

Relação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a função sexual no período de 18 a 27 meses após o parto

Relationship between episiotomy and serious perineal tears with sexual function in the period 18 to 27 months after birth

Gleiciane Aguiar Brito¹, Mayle Andrade Moreira², Simony Lira do Nascimento³

¹ Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará

² Coorientadora e docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará

³ Orientadora e docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Introdução: A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é um problema comum pós-natal. Na literatura, sugere-se a sua relação, à presença de episiotomia e/ou lacerações perineais, entretanto ainda se mostra inconclusiva. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a função sexual (FS) em mulheres primíparas. **Metodologia:** Esse estudo do tipo observacional de corte transversal avaliou mulheres que estavam no período de 18 a 27 meses do pós-parto, divididas em três grupos 1-laceração perineal grave, 2-episiotomia e 3-períneo íntegro. Para avaliar a FS utilizamos o questionário Female Sexual Function Index (FSFI) associado ao exame físico da região perineal. **Resultados:** 25 mulheres completaram o estudo, sendo 8 com laceração perineal grave, 8 com episiotomia e 9 com períneo íntegro. Os escores do FSFI não apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos: laceração perineal ($16,66 \pm 6,4$), episiotomia ($20,05 \pm 3,8$) e períneo íntegro ($19,96 \pm 1,97$), mas apresentou valores abaixo do ponto de corte aceito na literatura, indicando uma alta prevalência de DSF na população avaliada. Não houve diferença estatística significativa para presença de dor perineal, atividade sexual e função dos músculos do assoalho pélvico (MAP) entre os grupos. **Conclusão:** Apesar da alta prevalência de DSF na amostra estudada, não houve associação dessa disfunção com a presença de episiotomia e laceração perineal grave 18 à 27 meses após o parto.

Palavras-chave: Episiotomia. Disfunções Sexuais Fisiológicas. Diafragma da pelve. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Female Sexual Dysfunction (FSD) is a common postnatal problem. In the literature, its relation to the presence of episiotomy and / or perineal tears is suggested, although it is still inconclusive. **Objective:** To evaluate the relationship between episiotomy and severe perineal tears with sexual function (SF) in primiparous women. **Methodology:** This observational, cross-sectional study evaluated women who were in the 18 to 27 month postpartum period divided into three groups: 1-severe perineal tears, 2-episiotomy, and 3-perineum intact. The Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire was applied to evaluate SF, associated with a physical examination of the perineal region. **Results:** 25 women completed the study, 8 with severe perineal laceration, 8 with episiotomy and 9 with intact perineum. The FSFI scores did not present a difference between the groups: perineal tears (16.66 ± 6.4), episiotomy (20.05 ± 3.8) and intact perineum (19.96 ± 1.97), but presented values below the cut-off point accepted in the literature, indicating a high prevalence of FSD in the evaluated sample. There was no statistically significant difference for the presence of perineal pain, sexual activity and function of the pelvic floor muscles (FEM) between the groups. **Conclusion:** Despite the high prevalence of FSD in the studied sample, there was no association of this dysfunction with the presence of episiotomy and severe perineal tears 18 to 27 months postpartum.

Key-words: Episiotomy. Sexual dysfunction physiological. Pelvic floor. Women's Health.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), a sexualidade é um aspecto central do ser humano durante toda sua vida e abrange o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução¹.

A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todos eles sejam sempre experimentados ou expressos ao longo da vida².

O termo Disfunção Sexual Feminina (DSF) diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, que incluem desejo sexual hipotativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos como dispareunia e vaginismo³, que são associados a uma diminuição na qualidade de vida e relações interpessoais⁴.

No Brasil, uma avaliação realizada em 2004 com 1219 mulheres, observou-se que 49% tinham pelo menos uma disfunção sexual (DS), sendo as principais, 26,7% disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% disfunção do orgasmo⁵. Moreira Jr et al. (2005) avaliaram 728 mulheres com idade de 40 a 80 anos, mostrando semelhante padrão de resposta, onde 23,4% referiu dificuldades de lubrificação, 22,7% falta de interesse sexual e 22,0% incapacidade de atingir o orgasmo, enquanto a falta de prazer em sexo e a dor durante a relação sexual foi referida por 20,3% e 18,0% das mulheres sexualmente ativas, respectivamente⁶. De acordo com uma revisão sistemática publicada recentemente, composta por 20 estudos, a taxa de prevalência de disfunção sexual no Brasil foi entre 13,3% e 79,3%. Foi observado que 11 a 75% apresentavam transtorno do desejo, 8 a 68,2% transtorno de excitação, 29 a 41% transtorno de lubrificação, 18 a 55% transtorno do orgasmo e 3,3 a 42% insatisfação com a função sexual⁷.

A falta de conhecimento e desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, medicamentos, disfunções uroginecológicas, problemas de ordem pessoal e conflitos conjugais podem desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e, conseqüentemente, resultar em algum tipo de disfunção sexual⁸.

Apesar dos elevados números de ocorrência de DS em mulheres na literatura vigente, uma grande parcela destas mulheres não busca ajuda profissional, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamentos realizados por profissionais não capacitados⁹. Moreira Jr et al. (2005) afirmaram que uma minoria das mulheres tem a iniciativa de falar sobre suas dificuldades sexuais. Além disso, entre 728 mulheres avaliadas, apenas 19,8% foram questionadas sobre a função sexual durante uma consulta de rotina, mas 76,9% acreditam que o médico deveria rotineiramente perguntar aos pacientes sobre sua função sexual⁶.

A DSF também é um problema comum pós-natal, com taxas de prevalência variando de 41 a 83% em 2-3 meses pós-parto^{10,11}. Foi demonstrado no estudo de Barrett et al (2000), que embora 70% das mulheres tenham sido esclarecidas sobre o momento em que poderiam retomar as relações sexuais, apenas 18% das mulheres referiram ter recebido alguma informação sobre as mudanças na função sexual pós-parto¹².

Nesse contexto, a dispareunia aparece na maioria dos estudos como principal disfunção sexual no pós-parto, comprometendo o desejo, a satisfação sexual e a frequência das relações sexuais. Onde, na literatura, sugere-se a sua relação com a presença de episiotomia e/ou lacerações, duração do segundo período do parto, tempo de puxos, uso de fórceps, e amamentação^{13,14}.

A literatura, porém, abordando os efeitos da episiotomia e laceração perineal grave na função sexual é escassa, heterogênea e inconclusiva. Os estudos existentes são limitados pela falta de questionários validados, critérios de seleção e tamanho da amostra, principalmente na perspectiva nacional^{13, 15}.

Alguns estudos mostraram associação entre o parto vaginal e DS^{16,17}, enquanto outros não encontraram associação entre a função sexual e o tipo de parto^{18,19}. Sousa et al (2015) observaram que, 12 meses após o parto, a função sexual retornou aos níveis pré-gravídios, independente do modo de parto ou lesão perineal²⁰. Entretanto, Rogers et al (2009) encontraram em seu estudo que mulheres com maiores graus de laceração relataram menor desejo de ser tocada e acariciada por seu parceiro do que mulheres com lacerações menores. Além disso, mulheres em que a sutura perineal foi requerida apresentaram menor escore da Escala de Relacionamento Íntimo (IRS) do que as mulheres que não exigiam sutura¹¹.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a relação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a função sexual em um grupo de mulheres primíparas. Além disso, objetivou analisar a relação do dano perineal com outros fatores, como a presença de dor perineal, atividade sexual e função dos músculos do assoalho pélvico (MAP).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo apresenta um delineamento do tipo observacional de corte transversal e foi executado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) como parte de um estudo de mestrado intitulado “**REPERCUSSÕES DA EPISIOTOMIA E LACERAÇÃO PERINEAL GRAVE NO PÓS-PARTO REMOTO**”. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/ MEAC/ UFC, sendo aprovado pelo parecer de Nº 1.60.173 e iniciado após aprovação deste (Anexo A).

Foram analisados 1085 prontuários das mulheres que tiveram parto vaginal no período entre fevereiro de 2015 a dezembro de 2015, na MEAC, e selecionadas as primíparas, que estavam no período de 18 a 27 meses do pós-parto e tiveram um parto a termo. A partir dessa análise, foram identificadas 23 mulheres que sofreram laceração perineal grave, caracterizada pela lesão parcial ou completa do esfíncter anal, sem o envolvimento do epitélio anal (terceiro grau) ou, também, com a lesão do epitélio anal (quarto grau)²¹; 43 que foram submetidas à episiotomia, que é um procedimento obstétrico que consiste em realizar uma incisão nos MAP, podendo ser em dois sentidos: mediana ou médio-lateral²²; e 133 com períneo íntegro (Apêndice A). Foram excluídas as mulheres que não puderam ser contatadas ou que não compareceram a avaliação, bem como aquelas que não se enquadraram nos critérios de inclusão. Foram, então, avaliadas 8 mulheres com laceração grave, 8 com episiotomia e 9 com períneo íntegro (Apêndice A)

No período de janeiro a outubro os pesquisadores entraram em contato com a paciente e agendaram sua avaliação. No dia da avaliação, as voluntárias foram convidadas pela pesquisadora a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Em seguida, a participante respondeu um questionário clínico e sócio-demográfico com perguntas sobre dados pessoais, história obstétrica, complicações na última gestação, entre outras variáveis (Apêndice C) e o Questionário Female Sexual Function Index (FSFI) na forma de entrevista (Anexo B). Os dados perinatais e do recém-nascido foram retirados dos prontuários.

O FSFI é um instrumento utilizado para avaliar a função sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado ao final da

aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. O escore total pode variar de 2 a 36 pontos e quanto mais alto o escore, melhor a função sexual. O FSFI é amplamente utilizado internacionalmente em pesquisas e validado para o português²³.

Na avaliação física, a participante foi orientada a esvaziar a bexiga e seguiu para as avaliações dos MAP. Com a paciente na posição de litotomia, inicialmente, foi avaliada a presença de prolapso dos órgãos pélvicos (POP), tônus vaginal, presença e intensidade de dor à palpação, função contrátil dos MAP por meio da palpação unidigital, considerando o esquema PERFECT e, por fim, a perineometria (mmHg), onde a sonda vaginal foi recoberta por um preservativo e inserida na cavidade vaginal, sendo solicitado que a participante realizasse a contração máxima dos MAP de forma voluntária, por 3 vezes, com intervalo de 30 segundos entre as contrações. Para as análises foi considerada a média dessas medidas.

A dor à palpação foi graduada de acordo com a Escala verbal Numérica da Dor (END), instrumento em que é questionado verbalmente o grau de dor da paciente em uma escala de 0 a 10, com 0 representando “nenhuma dor” e 10 indicando “a pior dor imaginável”²⁴.

O Esquema *PERFECT*: é um acrônimo para lembrar os principais componentes da avaliação da contratilidade dos MAP. *Power* (Força) pode ser graduado de 0 a 5 de acordo com a Escala de *Oxford* Modificado, onde 0 é ausência de contração muscular discernível e 5 é uma contração forte contra resistência, que comprime com firmeza os dedos do examinador com movimentação positiva em direção cranial e à sínfise púbica. *Endurance* (Resistência) determina a manutenção de uma contração sustentada por até 10 segundos. *Repetition* (Repetição) é o número de contrações satisfatórias sustentadas que a paciente consegue realizar após um período de repouso de 4 segundos entre as mesmas (máximo 10). *Fast* (Contração rápida) são as contrações rápidas que a paciente consegue realizar (máximo 10)²⁵.

A Perineometria de pressão foi realizada através do equipamento Peritron®. Essa é uma forma de avaliação confiável e que mostra a pressão vaginal, em milímetros de mercúrio, como medida indireta de força dos MAP²⁶.

Os dados coletados foram tabulados em banco de dados no programa *Excel* e a análise estatística foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS* versão 18.0 para *Windows e Epi-Info versão 6.04b*.

A normalidade dos dados foi testada pelo teste *Shapiro Wilk*. A descrição dos dados nominais foi realizada por meio de número absoluto e porcentagem; e das variáveis contínuas em média e desvio padrão.

A análise bivariada foi realizada para avaliar a relação entre os grupos (epiotomia, laceração perineal grave e períneo íntegro) quanto à função sexual, o nível de dor perineal e a função dos músculos do assoalho pélvico, através dos testes ANOVA – análise de variância, seguido do *Post-Hoc* de Tukey, quando necessário. O teste Qui-quadrado foi utilizado para as análises entre os grupo e as variáveis categóricas, como as relacionadas à atividade sexual. O nível de significância assumido para todos os testes foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra total do presente estudo foi composta por 25 mulheres, sendo divididas em três grupos: laceração perineal grave (n = 8), episiotomia (n = 8) e períneo íntegro (n = 9).

Na tabela 1 são apresentadas as características da amostra quanto aos dados sociodemográficos, ginecológicos, reprodutivos e perinatais. Observou-se que a média de idade das mulheres foi de 25,4 (± 6,2) anos. A maioria, 14 (56,0 %), relatou ter até o ensino médio completo, 24 (96%) declaram-se com parceria no momento da entrevista e 100% referiu ter vida sexual ativa. Quanto à cor, 14 (56%) declararam-se pardas e a média de idade

da sexarca foi de 16,2 ($\pm 2,2$) anos. Com relação ao índice de massa corporal (IMC), a média foi de 25,8 ($\pm 5,1$) kg/m².

Quanto à incontinência urinária após o parto, observou-se que uma pequena parcela, 3 mulheres (12,0%) referiram perda involuntária de urina. Em 14 (56,0%) mulheres foi observado algum grau de POP, sendo o prolapso de parede vaginal anterior (PPVA) o mais prevalente (36%). Em relação ao tônus, 13 (52,0 %) apresentaram o tônus vaginal normal e em 7 (28%) foi observada hipertonia. Apenas 4 (16,0%) mulheres relataram dor à palpação perineal. Sobre os dados perinatais, o peso médio do RN ao nascer foi de 3,2 kg ($\pm 0,5$), o perímetro cefálico teve média de 33,9 cm ($\pm 1,4$) e a média de amamentação exclusiva foi de 3,9 meses ($\pm 2,2$) (tabela 1).

Todas as mulheres avaliadas responderam o questionário de função sexual. A média geral dos escores do FSFI foi 16,48 e os domínios que atingiram as menores médias de seus escores foram os domínios excitação 2,81 ($\pm 1,06$), desejo 2,50 ($\pm 0,89$), satisfação 2,30 ($\pm 1,02$) e dor 1,78 ($\pm 1,51$) (Tabela 2). O grupo com laceração perineal grave obteve a menor média dos escores do FSFI (15,16 \pm 4,3), comparado ao grupo episiotomia (18,15 \pm 3,2) e o grupo períneo íntegro (16,18 \pm 3,1), embora não tenha sido observada diferença estatística significativa. Analisando individualmente as pontuações dos domínios que compõem o FSFI, não houve diferença estatística significativa entre os grupos, entretanto pode-se observar tendência à diferença estatística no domínio satisfação ($p = 0,05$), indicando que o grupo episiotomia apresenta melhor satisfação sexual comparado ao grupo laceração (tabela 2).

Na avaliação funcional dos MAP através do método PERFECT, foi observado uma média geral de 2,7 ($\pm 0,8$) na escala de força (power), 3,7 ($\pm 1,8$) de resistência (endurance), 5 ($\pm 2,9$) de repetições (repetition) e 9 ($\pm 2,3$) de contrações rápidas (fast) (Tabela 3). Considerando a escala de força separada em duas categorias (0 a 2 e 3 a 5), embora não exista diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,43$), pode-se observar que 62,5% das mulheres com laceração perineal grave apresentaram menor força (0 a 2), comparado ao grupo episiotomia (37,5%) e períneo íntegro (33,3%) (tabela 4). Na avaliação com o perineômetro, a amostra apresentou uma média de 28,64 ($\pm 18,07$) (Tabela 3). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos para as variáveis do PERFECT e média do perineômetro (Tabela 3).

Em relação à atividade sexual, não houve diferença estatística significativa nas variáveis presença de dor ao retornar à atividade sexual após o parto, tempo de retorno à atividade sexual, sensação de frouxidão vaginal e classificação da vida sexual onde a maioria das mulheres classificaram como boa 19 (76%) (Tabela 5). Entretanto, houve diferença estatística significativa para a intensidade da dor relatada durante o retorno à prática sexual com $p = 0,04$. O grupo episiotomia apresentou maior média da dor, enquanto o grupo períneo íntegro referiu menor média, avaliada pela escala verbal numérica de dor (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a relação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a função sexual em um grupo de mulheres primíparas. Além disso, objetivou analisar a relação do dano perineal com outros fatores, como a presença de dor perineal, atividade sexual e dos MAP.

Em relação à função sexual, considerando tanto a amostra total como os grupos de forma independente, os valores encontrados para o escore total do FSFI foram menores que o ponto de corte atualmente aceito, valores $\leq 26,5$. Esse ponto de corte é considerado para o diagnóstico de DSF, numa faixa etária entre 18 e 74 anos²⁷, o que indica possível disfunção sexual na amostra estudada de mulheres jovens (100% apresentou valor $\leq 26,5$), embora, quando solicitadas a classificar a vida sexual, a maioria tenha referido como boa.

Apesar de não haver diferença estatística significativa, o grupo de laceração perineal grave apresentou menor valor, comparado aos outros grupos, quanto ao escore total do FSFI. Ahmed et al. (2017) em um estudo avaliando 156 mulheres adultas jovens, observaram diferença estatística significativa entre o grupo com laceração perineal de 2º, 3º, 4º graus e o grupo com episiotomia e laceração perineal de 1º grau, na avaliação com o FSFI (6 meses e 1 ano após o parto), mostrando que o grupo com lacerações mais graves apresentou pior função sexual²⁸. Já no estudo de coorte de Sousa et al. (2015) realizado em Melbourne (Austrália) essa diferença não foi observada, pois todos os grupos (períneo íntegro, episiotomia e laceração perineal de 1º, 2º e 3º graus) apresentaram valores pré-gravídicos no período de 12 meses após o parto¹⁹. Nessa coorte todos os graus de laceração foram considerados no mesmo grupo. Poucos estudos foram encontrados na literatura avaliando a função sexual de mulheres acima de 12 meses após o parto, além disso, esses não utilizaram questionários validados^{29,30}.

Quanto à função dos MAP, não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos. Embora não tenha sido encontrado estudo realizando essa comparação entre os mesmos grupos do presente estudo, Leeman et al. (2016) selecionaram uma amostra de primíparas, com baixa taxa de episiotomia, e compararam laceração perineal (2º, 3º e 4º grau) com um grupo com períneo íntegro ou laceração de 1º grau, não sendo encontrada diferença quanto à função dos MAP entre os grupos. Os autores observaram apenas que o subgrupo de mulheres com trauma perineal grave mostrou maior probabilidade de apresentar menor força dos MAP (44.3% x 61.0%) comparado às mulheres com laceração leve (trauma superficial)³¹.

Na avaliação quanto à presença da dispareunia no retorno à atividade sexual, não houve diferença estatística significativa entre os grupos, corroborando o estudo de Fauconnier et al. (2012), que relata essa ausência de diferença. Após selecionar todas as mulheres que pariram em uma maternidade de Paris, os pesquisadores enviaram um questionário auto administrado sobre função sexual pós-parto (1 ano após o parto), e concluíram que das 254 mulheres estudadas, 70 (27,6%) apresentaram dispareunia tardia. Entretanto, não houve nenhuma relação entre a dispareunia pós-parto tardia com o tipo de parto, nem com o estado do períneo, incluindo laceração perineal ou episiotomia³². Já o estudo de Fodstad et al. (2016), após análise de regressão multivariada, concluiu que a laceração perineal grave foi o único preditor significativo para a dispareunia 1 ano após o parto, enquanto que a episiotomia não foi um fator de risco³³.

No presente estudo, embora não tenha existido diferença estatística significativa entre os grupos quanto à presença da dispareunia, essa diferença foi observada para a intensidade da dor, no ato sexual após o parto, avaliada através da END, como maior valor no grupo de mulheres que passaram por episiotomia. Esse achado corrobora o resultado encontrado pela revisão bibliográfica de Langer e Minetti (2006), em que a episiotomia apresentou um maior nível de dor perineal nos primeiros três meses após o parto, comparada com períneo íntegro e lacerações de graus 1 e 2³⁴. Quanto à intensidade da dor, existem estudos que consideram as duas variáveis juntas (laceração e episiotomia), comparando a tipos de partos: partos operatórios (fórceps ou vácuo), cesáreo e parto vaginal com períneo íntegro; como no estudo de Buhling et al. (2006), os quais mostraram que mulheres alemãs que sofreram uma episiotomia ou laceração perineal espontânea, bem como aquelas que relataram um parto vaginal operatório, apresentaram um maior nível de dor, na primeira relação sexual após o parto, que as mulheres com períneo íntegro e parto cesáreo. Não foi encontrado estudo que apresentasse o mesmo delineamento que o nosso³⁵.

Embora não tenha sido objetivo principal do estudo, chama-se atenção para a alta prevalência de POP nessas mulheres adultas jovens (56%), apresentando similaridade com o estudo de coorte prospectivo de Durnea et al. (2014) onde eles encontraram uma alta prevalência em mulheres primíparas na pré-menopausa de POP leve a moderado. Outros autores apontaram para uma associação significativa entre POP, níveis de colágeno e

trauma do assoalho pélvico relacionado ao parto. Esses achados suportam uma contribuição congênita à etiologia do POP, especialmente para o prolapso uterino; no entanto, o trauma pélvico parece desempenhar papel primordial³⁶.

Outro dado que se deve destacar é o curto período de tempo de amamentação exclusiva, pois, embora exista orientação da OMS³⁷ sobre amamentação exclusiva até os 6 meses, ainda é possível perceber uma menor média nessa amostra (3,9 meses). Esse resultado pode ser atribuído à falta de informação sobre a importância do leite materno, bem como sobre a amamentação de uma forma geral, numa amostra na qual 24% relata ensino fundamental e 80% refere até o ensino médio; ou até mesmo à necessidade do retorno ao trabalho. Ações de educação em saúde sobre amamentação, assim como quanto à retirada e armazenamento de leite materno ainda são necessárias³⁸.

Por fim, os resultados do presente estudo devem ser interpretados no contexto de algumas possíveis limitações. Uma delas é a sua natureza transversal, o que não permite um acompanhamento dessas mulheres ao longo do tempo para fazer inferências de causa e efeito. Outra limitação é o pequeno tamanho amostral, devido à dificuldade de retorno das puérperas às ligações, objeção em comparecerem à avaliação, e à grande quantidade de contatos inexistentes, aos quais tivemos acesso. Além disso, não foi possível o acesso a dados pré-gravídicos, os quais poderiam esclarecer alguns valores obtidos.

Contudo, ressalta-se a importância do presente estudo, o qual contribui para o conhecimento da função sexual, em seus diversos domínios, em mulheres a partir de 12 meses após o parto, sendo observada disfunção sexual em mulheres adultas jovens, em idade reprodutiva, independente do dano perineal. Além disso, pôde-se observar maior intensidade de dor autorrelatada no retorno à prática sexual pelo grupo episiotomia, quando comparado ao grupo de períneo íntegro. Nesse contexto, chama-se atenção para que sejam abordadas medidas de promoção à saúde e prevenção quanto a esta temática, principalmente no período do pré-natal e na assistência humanizada ao parto para que possam ser evitadas possíveis complicações. Futuras pesquisas devem ser conduzidas com maior tamanho amostral, comparando os diferentes níveis de laceração, bem como a episiotomia quanto à função sexual e função dos MAP para obtenção de resultados ainda mais esclarecedores.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou a alta prevalência de DSF na amostra estudada de mulheres primíparas. Entretanto, não houve associação dessa disfunção com a presença de episiotomia e laceração perineal grave. Além disso, não foi observada diferença estatística significativa quanto à presença de dor perineal, atividade sexual e função dos MAP entre os grupos, no período de 18 à 27 meses após o parto. Apenas o grupo episiotomia apresentou maior intensidade da dor autorrelatada no retorno à atividade sexual. Nesse contexto, chama-se atenção para que sejam adotadas medidas preventivas quanto à disfunção sexual no período do pré-natal, evitando possíveis complicações para essas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Collumbien M, Busza J, Cleland J, Campbell O. Social science methods for research on sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2012.
2. Mendonça C, Silva T, Arrudai J, García-Zapata M, Amaral W. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. FEMINA. 2012. Jul-Ago. 40(4), a3364.
3. Auwad W, Hagi S. Female sexual dysfunction: what Arab gynecologists think and know. *IntUrogynecol J.* 2012;23(7):919-27
4. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163:888–93.
5. Abdo C, Oliveira W, Moreira E, Fittipaldi J. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6.
6. Moreira Jr E, Glasser D, Santos D, Gingell C. Prevalência de problemas sexuais e de comportamentos relacionados à busca de ajuda para estes problemas em adultos no Brasil: resultados do estudo global de atitudes e comportamentos sexuais. *Sao Paulo Med J.* 2005;123(5):234-41.
7. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz AP, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Apr; 211:26-32.
8. Viana L, Martins M, Gerber S. *Ginecologia.* 2ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2000: 261-75.
9. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil and Steril.* 2003;79(3):572-6
10. Acele E, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J ClinNurs.* 2011;21(7-8):929-37.
11. Rogers R, Borders, N.; Leeman, L.M.; Albers, L.L. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health.* 2009 Mar-Apr;54(2):98-103
12. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG.* 2000;107(2):186-95.
13. Leeman L, Rogers R. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *ObstetGynecol.* 2012 Mar;119(3):647-55
14. Falkert A, Willmann A, Endress E, Meint P, Seelbach-Gobel B. Three-dimensional ultrasound of pelvic floor: is there a correlation with delivery mode and persisting pelvic floor disorders 18–24 months after first delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013 Feb;41(2):204-9
15. Boroumandfar K, Rahmati M, Farajzadegan Z, Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2010 Autumn; 15(4): 220–3.
16. Chang S, Chen K, Lin H, Chao Y, Lai Y. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.* 2011 Apr;48(4):409-18
17. Lynn M, Anjali J, Sanae N, Kathryn H, Miriam K. Predictors of Postpartum Sexual Activity and Function in a Diverse Population of Women. *J Midwifery Womens Health.* 2013 Nov-Dec; 58(6): 654–61.
18. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad M. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol J.* 2012 Spring;9(2):498-504.

19. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Aug;18(8):1227-31.
20. De Souza A, Dwyer L, Charity M, Thomas E, Ferreira J, Schierlitz L. The effects of mode of delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG* 2015; 122:1410–1418.
21. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. RCOG Green-top Guideline. 2015 Jun 29:6
22. Aytan H, Tapisiz O, Tuncay G, Avsar F. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Jul 1;121(1):46-50
23. Hentschel H, Alberton D, Capp E, Goldim J, Passos E. Validação do female sexual function index (fsfi) para uso em língua portuguesa. *Rev. HCPA* 2007;27(1)
24. Bijur P, Silver W, Gallagher E. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Acad Emerg Med*. 2001;8(12):1153-1157.
25. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT Scheme. *Physiotherapy*. 2001;87(12):631-42.
26. Hundley AF, Wu JM, Visco AG. A comparison of perineometer to brink score for assessment of pelvic floor muscle strength. *Am J Obstet Gynecol*, v.192, n.5, p.1583–91, 2005.
27. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jan-Feb; 31(1):1-20
28. Ahmed W, Kishk E, Farhan R, Khamees R. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *Int Urogynecol J*. 2017; 28:917–921.
29. Abdool Z, Thakar R, Sultan A. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009; 145:133–137.
30. Andreucci C, Bussadori J, Pacagnella R, Chou D, Filippi V, Say L, Cecatti J. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:307.
31. Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *BIRTH*. Dec 2016; 43:4 293-302
32. Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late postpartum dyspareunia: Does delivery play a role? *Progrès en urologie*. 2012; 22: 225-232
33. Fodstad K, Staff A, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2016; 27:1513–1523.
34. Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35(1):1S59-1S67.
35. Buhling K, Schmidt S, Robinson J, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen J. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006 Jan 1;124(1):42-6
36. Durnea C, Kashan A, Kenny L, Durnea U, Smith M, O'Reilly B. Prevalence, etiology and risk factors of pelvic organ prolapse in premenopausal primiparous women. *Int Urogynecol J*. 2014 25:1463–1470
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation. Geneva, Switzerland, March 2001.
38. Santos GMR, Costa SLB, Mendonça BOM, Barros EJ, Mota RM, Oliveira VCC, et al. Mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família no município de firminópolis-go. *Rev Faculdade Montes Belos*. 2015; 8(4):177-202.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, ginecológicas, reprodutivas e perinatais.

Variáveis	Média	DP	n	%
Idade (anos)	25,4	6,2	25	
	Até fundamental completo		6	24,0
Escolaridade	Até ensino médio completo		14	56,0
	Ensino superior ou mais		5	20,0
Parceria	Com companheiro		24	96,0
	Sem companheiro		1	4,0
Cor	Branca		7	28
	Negra		2	8
	Parda		14	56
	Amarela		2	8
Idade da sexarca (anos)	16,2	2,2	25	
IMC (kg/m²)	25,8	5,1		
IU pós parto	Sim		3	12,0
	Não		22	88,0
POP	Não		10	40,0
	PVA		9	36,0
	PVP		0	0,0
	Apical		0	0,0
	PVA + PVP		5	20,0
Tônus	Hipotônico		5	20,0
	Hipertônico		7	28,0
	Normal		13	52,0
Dor à palpação	Sim		4	16,0
	Não		21	84,0
Peso do RN ano nascer (Kg)	3,2	0,5		
Perímetro cefálico do RN (cm)	33,9	1,4		
Amamentação exclusiva (meses)	3,9	2,2		

Tabela 2– Avaliação da função sexual pelo FSFI, total e entre os grupos: episiotomia, laceração e períneo íntegro.

	Grupos								
	Total (n = 25)		Episiotomia (n = 8)		Laceração (n = 8)		Períneo íntegro (n = 9)		p valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Desejo	2,50	0,89	2,32	0,75	2,55	1,15	2,60	0,85	0,81
Excitação	2,81	1,06	3,26	0,99	2,36	1,37	2,80	0,65	0,24
Lubrificação	3,61	0,95	3,86	0,34	3,15	1,45	3,80	0,65	0,25
Orgasmo	3,49	0,99	3,70	0,56	3,10	1,57	3,64	0,55	0,42
Satisfação	2,30	1,02	2,95	1,00	1,75	0,85	2,22	0,94	0,05
Dor	1,78	1,51	2,05	1,36	2,25	1,82	1,11	1,20	0,25
Total FSFI	16,48	3,65	18,15	3,25	15,16	4,33	16,18	3,11	0,25

p valor analisado pelo teste Análise de Variância (ANOVA).

Tabela 3 – Avaliação funcional do assoalho pélvico (PERFECT), perineometria e sensibilidade dolorosa à palpação (END), entre os grupos.

Avaliação funcional	Grupos								
	Total (n = 25)		Episiotomia (n = 8)		Laceração (n = 8)		Períneo íntegro (n = 9)		p valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
END - palpação	1,24	2,91	0,87	2,47	2,00	3,74	0,89	2,67	0,69
Perineometria (média)	28,64	18,07	30,19	15,45	26,83	25,03	28,91	14,18	0,93
Power (Oxford)	2,68	0,8	2,75	0,71	2,38	0,92	2,89	0,78	0,41
Endurance	3,68	1,8	4,00	2,00	3,75	2,25	3,33	1,32	0,76
Repetition	4,96	2,9	5,38	2,26	3,75	3,06	5,67	3,08	0,35
Fast	9,00	2,3	9,25	1,39	8,75	3,54	9,00	1,66	0,91

p valor analisado pelo teste Análise de Variância (ANOVA).

Tabela 4 – Avaliação da força dos MAP pelo esquema PERFECT, entre os grupos, considerando as categorias 0 a 2 e 3 a 5 (Power).

Força dos MAP (Power)	Grupos						p valor
	Episiotomia (n = 8)		Laceração (n = 8)		Períneo íntegro (n = 9)		
	n	%	n	%	n	%	
Power 0 a 2	3	37,5	5	62,5	3	33,3	0,43
Power 3 a 5	5	62,5	3	37,5	6	66,7	

p valor analisado pelo teste Qui-quadrado.

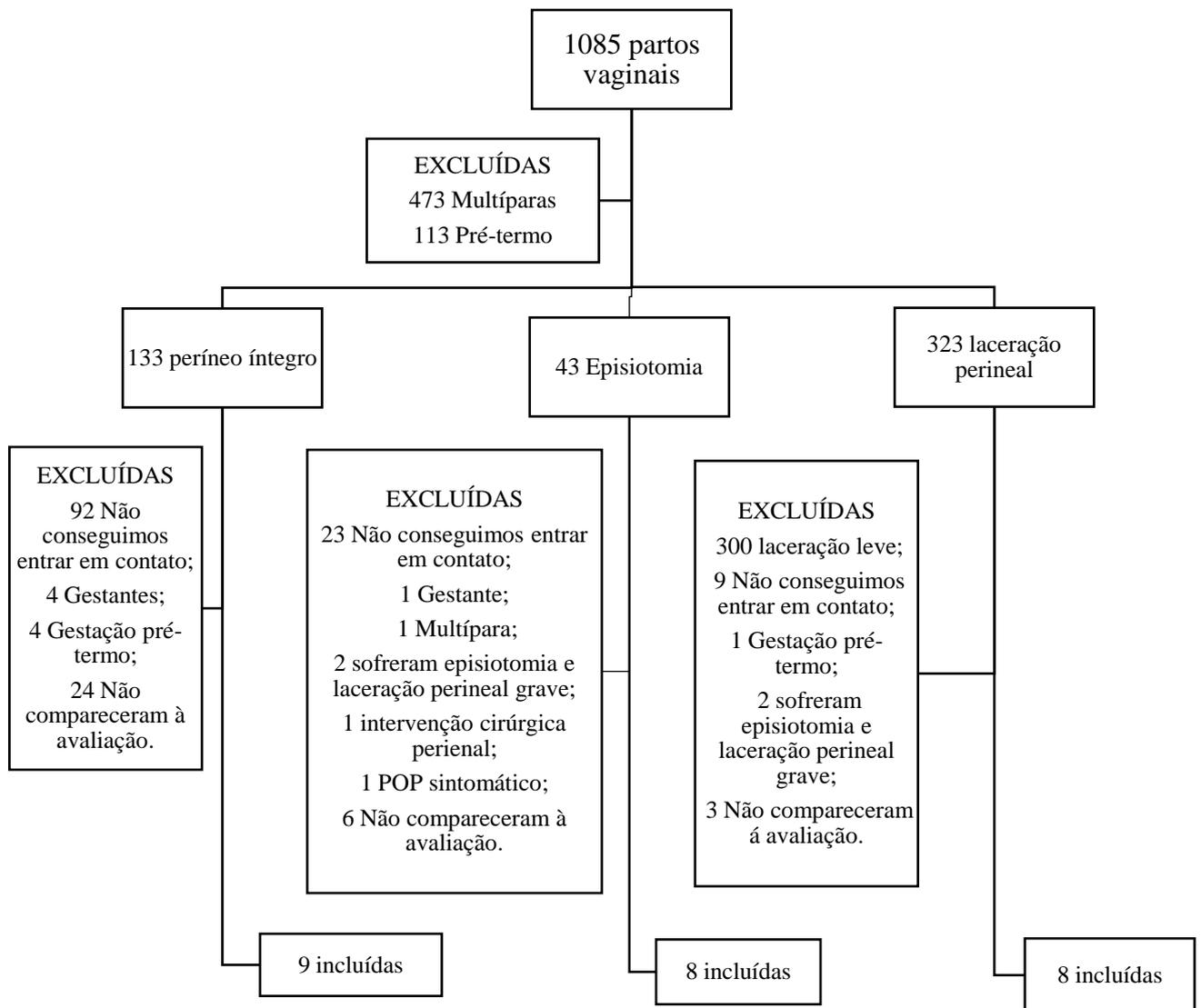
Tabela 5 – Avaliação da atividade sexual e sensibilidade dolorosa (END), quanto ao ato sexual após o parto, entre os grupos: episiotomia, laceração e períneo íntegro.

Atividade sexual		Grupos						p valor
		Episiotomia (n = 8)		Laceração (n = 8)		Períneo íntegro (n = 9)		
Dor no ato sexual (n -%)	Sim	6	75,0%	4	50,0%	3	33,3%	0,22
	Não	2	25,0%	4	50,0%	6	66,7%	
	< 3 meses	5	62,5%	4	50,0%	8	88,9%	
Tempo de retorno à atividade sexual (n -%)	Entre 3 e 6 meses	0	0,0%	2	25,0%	0	0,0%	0,28
	Entre 6 e 9 meses	1	12,5%	1	12,5%	1	11,1%	
	> 9 meses	2	25,0%	1	12,5%	0	0,0%	
Frouidão vaginal (n -%)	Sim	0	0,0%	2	25,0%	4	44,4%	0,10
	Não	8	100,0%	6	75,0%	5	55,6%	
Classificação da vida sexual (n -%)	Ótima	0	0,0%	2	25,0%	2	22,2%	0,49
	Boa	7	87,5%	5	62,5%	7	77,8%	
	Ruim	1	12,5%	1	12,5%	0	0,0%	
	Péssima	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
END no ato sexual após o parto (média e DP)		4,75	3,20	2,75	3,06	1,22	1,92	0,04^a

Variáveis categóricas analisadas pelo teste Qui-quadrado e variável quantitativa (END) analisada pela análise de variância (ANOVA).

a = diferença estatística significativa entre o grupo episiotomia x períneo íntegro

APÊNDICE A - FLUXOGRAMA DE CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA DE MULHERES DO ESTUDO.



APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Repercussões da episiotomia e laceração perineal grave no pós-parto remoto”. 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.

O estudo está sendo realizado por uma aluna e dois professores do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará. O objetivo da pesquisa é avaliar a relação entre fatores obstétricos (episiotomia e a laceração perineal grave) com a presença da incontinência urinária, incontinência anal, disfunção sexual, função de contração muscular e achados ultrassonográficos dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto.

Inicialmente, você irá responder um questionário clínico e sócio-demográfico. Em seguida, você será conduzida para esvaziar a bexiga e seguir para avaliação da função de contração dos músculos do assoalho pélvico, realizada de duas maneiras: através da palpação digital dentro da vaginal e com uma sonda de borracha, também dentro da vagina. Posteriormente, você terá sua musculatura perineal avaliada pelo ultrassom. O transdutor do equipamento será posicionado na região externa da vagina e você deverá fazer algumas contrações no períneo. Cada contração será solicitada 3 vezes, para que se possa fazer uma média. Para a realização das avaliações, será necessário que você se desvista da cintura para baixo.

É importante entender que você não é obrigada a participar do estudo e que você tem o total direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa. O seu desligamento da pesquisa não irá interferir no seu acompanhamento médico na MEAC. Você não receberá nenhuma forma de pagamento. Custos de transporte para o local do teste e seu retorno deverão ser arcados por você. Fique à vontade para formular perguntas aos pesquisadores, cujos nomes e telefones se encontram ao fim desse folheto, mesmo que pareça muito simples sua dúvida. Você poderá também conversar sobre o estudo com familiares e/ou amigos.

Você estará sujeita à riscos mínimos relacionados à avaliação, como cansaço muscular e desconforto na região do períneo. Essa pesquisa não terá benefício direto imediato, a princípio, mas contribuirá para melhoria da avaliação fisioterápica na função do períneo em mulheres no pós-parto. No entanto, caso você seja identificada com incontinência urinária, fecal ou dor pélvica durante as avaliações, você poderá ser encaminhada para o ambulatório de uroginecologia da MEAC para iniciar o tratamento, caso seja de sua vontade.

Todos os seus dados pessoais serão tratados de maneira estritamente confidencial, ficando sua identificação inteiramente protegida. Para garantir a confidencialidade da informação obtida, seu nome não será utilizado em qualquer publicação ou material relacionado ao estudo, e os dados referentes ao seu teste serão referidos por meio de números.

Nome: Clara Taína Silva Lima

APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO – FISIOTERAPEUTA

Nº pesquisa: _____

Avaliação antropométrica:

46. Peso: _____ Kg 47. Altura: _____ cm

48. IMC: _____

Inspeção

49. Vulva: [1] Trófica [2] Atrófica [3] Cicatriz

50. Pré-contração inconsciente durante a tosse: [1] Sim [2] Não

Testes

51. Perda urinária na tosse: [1] Sim [2] Não

52. Perda urinária na Valsalva: [1] Sim [2] Não

53. Prolapso durante a Valsalva: [1] Sim [2] Não [3] PVA [4] PVP [5] Apical

54. Se sim na questão anterior, responder se prolapso atinge o hímen: [1] Sim [2] Não

55. Hiato genital (gh): _____ mm 56. Corpo perineal (pb): _____ mm

Ensinar contração sem toque

57. Contração observável: [1] Sim [2] Não 58. Relaxamento observável: [1] Sim [2] Não

Palpação (toque unidigital)

59. Alteração de sensibilidade : [1] Sim [2] Não

60. Aderência cicatricial: [1] Sim [2] Não

61. Tônus muscular: [1] Hipotônica [2] Hipertônica [3] Normal

62. Dor à palpação: [1] Sim [2] Não

63. EAV: _____

64. Dor em obturadores: [1] Sim [2] Não [3] Direito [4] Esquerdo

65. Presença de trigger points: [1] Sim [2] Não [3] Músculo superf. [4] Músculo profundo

66. Avulsão do levantador do ânus: [1] Sim [2] Não [3] Direito [4] Esquerdo

67. Laceração perineal: [1] Sim [2] Não

68. Oxford Modificado (P): [0] Ausência de contração [1] Contração tênue e trêmula [2]

Contração fraca [3] Contração boa [4] Contração moderada [5] Contração forte

69. E___R___F___

70. Relaxamento: [1] Completo [2] Parcial [3] Incompleto [4] Ausente [5] Retardado

71. Diferença entre os lados: [1] E>D [2] D>E [3] Não

Comentários: _____

Nº pesquisa: |__|__|__|__|

Perineometria

72. Valor basal: _____

73. 1º contração: |__|__| cmH₂O 2º contração: |__|__| cmH₂O 3º contração: |__|__| cmH₂O

MÉDIA: _____

DATA PARA AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA: ____/____/____ ÀS ____:____

AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA

Data: ____/____/____

Avaliador: _____

Ultrassonografia Transperineal

74. Plano de dimensões mínimas (sagital) em repouso: |__|__| mm

75. Ângulo do arco púbico: |__|__|__|__|

76. Diâmetro do hiato em repouso – Transversal: |__|__| mm

77. Diâmetro do hiato em repouso – Anteroposterior: |__|__| mm

78. Área do hiato em repouso: |__|__| cm²

79. Diâmetro do hiato na Valsalva – Transversal: |__|__| mm

80. Diâmetro do hiato na Valsalva – Anteroposteior: |__|__| mm

81. Área do hiato na Valsalva: |__|__| mm

85. Avulsão do músculo levantador do ânus em contração: [1] Sim [2] Não [3] Direito [4]

Esquerdo

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA MATERNIDADE
ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND**

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DA EPISIOTOMIA E LACERAÇÃO PERINEAL GRAVE NO PÓS-PARTO REMOTO

Pesquisador: Clara Taina Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58935316.6.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.620.173

Apresentação do Projeto:

REPERCUSSÕES DA EPISIOTOMIA E LACERAÇÃO PERINEAL GRAVE NO PÓS-PARTO REMOTO.

Pesquisa de mestrado com 90 mulheres em 3 grupos controle:

- 1) grupo de mulheres que foram submetidas à episiotomia;
- 2) grupo de mulheres que sofreram laceração perineal grave e
- 3) grupo de mulheres que mantiveram o períneo íntegro. Cada grupo será composto por 30 mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a presença da incontinência urinária, função contrátil e achados ultrassonográficos dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto remoto.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a correlação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a função contrátil dos músculos do assoalho pélvico, percebida pela palpação digital e perineometria de pressão, em mulheres no pós-parto remoto. - Investigar a correlação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a presença da incontinência urinária em mulheres no pós-parto remoto. - Avaliar a

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.620.173

correlação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com as alterações morfológicas perineais, visualizadas pelo ultrassom transperineal em mulheres no pós-parto remoto. • Avaliar a correlação entre as alterações morfológicas perineais, visualizadas pelo ultrassom transperineal, e a função contrátil dos músculos do assoalho pélvico, percebida pela palpação digital e perineometria de pressão, em mulheres no pós-parto remoto. • Investigar a correlação entre as alterações morfológicas perineais, visualizadas através do ultrassom transperineal, e a presença da incontinência urinária em mulheres no pós-parto remoto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As participantes estarão sujeitas a riscos mínimos relacionados à avaliação, como fadiga muscular e desconforto na região dos músculos do assoalho pélvico.

Benefícios:

Essa pesquisa não terá benefício direto imediato, a princípio, mas contribuirá para melhoria da avaliação fisioterápica na função dos músculos do assoalho pélvico em mulheres no pós-parto. No entanto, as mulheres que forem identificadas com incontinência urinária, fecal ou dor pélvica durante as avaliações, serão encaminhadas para o ambulatório de uroginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para avaliação dos riscos de laceração perineal e sua influência na incontinência urinária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.620.173

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatar parecer do colegiado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723759.pdf	11/06/2016 16:48:51		Acerto
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_dos_dados_dos_prontuários.jpg	11/06/2016 16:38:32	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Outros	Termo_de_Fiel_Depositário.jpg	11/06/2016 16:33:57	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Outros	Termo_de_Concordancia.jpg	11/06/2016 16:32:50	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Outros	Carta_de_Anuencia.jpg	11/06/2016 16:31:57	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Orçamento	orcamento.jpg	11/06/2016 16:30:04	Clara Talna Silva Lima	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.pdf	11/06/2016 15:54:38	Clara Talna Silva Lima	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/06/2016 15:52:36	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.pdf	11/06/2016 15:49:38	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Cronograma	Cronograma.jpg	11/06/2016 15:16:55	Clara Talna Silva Lima	Acerto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	11/06/2016 15:11:58	Clara Talna Silva Lima	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 1.620.173

FORTALEZA, 30 de Junho de 2016

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

Página 04 de 04

ANEXO B - ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)

DOMÍNIO DESEJO SEXUAL

Pergunta n° 1 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

1. () Quase sempre ou sempre
2. () A maioria das vezes (mais do que a Metade do tempo)
3. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
4. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
5. () Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 2 - Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

1. () Muito alto
2. () Alto
3. () Moderado
4. () Baixo
5. () Muito baixo ou absolutamente nenhum

DOMÍNIO EXCITAÇÃO SEXUAL

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

1. () Sem atividade sexual
2. () Quase sempre ou sempre
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

5. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)

6. () Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 4 - Nas últimas 4 semanas como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

1. () Sem atividade sexual
2. () Muito alto
3. () Alto
4. () Moderado
5. () Baixo
6. () Muito baixo ou absolutamente nenhum

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

1. () Sem atividade sexual
2. () Segurança muito alta
3. () Segurança alta
4. () Segurança moderada
5. () Segurança baixa
6. () Segurança muito baixa ou sem segurança

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

1. () Sem atividade sexual
2. () Quase sempre ou sempre

3. () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
5. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
6. () Quase nunca ou nunca

DOMÍNIO LUBRIFICAÇÃO VAGINAL

Pergunta n° 7 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você teve Lubrificação vaginal (ficou com a vagina «molhada») durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. () Sem atividade sexual
2. () Quase sempre ou sempre
3. () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
5. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
6. () Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 8 - Nas últimas 4 semana como você avalia sua dificuldade de ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina «molhada») durante o ato sexual ou atividades sexuais?

1. () Sem atividade sexual
2. () Extremamente difícil ou impossível
3. () Muito difícil
4. () Difícil
5. () Ligeiramente difícil
6. () Nada difícil

Pergunta n° 9 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você

manteve A lubrificação vaginal (ficou com a vagina «molhada») até o fim da atividade ou ato sexual?

1. () Sem atividade sexual
2. () Quase sempre ou sempre
3. () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
5. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
6. () Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 10 – Nas últimas 4 semanas qual foi sua dificuldade de manter a lubrificação vaginal (vagina «molhada») até o fim da atividade ou ato sexual?

1. () Sem atividade sexual
2. () Extremamente difícil ou impossível
3. () Muito difícil
4. () Difícil
5. () Ligeiramente difícil
6. () Nada difícil

DOMÍNIO ORGASMO

Pergunta n° 11 – Nas últimas 4 semanas quando teve estímulo sexual ou ato sexual com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo («gozou»)?

1. () Sem atividade sexual
2. () Quase sempre ou sempre
3. () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
5. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)

6. () Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 12 - Nas últimas 4 semanas quando você teve estímulo sexual ou ato sexual qual foi sua dificuldade de atingir o orgasmo (clímax/«gozar»)?

1. () Sem atividade sexual
2. () Extremamente difícil ou impossível
3. () Muito difícil
4. () Difícil
5. () Ligeiramente difícil
6. () Nada difícil

Pergunta n° 13 - Nas últimas 4 semanas o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo («gozar») durante atividade ou ato sexual?

1. () Sem atividade sexual
2. () Muito satisfeita
3. () Moderadamente satisfeita
4. () Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
5. () Moderadamente insatisfeita
6. () Muito insatisfeita

DOMÍNIO SATISFAÇÃO SEXUAL

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

1. () Sem atividade sexual
2. () Muito satisfeita
3. () Moderadamente satisfeita
4. () Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
5. () Moderadamente insatisfeita
6. () Muito insatisfeita

Pergunta n° 15 - Nas últimas 4 semanas o

quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e o seu parceiro (a)?

1. () Sem atividade sexual
2. () Muito satisfeita
3. () Moderadamente satisfeita
4. () Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
5. () Moderadamente insatisfeita
6. () Muito insatisfeita

Pergunta n° 16 - Nas últimas 4 semanas o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

1. () Sem atividade sexual
2. () Muito satisfeita
3. () Moderadamente satisfeita
4. () Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
5. () Moderadamente insatisfeita
6. () Muito insatisfeita

DOMÍNIO DOR

Pergunta n° 17 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

1. () Sem atividade sexual
2. () Quase sempre ou sempre
3. () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
5. () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
6. () Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 18 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu

desconforto ou dor após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual
2. Quase sempre ou sempre
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
6. Quase nunca ou nunca

Pergunta n° 19 - Nas últimas 4 semanas como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

1. () Sem atividade sexual
2. () Muito alto
3. () Alto
4. () Moderado
5. () Baixo
6. () Muito baixo ou absolutamente nenhum

