < 0,05$) e essas tiveram pior QVRS.

Acerca dessa variável, o tipo de parto vaginal ou abdominal parece apresentar uma maior influência na IU do que o número de partos.

No que concerne à influência da IU na QVRS de gestantes atendidas no serviço público e privado evidenciou-se que as gestantes atendidas no serviço privado tiveram melhor QVRS em todos os domínios. Além disso, essas quase não tiveram impacto em sua QVRS relacionado à IU.

Concordando com esses dados, Bomfim, Soutinho e Araújo (2014) que se propuseram a investigar a QVRS das mulheres com IU na cidade de Maceió, Brasil, comparando as pacientes atendidas nos sistemas de saúde público e privado evidenciaram que pacientes com atendimento público tiveram pior QVRS em todos os domínios apontados no instrumento KHQ quando comparadas às de convênio particular. Houve diferença significativa entre as pacientes do SUS e de convênios para os domínios “Percepção geral da saúde”, “Limitações de atividades diárias” e “Limitações sociais”, com $p < 0,001$. O domínio que também apresentou pior QVRS foi o “Percepção geral da saúde”, seguido com o “Impacto da Incontinência” como constatado na corrente pesquisa.

Apesar da IU não possuir risco de morte, essa é uma condição que pode trazer diversas implicações funcionais, sociais, econômicas e emocionais, afetando negativamente a QVRS. Não obstante a diferença entre os grupos de gestantes, em todos os domínios avaliados, ressalta-se que o impacto da IU na vida das mulheres está fortemente ligado à percepção

individual frente à severidade, tipo e quantidade da perda urinária (BOMFIM; SOUTINHO; ARAÚJO, 2014).

Assim, são necessárias maiores investigações que comprovem relação de causa e efeito da pior QVRS de gestantes incontinentes atendidas no serviço público e privado a fim de associar a baixa condição econômica, a qualidade do serviço e outras variáveis que podem influenciar nessa questão.

Finalizando a discussão acerca dos sintomas urinários e o impacto na QVRS de gestantes, os dados evidenciaram que mulheres que já tiveram parto anterior vaginal possuem um maior impacto da incontinência em suas vidas do que aquelas que tiveram partos abdominais. Além disso, o grupo de mulheres de parto vaginal em todos os outros domínios expressou pior QVRS.

O tipo de parto anterior é uma das variáveis em que mais se tem estudado a relação de causa e efeito para explicar a prevalência da IU na população feminina. Considera-se, geralmente, que a IUE se desenvolve, pelo menos em parte, como o resultado do trauma que pode ocorrer no parto vaginal (CUTNER; CARDOZO, 1992).

No entanto, a IUE é muitas vezes um problema que surge durante a gravidez, e após o parto, a maioria das mulheres conseguem recuperar sua continência pré-gestacional no prazo de até 8 semanas após o parto (NYGAARD, 2006).

Rortveit et al., (2003) investigaram aproximadamente 15.000 mulheres e encontraram uma associação entre IU e o tipo de parto. A IUE foi mais prevalente após um parto vaginal em comparação com um parto abdominal. Todavia, não houve diferença do impacto da IUE na QVRS entre os dois grupos com ambos apresentando médias pequenas e baixa influência em sua QVRS.

Dessa forma, pode-se presumir que o tipo de parto associado com outros aspectos como o trauma perineal e episiotomia são fatores que podem agravar ou desenvolver a IU após o parto. No entanto, durante a gravidez o impacto da IU na QVRS dessas mulheres é baixo, independente da via de parto anterior.

6.4 Disfunção anorretal e POP e o impacto na QVRS de gestantes

Os sintomas de IA possuem estreita relação com a gravidez, pois o tipo de parto anterior e as lesões do esfíncter anal que podem ser causadas durante o nascimento da criança, além de algumas condutas errôneas no manejo do parto, como a episiotomia e a laceração, são considerados preponderantes para o desenvolvimento da IA (MARSH et al., 2011).

Embora alguns estudos mostrem que a IA causa um impacto profundo na QVRS das pessoas (FENNER, 2006; SOLANS-DOMENECH; SANCHEZ; ESPUNA-PONS, 2010), a maioria das mulheres que sofrem dessa disfunção tende a considerar um agravo normal, conseqüente da gravidez e do parto, o que contribui para a não procura de tratamento e relato dos sintomas (MARECKI; SEO, 2010), semelhante à condição da IU.

Apesar dessa estreita relação entre a IA e o parto vários autores sugerem que a própria gravidez provoca mudanças na função neuromuscular da MAP, sendo essas mais importantes para o desenvolvimento da IA do que propriamente as lesões que ocorrem durante o parto. Contudo, a urgência fecal demonstrou ser menos prevalente entre as mulheres que tiveram parto abdominal anterior do que as que tiveram parto vaginal (MARSH et al., 2011; KING et al., 2010; O'BOYLE et al., 2008)

Estudos prévios indicam que cerca de 30 a 50% das mulheres grávidas vivenciam a IA no final da gestação, sendo reduzida 6 a 12 meses após o parto (KING et al., 2010; TORRISI et al., 2012; JOHANNESSEN et al., 2014).

Nesse contexto, medidas que mensuram a QVRS das gestantes relacionadas à IA são relevantes a fim de se detectar o problema e buscar soluções. Apesar dessa importância, pesquisas que envolvam a influência da IA na QVRS são escassas (JOHANNESSEN et al., 2014).

A IA é definida como a perda involuntária de flatos, fezes sólidas ou líquidas. No presente estudo, apenas 4,6% (12) referiram IA, com prevalência maior para perda de flatos (2,3%), seguido de manchas na roupa íntima (1,5%) e perda para sólidos (0,8%). A classificação do grau de incontinência revelou que 75% (09) foram classificadas como leve e 25% (03) como intermediária e nenhuma como grave.

Corroborando com os dados acima, Johannessen et al. (2014) avaliaram a associação entre os diferentes tipos de IA e QVRS no final da gravidez na Noruega e identificaram que 5% das participantes em seu estudo tiveram pelo menos três sintomas de IA nas últimas quatro semanas de gestação. Nesse estudo citado, a IA foi definida como urgência fecal, perda de sólidos e flatos.

Outra pesquisa realizada na Espanha com o propósito de estimar a IU e a IA conjuntas também encontrou resultados semelhantes no que se refere ao tipo de IA com maior perda de flatos. Entretanto, foi visto uma porcentagem maior de mulheres com IA, com frequência de 13,8% (ESPUN~A-PONS et al., 2012).

Ressalta-se que durante as entrevistas, percebeu-se que muitas mulheres sentiam-se envergonhadas com a pergunta de perda de sólidos ou flatos, podendo o constrangimento ter influenciado nos resultados da pesquisa.

Já quando indagadas sobre o sintoma de constipação, 26,8% (70) das gestantes relataram sofrer essa disfunção, sendo 63,0% classificadas como ter constipação leve. Dessas, 22,9% (16) relataram que tais sintomas surgiram pela primeira vez durante a gravidez.

Kawaguti et al., (2008) tiveram como finalidade avaliar a incidência da constipação em gestantes e verificaram que 24,4% delas tiveram um retardo no ritmo das evacuações em comparação ao estado pré-gravídico. Os autores concluem afirmando que a incidência de constipação na gestação é menor que o usualmente estimado, com início nas primeiras semanas de gestação, e não há motivos para o uso indiscriminado de laxativos, mas sim o investimento em orientações para melhoria dos hábitos de vida como prática de atividade física e dietas adequadas não constipantes.

Ao se reportar a análise dos sintomas de órgãos pélvicos são necessários alguns esclarecimentos. O suporte dos órgãos pélvicos deriva de uma interação dinâmica entre os ossos da pelve, tecido conjuntivo endopélvico e a musculatura do assoalho pélvico (GHETTI et al., 2004).

Na verdade, existem dois sistemas, de suspensão e de sustentação, que são responsáveis pelo suporte dos órgãos pélvicos. Assim, a sustentação se dá pela contração de forma intencional dos músculos do assoalho pélvico, que realiza levantamento e compressão ao redor da uretra, vagina e ânus, oferecendo suporte estrutural aos órgãos pélvicos (DeLANCEY et al., 2007). Dessa forma, a manutenção da integridade do assoalho pélvico diminui as chances de desenvolvimento do prolapso genital.

Nesse contexto, existem diversos fatores de risco que podem contribuir para o POP, dentre os quais o parto merece destaque. Ademais, a própria gravidez também pode contribuir para o desenvolvimento dessa condição, devido às alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes da gestação que influenciam na suspensão e sustentação dos órgãos pélvicos (DeLANCEY et al., 2007).

A avaliação do prolapso genital, por sua vez, consiste em uma etapa importante do exame ginecológico, devendo, sempre que possível, ser classificados os graus de prolapso por meio de métodos padronizados. Esses estágios do prolapso são quantificados por meio do POP-Q, uma classificação internacional reconhecida e preconizada pela Sociedade Internacional de Continência em que os estágios variam de 0 a 4, de acordo com a severidade (BRUMP, et al., 1996).

Uma outra forma de investigar essa condição seria o relato dos sintomas que podem ser: sensação de peso na vagina, dor abdominal, inguinal e lombar (GHETTI et al., 2004). Ressalta-se que tais sintomas se manifestam com maior intensidade quanto mais avançado for o estágio do prolapso (RESENDE et al., 2010).

Assim, na presente pesquisa todas as mulheres foram questionadas quanto ao principal sintoma do prolapso genital que seria a sensação de peso na vagina. Nenhuma gestante respondeu possuir tal sintoma. Dessa forma, o instrumento o P-Qol que avalia a QVRS em pacientes com prolapso não foi aplicado a nenhuma participante.

Elenskaia et al., (2013) em seu estudo objetivaram avaliar o POP usando o sistema de quantificação, o POP-Q, que é uma medida objetiva e a avaliação subjetiva dos sintomas de distúrbios do assoalho pélvico. Além disso, os autores avaliaram a QVRS das gestantes relacionados a esse distúrbio no segundo trimestre e na 36^a semana. Os resultados mostraram não houve alterações significativas na pontuação do POP-Q, exceto um aumento significativo hiato genital ($p < 0,001$) e comprimento do corpo perineal ($p < 0,001$). Ademais não houve impacto na QVRS das gestantes.

Os sintomas de prolapso genital durante a gestação parecem não afetar a QVRS das mulheres, uma vez que não são percebidos pelas mesmas. Entretanto, medidas objetivas são recomendadas a fim de implantar estratégias que previnam esse agravo posteriormente mais presente na velhice.

6.5 Disfunção sexual e o impacto na QVRS de gestantes

Dentre as diversas disfunções que são provocadas pelo enfraquecimento da MAP, a disfunção sexual pode ser considerada entre aquelas que mais causa impacto negativo da vida da mulher. Além disso, vários aspectos podem contribuir para esse quadro que envolve fatores psicológicos, emocionais e físicos.

A singularidade que a saúde sexual representa para a QVRS tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos. A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a QVRS da mulher, pois interfere diretamente sobre a autoestima e seus relacionamentos interpessoais, causando desgaste emocional (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Durante a gravidez, a sexualidade é marcada por um período de mudanças físicas e psicológicas que, aliadas às influências culturais, sociais e religiosas pode ser bastante afetada, causando impacto sobre a atividade e o comportamento sexual da gestante, interferindo em sua QVRS (VON SYDOW, 1999).

Pesquisas revelam que um percentual significativo de 80 a 100% dos casais permanecem ativos sexualmente durante a gestação. Daí a necessidade da função sexual ser abordada pelos profissionais de saúde que prestam assistência ao pré-natal, uma vez que podem surgir modificações inesperadas, causando implicações prejudiciais ao relacionamento sexual neste período, afetando a QVRS da gestante e do casal (ASLAN et al., 2005; FOK; CHAN, YUEN, 2005).

Como parte dessas mudanças, a gestação provoca alterações fisiológicas nos órgãos sexuais femininos que podem interferir na resposta sexual. As mamas passam a ter maior congestão, principalmente nas primigestas, desencadeando dor e sensibilidade mamária, deixando essa de ser uma zona erógena, para a maioria das mulheres. Na fase do orgasmo ocorrem contrações uterinas, com duração de até um minuto, não apresentando, porém força suficiente para promover a dilatação do colo, mas que são suficientes para causar dor (LOPES; PLOGER, 2009).

Além das desordens físicas, as alterações mais comuns, na função sexual, são as emocionais. Apesar da manutenção da relação sexual ser segura até o final da gestação, o casal preocupa-se com a saúde do bebê, considerando que o ato sexual com penetração pode machucá-lo. Além disso, a gestante teme a satisfação e a reação do marido, e sentimentos de baixa autoestima e falta de desejo são comuns nesse período (LOPES; PLOGER, 2009).

A fraqueza da musculatura do assoalho pélvico é outro fator que pode levar a disfunção sexual. Formando a camada superficial do assoalho pélvico, encontram-se os músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso, isquiococcígeo e o transverso superficial do períneo. O músculo bulboesponjoso inicia-se na região anterior do ânus e se estende até o clitóris, e possui três funções principais: contração vaginal, ereção do clitóris e eliminação da secreção de glândulas mucosas durante o ato sexual. O músculo isquiocavernoso, por sua vez, também influencia na função sexual, e tem como ação facilitar a entrada de sangue nos corpos cavernosos do clitóris provocando sua ereção (WAFABE et al., 2007).

São por essas várias nuances que envolvem a função sexual que se considera tão difícil mensurar e atribuir uma causa para a disfunção sexual, pois pode estar relacionada à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, distúrbios emocionais, psicológicos, sociais, culturais, ou ainda ser resultante da combinação desses fatores.

Considerando essas questões, optou-se por utilizar o instrumento FSFI que avalia a função sexual a partir da análise de seis domínios: “Desejo”, “Excitação”, “Lubrificação”, “Orgasmo”, “Satisfação” e “Dor” (dispareunia). Percebe-se que a escala engloba aspectos

físicos e emocionais o que pode contribuir para nortear as ações do profissional de saúde frente à problemática.

Assim, os resultados evidenciaram que 32,1% (61) das gestantes apresentaram disfunção sexual. Já a análise da média da escala total foi de 27,2. As transformações já citadas inerentes à gestação, bem como o medo de que o ato sexual possa influenciar para complicações obstétricas ou machucar o bebê (EROL et al., 2007) podem justificar os achados.

Estudo que teve como propósito avaliar o impacto da gestação na função sexual feminina, comparando dois grupos de 181 mulheres não gestantes e 177 gestantes, encontrou que a média da escala total das gestantes foi de 26,5 com desvio padrão de 5,8, semelhantes aos achados da presente pesquisa. Além disso, a pesquisa também encontrou uma prevalência um pouco mais elevada de disfunção sexual do que a encontrada nesse estudo entre as gestantes com 40,4% (PRADO; LIMA; LIMA, 2013).

Quando se analisou individualmente cada domínio, observou-se que o domínio com maior pontuação foi o domínio “Satisfação” com média 5,1 e o domínio com menor pontuação foi o “Desejo” com 3,4.

Concordando com esses dados, a mesma pesquisa citada anteriormente, que avaliou o impacto da gestação na função sexual, também encontrou a menor média no domínio “Desejo” com 3,5 e a maior pontuação no domínio “Satisfação” com valor de 4,9 (PRADO; LIMA; LIMA, 2013).

O Manual de diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais – DSM-IV (*American Psychiatry Association*), (2002), e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, e a OMS (1993) consideram a resposta sexual humana por meio da agregação dos modelos de Kaplan, (1977) e Masters, Johnson (1996). Eles afirmam que a resposta sexual consiste em uma sequência temporal e coordenada de quatro etapas, que englobam componentes psicológicos e somáticos, sendo eles: desejo, excitação, orgasmo e resolução ou relaxamento.

O “Desejo” é o primeiro domínio avaliado na escala FSFI e caracteriza-se como a vontade de participar da atividade sexual, podendo ser estimulado por pensamentos ou por ações verbais ou visuais, sendo um estágio mais subjetivo, que predominam as características individuais (MASTERS, JOHNSON; 1996).

As mudanças fisiológicas que ocorrem na gestação como a indisposição e a sonolência, acentuadas no início da gestação, além da mudança da autoimagem corporal que se evidencia a partir do segundo trimestre podem contribuir para essa falta de desejo sexual na gestação e explicar os possíveis achados (PRADO; LIMA; LIMA, 2013).

No domínio “Satisfação” avalia-se o envolvimento emocional com o parceiro, sendo o domínio que apresentou maior média. A satisfação sexual da mulher está estreitamente associada à relação que ela possui com seu parceiro. Portanto, o sentimento de amor que ela nutre pelo parceiro, bem como a forma que ele o trata, elevando sua auto estima é essencial para que a mulher apresente boa função sexual.

No tocante a análise das associações das variáveis sócio demográficas, notou-se que mulheres na faixa etária entre 21 e 30 anos, com menor escolaridade e renda tiveram maiores proporções de prevalência da disfunção sexual.

Ferreira et al., (2012) divulgaram dados semelhantes em seu estudo que teve como objetivo avaliar em gestantes saudáveis no segundo trimestre a associação entre função sexual e QVRS, e função sexual e satisfação sexual com 51 participantes. Os autores encontraram uma maior prevalência de disfunção sexual em mulheres de baixa renda e pequena escolaridade.

A função sexual na gestação perpassa por algumas transformações em que se faz necessário o entendimento de algumas particularidades para enfrentar de forma satisfatória. Assim, questões como a baixa escolaridade e renda podem influenciar dificultando esse entendimento e aumentando os índices de disfunção sexual nessa população.

Por outro lado, o presente estudo não evidenciou correlação positiva com nenhuma variável obstétrica, mas as maiores proporções de gestantes com disfunção sexual tiveram as seguintes características: estavam no terceiro trimestre, nuliparidade, com história de um ou mais parto vaginal e sem filhos.

Lima, Dotto e Mamede (2013) estimaram em sua pesquisa a prevalência das disfunções sexuais antes e durante a gravidez com 778 primigestas. Os dados evidenciaram semelhança com os da presente pesquisa em que se constatou o declínio da frequência e do desejo sexual com o passar da gestação e maior ocorrência de disfunção sexual no terceiro trimestre. As mudanças corporais que causam desconforto e dificuldade de posição, além da ansiedade com o nascimento do bebê podem justificar esses achados.

Concluindo a análise da associação com as variáveis que podem influenciar a presença de disfunção sexual, identificou-se que apesar de não ter sido encontrado valores significantes, gestantes sem planejamento da gravidez, sem apoio do parceiro, que não receberam orientações educativas durante o pré-natal e que não praticavam atividade física tiveram maiores prevalência de disfunção sexual.

Em uma pesquisa realizada com 4.753 ginecologistas, mostrou que 83,7% das dificuldades sexuais relatadas pelas mulheres nas consultas médicas eram queixas encobertas

por outras doenças e que apenas 16,3% verbalizavam a disfunção sexual como queixa principal (ABDO; OLIVEIRA, 2002). Dessa forma, a orientação educativa durante o pré-natal sobre a sexualidade e possíveis subcomponentes que podem levar a disfunção sexual é de extrema importância, devendo estar inserida no plano de atendimento do enfermeiro à gestante, mesmo que ela não se manifeste quanto a essa questão. A enfermagem também tem como base a escuta qualificada e na consulta de pré-natal deve investigar a função sexual a fim de identificar possíveis disfunções capazes de comprometer a QVRS das gestantes.

Ao se reportar aos dados que comparam a função sexual entre as mulheres atendidas no serviço público e privado, observou-se que gestantes do serviço privado apresentaram melhores médias do que as do serviço público, com associação significativa em todos os domínios, revelando que as do serviço público possuem mais disfunção sexual. Os domínios mais afetados, independente do tipo de serviço foram: “Desejo”, “Excitação” e “Orgasmo”. No entanto, percebeu-se também que mulheres atendidas no serviço público são mais ativas sexualmente do que as do serviço privado. Talvez a autonomia da mulher relacionada a uma maior escolaridade possa influenciar na decisão da gestante em ter ou não relação sexual no período gravídico.

Diferente desses achados, pesquisa que teve como finalidade verificar se houve diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios da função sexual entre um grupo de mulheres atendido no serviço público e outro no privado revelou que não houve diferença significativa entre o setor público e o setor privado quanto à disfunção sexual, com menores médias no serviço privado. Em contrapartida, os dados se assemelharam quanto as menores médias expressadas pelos domínios “Desejo”, “Excitação” e “Orgasmo” em ambos os grupos contrastados (PRADO; MOTA; LIMA, 2010).

A disfunção sexual, como já exposto anteriormente, possui etiologia multifatorial e uma complexa fisiopatologia. A interação entre a função sexual e a fatores físicos e emocionais torna provável a hipótese de que fatores socioeconômicos podem influenciar na sua prevalência (PRADO; MOTA; LIMA, 2010).

A literatura científica não possui consenso quanto à influência dos aspectos sócio econômicos na presença de disfunção sexual. Estudo exploratório desenvolvido no Irã a fim de investigar a prevalência e os fatores de risco da disfunção sexual feminina com 2626 mulheres com idade entre 20 e 60 anos encontrou que quanto menor a renda salarial, maior o risco de disfunção sexual (KADRI; MCHICHI; TAHIRI, 2002).

No entanto, outros fatores que englobam as mulheres atendidas nos diferentes tipos de serviço devem ser levados em conta. Aspectos como o apoio do parceiro, a qualidade do

atendimento, o nível de escolaridade, bem como a idade dos dois grupos podem contribuir para os achados. Assim, pesquisas que envolvam esses dois grupos a fim de se esclarecer as variáveis que realmente influenciam o desenvolvimento da disfunção sexual devem ser incentivadas.

Outro fator que parece influenciar na disfunção sexual está relacionado ao trimestre gestacional. Na corrente pesquisa não foram encontradas diferenças significativas na disfunção sexual quanto aos trimestres, com exceção do domínio “Dor” que teve uma piora no terceiro trimestre ($p < 0,017$).

Estudo que teve como propósito avaliar a função sexual nos diferentes períodos gestacionais corroborou com a presente pesquisa, concluindo que não houve diferença entre os trimestres gestacionais (LOPES; PLOGER, 2009).

Todavia, o fato de ter sido encontrado diferença significativa no terceiro trimestre gestacional quanto ao domínio “Dor/desconforto” parece ter apoio na literatura científica, uma vez que nessa fase, o corpo da gestante começa a se preparar para o parto, aumentando as contrações uterinas, bem como há uma maior dificuldade de posição para o relacionamento sexual com penetração, podendo também causar dor e desconforto, contribuindo para a disfunção sexual (CORBACIOGLU et al., 2012).

Analisando a possível influência da disfunção sexual em gestantes nulíparas e múltíparas identificou-se que não houve diferença entre as médias do escore total entre esses dois grupos. Contudo, as nulíparas apresentaram médias menores nos domínios “Desejo”, “Excitação”, “Lubrificação”, “Orgasmo” e na escala total, com diferença significativa nos domínios lubrificação e orgasmo.

Çayan et al., (2004) avaliaram a função sexual por meio do Índice de Funcionamento Sexual Feminino com 179 mulheres turcas dos 18 aos 66 anos de idade. Tais pesquisadores afirmaram que as informações relativas ao funcionamento sexual nas últimas quatro semanas, evidenciaram que a prevalência de disfunções sexuais femininas aumentou com a idade. Já a multiparidade, o baixo nível educacional, além do desemprego foram considerados importantes fatores de risco na sua etiologia.

Sabe-se que as fases da função sexual desejo, excitação, lubrificação e orgasmo avaliados pela FSFI dependem de uma série de estímulos pessoais e emocionais para que possam acontecer de forma eficaz. Assim, mulheres nulíparas podem ser mais vulneráveis a fatores emocionais devido à falta de experiência, medos e angústias da primeira gestação que possivelmente, podem ter contribuído para as menores médias encontradas nessa população.

Por fim, a última tabela trata-se da comparação da QVRS de gestantes com e sem disfunção sexual. Os resultados apontaram que grávidas com disfunção sexual tiveram pior QVRS em todos os domínios ($p < 0,05$) que mensuram tal construto, com exceção do domínio “Psicológico” ($p = 0,060$). Ademais, a média da escala total foi 22,4, com o domínio mais afetado sendo o “Saúde/funcionamento” e o menos afetado o domínio “Família”.

A sexualidade é uma importante área da vida do ser humano, e depende da interação entre a forma de receber e expressar afetos, englobando os aspectos emocionais, sociais, pessoais, culturais, ultrapassando os componentes fisiológicos (MORENO, 2009).

Nesse contexto, a sexualidade configura-se como um dos indicadores de QVRS, influenciando a saúde física e mental. Assim, se a saúde é conferida como direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser vista dessa forma e, portanto, ser alvo de estratégias que contribuam para a manutenção vital dessa função do ser humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Durante o período gestacional, os índices de QVRS relacionados aos problemas sexuais tendem a se agravar mais ainda, uma vez que muitos casais associam essa condição aos riscos obstétricos e capazes de provocar sofrimento ao bebê. Além disso, as mudanças físicas, hormonais e psicológicas decorrentes da gestação elevam a prevalência da disfunção sexual (CORBACIOGLU et al., 2012; PAULETA; PEREIRA; GRACA, 2010).

Ratificando os dados encontrados nesse estudo, pesquisa que teve como objetivo avaliar a função sexual em gestantes encontrou que as mulheres que referiram qualidade de vida ruim, também obtiveram escore final no questionário QS-F, que avalia a função sexual, classificado como ruim (FERREIRA et al., 2012).

Dessa forma, estudos que investiguem a relação entre a QVRS e a função sexual na gestação são necessários, visto que há uma maior investigação na prevalência da disfunção sexual e não no impacto dessa na QVRS da gestante.

7 CONCLUSÕES

A caracterização sócio demográfica das gestantes revelou que a grande maioria das mulheres se encontravam em uma faixa etária adequada para a reprodução, entre 21 e 30 anos de idade, com mediana de 28 anos, com parceiro estável, alta escolaridade, com trabalho remunerado e renda familiar concentrada nos extremos de categoria, entre 1 e 2 salários mínimos e acima de 6,1 e ainda possuem alguma religião.

Quando se analisou as variáveis obstétricas, identificou-se que a maioria das mulheres estava no segundo trimestre da gestação, com IMC adequado, apesar de um número expressivo de gestantes com baixo peso e obesas, nulíparas, com história de parto abdominal e ainda iniciaram o acompanhamento pré-natal antes da 12^a semana gestacional, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Já investigando outros fatores que podem influenciar na QVRS das mulheres, notou-se que quase metade das mulheres não planejou sua gravidez, mas receberam apoio do parceiro. Os hábitos de vida foram saudáveis no que se refere ao uso de bebida alcoólica, tabagismo e uso de drogas ilícitas, pois quase nenhuma mulher referiu tais costumes. No entanto, os dados foram preocupantes quanto à prática de atividade física na gestação, pois 86,6% não realizam tal prática na gestação.

Além disso, um achado que merece atenção foi o grande percentual de mulheres que não receberam orientações educativas durante o pré-natal. As estratégias de educação em saúde, sejam individuais ou grupais, devem fazer parte da rotina de assistência do profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, pois a gestação configura-se como um momento peculiar, em que a troca de conhecimentos é essencial para a manutenção da QVRS da mulher e do casal. Assim, informações quanto à nutrição adequada e a prática de atividade física durante a gestação que não foram bem avaliadas no presente estudo podem ser exploradas a partir da educação em saúde e contribuir para uma boa QVRS da gestante.

A análise geral da prevalência das DAP encontrou que 157 (60,2%) gestantes relataram pelo menos uma DAP, independente do tipo, quer seja, IU, IA, constipação ou disfunção sexual.

No tocante a avaliação da QVRS de gestantes, as gestantes de forma geral possuem uma QVRS relativamente boa, sendo o domínio melhor e pior avaliado, “Família” e “Saúde/funcionamento”, respectivamente.

A influência das variáveis sócio demográficas revelou que mulheres de maior idade, maior escolaridade, com parceiro estável, que trabalhavam fora, possuem alta renda familiar e

uma religião apresentaram melhores índices de QVRS, com diferenças estatisticamente significativas em algum domínio da escala, ratificando a importância do contexto social que a mulher vivencia na QVRS. Dessa forma, faz-se necessário que o enfermeiro se aproprie desse contexto com o propósito de pautar sua conduta e realizar suas ações educativas e intervencionistas.

A associação das variáveis obstétricas mostrou que mulheres com história de parto abdominal anterior tiveram melhor QVRS. No entanto, o estudo possui uma limitação quanto a essa afirmação, uma vez que a mensuração da QVRS não foi realizada nos pós-parto imediato. Apesar disso, a pesquisa evidenciou um grande número de mulheres que tiveram parto abdominal, mostrando que no Brasil há uma cultura muito forte, seja dos profissionais ou da população, quanto à intervenção cirúrgica no parto, em que se acredita que o parto abdominal, apesar de não ser o mais benéfico para a mãe e bebê, é o mais apropriado.

No que diz respeito à influência de outros fatores com a QVRS, foi encontrado que o planejamento da gravidez, o apoio do parceiro, ter recebido orientações educativas e praticar atividade física durante a gestação e ser atendida no serviço privado são fatores que melhoraram a QVRS das gestantes.

A análise da QVRS de gestantes incontinentes mostrou que a IU causa pouco impacto nas atividades físicas, nas relações sociais, pessoais, emoções e no sono. As gestantes incontinentes sentiram-se mais afetadas quanto ao desempenho das atividades diárias, mesmo assim, pode-se afirmar que, de forma geral, a IU causa pouco impacto na QVRS das gestantes.

As gestantes no segundo trimestre, multíparas, com história de parto vaginal e atendidas no serviço público apresentaram pior QVRS quanto a IU. Assim, gestantes com essas características devem ser foco de ações dos enfermeiros a fim de prevenir o desenvolvimento ou agravamento da IU.

No tocante aos sintomas de IA e sua interferência na QVRS das gestantes, notou-se que esse foi um sintoma pouco prevalente e de pouco impacto na QVRS da mulher. A constipação, por sua vez, apresentou frequência um pouco mais elevada, mas que também não causaram impacto na QVRS. Entretanto, outras pesquisas que avaliem de forma objetiva a IA devem ser realizadas com essa população a fim de melhor esclarecer essa relação, pois como uma das limitações da pesquisa está o fato da mensuração desse construto ter sido realizado por meio de entrevistas o que pode ter causado um viés de pesquisa devido ao constrangimento e inibição das gestantes em afirmar que possuem IA.

A avaliação da QVRS de mulheres com prolapso não foi possível, já que nenhuma gestante referiu o principal sintoma desse agravo que seria a sensação de “bola na vagina”. Semelhante a IA, seriam necessárias medidas objetivas de quantificação do POP a fim de se avaliar a existência ou não dessa condição para que se pudesse, posteriormente, avaliar o impacto dessa na QVRS das gestantes. Apesar do POP não ter sido avaliado por meios objetivos, pode-se afirmar que o POP não interfere na QVRS das gestantes, pois tal sintoma não foi percebido por nenhuma mulher. Na verdade, essa investigação na gestação faz-se pertinente com o objetivo de evitar complicações futuras que podem advir da própria gestação, bem como de lacerações no parto e a multiparidade.

Por fim, a DAP que obteve maior prevalência foi a disfunção sexual. A pesquisa mostrou que 32,1% das participantes apresentam disfunção sexual, com menor média no domínio “Desejo”. Gestantes na faixa etária entre 21 e 30 anos, com baixa escolaridade e baixa renda, atendidas no serviço público foram as que tiveram maior prevalência. Observou-se ainda que grávidas com disfunção sexual tiveram piores médias de QVRS do que gestantes sem disfunção.

Conclui-se, portanto, a confirmação da hipótese de que a QVRS de gestantes sofre influência negativa das disfunções do assoalho pélvico.

Como sugestão para futuras pesquisas, recomenda-se estudos longitudinais que possam acompanhar a mulher no estado pré-gravídico e gravídico a fim de se avaliar as mudanças da DAP e seu impacto na QVRS das mulheres. Além disso, sugerem-se estudos que contemplem medidas subjetivas e objetivas da DAP, principalmente para IA e POP para que possa ser mensurado o impacto dessas na QVRS. Como recomendação ainda, deve-se investir em estudos de intervenção que abordem os principais domínios afetados na QVRS no que se refere às DAP.

Assim, acredita-se que a presente pesquisa contribuiu para a identificação do impacto que as disfunções do assoalho pélvico podem provocar na QVRS das gestantes, indicando os principais aspectos, revelados pelos domínios, que podem ser incorporados na assistência pré-natal, pelos profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros, a fim de melhorar a QVRS das gestantes. O estudo ainda colaborou com a identificação de fatores sócio demográficos, obstétricos, além de outros fatores podem afetar a QVRS das gestantes, podendo nortear as estratégias a serem desenvolvidas pelos enfermeiros durante o pré-natal a fim de englobarem a investigação das DAP como rotina em suas práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

1. ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA, J. R. W. M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **RBM Rev Bras Med**, v. 59, p. 179-186, 2002.
2. ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn**, v. 21, p. 167-178, 2002.
3. ADAJI, S. E.; SHITTU, O. S.; BATURE, S. B.; NASIR, S.; OLATUNJI, O. Suffering in silence: pregnant women's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 150, p. 19-23, 2010.
4. ALMEIDA, M. B. A.; BARRA, A. A.; FIGUEIREDO, E. M.; VELLOSO, F. S. B.; SILVA, A. L.; MONTEIRO, M. V. C.; RODRIGUES, A. M. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **Femina**, v. 39, n.8, p.395-402, 2011.
5. ALVES, C. N.; RESSEL, L. B.; SANFELICE, C.; BISOGNIN, P.; WILHELM, L. A.; ZANINI, R. R. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care.** v. 5, n. 3, p. 132-141, 2013.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Texto revisado. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
7. ANGULO-TUESTA, A.; GIFFIN, K.; GAMA, A. S.; D'ORSI, E.; BARBOSA, G. P. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. **Cad Saúde Pública**. v. 19, p. 1425-36, 2003.
8. ANJOS, J. C. S.; PEREIRA, R. R.; FERREIRA, P. R. C.; MESQUITA, T. B P.; PICANÇO JÚNIOR, O. M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré natal de alto risco. *Rev. para. Med.* v. 28, n. 2, p. 23-33. 2014.
9. ARAUJO M. P.; TAKANO, C. C.; GIRÃO, M. J. B. C. G.; SARTORI, M. G. F. A história da classificação do prolapso genital. **Femina**, v. 37, n. 5, p. 273-276, 2009.
10. ARRUEA, M.; DIEZ-ITZA, I.; IBAÑEZ, L.; PAREDES, J.; MURGIIONDO, A.; SARASQUETA, C. Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 115, p. 256-259, 2011.
11. ASLAN, G.; ASLAN, D.; KIZILYAR, A.; ISPAHI, C.; ESEN, A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. **Int J Impot**, v. 17, p. 154-157, 2005.
12. AZAR, M.; NOOHI, S.; RADFAR, S.; RADFAR, M. H. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Disfunct.**, v. 19, n. 1, p. 53-57, 2008.

13. BARBOSA, A. M. P. Prevalência e fator de risco para incontinência urinária e disfunção do assoalho pélvico dois anos após Diabete Melito gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 4, p. 220, 2007.]
14. BARBOSA, N. R.; ALMEIDA, M. S.; COELHO, E. A. C.; OLIVEIRA, J. F. Da gestação ao nascimento: percepção do casal grávido. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 108-123, maio/ago. 2013.
15. BARTELLAS, E.; CRANE, J. M.; DALEY, M.; BENNETT, K. A.; HUTCHENS, D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **BJOG**, v. 107, p. 964–968, 2000.
16. BEUTTENMÜLLER, L; CADER, S. A; MACENA, R. H. M; ARAUJO, N. S; NUNES, E. F. C; DANTAS, E. H. M. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. **Fisioter Pesqui.**; v.18, n.3, p.210-6, 2011.
17. BEZERRA, L. R. P. S.; NETO, J. A. V.; VASCONCELOS, C. T. M.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. **Temas em Uriginecologia**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.
18. BOMFIM, I. Q. M.; SOUTINHO, R. S. R.; ARAÚJO, E. N. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**. v. 16, n. 1, p. 19-24, 2014.
19. BORGES, A. L. V.; CAVALHIERI, F. B.; HOGA, L. A. K.; FUJIMORI, E.; BARBOSA, L. R.; Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. Esp. 2, p. 1679-1684, 2011.
20. BORGES, J. B. R.; NERI, L.; SIGRIST, R. M. S.; MARTINS, L. O.; GUARISI, T.; MARCHESINI, A. C. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein**. v. 7, n. 3 Pt 1, p. 308-13, 2009.
21. BOWLING, A. **Measure disease**. Second edition. Open University Press: Philadelphia, USA, 2001.
22. BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgement to inform scales of health related quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p. 1447-162, 1995.
23. BRADLEY, C. S.; KENNEDY, C. M.; TURCEA, A. M.; RAO, S. S. R.; NYGAARD, I. E.; Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors. **Obstet Gynecol** v. 110, p. 1351–1357, 2007.
24. BRASIL.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério: **Atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF); 2006. [citado em 05 fev 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf, 2006.

25. _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, 2012.
26. _____. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006: **uma análise da desigualdade em saúde**. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006.pdf (acessado em 10/Jan/2008).
27. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1.ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.: il. – (Caderno de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf Acesso em: 10 jan. 2015.
28. BUMP, R. C.; MATTIASSON, A.; BO, K.; BRUBAKER, L. P.; DELANCEY, J. O.; KLARSKOV, P., et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**. v. 175, n. 1, p. 10–17, 1996.
29. BUMP, R. C.; MATTIASSON, A.; BO, K.; BRUBAKER, L. P.; DELANCEY, J. O.; KLARSKOV, P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**, v. 175, p. 10–17. 1996.
30. BURGIO, K. L.; BORELLO-FRANCE, D.; RICHTER, H. E.; FITZGERALD, M. P.; WHITEHEAD, W.; HANDA, V. L. et al. Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: the childbirth and pelvic symptoms study. **Am J Gastroenterol** v. 102, n. 9, p.1998–2004, 2007.
31. BURGIO, K. L.; BORELLO-FRANCE, D.; RICHTER, H. E.; FITZGERALD, M. P.; WHITEHEAD, W.; HANDA, V. L. et al Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: the childbirth and pelvic symptoms study. **Am J Gastroenterol** v.102, n.9, p.1998–2004, 2007.
32. CALAIS-GERMAIN, B. **O períneo feminino e o parto**. São Paulo; Manole; 2005.p.11.
33. CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 32, n. 2, p.232-240 maio/ago. 2008.
34. CASTRO, D. F. A.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013.
35. 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. **Urologia Internationalis**, v. 72, p. 52-57, 2004.
36. CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A.; GONZALEZ-CHICA, D. A.; MANO, P. S.; GOULART-FILHA, S. M. Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 985-94, 2011.

37. CESAR, J. A.; SUTIL, A. T.; SANTOS, G. B.; CUNHA, C. F.; MENDOZA-SASSI, R. A. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, nov, 2012.
38. CHIARELLI, P.; BROWN, W.; MCEL DUFF, P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. **Neurourol Urodyn.** v. 18, n. 6, p. 567-577, 1999.
39. CORBACIOGLU, A.; BAKIR, V. L.; AKBAYIR, O.; CILESIZ GOKSEDEF, B. P.; AKCA, A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. **J Sex Med.**;v. 9, n.7, p.1897-903, 2012.
40. CUNHA, A. C. B; SANTOS, C.; GONCALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. bras. psicol.** v. 64, n. 1, p. 139-155, 2012.
41. CUTNER, A.; CARDOZO, L. D. The lower urinary tract in pregnancy and the puerperium. **Int Urogynecol J.** v. 3, n. 4, p. 317–323, 1992.
42. DAHLEN, H. G.; TRACY, S.; TRACY, M.; BISITS, A.; BROWN, C.; THORNTON, C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **BMJ Open.** v. 2. 2012.
43. DELANCEY, J. O. L.; MORGAN, D. M.; FENNER, D. E.; KEARNEY, R.; GUIRE, K.; MILLER, J. M. et al. Comparison of Levator Ani Muscle Defects and Function in Women With and Without Pelvic Organ Prolapse. **Obstetrics & Gynecology.** v. 109, n. 2, p. 295-302, 2007.
44. DELANCEY, J. O. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. **Am J Obstet Gynecol.**; v.192, n.5, p.1488-95. 2005.
45. DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante as transições familiares decorrente dos nascimentos dos filhos. **Psicol. Teor. Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221- 231, 2000.
46. DOLAN, L. M.; HILTON, P. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. **Int Urogynecol J**, v. 21, p. 535–544, 2010.
47. DOLAN, L. M.; WALSH, D.; HAMILTON, S.; MARSHALL, K.; THOMPSON, K.; ASHE, R. G. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. **Int Urogynecol J.** v. 15, p. 160–164, 2004.
48. DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRE, S. J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saúde Pública.** v. 30, Supl:S101-116, 2014.
49. DUMITHI, S. C.; DOMINGUES, M. R.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESARI, J. A. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. **Rev Saúde Pública.** v. 46, n. 2, p. 327-333, 2012.

50. EASON, E.; LABRECQUE, M.; MARCOUX, S.; MONDOR, M. Anal incontinence after childbirth. **CMAJ**, v. 166, n. 3, p. 326–330, 2002.
51. ELENSKAIA, K.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H.; SCHEER, I.; ONWUDE, J. Pelvic organ support, symptoms and quality of life during pregnancy: a prospective study. **Int Urogynecol J**, v. 24, p. 1085–1090, 2013.
52. EMIDIO, T. S. ; HASHIMOTO, F. Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 5, n. 2, p. 27-36, dez. 2008.
53. 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**. v. 4, n. 5, p. 1381-7, 2007.
54. ESPUÑA-PONS, M.; SOLANS-DOMÉNECH, M.; SÁNCHEZ, E. Double **Urodynamics**. v. 31, p. 1236–1241, 2012.
55. FAYERS, P. M. D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley, 2000.
56. FENNER, D. Anal incontinence: relationship to pregnancy, vaginal delivery, and cesarean section. **Semin Perinatol**. v. 30, n. 261–266, 2006.
57. FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri: Manole, 2007.
58. FERNANDES, R. A. Q.; VIDO, M. B. Gravidez e Qualidade de Vida: avaliação nos trimestres gestacionais. **OBJN**. v. 8, n. 1, 2009.
59. FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. **Schol Nurs Pract**. v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.
60. FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psychometric properties. **Adv Nurs Sci**. v. 8, n. 1, p. 15-24, 1985.
61. FERRANS, C.; POWERS, M. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. **Res Nurs Health**. v. 15, n. 1, p. 29-38, 1992.
62. FERRAZ, M. B. Qualidade de vida. Conceito e um breve histórico. **Rev Jovem Med.**, v. 3, n. 4, p. 219-22, 1998.
63. FERREIRA, D. Q.; NAKAMURA, M. U.; SOUZA, E.; NETO, C. M.; RIBEIRO, M. C.; SANTANA, T. G. M. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 34, n. 9, p. 409-413, 2012.
64. FERREIRA, F. M.; HAAS, V. J.; PEDROSA, L. A. K. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta paul. enferm**. v. 26, n. 3. p. 245-249, 2013.

65. FERREIRA, I. P.; EVANGELISTA, L. A. Gestantes e conhecimentos sobre os benefícios da prática de exercícios físicos da UBS da família Ana Adeláide em Porto Velho-RO 2010. **Semana Educa**, Porto Velho, v. 1, n. 1, 2010.
66. FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.
67. FOK, W. Y.; CHAN, L. Y.; YUEN, P. M. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 84, n. 10, p. 934-938, 2005.
68. FONSECA, E. S. M.; CAMARGO, A. L. M.; CASTRO, R. A.; SARTORI, M. G. F; FONSECA, M. C. M.; LIMA, G. R. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 27, n. 5, p. 235-242, 2005.
69. FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev. bras. fisioter.**, v.13, n.5, p.383-389, 2009.
70. FRANCO, E. M. PARE'S, D.; COLOME, N. L.; PAREDES, J. R. M.; TARDIU, L. A. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. v. 182, p. 86-90, 2014.
71. FRITEL, X.; VARNOUX, N.; ZINS, M.; BREART, G.; RINGA, V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. **Obstet Gynecol**. v. 113, p. 609-616, 2009.
72. GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória** [livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
73. GAMA, A. S.; KAREN, M. G.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov, 2009.
74. GAMBA, Y. S. S. Análise quantitativa dos benefícios da fisioterapia pré-natal na qualidade de vida de gestantes sedentárias. **Reabilitar**. v. 6, n. 23, p. 36-44, 2004.
75. GHETTI, C.; GREGORY, W. T.; EDWARDS, S. R et al. Severity of pelvic organ prolapse associated with measurements of pelvic floor function. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, 2004.
76. GOETZ, E. R.; VIEIRA, M. L. Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. **Estudos de Psicologia**. v. 26, n. 2, p. 195-203, 2009.
77. GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 2008. 181f. Dissertação (Mestrado em

Educação)-Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

78. GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; OLIVEIRA, M. T. C.; CAMPOS, W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011.

79. GORDIA, A. P.; TERESA, M. B. Q.; CAMPOS, W. PETROSKI, E. L. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista de Salud Pública**, v.11, n.1, p. 50-61, 2009.

80. GREGORY, W. T.; NYGAARD, I. Childbirth and pelvic floor disorders. **Clin Obstet Gynecol**. v. 47, n. 2, p. 394–403, 2004.

81. HANSEN, B. B.; SVARE, J.; VIKTRUP, L.; JØRGENSEN, T.; LOSE, G. Urinary Incontinence During Pregnancy and 1 year After Delivery in Primiparous Women Compared With a Control Group of Nulliparous Women. **Neurourology and Urodynamics**. v. 31, p. 475–480, 2012.

82. HATEM, M.; PASQUIER, J. C.; FRASER, W.; LEPIRE, E. Factors associated with postpartum urinary/anal incontinence in primiparous women in Quebec. **J Obstet Gynaecol Can**. v. 29, n. 3, p. 232–239, 2007.

83. HAYLEN, B. T.; DE RIDDER, D.; FREEMAN, R. M.; SWIFT S. E.; BERGHMANS, B.; LEE, J.; et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. **Neurourol Urodyn**, v. 29, p. 4-20, 2010.

84. HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D. L.; CAPP, E.; GOLDIM, J. R.; PASSOS, E. P.; Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev. HCPA**. v. 27, n. 1, 2007.

85. HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativa dos membros da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 14, n. 1, p. 151-157, 2010.

86. HØJBERG, K. E.; SALVIG, J. D.; WINSLØW, N. A.; LOSE, G; SECHER, N. J. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. v. 106, p. 842–850, 1999.

87. HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica** – uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

88. ISANG, E. Y. L.; LIAMPUTTONG, P.; PIERSON, J. The views of order chinese people in Melbourne about their quality of life. **Ageing & Society**, p. 51-74, 2004.

89. JELOVSEK, J.E.; MAHER, C.; BARBER, M. D. Pelvic organ prolapse. **Lancet**, v. 369, p. 1027–1038, 2007.

90. JOHANNESSEN, H. H.; MØRKVED, S.; STORDAHL, A.; SANDVIK, L.; WIBE, A. Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study. **BJOG**. v. 121, n. 8, p. 978-987, 2014.
91. JOHNSON, C. E. Sexual health during pregnancy and the postpartum. **J Sex Med**, v. 8, p. 1267–1284, 2011.
92. JORGE, J. M. N.; WEXNER, S. D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**. v. 36, p. 77-97, 1993.
93. JORGE, J. M. N.; WEXNER, S. D. **Anatomia e Fisiologia do Intestino Grosso e do Ânus**. In: COELHO, J. C. U. **Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgia**. v 1, 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
94. KADRI, N.; MCHICHI, K. H.; MCHAKRA; TAHIRI, S. Sexual dysfunction in 24. women: population based epidemiological study. **Arch Womens Ment Health**. v. 5, n. 2, p. 59-63, 2002.
95. KAPLAN HS. **A nova terapia do sexo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. 493p.
96. KAPOOR, D. S.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. Combined urinary and faecal incontinence. **Int Urogynaecol J Pelvic Floor Dysfunct**. v. 16, p. 321–328, 2005.
97. KAWAGUTI, F. S.; KLUG, W. A.; FANG, C. B.; ORTIZ, J. A.; CAPELHUCNICK, P. Constipação na gravidez. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 1, Mar. 2008.
98. KELLEHER, C. J.; CARDOZO, L. D.; KHULLAR, V.; SALVATORE, S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 104, p. 1374-1379, 1997.
99. KELLEHER, C. Quality of life and urinary incontinence. **Clin Obstet Gynaecol**. v. 14, n. 2, p. 363-379, 2000.
100. KELLER, J.; FREDERKING, D.; LAYER, P. The spectrum and treatment of gastrointestinal disorders during pregnancy. **Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol**, v. 5, p. 430–443, 2008.
101. KERR, J. et al. Doctor-Patient Communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. **Dis Colon Rectum**, v.46, n. 8, p. 1038-1046, Aug. 2003.
102. KIMURA, M. Tradução para o português e validação do “**Quality of life Index**” de **Ferrans e Powers**. 1999. 85f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
103. KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43(Esp), p. 1098-104, 2009.

104. KING, V. G.; BOYLES, S. H.; WORSTELL, T. R.; ZIA, J.; CLARK, A. L.; GREGORY, W. T. Using the Brink score to predict postpartum anal incontinence. **Am J Obstet Gynecol.** v. 203, p. 486.e1–5, 2010.
105. KOCAOZ, S.; TALAS, M. S.; ATABEKOG˘LU, S. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 3314–3323, 2010.
106. KRISTIANSOON, P.; SAMUELSSON, E.; VON SCHOULTZ, B.; SVÄRDSUDD, K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 80, p. 1125–1130, 2001.
107. LARSSON, C.; KÄLLEN, K.; ANDOLF, E. Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case–control study. **Am J Obstet Gynecol.** v. 200, p. 243.e1–243.e4, 2009.
108. LAU, Y.; YIN, L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. **Midwifery.** v. 25, n. 5, p. 668-673, 2011.
109. LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA.** v. 28, n. 6, p. 537-544, 1999.
110. LEAL, M. C.; TORRES, J. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; BITTENCOURT, S.; DIAS, M. A. B. et al. **Nascer no Brasil.** Sumário executivo temático da pesquisa. p. 1-8. 2014.
111. LEITÃO, M. B.; LAZZOLI, J. K.; OLIVEIRA, M. A. B.; NÓBREGA, A. C. L.; SILVEIRA, G. G.; CARVALHO, T. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e Saúde na Mulher. **Rev Bras Med Esporte.** v. 6, n. 6, 2000.
112. LEITE, A. P. L.; MOURA, E. A.; CAMPOS, A. A. S.; MATTAR R.; SOUZA, E. CAMANO, L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 29, n. 8, p. 414-419, 2007.
113. LEITE, A. P.; CAMPOS, A. A.; DIAS, A. R.; AMED, A. M.; DE SOUZA, E.; CAMANO, L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, p. 563–568, 2009.
114. LIANG, C. C.; TSENG, L. H.; HORNG, S. G.; LIN, I. W.; CHANG, S. D. Correlation of pelvic organ prolapse quantification system scores with obstetric parameters and lower urinary tract symptoms in primiparae postpartum. **Int Urogynecol J**; v. 18, p.537–41, 2007.
115. LIMA, A. C.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1544-1554, ago, 2013.
116. LIMA-LARA, A. C.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida no puerpério mediato: um estudo quantitativo. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 9, n. 1, 2010.

117. LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N. S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 4, p. 667-674, 2010.
118. LOPES, E. N.; PLOGER, C. Avaliação da função sexual em mulheres de diferentes fases do período gestacional. Ciências da Saúde. **12º Congresso de Iniciação Científica**, 6ª mostra de Pós-Graduação Novembro. UNISA, 2009.
119. LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, p.34–41, 2006.
120. LOWDERMILK, D.; PERRY,S.D. **Enfermagem na maternidade.** Tradução Ana Thorel . 5. Ed. Lusodidacta. Porto Alegre: Artmed, 2009.1040p.
121. LUKACZ, E. S.; LAWRENCE, J. M.; CONTRERAS, R.; NAGER, C. W.; LUBER, K. M.; Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. **Obstet Gynecol**, v. 107, p. 1253–1260, 2006.
122. MACLENNAN, A. H.; TAYLOR, A. W.; WILSON, D. H.; WILSON, D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **BJOG**, v. 107, p. 1460–1470, 2000.
123. MARECKI, M.; SEO, J. Y. Perinatal urinary and fecal incontinence: suffering in silence. **J Perinat Neonatal Nurs.** v. 24, p. 330–40, 2010.
124. MARKLAND, A. D.; RICHTER, H. E.; KENTON, K. S.; WAI, C.; NAGER, C. W.; KRAUS, S. R. et al. Associated factors and the impact of fecal incontinence in women with urge urinary incontinence. **Am J Obstet Gynecol.** v. 200, p. 424.e1–8, 2009.
125. MARSH, F.; LYNNE, R.; CHRISTINE, L.; ALISON, W. Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** v. 154, p. 223-227, 2011.
126. MARSHALL, K.; THOMPSON, K. A.; WALSH, D. M.; BAXTER, G. D. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy postpartum: survey of current findings at the Rotunda-Lying-in Hospital. **Br J Obstet Gynaecol.**, v. 400, n. 2, p. 1998.
127. MARTINS, G.; SOLER, Z. A. S. G.; CORDEIRO, J. A.; AMARO, J. L.; MOORE, K. N. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. **Int Urogynecol J**, v. 21, p. 1271–1277, 2010.
128. MASTERS WH, JOHNSON VE. Human sexual response. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1966.
129. MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidence-based practice.** In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

130. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, v. 17, n. 4. P. 758-764, 2008.
131. MESTON, C. M. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **J Sex Marital Ther.**, v. 29, p. 39-46, 2003.
132. MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, 2000.
133. MINUCHIN, P. Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. **Child Development**, v. 56, n. 2, p. 289-302, 1985.
134. MOCCELLIN, A. S.; RETT, M. T.; DRIUSSO, P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 14, n. 2, p. 147-154 abr. / jun., 2014.
135. MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J. R. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 724 p.
136. MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2 ed. Barueri: Manole, 2009.
137. NASCIMENTO, L. C. F. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 2, p. 187-194, 2003.
138. NEL, J.T.; DIEDERICKS, A.; JOUBERT, G.; ARNDT, K. A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy. **Int Urogynecol J.**; v. 12., 21–26, 2001.
139. NELSON, R. L. Epidemiology of fecal incontinence. **Gastroenterology**. v. 126:S3-S7. 2004.
140. NEME, B. Intervenções durante a gestação. In **Obstetrícia Básica**. Bussamara Neme, 2^a ed., 2000. São Paulo: Ed Sarvier, p. 1066- 1157.
141. NICHOLSON, W. K.; SETSE, R.; HILL-BRIGGS, F.; COOPER, L. A.; STROBINO, D.; POWE, N. R. Depressive symptoms and Health-Related Quality of Life in early pregnancy. **American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 107, n. 4, p. 798-806, 2006.
142. NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de colo e reto: uma revisão integrativa** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 209p. 2008.
143. NICOLUSSO, A. C.; SAWADA, N. O. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 125-130, 2010.

144. NORONHA, V. **Pensando sobre políticas públicas de lazer para juventudes em contexto de vulnerabilidade social: contribuições a partir de pesquisa em Ribeirão das Neves/ MG.** Belo Horizonte: Editora; 2009.
145. NYGAARD, I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? **Semin Perinatol.** v. 30, n. 5, p. 267–271, 2006.
146. O’BOYLE, A. L.; O’BOYLE, J. D.; MAGANN, E. F.; RIEG, T. S.; MORRISON, J. C.; DAVIS, G. D. Anorectal symptoms in pregnancy and the postpartum period. **J Reprod Med** v. 53, p. 151–154, 2008.
147. OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **IMAGE J Nurs School.** v. 22, n. 3, p. 187-90, 1990.
148. OLIVEIRA, C.; SELEME, M., CANSI, P. F.; CONSENTINO, R. F. D. C.; KUMAKURA, F. Y.; MOREIRA, G. A. et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. **Rev Assoc Med Bras.** v. 59, n. 5, p. 460–466, 2013.
149. OLIVEIRA, M. F. Adaptação transcultural e validação da Maternal postpartum quality of life questionnaire: aplicação em puérperas. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
150. OLIVEIRA, M. S.; TAMANINI, J. T. N.; CAVALCANTI, G. A. Validation of the Prolapse Quality-of-Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women. **Int Urogynecol J.** v. 20, p. 1191–1202, 2009.
151. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Porto Alegre: Artmed, 1993.
152. PAPANICOLAOU, S.; HUNSKAAR, S.; LOSE, G.; SYKES, D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. **BJU Int.** v. 96, n. 6, p. 831-838, 2005.
153. PAULETA, J. R.; PEREIRA, N. M.; GRACA, L. M. Sexuality during pregnancy. **J Sex Med.** v. 7, n. 1 Pt 1, p.136-42, 2010.
154. PAULS, R. N.; OCCHINO, J. A.; DRYFHOUT, V.; KARRAM, M. M. Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. **Int Urogynecol J,** v. 19, p. 1495–1501, 2008.
155. PAULS, R. N; OCCHINO, J. Á; DRYFHOUT, V. L. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. **J Sex Med.** v. 5, n.8, p.1915-22, 2008.
156. PHADUNGKIATW, ATTANA P.; TONGSAKUL, N. Analyzing the impact of private service on the cesarean section rate in public hospital Thailand. **Arch Gynecol Obstet.** v. 284, p. 1375-1379, 2011.

157. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
158. PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 35, n. 5, p. 205-9, 2013.
159. PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L.; LIMA, T. I. A.; Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 32, n. 3. p. 139-143, 2010.
160. QIU, X. H.; YANG, M. G.; PENG, J. J.; HUANG, Y. X.; XU, C. F.; WANG, Q. L.; ZHANG, M. N. Changes of plasma motilin concentration in pregnancy and early postpartum period. **Sheng Li Xue Bao**; v.46, n.1, p. 100-104, 1994.
161. QUIROZ, L. H.; MUÑOZ, A.; SHIPPEY, S. H.; GUTMAN, R. E.; HANDA, V. L. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. **J Reprod Med.** v. 55, p. 93–98, 2010.
162. REBETE, L. M; HOGA, L. A. K. A. Experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. **Rev.Ciencia y Enfermeria** v. 1 p.105-114, 2010.
163. RESENDE, A. P. M.; STÜPP, L.; BERNARDES, B. T.; FRANCO, G. R.; OLIVEIRA, E.; GIRÃO, M. J. B. C.; SARTOR, M. G. F. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. **FEMINA**, v. 38, n. 2, p. 101-104, 2010.
164. RIBEIRO, S. G. Tradução, adaptação e validação do ‘The mother generated index’ para uso no Brasil. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
165. RIESCO, M. L. G.; FERNANDES-TREVISAN, K.; LEISTER, N.; CRUZ, C. S.; CAROCCI, A. S.; ZANETTI, M. R. D. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. **Rev Esc Enferm USP.** v. 48, n. Esp, p. 33-39, 2014.
166. RORTVEIT, G.; DALTVET, A. K.; HANNESTAD, Y. S.; HUNSKAAR, S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. **N Engl J Med.** v. 348, p. 900–907, 2003.
167. RORTVEIT, G.; HANNESTAD, Y. S.; DALTVET, A. K.; HUNSKAAR, S. Ageand type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. **Obstet Gynecol**, v. 98, n. 6, p. 1004–1010, 2001.
168. ROSENBAUM, T. Y. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. **J Sex Med.**; v.4, n.1, p.:4-13, 2009.
169. SANTOS, P. C.; MENDONÇA, D.; ALVES, O.; BARBOSA, A. M. Prevalência e impacto da Incontinência urinária de stress antes e durante a gravidez. **Acta Med Port.** v. 19, p. 349-356, 2006.

170. SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.
171. SCARPA, K. P.; HERRMANN, V.; PALMA, P. C. R.; RICETTO, C. L. Z.; MORAIS, S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 30, n. 7. p. 355-359, 2008.
172. SCARPA, K. P.; HERRMANN, V.; PALMA, P. C.; RICETTO, C. L.; MORAIS, S. S. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 17, p.219–223, 2006.
173. SEILD, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.
174. 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**, v. 7, p. 2782–2790, 2010.
175. SILVA, C. C.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; ALIANE, P. P.; ALMEIDA, A. M. Relação entre a prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Revista de psiquiatria Clínica**. v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010.
176. SOLANS-DOMENECH, M.; SANCHEZ, E.; ESPUNA-PONS, M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. **Obstet Gynecol**. v. 115, p. 618–28, 2010.
177. SOUSA, J. S.; POLCHEIRA, P. A.; NETO, J. S. C. Nova Terminologia Adotada pela “IUGA/ICS”- 2009). **Int Urogynecol J**. v. 21, n. 5, p. 5-26, 2010.
178. SOUZA, J. C.; CARVALHO, A. B. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. **Psicólogo in Formação**, v. 14, n. 14, p. 71-79. 2010.
179. STANLEY, N. The physiology of sleep and the impact of ageing. **Eur Urol**. v. 3, Suppl. p. 17-23, 2005.
180. SWIFT, S. E.; WOODMAN, P; O’BOYLE, A; KAHN, M; VALLEY, M; BLAND, D; WANG, W; SCHAFFER, J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition and epidemiology of pelvic organ support defects. **Am J Obstet Gynecol**.; v. 192, n.3, p.795–806. 2005.
181. TAŞDEMİR, S.; BALCI, E.; GÜNAY, O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. **Ups J Med Sci**. v. 115, n. 4, p. 275-281, 2010.
182. TEGERSTEDT, G.; MIEDEL, A.; MAEHLE-SCHMIDT, M.; NYRÉN, O.; HAMMARSTRÖM, M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach. **Am J Obstet Gynecol**, v. 194, p. 75–81, 2006.

183. THE WHOQOL GROUP. Development of the world Health Organization WHOQOL-Berf. Quality of Life Assesment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.
184. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO): position paper from the World Health organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p. 1403-1410, 1995.
185. THIEL, R.R.C. **Tradução, adaptação cultural e validação do *Female Sexual Function Index (FSFI)* para língua português**. 2008. 91f. Tese (Doutorado em Cirurgia) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, 2008.
186. TORKAN, B.; PARSAY, S.; LAMYIAN, M.; KAZEMNEJAD, A.; MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 30, n. 9, p. 4, 2009.
187. TORRES, J. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; SANDALL, J.; ZULMIRA, H.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; SCHILITZ, A. O. C. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S220-S231, 2014.
188. TORRISI, G.; MININIB, G.; BERNASCONI, F.; PERRONE, A.; TREZZA, G.; GUARDABASSO, V. et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. v. 160, p. 110–115, 2012.
189. TOZO, I. M.; LIMA, S. M. R. R; GONÇALVES, N.; MORAES, J. C.; AOKI, T. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Arquivos de Medicina Hospitalar**, v. 52, n. 3, p. 94-99, 2007.
190. VALETON, C.T.; AMARAL, V.F.; Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. **Int Urogynecol J**, v.11, p. 813-818, 2011.
191. VAN BRUMMEN, H. J.; BRUINSE, H. W.; VAN DER BOM, J. G.; HEINTZ, A. P.; VAN DER VAART, C. H. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? **Neurourol Urodyn**, v. 25, p. 135–139, 2007.
192. VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.
193. VIDO, M. B. Qualidade de Vida na Gravidez [dissertação]. São Paulo: Universidade de Guarulhos; 2006. 710 p.
194. VIKTRUP, L.; LOSE, G. Incidence and remission of lower urinary tract symptoms during 12 years after the first delivery: a cohort study. **J Urol.**; v.180, p. 992–997, 2008.
195. VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. **J Psychosom Res.** v. 47, n. 1, p. 27-49, 1999.
196. WAF AE, N. et al. Grande Atlas do Corpo Humano: **Anatomia, Histologia e Patologias**. Barueri: Manole, 2007.

197. WESNES, S. L.; RORTVEIT, G.; BØ, K.; HUNSKAAR, S. Urinary incontinence during pregnancy. **Obstet Gynecol**, v. 109, p. 922–928, 2007.

198. WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of cutoff scores. **J Sex Marital Ther**. v. 31, n. 1-20, 2005.

199. WIJMA, J.; WEIS POTTERS, E.; DE WOF, B. T.; TINGA, D. J.; AARNOUDSE, J. G. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. **Br J Obstet Gynecol**. v. 108, p. 726–732, 2001.

200. WILLIS, S.; FARIDI, A.; SCHELZIG, S.; HOELZL, F.; KASPERK, R.; RATH, W. et al. Childbirth and incontinence: a prospective study on anal sphincter morphology and function before and early after vaginal delivery. **Langenbecks Arch Surg**, v. 387, n. 2, p. 101–107, 2002.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO
INTEGRATIVA ADAPTADO DE NICOLUSSI (2008)**

1. Identificação da publicação

Título do artigo	
Autores / Ano	
Base de dados	
Formação do autor principal	
Local da pesquisa	
País/ Idioma	

2. Critérios de avaliação de estudo de qualidade de vida

O pesquisador define o que é Qualidade de Vida?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Definição Utilizada: <input type="checkbox"/> Qualidade de vida geral <input type="checkbox"/> Qualidade de vida relacionada à saúde
Quais são os domínios que o pesquisador pretende mensurar?	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico/ mental <input type="checkbox"/> Nível de independência <input type="checkbox"/> Relações sociais <input type="checkbox"/> Meio ambiente <input type="checkbox"/> Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais <input type="checkbox"/> Sexualidade <input type="checkbox"/> Outros _____
Quanto ao instrumento utilizado:	Quais são os instrumentos utilizados: _____ O instrumento utilizado é válido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

3. Características metodológicas do estudo

Tipo de publicação / Delineamento de pesquisa	
População	
Amostra	
Período de coleta de dados	
Nível de evidência	
Principais resultados	
Conclusões	

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO, OBSTÉTRICO E
FATORES ASSOCIADOS À QVRS.**

PARTE I - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS
1. NOME:
2. IDADE: anos completos
3. ESTADO CIVIL: 1 - solteira 2 - casada 3 - união estável 4 – viúva
4. ESCOLARIDADE: anos de estudos completos
(Analfabeto = 0 anos/ Ens. Fund. Completo = 9 anos/ Ens. Médio Completo = 12 anos/ Ens. Superior Completo = Adicionar o nº de anos do curso)
5. TRABALHA FORA: 1 – Sim 2 – Não
6. TIPO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: 1-SUS 2-Convênio 3-Particular
7. RENDA FAMILIAR: reais
<1 a ≤ 2 salários mínimos 2- > 2 a ≤ 4 salários mínimos 3- > 4 a ≤ 6 salários mínimos 5-mais de 6 salários mínimos)
8. COM QUEM MORA: 1- sozinha 2 – companheiro 3 – com familiares 4 – outros
9. TIPO DE MORADIA: 1 - própria 2- alugada 3 - cedida
10. NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO:
11. NÚMERO DE CÔMODOS NA CASA:
12. RELIGIÃO: 1-católica 2-evangélica 3-cultos afro-brasileiro (umbanda, candomblé) 4-espiritismo 5-outro grupo religioso. Qual?
PARTE II - DADOS OBSTÉTRICOS
13. PESO: g
14. ALTURA: cm
15. IDADE GESTACIONAL (SEMANAS):
16. IMC SEGUNDO A SEMANA DE GESTAÇÃO:
17. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (IMC) (kg/m²): 1-baixo peso (menor que 18,5) 2-adequado (18,5 – 24,9) 3-sobrepeso (25 - 29,9) 4-obesidade (maior ou igual a 30,0)
18. G () P () A ()

19. N° DE FILHOS VIVOS:
20. INÍCIO DO PRÉ-NATAL, DE ACORDO COM O TRIMESTRE:
21. GRAVIDEZ FOI PLANEJADA: 1 - Sim 2 - Não
PARTE III – FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
31. PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA: 1 - Sim 2 – Não
32. FAZ USO DE CIGARRO: 1-Sim 2-Não
33. SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA E QUANTIDADE/DIA: _____
34. FAZ USO DE ÁLCOOL: 1-Sim 2-Não
35. SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA E QUANTIDADE: _____
36. FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS: 1-Sim 2-Não
37. SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA: _____

DATA:/...../.....

APÊNDICE C - INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, DISFUNÇÃO ANORRETAL E PROLAPSO VAGINAL

1. Nº de micções diurnas (**da hora que acorda até antes de dormir**): _____
2. Nº de micções noturnas (**após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?**):

3. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços
4. Urgência (**Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim
5. Noctúria (**Nº de micções noturnas ≥ 1**) ? 0 – Não 1- Sim
6. Urge-incontinência (**queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim
7. Enurese noturna (**queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim
8. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim
9. Quantos forros vaginais você usa por dia ? _____ (**Escreva 0, caso não utilize forros**)
10. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual
11. Disúria? 0 – Não 1- Sim
12. Polaciúria (**Nº micções diurnas ≥ 7 vezes**)? 0 – Não 1- Sim
13. Hematúria? 0 – Não 1- Sim
14. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim
15. ITU recorrente (**No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses**)? 0 – Não 1- Sim
16. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (**Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio**)
17. Incontinência fecal? 0 – Não 1- gases 2- sólidos 3-“mancha a calcinha”
18. Você tem urgência fecal (**Desejo súbito de defecar que é difícil de adiar – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim
19. **Constipação** (Movimentos intestinais infreqüentes e/ou necessidade frequente de esforço ou ajuda manual para defecar)? 0 – Não 1- Sim
20. Sensação de bola na vagina? 0 – Não 1- Sim

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por mim Paula Renata Amorim Lessa Soares a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa que tem como título: **“DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE GESTANTES”**, orientada pela Prof^ª. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro e promovida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), através do Programa de Pós-Graduação, nível Doutorado.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes. Desta maneira há necessidade de coleta de dados no sentido de investigar as mudanças ocorridas no período gestacional, no que se refere aos aspectos físico, psicológico, emocional e sexual, bem como identificar quais as áreas que afetam a sua qualidade de vida.

A sua participação consistirá em participar de uma entrevista que será realizada através de um questionário que caracterizará o perfil sócioeconômico demográfico, investigação de sintomas urinários e fecais e a aplicação de algumas escalas que se referem à qualidade de vida. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de promover a saúde das gestantes através do reconhecimento das alterações peculiares à gestação, principalmente relacionadas à disfunção do assoalho pélvico, propiciando uma melhor qualidade de vida desse grupo, reduzindo as vulnerabilidades das quais estão expostas.

Ressalto que a qualquer momento a Senhora poderá recusar a continuar participando da pesquisa e retirar o seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Todas as informações que a Senhora nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Nenhum pagamento também será realizado para a sua participação nessa pesquisa. Suas respostas e dados pessoais serão confidenciais e a divulgação das mencionadas informações só serão feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a pesquisadora no endereço abaixo:

Nome: Paula Renata Amorim Lessa Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, Rodolfo Teófilo,
Telefone para contato: (85) 8830-4727

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Fone: 3366-8344

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____.
Declaro que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda está recebendo uma cópia deste termo.

Fortaleza, ___/___/___

Nome do voluntário: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Nome da testemunha: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

ANEXO A- ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE *FERRANS & POWERS* adaptado

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente em relação a sua qualidade de vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta vai dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas, a que lhe parece mais apropriada.

PARTE I – Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeita você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.						
Quanto está satisfeita com....	Muito insatisfeita	Moderadamente	Pouco insatisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita
1. Sua saúde	1	2	3	4	5	6
2. Sua gravidez	1	2	3	4	5	6
3. A assistência pré-natal que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de desconforto que você sente?	1	2	3	4	5	6
5. As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria).	1	2	3	4	5	6
6. A intensidade de irritação que você sente.	1	2	3	4	5	6
7. A energia que tem para as atividades diárias.	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física.	1	2	3	4	5	6
9. Sua capacidade para controlar sua vida.	1	2	3	4	5	6
10. A possibilidade de viver por longo tempo.	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14. Seu relacionamento c/ esposo/companheiro?	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Sua capacidade p/ cumprir c/ as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Sua capacidade p/ ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar.	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Suas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25. O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29. A possibilidade de ter uma criança?	1	2	3	4	5	6

30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Com você mesma, de modo geral.	1	2	3	4	5	6

PARTE II – Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

	Sem nenhuma importância	Moderadamente insatisfeito	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
Quanto é importante para você....						

1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Esta gravidez?	1	2	3	4	5	6
3. O cuidado pré-natal?	1	2	3	4	5	6
4. Estar completamente livre de desconforto?	1	2	3	4	5	6
5. Estar completamente livre de mudanças de humor?	1	2	3	4	5	6
6. Estar completamente livre de irritação.	1	2	3	4	5	6
7. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física.	1	2	3	4	5	6
9. Ter condições físicas para controlar sua vida.	1	2	3	4	5	6
10. Viver por longo tempo.	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14. Seu relacionamento c/ esposo/companheiro?	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Cumprir c/ as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Ter capacidade p/ ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. Ter um nível aceitável de estresse/preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Suas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25. Ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29. Ter uma criança?	1	2	3	4	5	6
30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Estar satisfeito com a vida?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Ser você mesma?	1	2	3	4	5	6
	1		3	4		

ANEXO B - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

King's Health Questionnaire - avaliação da qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária
<p>1. Como você avaliaria sua saúde hoje? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Normal 4- Ruim 5- muito ruim</p> <p>2. DOMÍNIO PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE= _____ ((Pontuação da Questão 1 - 1) / 4) x 100</p> <p>3. Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida? 1- Nada 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>4. IMPACTO DA INCONTINÊNCIA= _____ ((Pontuação da Questão 3 - 1) / 3) x 100</p>
LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DAS TAREFAS
<p>5. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa? (ex.limpar, lavar, cozinhar, etc.)? 1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>6. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compras, levar filho na escola, etc? 1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>7. LIMITAÇÕES DE ATV. DIÁRIAS= _____ (((Pontuação das Questões 5 + 6) - 2) / 6) x 100</p>
LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL
<p>8. Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>9. Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>10. LIMITAÇÕES FÍSICAS= _____ (((Pontuação das Questões 8 + 9) - 2) / 6) x 100</p> <p>11. Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>12. Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>13. LIMITAÇÕES SOCIAIS= _____ (((Pontuação das Questões 11+ 12 + 17) - 3) / 9) x 100**</p> <p>** Se a pontuação da Questão 17 \geq 1; se 0, então $..-2) / 6) x 100$</p>
RELAÇÕES PESSOAIS
<p>14. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual? 0- Não tem relação sexual 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p>

15. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

0- Não tem companheiro 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

16. RELAÇÕES PESSOAIS= _____ (((Pontuação das Questões 14 + 15) - 2) / 6) x 100****** Se a pontuação das Questões 159 + 160 ≥ 2 , Se (159 + 160) = 1; ...-1) / 3) x 100; Se (159 + 160) = 0;tratar como "missing value"**17. Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?**

0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

EMOÇÕES**18. Você fica deprimida com seu problema de bexiga?** 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito**19. Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?** 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito**20. Você fica mal consigo mesma por causa do seu problema de bexiga?** 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**21. EMOÇÕES**= _____ (((Pontuação das Questões 18 + 19 + 20) - 3) / 9) x 100**SONO/DISPOSIÇÃO****22. Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?** 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**23. Você se sente desgastada ou cansada?** 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**24. SONO E DISPOSIÇÃO**= _____ (((Pontuação das Questões 22 + 23) - 2) / 6) x 100**MEDIDAS DE GRAVIDADE****25. Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca?**

1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

26. Você controla a quantidade de líquido que bebe? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**27. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?** 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**28. Você se preocupa em estar cheirando urina?** 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**29. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?** 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre**30. MEDIDAS DE GRAVIDADE** = _____ (((Pontuação das Questões 25 + 26 + 27 + 28+29) - 5) / 15) x 100

Responsável pela coleta dos dados: _____ DATA: _____/_____/_____

ANEXO C - ESCORE DE JORGE & WEXNER DE INCONTINÊNCIA E CONSTIPAÇÃO

Se a paciente referir incontinência fecal, AVALIAR O GRAU DE INCONTINÊNCIA DE JORGE & WEXNER

(Escore mínimo = 0, escore máximo = 20)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralmente	Sempre
1. Perda para sólidos	0	1	2	3	4
2. Perda para líquidos	0	1	2	3	4
3. Perda para gases	0	1	2	3	4
4. Uso de fraldas/forro	0	1	2	3	4
5. Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4
48. TOTAL					

6. Classificação do grau de incontinência: 0- Não tem 1- Leve (1-7 pts) 2- Intermediária (8-13 pts) 3- Grave (14-20 pontos)

7. Constipação (Movimentos intestinais infreqüentes e/ou necessidade frequente de esforço ou ajuda manual para defecar)? 0 – Não 1- Sim

Se a paciente referir constipação, preencher ESCORE DE JORGE & WEXNER DE CONSTIPAÇÃO

(Escore mínimo = 0, escore máximo = 30)

8. Frequência intestinal	1-2 x em 1-2 dias 0	2x/semana 1	1x/semana 2	< 1x/sem 3	< 1x/mês 4
9. Dificuldade: (Esforço evacuatório)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
10. Sensação evacuatória incompleta	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
11. Tempo: min no lavatório (tentativa para evacuar)	< 5' 0	5 - 10' 1	10 - 20' 2	20 - 30' 3	> que 30' 4
12. Auxílio: (tipo de auxílio para evacuar)	Sem auxílio 0	Laxativos estimulantes 1		Auxílio digital, enema ou ducha 2	
13. Tentativas para evacuar sem sucesso em 24h	Nunca 0	1-3 1	3-6 2	6-9 3	> 9 4
14. Duração da constipação (anos)	0 0	1-5 1	5-10 2	10-20 3	>20 4
15. Dor abdominal (não relacionada à	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes	Geralmente	Sempre

evacuação)			2	3	4
16. TOTAL					

17. Classificação do grau de constipação: 0- Não tem constipação 1- Discreta (1-10) 2- Moderada (11-20) 3- Intensa (21-30)

ANEXO D - FSFI – ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Instruções: Estas perguntas são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às seguintes perguntas da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. As definições (explicações) que seguem são aplicadas para responder o questionário:

Atividade sexual: pode incluir carícias, estimulação sexual preliminar, masturbação e coito vaginal.

Relação sexual: é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estimulação sexual: inclui estimulação sexual preliminar com o parceiro, autoerotismo (masturbação) ou fantasia sexual.

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

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

Excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (metade das vezes)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau)de excitação sexual durante a atividade sexual?

Sem atividade sexual

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

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Altíssima confiança
- Alta confiança
- Moderada confiança
- Baixa confiança
- Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau)de excitação durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil

Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

12. Durante as 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
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita

- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)

- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Altíssimo
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Baixíssimo ou nenhum

Agradecemos sua participação em nossa pesquisa

ANEXO E - INSTRUMENTO P-QoL

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM PROLAPSO (P-QoL)	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	
1. Como você descreveria sua saúde neste momento? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim 5- Muito ruim	
2. SCORE PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE = _____ [(VALOR QUESTÃO 1 -1)/4] X 100]	
IMPACTO DO PROLAPSO	
3. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? 1- Não afeta 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito	
4. SCORE IMPACTO DO PROLAPSO = _____ [(VALOR QUESTÃO 3 -1)/3] X 100	
LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS	
5. Com que intensidade seu prolapso atrapalha suas tarefas de casa? (ex.limpar, lavar, cozinhar, etc.)? 1- Nenhuma 2-Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
6. Com que intensidade seu prolapso atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compras, levar filho na escola, etc? 1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
7. SCORE IMPACTO NAS ATV. DIÁRIAS= _____ [(VALOR QUESTÃO 5 +6) -2)/6] X 100	
LIMITAÇÃO FÍSICA	
8. Seu prolapso atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	
9. Seu prolapso atrapalha quando você quer fazer uma viagem? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	
10. SCORE LIMITAÇÃO FÍSICA= _____ [(VALOR QUESTÃO 8 + 9) -2)/6] X 100	
LIMITAÇÃO SOCIAL	
11. Seu prolapso atrapalha quando sua vida social (sair para igreja, reunião, festa...)? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	
12. Você deixa de visitar seus amigos por causa do seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	
13. O peso ou a bola na vagina incomoda seus familiares? 0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
14. SCORE LIMITAÇÃO SOCIAL= _____	

X 100	Se o valor da questão 13 for $\geq 1 = [(\text{VALOR QUESTÃO } 11 + 12 + 13) - 3]/9]$
X 100	Se o valor da questão 13 for = 0 $[(\text{VALOR QUESTÃO } 11 + 12 + 13) - 2]/6]$
RELAÇÕES PESSOAIS	
<p>15. Seu prolapso atrapalha sua vida sexual? 0- Não tem relação sexual 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>15. Seu prolapso atrapalha sua vida com seu companheiro? 0- Não tem companheiro 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>16. SCORE RELAÇÕES PESSOAIS=</p>	
<p>Se o valor da questão 15 +16 for $\geq 2 = [(\text{VALOR QUESTÃO } 15 + 16) - 2]/6]$ X 100 Se o valor da questão 15 +16 for = 1 $[(\text{VALOR QUESTÃO } 15 + 16) - 1]/3]$ X 100 Se a soma for = 0 Não anota</p>	
EMOÇÕES	
<p>17. Você fica deprimida com seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>18. Você fica ansiosa ou nervosa com seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>19. Você fica mal com você mesma por causa do prolapso? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre</p> <p>20. SCORE EMOÇÕES= _____ $[(\text{VALOR QUESTÃO } 17+18+19) - 3]/9]$ X 100</p>	
SONO/ENERGIA	
<p>21. Seu prolapso atrapalha seu sono? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre</p> <p>22. Você se sente exausta ou cansada? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre</p> <p>23. SCORE SONO/ENERGIA=</p> <p style="text-align: right;">$[(\text{VALOR QUESTÃO } 21 + 22) - 2]/6]$ X</p> <p>100</p>	
MEDIDAS DE SEVERIDADE	
<p>24. Você usa algum absorvente interno/externo ou calcinhas firmes? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo</p> <p>25. Você empurra seu prolapso para cima? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo</p> <p>26. Dor ou desconforto devido ao prolapso? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo</p> <p>27. O prolapso impede você de ficar em pé? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo</p>	

28. SCORE SEVERIDADE=

$$[(\text{VALOR QUESTÃO } 24 + 25+26+27) -4]/12] \times 100$$

ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida e disfunção do assoalho pélvico em gestantes

Pesquisador: Paula Renata Amorim Lessa

Versão: 1

CAAE: 34931614.9.0000.5050

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 770.902

Data da Relatoria: 28/08/2014

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

O período de gestação é um processo de alterações fisiológicas, principalmente de fatores hormonais e mecânicos, permeado por alterações sistêmicas, sobretudo na postura e deambulação, no metabolismo, no sistema urinário, no sistema respiratório e nos órgãos genitais. Nesse contexto, uma das grandes mudanças que podem afetar os âmbitos físico, emocional, pessoal e social que ocorrem durante a gestação e podem perdurar até o puerpério está relacionada à disfunção do assoalho pélvico. Considera-se disfunção do assoalho pélvico (DAP) uma condição ginecológica comum que envolve várias patologias, principalmente as disfunções sexuais, disfunções anorretais, incontinência urinária e o prolapso de órgãos pélvico. Essas alterações podem afetar consideravelmente a qualidade de vida de mulheres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". O estudo será desenvolvido em duas unidades básicas de saúde de Fortaleza e em uma clínica privada que atende gestantes também no mesmo município. A amostra será de 420 gestantes. Os dados serão coletados entre os meses de agosto a outubro de 2014. Serão utilizados como instrumentos para coleta de dados o The Mother Generated Index (MGI); o questionário Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers adaptado, o instrumento King's Health Questionnaire, o Escore de Jorge & Wexner de Constipação, o Female Sexual Function

Index (FSFI) e o instrumento sociodemográfico. Os dados serão compilados e analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

OBJETIVO DA PESQUISA:

Geral: Avaliar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes.

Específicos:

- Avaliar as áreas afetadas na qualidade de vida de mulheres na gestação.
- Verificar a prevalência e os tipos de disfunção do assoalho pélvico das mulheres durante a gestação.
- Analisar a associação de variáveis sociodemográficas e obstétricas com os domínios da qualidade de vida de mulheres durante a gestação.
- Comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes nulíparas e múltiparas.
- Comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestre.
- Comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes acompanhadas nos sistemas público e privado.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

O estudo não traz nenhum risco associado. Os resultados do estudo poderão fornecer dados que possibilitem a melhoria da qualidade de vida de gestantes com disfunção do assoalho pélvico.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O trabalho se faz relevante pelo fato de poucos estudos terem como foco a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no ciclo gravídico, bem como de possibilitar cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a promoção da saúde e a prevenção de complicações, o bem-estar físico e emocional das gestantes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Os pesquisadores apresentaram todos os termos necessários. As entrevistadas assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em caso de concordância em participar da pesquisa. Recomendações: Inserir o telefone do Comitê de Ética da MEAC no TCLE.

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Projeto de pesquisa em consonância com os ditames da resolução 466/12 do CNS.

SITUAÇÃO DO PARECER:

Aprovado

NECESSITA Apreciação DA CONEP:

Não

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

O colegiado concorda com o parecer do relator.

FORTALEZA, 29 de agosto de 2014.
