

UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

LARYSSA IASMIM FERREIRA DA SILVA

RAINÁ MOURA BURMANN

**PREVALÊNCIA DE DISPAREUNIA NO PERÍODO PÓS-PARTO**

Aracaju

2020

LARYSSA IASMIM FERREIRA DA SILVA  
RAINÁ MOURA BURMANN

**PREVALÊNCIA DE DISPAREUNIA NO PERÍODO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Tiradentes  
como um dos pré-requisitos para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Fisioterapia.

Orientadora: Dra. Daniela Teles de Oliveira

Aracaju

2020

**PREVALÊNCIA DE DISPAREUNIA NO PERÍODO PÓS-PARTO.** Laryssa Iasmim Ferreira da Silva<sup>1</sup>; Rainá Moura Burmann<sup>1</sup>; Daniela Teles de Oliveira<sup>2</sup>.

## RESUMO

A dispareunia é classificada como queixa de dor persistente e/ou recorrente associada à tentativa ou completa penetração vaginal dividida em primária ou secundária. O objetivo geral do estudo foi verificar a presença de dispareunia no período pós-parto. Já os objetivos específicos foram pontuar a relação da via de parto com a prevalência de dispareunia, mapear técnicas e procedimentos executados durante o processo de parto que possibilitem o surgimento de dispareunia, descrever acompanhamento profissional buscados pelas mulheres no pré e pós-parto e relacionar a dispareunia com o comportamento sexual no pós-parto. O estudo foi do tipo transversal, quantitativo, realizado através de formulário on-line composto por questões próprias e com a utilização de dois questionários validados: ECOS adaptado e QS-F. Participaram 152 mulheres, com idade acima de 18 anos, com ao menos um filho biológico nos últimos 5 anos, independentemente da quantidade ou via de parto, que responderam o formulário na íntegra. Os dados foram transportados para uma planilha no Excel do Windows 10 seguido de análise estatística descritiva e analítica, com as medidas de média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. As variáveis foram testadas através do teste de Shapiro Wilk e a associação feita utilizando o teste de Mann-Whitney com nível de significância fixado em  $p < 0,05$ . Comparado ao período pré-parto, houve crescimento no relato da prevalência de dispareunia. Mulheres submetidas a cesariana apresentaram maior prevalência de dispareunia secundária. Ficou claro que a episiotomia rotineira é um dos vilões contra a saúde pélvica feminina. Durante a gestação, o acompanhamento profissional mais procurado foi fisioterapia (9,87%) enquanto no pós-parto foi academia (12,50%). Observou-se que quanto maior a idade, menor a prevalência de dispareunia e maiores são os scores no QS-F. Por fim, mulheres que passaram por alguma situação traumática em relação à sexualidade apresentaram dispareunia secundária. Como conclusão observou-se que fatores biopsicossociais interferem na recuperação no período pós-parto bem como na satisfação sexual das mulheres sendo necessária a intervenção de profissionais na abordagem do público de forma clara a fim de detectar transtornos antes deles evoluírem para proporções maiores.

Descritores: Dispareunia; Período pós-parto; Assoalho pélvico; Sexualidade.

**PREVALENCE OF DYSPAREUNIA IN THE POSTPARTUM PERIOD.** Laryssa Iasmim Ferreira da Silva<sup>1</sup>; Rainá Moura Burmann<sup>1</sup>; Daniela Teles de Oliveira<sup>2</sup>.

**ABSTRACT**

Dyspareunia is classified as a complaint of persistent and/or recurrent pain associated with attempted or complete vaginal penetration and can be classified as primary or secondary. The general objective of the study was to verify the presence of dyspareunia in the postpartum period, and the specific objectives were to point out the relationship between the mode of delivery and the prevalence of dyspareunia, map techniques and procedures performed during the delivery process that enable the appearance of dyspareunia, describe professional follow-up sought by women in the pre and postpartum period and relate dyspareunia with sexual behavior in the postpartum period. The study was a cross-sectional, quantitative study carried out through an online form composed of its own questions, adapted ECOS and QS-F. 152 women participated, aged over 18 years, with at least one biological child in the last 5 years, regardless of the amount or route of delivery, who answered the form in full. The data were transported to a spreadsheet in Windows 10 Excel followed by descriptive and analytical statistical analysis, with the measures of mean, standard deviation, absolute and relative frequency. The variables were tested using the Shapiro Wilk test and the association made using the Mann-Whitney test with a significance level set at  $p < 0.05$ . Compared to the prepartum period, there was an increase in the prevalence of dyspareunia. Women undergoing cesarean section had a higher prevalence of secondary dyspareunia. It was also clear that the routine episiotomy is one of the villains against female pelvic health. During pregnancy, the most sought professional accompaniment was physical therapy (9.87%) while in the postpartum period it was the gym (12.50%). It was observed that the older the age, the lower the prevalence of dyspareunia and the higher the QS-F scores. Finally, women who went through some traumatic situation in relation to sexuality had secondary dyspareunia. As a conclusion, it was observed that biopsychosocial factors interfere in the recovery in the postpartum period as well as in the sexual satisfaction of women, requiring the intervention of professionals to approach the public in a clear way, in order to detect disorders before they evolve to greater proportions.

Descriptors or Keywords: Dyspareunia; Postpartum Period; Pelvic Floor; Sexuality.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um acontecimento importante na vida da mulher que acarreta mudanças hormonais, psicológicas, físicas e prepara o corpo materno para parir. Essas modificações são melindrosas e individuais que irão variar entre as mulheres e podem proporcionar angústias, medo, dúvidas ou apenas a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo. As alterações irão, constantemente, redefinir a respectiva identidade e consciência do ser o que proporciona que a mulher tenha que se moldar a uma nova realidade e função ao longo da sua existência (PICCININI et al, 2008).

A partir do instante da fecundação até ao ápice do nascimento do recém-nascido a estrutura física da mulher passará por inúmeras transformações nos variados sistemas biológicos como exemplo dos sistemas esquelético, nervoso, muscular, endócrino e reprodutor. Estas modificações maternas podem surgir no pré-parto e se estender desde as primeiras seis horas até os seis meses após o parto (CASTRO *et al.*, 2009; XING *et al.*, 2017).

Durante a gestação, devido ao aumento de peso do útero, o centro de volume da mulher experimenta mudanças com a transferência para frente e para baixo. Com isso, além de provocar modificações no compartilhamento de peso da grávida ocorrerão consideráveis variações posturais assim como aumento na pressão dos órgãos pélvicos. O aumento de peso maternal neste estágio é marcante e a gestante pode adquirir, ao final das 40 semanas de gravidez, cerca de 20% do seu peso corporal inicial. As modificações físicas listadas poderão provocar episódios de transtornos a nível do assoalho pélvico com a possibilidade de desenvolvimento de incontinência fecal e/ou urinária, dor pélvica e dispareunia (KOUHKAN ET AL, 2015; LEROY *et al.*, 2015; SCHREINER *et al.*, 2017).

O assoalho pélvico é constituído por um conjunto de tecidos que reveste a porção inferior da pelve. É composto pelos diafragmas pélvico e urogenital e fásia endopélvica. Os diafragmas são formados por músculos organizados em camadas superficiais e profundas do períneo que atuam no mecanismo de sustentação das vísceras pélvicas, na continência urinária e anal e na função sexual. Quando essa musculatura pélvica perde sua integridade, aumenta o risco de ocorrer disfunções tais como incontinência urinária incontinência anal, prolapso de órgãos pélvicos e dispareunia (OLIVEIRA, 2018).

A musculatura do assoalho pélvico responde ao stress que sofre durante toda a gestação e parto, independente da via de escolha. Há rumores de que a cirurgia cesariana profilática auxilie na prevenção da dor do assoalho pélvico, mas não há diferenciação estatística entre tais disfunções em mulheres que passaram por parto vaginal ou cesárea. Um dos fatos de tal resultado é que o assoalho pélvico é sobrecarregado durante a gestação com o aumento de peso abdominal, e independente do desfecho, a musculatura desta região responderá tal estímulo (MOURA *et al*, 2018).

A dispareunia é classificada como queixa de dor persistente e/ou recorrente associada à tentativa ou completa penetração vaginal. A mesma causa grande incomodo físico quando ocorre no puerpério quando se adiciona aos acometimentos específicos a essa etapa tais como chance de dificuldade para evacuação, flatos, dor no local da incisão perineal ou cesariana, cólicas abdominais, constipação intestinal, postura antálgica, diástase do reto abdominal, depressão pós-parto e baby blues (HAYLEN *et al*, 2010; SANTANA, 2011; DASIKAN; OZTURK; OZTURK, 2020).

A dispareunia pode ser classificada como: primária, quando a dor/desconforto surge desde a primeira relação sexual, secundária quando passa a relatar dor, persistente sentido em todas as relações ou condicional, que só se apresenta em algumas posições sexuais, estimulação ou parceiro específico (DEWITTE; BORG; LOWENSTEIN, 2018; SILVA, 2018).

A ocorrência de traumatismos espontâneos ou cirúrgicos na região perineal é frequente durante o parto normal e pode desencadear relevantes morbidades maternas. Segundo a literatura, existe uma relação direta entre a extensão e a complexidade da lesão perineal sofrida e as morbidades que afetam as mulheres no período do pós-parto, sobretudo relacionadas à episiotomia (FRANCISCO, 2011).

Como fator vinculado ao parto que é apontado como risco para o desenvolvimento de disfunção do assoalho pélvico está o trauma perineal ou genital. Este é provocado por episiotomia ou lacerações e pode ser classificado entre primeiro e quarto grau, onde quanto maior o grau, maior a extensão da lesão. Episiotomia é um procedimento realizado em mulheres no período expulsivo do trabalho de parto. Trata-se de uma incisão na parede ínfero-posterior da vagina podendo ser mediana ou médio-lateral. A laceração é o trauma que ocorre espontaneamente com a saída do bebê, podendo ser amplificada por manobras

efetuadas pelos profissionais durante o processo de parturição (PENÃ e GOMES, 2016; BRASIL, 2017).

Não há concordância na literatura sobre a real indicação da episiotomia. Está sendo discutida a aplicação dessa técnica, principalmente sobre o uso profilático de rotina, tendo em vista a eficácia e repercussões na vida da mulher. Vale salientar que a maior parte das lacerações profundas de períneo acontece em mulheres que já foram submetidas à episiotomia anteriormente, fazendo-se necessária uma melhor seleção para sua realização, fato que poderia minimizar o número dessas lacerações (PENÃ e GOMES, 2016; OLIVEIRA, 2018)

A ocorrência de lacerações perineais no parto vaginal depende de diversos fatores, tanto maternos como fetais, relacionadas ao parto e à prática da episiotomia. A episiotomia é um dos fatores que contribuem para a diminuição da força muscular do assoalho pélvico. Mulheres que não foram submetidas à episiotomia têm uma chance maior de ter o períneo preservado durante o parto devido, provavelmente, ao fato de o tecido da vagina possuir maior elasticidade em relação ao tecido cicatricial (PENÃ e GOMES, 2016)

A prevalência de episiotomias aplicadas de forma rotineira, que vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde no que se refere aos cuidados com o períneo, enfatizando a não utilização de tal técnica em parto vaginal espontâneo. Se houver a indicação, a mesma deve ser feita sob uso efetivo de analgésico e justificada em prontuário de acordo com a necessidade. O uso de tal técnica é um dos fatores de predisposição à dor do assoalho pélvico, não justificando seu uso como profilaxia à laceração natural, que pode ocorrer de forma mais branda e ter cicatrização mais rápida, permitindo a mulher retorno mais rápido às suas atividades (BRASIL, 2017).

No momento após o parto a dedicação é focada em prudências com o filho ao mesmo tempo que a mãe fica desamparada e encontra-se no período de pós-parto sem os cuidados necessários para cuidar dessa mulher de modo completo. A carência de terapias para os cuidados perineais neste período poderá provocar alterações no seguimento e o reconhecimento destas alterações é grandemente significativo para prevenir, diagnosticar e tratar o agravamento à saúde física e emocional da mulher (MOURA, 2018).

O tratamento da dispareunia se mostra indispensável para impedir sofrimento irrelevante e aprimorar o bem estar e contentamento com a vivência do puerpério. Constata-se a relevância da fisioterapia na prevenção e tratamento das alterações próprias do puerpério com as seguintes condutas como opções de tratamento: massagem abdominal, reeducação respiratória associada a exercícios isotônicos e isométricos na musculatura abdominal, crioterapia, eletroestimulação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico (SANTANA *et al.*, 2011; SILVA, 2018).

O tema proposto é cercado por tabu, o que inibe muitas mulheres de buscar ajuda especializada para sanar tal disfunção. Estudos realizados com essa temática sugerem que haja mais pesquisas sobre a prevalência de dispareunia e a relação com a via de parto, pois afetam diretamente na relação da mulher com o próprio corpo, reverberando inclusive na forma como ela encara o puerpério e lida com o filho recém-nascido.

O referido trabalho teve como objetivo geral avaliar a presença de dispareunia no período pós-parto. Já os objetivos específicos foram: pontuar a relação da via de parto com a prevalência de dispareunia; mapear técnicas e procedimentos executados durante o processo de parto que possibilitem o surgimento de dispareunia, descrever acompanhamento profissional buscados pelas mulheres no pré e pós-parto e relacionar a dispareunia com o comportamento sexual no pós-parto.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento do estudo**

Estudo do tipo analítico observacional quantitativo de incidência transversal com amostragem não probabilística.

### **2.2 Local da pesquisa**

O estudo foi baseado na coleta de dados por meio de formulário on-line com amostragem tipo bola de neve com o link para acesso ao formulário disponibilizado, pelas pesquisadoras, a partir de mensagens em redes sociais. O público-alvo pode transmitir o link para outras possíveis participantes que repassaram o link ampliando, assim, a abrangência de coleta.



### **2.3 Amostra**

A amostra foi composta por mulheres com até 5 anos de pós-parto que se enquadrem nos critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro do ano de 2020, quando as participantes foram convidadas a responder, voluntariamente, o formulário on-line da pesquisa.

### **2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão na pesquisa abrangeram mulheres acima de 18 anos, que tiveram ao menos um filho biológico nos últimos 5 anos, independentemente da quantidade ou via de parto, desde que tenha sido parto a termo e que tenham respondido o formulário da pesquisa na íntegra.

Como critério de exclusão estão mulheres primíparas que passaram por óbito fetal e mulheres que não tiveram qualquer tipo de penetração vaginal no período do puerpério.

### **2.5 Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu os termos da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. As pesquisadoras elaboraram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I). As participantes puderam ler e decidir sobre a participação na pesquisa. O seguimento da pesquisa ocorreu após a aceitação do TCLE.

Os dados coletados estão armazenados em nuvem, onde apenas as pesquisadoras têm acesso, seguindo os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018) que podemos destacar os princípios de finalidade, necessidade e transparência da coleta.

### **2.6 Questionários utilizados, instrumentos de avaliação e coleta de dados**

O estudo foi realizado a partir da aplicação de um formulário eletrônico, elaborado na plataforma Google Forms. Mota (2019) destaca que os formulários do Google Forms podem servir para a prática acadêmica, tendo como características a possibilidade de acesso em qualquer local e horário; agilidade na coleta de dados e análise dos resultados; facilidade de uso, sendo útil para a coleta e análise de dados estatísticos. O autor do

formulário pode enviá-lo via e-mail ou através de um link. A internet é um recurso auxiliar de troca e disseminação de informações possibilitando melhoria e agilidade do processo de pesquisa (FALEIROS *et al.*, 2016).

As mulheres participantes foram convidadas a participar do estudo por meio de aplicativos de mensagens e redes sociais por onde foi compartilhado o link da pesquisa. A participação das voluntárias iniciou a partir da leitura cuidadosa seguida da assinatura do TCLE apresentado pelas pesquisadoras. Após o consentimento, a participante foi automaticamente encaminhada para preenchimento do formulário.

Os sintomas de dor pélvica vivenciados pelas mulheres não serão avaliados quanto à frequência e gravidade. A ocorrência deste sintoma ao menos uma vez será considerada indicativa de prevalência. O rascunho do formulário foi revisado pela orientadora e por duas fisioterapeutas especialistas na área de uroginecologia e obstetrícia e, posteriormente, foi criada a versão final do formulário, que foi encaminhado para as voluntárias.

O primeiro questionário foi elaborado pelas pesquisadoras acordo com a literatura (DASIKAN; OZTURK; OZTURK, 2020; LIMA *et al.*, 2010) contendo questões relacionadas à possíveis disfunções uroginecológica e a via de parto experienciada pela mulher (APÊNDICE II). Composto por 41 questões divididas em seis sessões, subdivididas em: Identificação, informações sobre antes do parto, sobre o parto, informações sobre a cesariana ou parto vaginal e uma sessão específica para o período pós-parto.

Em seguida, as voluntárias responderam as questões referente ao Estudo do Comportamento Sexual no Brasil – ECOS, modelo 2 (ANEXO I) (ABDO; MOREIRA JÚNIOR; FITTIPALDI, 2000). Este é um instrumento de coleta de dados específico para a população brasileira, conferindo dados sobre a sexualidade em diferentes aspectos que oferece um perfil sobre o comportamento sexual atual e progresso da população estudada. O ECOS foi utilizado nesse estudo de forma adaptada, fazendo uso das questões 14, 19, 21, 25 e 27 do modelo 2. As questões selecionadas fazem parte do grupo de hábitos (14) e práticas sexuais (19, 21, 25 e 27). O modelo 2 é fruto da adequação do modelo original, com maior detalhamento e uso de linguagem mais acessível para entendimento da população.

Por fim, as voluntárias responderam o questionário validado Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (ANEXO II). Este é um instrumento que avalia os domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos). É um instrumento desenvolvido com linguagem acessível para a população brasileira com o intuito de ser de fácil aplicabilidade para os profissionais de saúde, além de ser auto responsivo.

O QS-F (ABDO, 2009) é composto por 10 questões, cada uma devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. O score pode ser avaliado de forma geral ou separadamente para cada domínio. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual (82-100 pontos: bom a excelente; 62-80 pontos: regular a bom; 42-60 pontos: desfavorável a regular; 22-40 pontos: ruim a desfavorável; 0-20 pontos: nulo a ruim).

## **2.8 Análise estatística**

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel do Windows 10, onde foi realizada a estatística descritiva e analítica, com as medidas de posição (média), de dispersão (desvio padrão) e frequência absoluta (N) e frequência relativa (%). Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6.

Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de Shapiro Wilk. Para associação entre as variáveis foi utilizado o teste de qui quadrado. Para comparação entre as variáveis foi realizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância foi fixado em  $p < 0,05$ .

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A pesquisa teve a participação de 152 mulheres. A média de idade das voluntárias foi de 32,24 (DP± 5,98). O estado de Sergipe apresentou o maior número de participantes (61,84%), seguido por Bahia (12,50%) e São Paulo (8,55%). Quanto à cor da pele 48,68% se declarou parda, 35,53% branca e 12,50% preta. Em relação à a paridade, 67,10% das

voluntárias é de primíparas e 26,97% teve dois filhos. A maior parte das mulheres tem filhos com idade entre 1 e 3 anos (50,66%), seguidas por mulheres que tiveram filho a menos de um ano (28,95%).

De acordo com dados obtidos pelos Nascidos Vivos, Brasil (2018), na faixa etária de mulheres entre 30 a 34 anos, 30% foi classificada como grupo 5 na Escala de Robson (ANEXO 3) (multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas), seguido por mulheres enquadradas na classificação 2 na mesma escala (nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, cujo parto foi induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto).

Mulheres que tiveram filho há menos de um ano somaram 28,95%, dentre elas, 19,73% teve dor à penetração vaginal no pós-parto e 7,23% continua sentindo esse desconforto até o momento do levantamento de dados. Entre as participantes que tiveram filhos entre 1 e 3 anos antes da pesquisa (50,66%), 44,08% declarou ter apresentado dor na tentativa ou completa penetração vaginal no período pós-parto e 6,57% destas mulheres continua apresentando o mesmo sintoma.

Como causas biológicas, uma parte das mulheres relatou ter cirurgia prévia no aparelho reprodutor ou vagina, faz uso de anticoncepcionais, foi submetida a episiotomia ou cesariana. Abdo e Oliveira Júnior (2002) e Dasikan, Ozturk e Ozturk (2020) complementam outras causas biológicas que podem gerar a dispareunia como disfunção musculoesquelética, de origem genética, congênita, neurológica, doenças crônicas como endometriose, questões hormonais, atrofia vaginal, tipo de parto, procedimentos em parto vaginal, episiotomia, gravidez ectópica, infecções e inflamações. Leemon e Rogers (2016) apontam que, anatomicamente, o trauma perineal colabora para a dispareunia e tem resultados significativos no período e na capacidade de recomeço da relação sexual.

Para quantificar a sensação dolorosa das participantes, foi utilizada a escala visual numérica (EVN) que objetiva a mensuração da intensidade da dor, em valores numéricos. Fortunato *et al.*, 2013 aplicaram com paciente consciente de seus pensamentos e ações, referindo sua dor numa escala de zero a dez, sendo zero “nenhuma dor” e dez a “dor máxima imaginável”. Possui uma expressão de dor precisa e é de fácil utilização.

Sobre dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração antes da gestação (dispareunia primária), 48,03% das mulheres responderam que apresentam, tendo como média para EVN (0-10) 1,61% (DP±2,38). Ainda sobre dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração sendo, agora, no período pós-parto (dispareunia secundária), 75% das mulheres responderam apresentar, com média da EVN 4,11% (DP±3,26%). Entre as participantes que sentiram essa dor ou desconforto no pós-parto, 21,93% continua sentindo até a data de aplicação do questionário, conforme Tabela 1.

**Tabela 1: Dados sobre dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração das participantes avaliadas. Valores apresentados em média ± DP ou frequência absoluta (n) e relativa (%). DP = desvio padrão.**

<b>Sobre o dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração</b>	<b>Média ± DP ou n (%)</b>
<b>Sentiu dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração antes de engravidar</b>	
Sim	73 (48,03%)
Não	79 (51,97%)
EVN	1,61 ± 2,38
<b>Sentiu dor ou desconforto durante a primeira tentativa ou total penetração no período pós-parto</b>	
Sim	114 (75%)
Não	38 (25%)
EVN	4,11 ± 3,26
<b>Se sim, continua sentindo dor até hoje</b>	
Sim	25 (21,93%)
Não	89 (78,07%)

A dispareunia primária esteve presente em quase metade das mulheres, e no pós-parto esse número foi ainda maior, confirmando o exposto pela literatura, de que a disfunção pode ser adquirida ou agravada. Os resultados do trabalho mostram que parte das mulheres já apresentava sintomas antes da gestação, como apontado no artigo de Moura *et al.* (2018), fato esse que poderia facilitar a discussão dessas questões, mas poucas mulheres foram examinadas diretamente sobre problemas de saúde sexual por profissionais de cuidados primários. Os mesmos autores concluem que a disfunção sexual pode ocorrer nos primeiros meses, independente da via de parto, e ao final do primeiro ano pós-parto, a função sexual parece se restabelecer, com exceção dos traumas perineais severos.

Para Silva (2018), Dewitte, Borg e Lowenstein (2018) e Dasikan, Ozturk e Ozturk (2020), a dispareunia é multifatorial e multissistêmica e pode interferir em outras dimensões da função sexual, podendo surgir a partir de fatores biológicos, psicológicos ou sociológicos.

Ao se relacionar a idade e presença de dispareunia secundária observou-se que quanto maior a idade da participante, menor foi o relato de dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração no período pós-parto ( $p < 0,0001$ ), como mostra a Figura 2. Fleury e Abdo (2013) mostram que quanto maior a idade, maior o índice de dispareunia, estando associado à redução do hormônio estrogênio próximo a fase da menopausa, fato esse que não parece ser realidade das voluntárias já que apresentam em média 32 anos

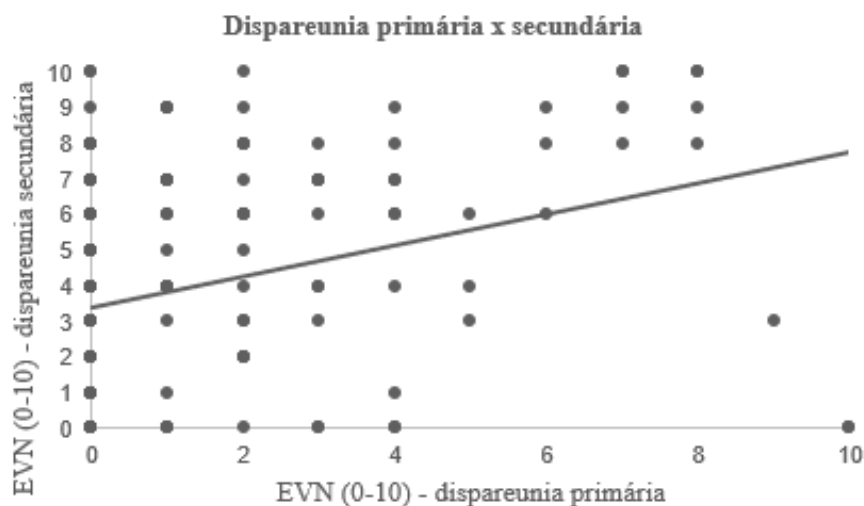


Figura 1: Correlação entre a dispareunia primária e secundária avaliada através da EVN. Teste de Mann Whitney,  $p < 0,0001$ . EVN = Escala Visual Numérica.

A correlação entre dispareunia secundária e paridade tendeu a ser maior em mulheres com menor quantidade de partos, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2: Associação entre a quantidade de partos e a presença de dispareunia secundária. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Teste de qui-quadrado,  $p = 0,576$ .

Quantidade de partos	Dispareunia secundária		P
	Sim	Não	
1	78 (51,31%)	24 (15,79%)	0,576
2	31 (20,39%)	10 (6,58%)	
3	4 (2,63%)	3 (1,97%)	
4	1 (0,66%)	1 (0,66%)	

A distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos e a relação com a prevalência de dispareunia secundária no presente estudo é corroborada pelo trabalho de Francisco *et al.* (2011), que aponta taxas mais elevadas de traumatismo perineal em primíparas quando comparadas com mulheres com partos anteriores. As primíparas apresentaram maior probabilidade de dor perineal em relação às múltiparas, no primeiro

e sétimo dia e na sexta semana depois do parto. O escore de dor entre elas também foi maior.

Quando avaliada a prevalência quanto à via de parto, 51,97% das participantes declarou ter sido submetida a cirurgia cesariana, enquanto 24,34% passou por parto por via vaginal com intervenção médica, seguido por 18,42% das participantes que tiveram parto por via vaginal sem intervenção médica.

O objeto deste estudo é um formulário autorresponsivo, podendo haver diferença de interpretação, de acordo com as vivências individuais, como é com relação à intervenção médica, se houve ou não durante o parto. De acordo com Organização Mundial da Saúde, OMS (1996) como práticas comuns na condução do parto normal estão exame de toque, uso de fármacos, restrição de movimentação, puxos dirigidos e uso liberal de episiotomia, práticas essas que são classificadas em diferentes categorias, baseadas em evidências científicas. Basicamente, se houve qualquer intervenção médica para desencadear, acelerar ou “ajudar” o processo do parto, é considerado que teve intervenção. Não adentramos a diferenciação do que é classificado como boas práticas ou práticas que não são recomendadas.

Os dados obtidos em relação à a via de parto com a prevalência de dispareunia no pós-parto mostram que 54% das mulheres que passaram por cesariana tiveram dispareunia secundária, enquanto esse índice foi de 32% em mulheres que tiveram parto por via vaginal com intervenção médica e de 21% quando analisadas as que experienciaram o parto vaginal sem intervenção médica, conforme tabela 3.

Tabela 3: Associação entre a via de parto e a presença de dispareunia secundária. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Teste de qui-quadrado,  $p = 0,265$ .

Vias de parto	Dispareunia secundária		P
	Sim	Não	
Vaginal sem intervenção médica	21 (13,81%)	7 (4,60%)	0,265
Vaginal com intervenção médica	32 (21,05%)	5 (3,29%)	
Cesariana	54 (35,53%)	25 (16,45%)	
Cesariana após parto vaginal	1 (0,66%)	0	
Vaginal após cesariana (VBAC)	6 (3,95%)	1 (0,66%)	

Quando avaliada a prevalência quanto à via de parto, a maioria das participantes declarou ter sido submetida a cirurgia cesariana, seguido pelas mulheres que experienciaram diferentes formas de parto via vaginal. A dispareunia secundária no período pós-parto esteve presente seguindo a ordem anterior, aonde as mulheres que

foram submetidas a cesárea apresentaram maior prevalência. Em suas revisões, Moura *et al.* (2018) e Brown *et al.* (2016) mostram que as mulheres que tiveram cesariana são mais propensas a dispareunia seis meses após o parto. Moura *et al.* (2018) ainda destaca que em termos de preservação da função sexual, a cesariana pode não ser superior ao parto vaginal, fato importante a ser exposto para confrontar indicações de cesariana eletiva como fator de proteção da função sexual.

Sobre os traumas perineais decorrentes do parto vaginal, 58,54% das mulheres declarou ter apresentado laceração espontânea e 20,73% foi submetida a episiotomia. Entre as respondentes que declararam ter apresentado laceração espontânea no parto vaginal, 50% teve dispareunia secundária, seguida por mulheres que tiveram episiotomia que somaram 17,07% com a disfunção, como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Associação entre os dados sobre o parto vaginal e a presença de dispareunia secundária. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Teste de qui-quadrado, \* p <0,05.

Dados do parto vaginal	Dispareunia secundária		P
	Sim	Não	
<b>Sobre o parto vaginal</b>			
Induzido	10 (12,19%)	5 (6,10%)	0,255
Espontâneo	54 (65,85%)	10 (12,19%)	
Direcionado para a cesariana	1 (1,22%)	0	
<b>Trauma perineal</b>			
Episiotomia	14 (17,07%)	3 (3,66%)	0,512
Laceração espontânea	41 (50%)	7 (8,54%)	
Sem registro	6 (7,32%)	0	
Nenhum	8 (15,38%)	3 (3,66%)	

Moura *et al.* (2018) mostra resultados que a dispareunia pode ocorrer em 24 a 85,7% das mulheres no período pós-parto, sem haver a relação entre alterações do corpo perineal com laceração ou função sexual. Kainu *et al.* (2016) apontam que não existe um consenso entre a comunidade científica sobre qual via de parto causa maior prevalência de dispareunia.

Entre as participantes que declararam ter apresentado laceração espontânea no parto vaginal, metade teve dispareunia secundária, seguida por mulheres que tiveram episiotomia. A população desta pesquisa é de maioria primípara, acordando com o trabalho de Moura *et al.* (2018) e Francisco *et al.* (2011) que descrevem nuliparidade e episiotomia como fatores de risco para lacerações perineais.



O estudo de Ejegard *et al.* (2008) indica que as mulheres que tiveram episiotomia sentiram maior desconforto vaginal, relacionando a realização de episiotomia com a ocorrência da dispareunia. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) sugere a não realização de episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo, e que se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada em prontuário, sendo classificada pela OMS (1996) como “prática frequentemente usada de modo inadequado”, indicando que roturas de primeiro e segundo graus resultam em menor morbidade à mulher .

Os dados sobre a cesariana apontam que em 50,59% dos casos foram cirurgias eletivas (data e hora agendadas com o médico), 24,70% foi de cesariana intraparto com indicação de urgência e outros 12,94% foram do procedimento feito intraparto, por escolha da mulher.

Riscado, Jannotti e Barbosa (2016) abordam que a decisão pela via de parto muitas vezes é moldada a partir de um tipo de diálogo com o médico no qual há pouco incentivo ao parto vaginal e uma “orientação” (explícita ou não) em direção à cesárea. A generalização da cirurgia é vista como um problema sanitário por acarretar maior risco de morbidade e mortalidade para a mulher e o recém-nascido, além de prejudicar a amamentação.

A OMS (2015) preconiza que haja entre 10% a 15% de cirurgias no total dos nascimentos. Na consulta de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde – Brasil (2018), os valores para a faixa etária entre 30 a 34 anos são 34% de partos vaginais contra 65% de cesarianas, resultados não muito distante dos encontrados no presente estudo, onde 51,97% foi submetida a cirurgia cesariana.

O acompanhamento profissional durante a gestação mais procurado pelas participantes foi fisioterapia (9,87%), seguido por academia (5,26%) e natação (4,60%). De acordo com os dados, 25% das voluntárias procurou acompanhamento específico de preparação do períneo para o parto. Dentre as voluntárias que procuraram acompanhamento profissional no pós-parto 12,50% buscou academia e 5,92% Pilates. Dança e fisioterapia pélvica teve, cada uma, 4,60% de adesão.

A fisioterapia foi, o acompanhamento profissional mais procurado pelas participantes durante a gestação, e um quarto das voluntárias procurou acompanhamento específico de preparação do períneo para o parto. Dentre as voluntárias que procuraram acompanhamento profissional no pós-parto a maior parte buscou academia. Perales, Artal e Lucia (2017) destacam que a gravidez agora é considerada um momento ideal não apenas para continuar, mas também para iniciar um estilo de vida ativo. Sobre o período pós-parto alguns achados são interessantes quanto à sua pluralidade. Francisco *et al.* (2011) salienta que há diversos tratamentos para o alívio da dor perineal, entretanto não há método com completa eficácia para a resolução do problema.

Sobre o retorno às atividades sexuais, 88,81% afirma ter concluído o período de resguardo (40 dias) sem penetração, e a média de dias em que teve a primeira penetração foi de 63,88 dias (DP± 55,63). Uma pequena parte das mulheres (32,24%) sentiu-se pressionada a retornar à atividade sexual.

Prevaleceu aquelas que afirmaram ter concluído o período de resguardo sem penetração. Moura *et al.* (2018) aponta que mulheres sem episiotomia tendem ter uma retomada mais rápida da vida sexual do que mulheres que tiveram episiotomia, e em termos de preservação da função sexual, a cesariana pode não ser superior ao parto vaginal.

Uma pequena parte das voluntárias se sentiu pressionada a retornar à atividade sexual, fato que pode estar ligado aos desconfortos sentidos pela mulher. Moura *et al.* (2018) dizem que a resposta sexual abrange coordenação, sequência de fases (excitação, lubrificação, desejo, orgasmo e resolução) e todos os elementos das respostas são de parte a parte dependentes, sugerindo que a presença de dor pode estar pautada com a inibição de outros elementos da resposta sexual.

Apenas 14,47% das participantes teve alteração psicológica no pós-parto, entre elas 11,84% apresentou dispareunia secundária. Mulheres que acham que passaram por alterações psicológicas, mas não buscaram ajuda profissional somaram 28,29%, e destas, 23,68% desenvolveu a dispareunia no pós-parto.

Quase metade das participantes declarou que teve ou acredita que teve alteração psicológica no pós-parto. De acordo com Abdo, Moreira Júnior e Fittipaldi (2000) alguns

elementos podem influenciar essa alteração como a história de vida, forma de iniciação sexual, relacionamentos prévios, situação conjugal atual, situação hormonal e presença de crenças e tabus. Dasikan, Ozturk e Ozturk (2020) corroboram incluindo depressão, ansiedade, isolamento social, respeito próprio, autoestima, desordens do sono, disfunção sexual e habilidade de enfrentamento como disparadores ou amplificadores da disfunção em questão.

Sobre a amamentação, 96,05% das participantes declarou ter amamentado. O tempo de amamentação para 26,31% das voluntárias foi até 2 anos, para 23,68% entre 6 meses e 1 ano e 21,05% com duração entre 54 dias e 6 meses. A correlação entre amamentação e dispareunia mostrou que entre as mulheres que amamentaram, 73,68% apresentou dispareunia no pós parto ( $p < 0,0001$ ).

Abdo, Moreira Júnior e Fittipaldi (2000) e Dewitte, Borg e Lowenstein (2018) abordam elementos que podem estar associados a falta de lubrificação vaginal devido carência de estímulos, timidez, evento sexual traumático anterior ou educação repressora. A amamentação foi fato relatado entre boa parte das mulheres que apresentaram dispareunia, estando associado à baixa de estrogênio, que por sua vez está associada à falta de lubrificação (BASSON E GILKS, 2018).

Santana *et al.* (2018) e Moura *et al.* (2018) ressaltam que essa é uma fase de muitas mudanças na vida da mulher, que requer cuidados e atenção da equipe de saúde e rede de apoio, no entanto, a atenção costuma estar voltada para os cuidados com o recém-nascido, enquanto os desconfortos vivenciados pela puérpera são negligenciados. Francisco *et al.* (2011) mostra que durante o período puerperal, a presença de dor gera dificuldades para o exercício da maternidade e ao desenvolvimento das atividades cotidianas. Essas dificuldades podem causar importantes problemas físicos, psicológicos e emocionais que colaboram para experiências negativas do parto.

A adaptação do ECOS foi utilizada a fim de coletar dados sobre o comportamento sexual das mulheres pesquisadas. Numa escala entre muito insatisfeita, insatisfeita, neutra, satisfeita e muito satisfeita, 43,42% afirma estar satisfeita em relação às preliminares do ato sexual. De acordo com os dados, agora com a escala entre muito ruim, ruim, boa e ótima 63,81% das mulheres considera a própria vida sexual boa. Para analisar a frequência de orgasmo foi utilizada a escala entre nunca, raramente, às vezes,

frequentemente e sempre, onde 35,53% das pesquisadas disse ter orgasmo com frequência.

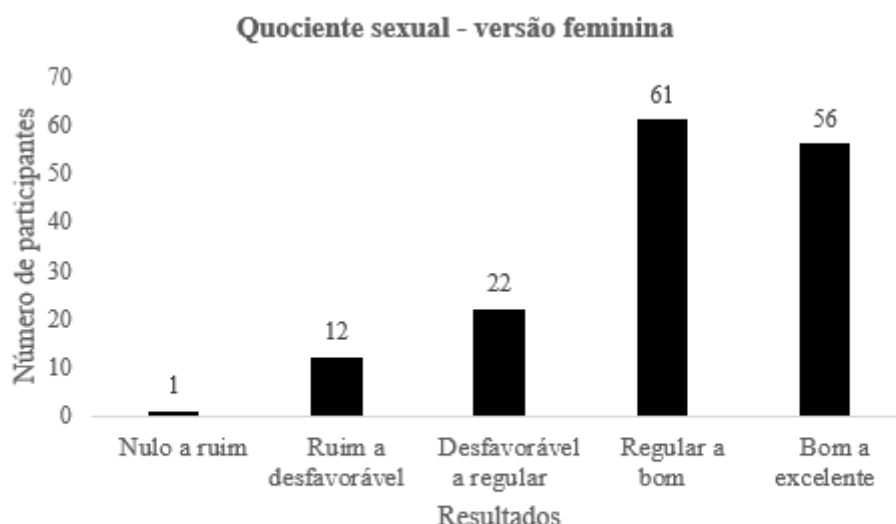
A análise dos resultados do ECOS evidencia que as mulheres que sentem dor, perda de interesse ou repulsa ao sexo ou ao parceiro durante ou após o ato sexual, ou que passaram por situação de assédio sexual, violência sexual ou estupro, apresentaram dispareunia secundária, como demonstrado na tabela 6.

Tabela 6: Associação entre o estudo do comportamento sexual e a presença de dispareunia secundária. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Teste de qui-quadrado, \* p < 0,05.

Estudo do Comportamento Sexual	Dispareunia secundária		P
	Sim	Não	
<b>Durante ou após o ato sexual, sente</b>			
Dor	12 (85,71%)	2 (14,28%)	0,433
Perda de interesse	28 (96,55%)	1 (3,45%)	
Repulsa ao sexo ou ao parceiro (a)	10 (90%)	1 (10%)	
<b>Passou por alguma destas situações</b>			
Assédio sexual	39 (82,98%)	8 (17,02%)	0,329
Violência sexual	13 (72,22%)	5 (27,78%)	
Estupro	5 (100%)	0	

A análise dos resultados do ECOS encontradas no presente estudo evidenciam que as mulheres que sentem dor, perda de interesse, repulsa ao sexo ou ao parceiro durante ou após o ato sexual, que passaram por situação de assédio sexual, violência sexual ou estupro apresentaram dispareunia secundária. Semelhante à pesquisa de Michel *et al.* (2017), onde um quarto das participantes apresentou, muito frequentemente ou sempre, sintomas de dor durante o ato sexual associado a fatores de relacionamento sexual como não compartilhar o mesmo nível de interesse por sexo, experiências adversas, sexo não voluntário e associações com medidas de saúde psicológica e física, incluindo sintomas depressivos.

O QS-F aborda domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos). O score define que valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual. O score final do instrumento aplicado teve média 72,18% (DP± 18,22).



**Figura 3: Estratificação dos resultados das participantes avaliadas através do questionário Quociente Sexual – versão feminina. Valores apresentados em frequência absoluta (n).**

Ao avaliar os resultados da pontuação no QS-F do presente trabalho foi possível observar que quanto maior a idade, maior o score, o que indica melhor desempenho/satisfação sexual associado também a menor prevalência de dispareunia secundária. De acordo com Mitchell (2017) a proporção de relatos de sexo doloroso é mais alta em mulheres jovens (16-24 anos), corroborando com a baixa incidência de dispareunia com a média de idade das participantes.

As correlações entre QS-F e dispareunia secundária teve significância estatística ( $p < 0,0001$ ), mostrando que a dispareunia secundária foi menos presente em mulheres com maior score no QS-F.

O questionário QS-F foi incluído por abordar os domínios da atividade sexual (desejo, excitação, orgasmo e correlatos psicofísicos) e seu impacto na qualidade de vida, bem como os fatores biopsicossociais. Dasikan, Ozturk e Ozturk (2020) abordam a dor pélvica como complexa, multifatorial e que precisa ser tratada em uma estrutura de atenção biopsicossocial. Segundo Dewitte, Borg e Lowenstein (2018) felizmente, as perspectivas biopsicossociais estão sendo mais abordadas, promovendo a ideia de que fatores físicos e psicossociais afetam o desenvolvimento e a manutenção do problema, o relato de sintomas e a resposta ao tratamento.

A literatura nos diz que a dispareunia ocorre de 30 a 60% entre as mulheres no pós-parto, o que é corriqueiro as puérperas comunicarem incomodo e/ou dor no decorrer

da relação sexual em diferenciados espaços de tempo pós-parto, desde as precedentes relações sexuais até mais de um ano após o parto. Moura *et al.* (2018) Destaca que independente da via de parto as queixas de dispareunia são frequentes, mas a maior parte das mulheres não se mobiliza para resolver seu problema. Segundo Francisco *et al.* (2011) a identificação da ocorrência da dor perineal espontânea e os métodos empregados para seu alívio são considerados importantes para minimizá-la, oferecendo à mulher a possibilidade de vivenciar a maternidade de forma positiva e prazerosa.

## **5 CONCLUSÃO**

Conclui-se que os fatores biopsicossociais interferem na recuperação no período pós-parto bem como na satisfação sexual das mulheres. A partir da realização desse trabalho foi possível observar que mulheres com melhor condição física, emocional e social demonstraram menor índice de dispareunia. Além disso, os fatores biológicos, inerentes ao ciclo gravídico-puerperal, influenciaram diretamente na prevalência de dispareunia no período pós-parto.

Apesar dessa disfunção ser comum na população feminina, o presente trabalho aborda questões relevantes, como atenção dos profissionais da saúde, desde antes de engravidar, durante a gestação, parto e no pós-parto, julgando necessária a intervenção desses profissionais na abordagem do público de forma clara, afim de detectar transtornos antes dos mesmos evoluírem para proporções maiores.

O trabalho apresentou limitações no que se refere à dificuldade do diagnóstico, visto que o tabu criado em torno do tema pode causar procrastinação da busca por ajuda e limitar a disponibilidade das participantes para pesquisas, bem como afeta a consciência sobre tal disfunção. Como ponto positivo destaca-se a abrangência da pesquisa devido o formato on-line, com fácil acesso, rápida responsividade.

### **Sobre os autores:**

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Tiradentes- UNIT.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências da Saúde- UFS. Professora do curso de fisioterapia da Universidade Tiradentes- UNIT.

## REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. **Diagnóstico e tratamento**. Associação Paulista de Medicina.14(2):89-1. 2009.
- ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo**. 33(3) 162-167. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 01 dez 2020.
- ABDO, C. H. N.; MOREIRA JÚNIOR, E. D.; FITTIPALDI, J. A. S. Estudo do Comportamento Sexual no Brasil - ECOS. **Revista Brasileira de Medicina**. (57): 1329-1335. 2000.
- ABDO, C. H. N; OLIVEIRA JUNIOR, W. M. O ginecologista brasileiro frente as queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Medicina**. 59 (3) 179-185. 2002.
- ACHOUR, R. *et al*. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. **Psychology Research and Behavior Management**. 12 137–143. 2019
- BARRETO, A. P. P. *et al*. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. 8 (4): 511-517 2018.
- BASSON, R.; GILK., Thea. Women’s sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. **Women’s Health**. 14: 1745506518762664. 1–16. 2018.
- BERNARD T. H. *et al*. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**. (21):5-26. 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Nascidos Vivos–Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def/>>. Acessado em 16 de nov de 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>>. Acessado em 16 de nov de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. 51 p. 2017.
- CASTRO, D. M. S. *et al*. Exercício físico e gravidez: prescrição, benefícios e contraindicações. **Universitas: Ciências da Saúde**. Centro Universitário de Brasília. 7 (1), 91-99. 2009.

DASIKAN, Z.; OZTURK, R.; OZTURK. A. Pelvic floor dysfunction symptoms and risk factors at the first year of postpartum women: a cross-sectional study, **Contemporary Nurse**. 56(2):132-145. 2020.

DEWITTE, M., BORG, C. & LOWENSTEIN, L. A psychosocial approach to female genital pain. **Nature Reviews Urology**. 15: 25–41. 2018.

FALEIROS, Fabiana *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**[online]. 25(4):e3880014. 2016.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Female genital pain. **Diagnóstico e tratamento**. Associação Paulista de Medicina.18(3):124-127. 2013.

Fortunato, J. G. S. *et al.* Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**. 12(3):110-117. 2013.

FRANCISCO, A. A. *et al.* Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paulista de Enfermagem**. 24 (1):94-100. 2011.

KAINU, J. P. *et al.* Persistent Pain After Cesarean Delivery and Vaginal Delivery: A Prospective Cohort Study. **Anesthesia & Analgesia**. 123(6):1535-1545. 2016.

KOUHKAN, S. *et al.* Postural changes during first pregnancy. **British Journal of Medicine & Medical Research**. 7 (9), 745-750. 2015.

LEROY, L. S., LÚCIO, A. E LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 50 (2), 201-206. 2015.

LIMA, S. M. R. R. *et al.* Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**. 55(1):1-6. 2010.

MENDES, E. de P. B. Força muscular perineal de primíparas segundo tipo de parto: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 24:e2758. 2016.

MITCHELL, KR *et al.* CH. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**. 124:1689–1697. 2017.

MOTA, J. S. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**. 6(12): 371-380. 2019.

MOURA, T. R. *et al.* Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. **Revista de Ciências Médicas**. 27(3):157-165. 2018.

OLIVEIRA, S. *et al.* Força muscular do assoalho pélvico de primíparas segundo o tipo de parto: estudo de coorte. **Anais do I Seminário internacional em saúde do adulto**. 2017. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem,



Universidade de São Paulo, São Paulo, Disponível em: <<https://proceedings.science/sisa/trabalhos/forca-muscular-do-assoalho-pelvico-de-primiparas-segundo-o-tipo-de-parto-estudo-de-coorte>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. **Enfermería Global**. (51): 40-53. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acessado em 15 de mar de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3)>. Acessado em 13 de mar de 2019.

PEÑA, S. R.; GODOY, C. R. Episiotomia e suas implicações. **Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar**. 20(1):25-37. 2016.

PERALES, M; ARTAL, R; LUCIA, A. Exercise During Pregnancy. **Journal of the American Medical Association**. 317 (11): 1113–1114. 2017.

REISSING, E. D. *et al.* “Throwing the Baby Out with the Bathwater”: The Demise of Vaginismus in Favor of Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder. **Archives of Sexual Behavior**. Springer Science Business Media. New York. (43):1209–1213. 2014.

RISCADO, LC; JANNOTTI, CB; BARBOSA, RHS. A decisão pela via de parto no brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**[online]. 25(1): e3570014. 2016.

SANTANA, L. S. *et al.* Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. **Revista Femina**. 39 (5): 245-50. 2011.

SCHREINER, L. *et al.* Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. **Journal of Gynecology and Obstetrics**, 143: 10- 17. 2017.

SILVA, A. P. M. **Abordagem fisioterapêutica na mulher com Dor Pélvica Crônica: comparação entre duas técnicas. Trial clínico, randomizado**. Tese (Doutorado em Ciências. Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia, opção Biologia da Reprodução) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2018.

SOBHGOL, SS; CHARNDABEE SMA. Rate and related factors of dyspareunia in reproductive age women: a cross-sectional study. **International Journal of Impotence Research - Nature**. 19 (1): 88-94. 2007.

SPERANDIO, F. F. *et al.* The prevalence of dyspareunia in pregnancy and associated factors. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**.16 (1):49-55. 2016.

STEPHENSON R. G.; O'CONNOR L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. Barueri: Manole. 2004.

TENNFJORD, A. B. *et al.* Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction- secondary analysis of a randomised trial. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**. 123(4):634-54. 2016.

TOURRILHES, E *et al.* Pronostic obstétrical des femmes atteintes de vaginisme primaire. **Pan African Medical Journal**. 32: 160. 2018.

WOOLHOUSE, H; MCDONALD, E; BROWN, S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**. 33 (4): 185-190. 2012.

XING W *et al.* Pelvic floor muscle training for the prevention of urinary incontinence in antenatal and postnatal women: a best practice implementation project. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Journal**. 15(2):567-583. 2017.

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio do(a)s aluno(a)s, Laryssa Iasmim Ferreira da Silva e Rainá Moura Burmann devidamente assistidas por sua orientadora Dra. Daniela Teles de Oliveira, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

- 1- Título da pesquisa: Prevalência de dispareunia no período pós-parto.
- 2- Objetivos primários e secundários: Pontuar se a via de parto tem relação com a prevalência de dispareunia no pós-parto. Verificar a prevalência de dispareunia primária e secundária nas mulheres participantes. Mapear técnicas e procedimentos executados durante o processo de parto que possibilitem o surgimento de dispareunia. Relatar tratamentos buscados pelas mulheres no período pós-parto.
- 3- Descrição de procedimentos: Formulário on-line.
- 4- Justificativa para a realização da pesquisa: A escolha do tema foi decorrente do impacto físico e emocional que a presença da dispareunia pode causar nas mulheres. O estudo propõe analisar dados por meio de uma série de questões que servirão como parâmetro para compreensão do quadro de prevalência da dispareunia, associando à via de parto e possíveis procedimentos efetuados pela equipe médica que possam levar a esse desfecho, bem como pontuar os tratamentos utilizados para recuperação das funções. Esses dados podem auxiliar no modo como a terapia é disponibilizada para a reabilitação de tais disfunções.
- 5- Desconfortos e riscos esperados: poderá ocorrer algum desconforto, pois, pode conter perguntas que possam causar constrangimentos emocionais. Fui devidamente informada dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6- Benefícios esperados: Almejamos que a avaliação dos dados possibilite o mapeamento de técnicas e procedimentos executados durante o processo de parto que possibilitem o surgimento de dispareunia para possível educação das pacientes quanto à escolha da via de parto e equipe para acompanhamento do processo. Constatados os possíveis casos de dispareunia, relatar tratamentos buscados pelas mulheres no período pós-parto.

7- Informações: os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8- Retirada do consentimento: o voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9- Aspecto legal: elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10- Confiabilidade: os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11- Quanto à indenização: não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12- Os participantes receberão uma via deste termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13- Dados do pesquisador responsável:

Nome: Dra. Daniela Teles De Oliveira

Endereço profissional/telefone/e-mail:

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

danidto@yahoo.com.br/ 79 98156-5516

*Atenção:* A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/UNIT - DPE

Av. Murilo Dantas, 300, bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

---

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

## APÊNDICE 2

### Questionário próprio

## DISPAREUNIA NO PÓS-PARTO

Prezada,

Esta pesquisa é sobre a "Prevalência de dispareunia no período pós-parto", pontuando se a via de parto tem relação com a prevalência de dispareunia no pós-parto. Um dos objetivos é mapear técnicas e procedimentos executados durante o processo de parto que possibilitem o surgimento de dispareunia e relatar tratamentos buscados pelas mulheres para resolução de tal disfunção.

Solicitamos a sua colaboração para aplicação do formulário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e e-mail serão mantidos em sigilo absoluto. Se aceitar participar contribuirá para o estudo "Prevalência de dispareunia no período pós-parto". Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, não é obrigada a fornecer as informações solicitadas. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. No caso de aceitar fazer parte do estudo, responda CONCORDO ao final deste documento. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis.

Link para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na íntegra

<https://docs.google.com/document/d/1y1LWRNyVuqdCMioOXQhUgm1a9Hga4vLg-HcrdnXgwv8/edit?usp=sharing>

\*Obrigatório

1. Endereço de e-mail \*

\_\_\_\_\_

2. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo

Não concordo

IDENTIFICAÇÃO

Os dados abaixo serão utilizados para a pesquisa sempre de maneira anônima e não serão divulgados sem a autorização da voluntária.

3. Data de nascimento \*

\_\_\_\_\_

*Exemplo: 7 de janeiro de 2019*

4. Onde mora? \*

Marcar apenas uma oval.

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)
- Não moro no Brasil

5. Cor da pele \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Cor BRANCA
- Cor PRETA
- Cor PARDA
- Cor AMARELA
- Raça/Etnia INDÍGENA

6. Quantidade de partos (independente da via de parto) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 0 *Pular para a pergunta 44*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais

7. Quando foi o seu último parto? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 3 anos
- Entre 3 e 5 anos
- Mais de 5 anos



8. Teve alguma gestação interrompida (aborto)? Se sim, quantas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais

9. Quanto tempo durou a sua última (ou única) gestação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 37 semanas (Prematuro)
- Entre 37 e 42 semanas (A termo)
- Mais de 42 semanas (Pós-termo)

10. Possui alguma das alterações descritas abaixo? \*

Se necessário, pode marcar mais de uma opção.

*Marque todas que se aplicam.*

- Candidíase
- Endometriose
- Mioma uterino
- Síndrome dos Ovários Policísticos – SOP
- HPV
- Vulvovaginite
- Não se aplica

Outro:  \_\_\_\_\_

11. Já fez alguma cirurgia no aparelho reprodutor ou vagina? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

12. Faz uso de anticoncepcional? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

ANTES DO PARTO

Nesta seção as perguntas tem o foco no período antes e durante a gestação.

13. Sentia dor ou desconforto durante a tentativa ou total penetração antes de engravidar? \*

Numa escala de 0 a 10, onde zero é ausência, 1 a 3 - leve, 4 a 6 - moderada, 7 a 9 - forte e 10 é uma dor insuportável.

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ausente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuportável

14. Teve incontinência urinária ou fecal durante a gestação? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

15. Procurou acompanhamento profissional para cuidados voltados para o corpo na gestação? \*

Marcar apenas uma oval.

- Pilates  
 Fisioterapia pélvica  
 Academia  
 Dança  
 Natação  
 Não tive acompanhamento específico na gestação  
 Outro: \_\_\_\_\_

16. Buscou acompanhamento profissional para preparação do períneo para o parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

SOBRE  
O  
PARTO

Nessa sessão abordaremos sobre os acontecimentos durante o processo do parto (trabalho de parto, parto e parte do pós-parto imediato enquanto ainda estiver na maternidade ou casa de parto)

17. Como foi o parto? \*

Marcar apenas uma oval.

- Parto normal (via vaginal com intervenção médica) *Pular para a pergunta 24*  
 Parto natural (via vaginal sem intervenção médica) *Pular para a pergunta 24*  
 Cesariana *Pular para a pergunta 18*  
 VBAC (sigla em inglês para denominar parto normal após cesárea)  
 Cesárea após parto vaginal  
 Outro: \_\_\_\_\_

CESARIANA

Responder se tiver sido submetida à cirurgia cesariana.

18. Se passou por uma cesariana, foi:

Marcar apenas uma oval.

- Eletiva (marcou data e horário com o médico)  
 Intraparto (em trabalho de parto, necessitou da cesárea com urgência)  
 Intraparto (em trabalho de parto, a pedido da mulher)  
 Outro: \_\_\_\_\_

19. Durante o processo da cirurgia:

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
Tudo ocorreu bem, a equipe te tranquilizou durante o processo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gostaria que tivessem explicado os procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantiveram seus braços amarrados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve acompanhante de sua escolha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respeitaram escolhas suas durante o processo (ver bebê saindo, não amarrar os braços...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Houve contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Como foi o momento de recuperação pós-cesariana (2 a 4 horas após a cirurgia)

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
Teve acompanhante de sua escolha?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou com o bebê durante esse tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu acolhida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Considera sua recuperação da cirurgia:

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito ruim
- Ruim
- Boa
- Ótima

22. Passou por alguma situação constrangedora enquanto estava na maternidade?  
Independente da via de parto e de quem tenha causado a situação.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

23. Caso a resposta para a pergunta acima tenha sido positiva, gostaria de falar um pouco sobre o ocorrido?

---

---

---

---

---

Parto vaginal

Responder se tiver passado parto vaginal.

24. Se passou por parto vaginal, foi:

*Marcar apenas uma oval.*

- Início de trabalho de parto espontâneo  
 Trabalho de parto induzido  
 Outro: \_\_\_\_\_

25. No período expulsivo (momento em que o bebê estava saindo do canal vaginal) você estava:

Se for necessário, pode marcar mais de uma opção

*Marque todas que se aplicam.*

- Deitada com a barriga para cima (litotomia)
- Deitada de lado
- Cócoras
- Quatro apoios
- Em pé
- Usando a banqueta de parto
- No chuveiro/banheira
- Recebendo o "soro/sorinho" (ocitocina sintética)
- Tive braços e/ou pernas amarrados
- Não tive liberdade de escolha de posições

Outro:  \_\_\_\_\_

26. Ainda sobre o período expulsivo:

Se for necessário, pode marcar mais de uma opção

*Marque todas que se aplicam.*

- Alguém fez pressão na sua barriga, dizendo estar ajudando o bebê a sair (Manobra de Kristeller)
- Alguém te induziu a fazer força (Puxo induzido: "faz força longa", "faça força de coco"...)
- Sofreu algum tipo de violência verbal ("está fazendo a força errada", "você não está ajudando"...)
- Foi impedida de vocalizar ("na hora de fazer não gritou"...)
- Não se aplica

Outro:  \_\_\_\_\_

27. Foi um parto instrumentalizado?

*Marcar apenas uma oval.*

- Fórceps
- Espátulas
- Vácuo extrator
- Não foi instrumentalizado
- Outro: \_\_\_\_\_

28. Houve algum trauma perineal?

*Marcar apenas uma oval.*

- Episiotomia ("só um pique/cortezinho"=incisão feita pelo médico no períneo da parturiente fazendo uso de tesoura ou bisturi)
- Laceração espontânea (lesão que ocorre naturalmente em alguns casos com a saída do bebê)
- Sem registro
- Não se aplica

29. Passou por alguma situação constrangedora enquanto estava na maternidade/casa de parto?

Independente da via de parto e de quem tenha causado a situação.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

30. Caso a resposta para a pergunta acima tenha sido positiva, gostaria de falar um pouco sobre o ocorrido?

---

---

---

---

---

**PÓS-  
PARTO**

Nessa sessão serão abordadas questões sobre o período pós-parto a partir da saída da maternidade até o completo desmame do bebê.

31. Amamentou seu bebê? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

32. Por quanto tempo amamentou? \*

Se ainda estiver amamentando, selecione o tempo decorrido até o momento.

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 54 dias
- Entre 54 dias e 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Até 2 anos
- Mais de 2 anos
- Não se aplica

33. Teve "rede de apoio" ativa? \*

Pessoas próximas a você para te ajudar com os cuidados com o bebê, com você mesma e com as questões do lar.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

34. Concluiu o período de resguardo sem penetração? \*

Resguardo: período de 40 dias após o parto.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

35. Independente da via de parto e de ter quebrado o resguardo ou não, com quantos dias teve a primeira penetração? \*

Pode ser um valor aproximado.

---



36. Sentiu-se pressionada para retornar à atividade sexual? \*

Mesmo que ninguém tenha dito algo diretamente sobre isso e talvez seja uma autocobrança.

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

37. Sentiu dor ou desconforto durante a primeira tentativa ou total penetração no período pós-parto? \*

Numa escala de 0 a 10, onde zero é ausência, 1 a 3 - leve, 4 a 6 - moderada, 7 a 9 - forte e 10 é uma dor insuportável.

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ausente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuportável

38. Se sua resposta anterior foi positiva, continua sentindo dor até hoje? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Não se aplica

39. Sente dor ou desconforto em alguma posição durante a penetração que não sentia antes do período gestacional? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

40. Sente dor ou desconforto durante alguma estimulação que você ou seu parceiro faça? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

41. Tem sentimentos de raiva, culpa medo ou perda de controle? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

42. Alguma alteração psicológica no pós-parto? \*

Se teve diagnóstico profissional (psicólogo ou psiquiatra)

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Acho que tive, mas não busquei por acompanhamento profissional

43. Procurou acompanhamento profissional para cuidados voltados para o corpo no pós-parto? Qual? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Fisioterapia pélvica

Pilates

Academia

Dança

Corrida

Crossfit

Natação

Não tive acompanhamento específico no pós-parto

Outro: \_\_\_\_\_

**ANEXO 1**  
**Estudo do Comportamento Sexual (ECOS)**  
**Modelo 2**

MODELO 2	
<b>Estudo do Comportamento Sexual (ECOS)</b>	
<p>Este questionário faz parte de uma pesquisa científica que irá fornecer informações importantes sobre comportamento sexual. Agradecemos desde já sua valiosa colaboração e garantimos sigilo em relação às suas respostas. Informamos que não há resposta CERTA ou ERRADA. Fique, portanto, à vontade para responder o que, de fato, ocorre com sua sexualidade.</p> <p>Palavras de uso popular são colocadas, às vezes, ao lado de termos técnicos, para facilitar a compreensão de algumas questões. Por favor, não se sinta ofendido nem interprete isto como desrespeito ou falta de seriedade da pesquisa. Nosso propósito é facilitar o entendimento e garantir que todas as perguntas possam ser respondidas com clareza.</p> <p>Lembre-se de que este questionário é confidencial. Após respondê-lo, dobre-o e deposite-o na urna. Não assine nenhuma página. Muito obrigado por sua participação!</p>	
<b>QUESTIONÁRIO</b>	
1. <b>Idade:</b> (____) anos	5. <b>Nascido em:</b> Cidade (_____) Estado (____)
2. <b>Sexo:</b> Masculino ( ) Feminino ( )	Residente em: Cidade (_____) Estado (____)
3. <b>Estado civil:</b> Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Amasiado(a) ( )	6. <b>Educação:</b> Diploma universitário ( ) 2º grau completo ( ) 1º grau completo ( ) Faculdade incompleta ( ) 2º grau incompleto ( ) 1º grau incompleto ( )
4. <b>Religião:</b> Católica ( ) Evangélica ( ) Protestante ( ) Ateu ( ) Judaica ( ) Espírita ( ) Outra ( ) Qual? _____	7. <b>Raça:</b> Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Outra (_____)

8. Você tem ou teve alguma destas doenças?
- Diabetes (açúcar alto no sangue)..... Sim ( ) Não ( )  
 Hipertensão (pressão alta)..... Sim ( ) Não ( )  
 Doença do coração..... Sim ( ) Não ( )  
 Colesterol alto..... Sim ( ) Não ( )  
 Úlcera duodenal/estomacal..... Sim ( ) Não ( )  
 Depressão..... Sim ( ) Não ( )
9. O início da sua atividade sexual foi aos ( ) anos de idade
10. Você ou seu(sua) parceiro(a) usa preservativo (camisinha)?  
 Nunca ( ) Quase nunca ( ) As vezes ( )  
 Quase sempre ( ) Sempre ( )
11. Você faz sexo com: Homem ( )  
 Mulher ( )  
 Homem e mulher ( )
12. Número de parceiros(as) sexual(is) nos últimos 12 meses:  
 ( ) parceiros(as)
13. Você faz sexo: ( ) vezes por semana  
 ( ) vezes por mês  
 ( ) não faz
14. Em relação às preliminares (aquecimento, começo) do seu ato sexual, você está:  
 Muito satisfeito(a) ( ) Satisfeito(a) ( )  
 Neutro (a) ( ) Insatisfeito(a) ( ) Muito insatisfeito(a) ( )
15. Você se masturba ("punheta", "siriúca"):  
 Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( )  
 Muito frequentemente ( )
16. De um modo geral você  
 Demora para se excitar (estimular) ..... Sim ( ) Não ( )
17. De um modo geral você  
 Perde a excitação (interesse) antes do final .... Sim ( ) Não ( )
18. Assinale com um "X" os fatos que acontecem na sua atividade sexual:
- Desejo ..... ( )  
 Ereção satisfatória (pênis duro) ..... ( )  
 Penetração ..... ( )  
 Orgasmo (gozo) ..... ( )  
 Excitação crescente ("tesão") ..... ( )  
 Ejaculação (saída de espermatozoides pelo pênis) ..... ( )  
 Envolvimento afetivo com o(a) parceiro(a) ..... ( )  
 Envolvimento físico com o (a) parceiro(a) ..... ( )  
 Ejaculo rápido / termina rápido ..... ( )  
 Perda de ereção (pênis amolece) ..... ( )  
 Falta de excitação (falta tesão) ..... ( )  
 Falta de orgasmo (não goza) ..... ( )  
 Falta de desejo sexual (falta vontade de começar) ..... ( )  
 Falta de ejaculação (não sai espermatozoides pelo pênis) ..... ( )
19. De modo geral, você considera sua vida sexual:  
 Muito ruim ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Boa ( )  
 Ótima ( )
20. O que importa num relacionamento sexual entre duas pessoas é:  
 Atração física ("tesão") pelo(a) parceiro(a) ..... ( )  
 Qualidades (dons) do(a) parceiro(a) ..... ( )  
 Afeto, amor ..... ( )  
 Experiência sexual do(a) parceiro(a) ..... ( )  
 Estabilidade econômica do casal ..... ( )  
 Somente ter filhos ..... ( )  
 Respeito mútuo ..... ( )  
 Beleza física do(a) parceiro(a) ..... ( )
21. Durante ou após o ato sexual, você sente:  
 Dor ..... ( ) Sim ( ) Não ( )  
 Perda do interesse ..... ( ) Sim ( ) Não ( )  
 Repulsa ao sexo ou ao parceiro(a) ..... ( ) Sim ( ) Não ( )  
 Outro ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_
22. Sua atividade sexual é feita com  
 (assinale quantas alternativas precisar):  
 Beijos ..... ( )  
 Abraços ..... ( )  
 Masturbação mútua ..... ( )  
 Sexo oral ..... ( )  
 Sexo anal ..... ( )  
 Outras práticas ( )  
 Quais? \_\_\_\_\_
23. Caso tenha medo (s) em relação ao sexo, assinale um "X"  
 (pode assinalar mais de uma alternativa)
- Engravidar ..... ( )  
 Não ter desejo (vontade de começar) ..... ( )  
 Perder a ereção (o pênis amolecer) ..... ( )  
 Não ter orgasmo (não gozar) ..... ( )  
 Terminar muito rápido ..... ( )  
 Não satisfazer o(a) parceiro(a) ..... ( )  
 Pegar doença sexualmente transmissível ..... ( )  
 Não ser aceito(a) ..... ( )  
 Não ter excitação (não ter tesão) ..... ( )  
 Não conseguir "dar mais de uma" ..... ( )  
 Não saber fazer algo. Exemplo: beijar, estimular o sexo  
 do(a) parceiro(a) ..... ( )  
 Outro ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_
24. Você já passou por alguma destas situações  
 (Por favor, marque Sim ou Não)?  
 Doença sexualmente transmissível,  
 exceto Aids ..... Sim ( ) Não ( )  
 Aids ..... Sim ( ) Não ( )  
 Aborto ..... Sim ( ) Não ( )  
 Sexo grupal ("suruba", mais de 3 pessoas) ..... Sim ( ) Não ( )  
 Sexo a três ..... Sim ( ) Não ( )

Troca de casais ("swing") .....	Sim ( )	Não ( )
Relacionamento homossexual uma única vez .....	Sim ( )	Não ( )
Relação sexual com algum familiar de sangue .....	Sim ( )	Não ( )
Relação com animal .....	Sim ( )	Não ( )
Relação com prostituta(o) .....	Sim ( )	Não ( )
Receber dinheiro por sexo .....	Sim ( )	Não ( )
Sexo sob o efeito de álcool .....	Sim ( )	Não ( )
Sexo sob o efeito de drogas (maconha, cocaína etc.) .....	Sim ( )	Não ( )
Aversão por sexo .....	Sim ( )	Não ( )
Relação com pessoa 20 anos mais velha ou 20 anos mais jovem que você .....	Sim ( )	Não ( )
Excitação e gozo com objetos .....	Sim ( )	Não ( )
Excitação e gozo com troca de insultos e agressividade .....	Sim ( )	Não ( )
Goza somente se assiste alguém fazer sexo ou tirar a roupa, sem você participar .....	Sim ( )	Não ( )

25. Você já passou por alguma destas situações  
(sofreu ou praticou)?

	Sofreu	Praticou
Assédio sexual (proposta sexual de alguém com influência ou poder) .....	( )	( )
Violência sexual .....	( )	( )
Estupro .....	( )	( )

**SÓ PARA HOMENS**

26. Em qual das categorias a seguir você se enquadra?

( ) **Sempre** capaz de ter e manter uma ereção boa o suficiente para uma relação sexual.

( ) **Geralmente** capaz de ter e manter uma ereção boa o suficiente para uma relação sexual.

( ) **Às vezes** capaz de ter e manter uma ereção boa o suficiente para uma relação sexual.

( ) **Nunca** capaz de ter e manter uma ereção boa o suficiente para uma relação sexual.

**SÓ PARA MULHERES**

27. Você tem orgasmo (goza) com que frequência?

Nunca ..... ( )

Raramente ..... ( )

Às vezes ..... ( )

Frequentemente ..... ( )

Sempre ..... ( )

28. Você tem orgasmo (goza) (pode marcar mais de uma alternativa):

	Sim	Não	Nunca tentei
Com masturbação (siriaca)	( )	( )	( )
Com sexo oral	( )	( )	( )
Com sexo anal	( )	( )	( )
Com sexo vaginal (penetração do pênis na vagina)	( )	( )	( )
Com ajuda de objetos (vibrador, por exemplo)	( )	( )	( )

## ANEXO 2

### Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

**Quadro 1. Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)<sup>8</sup>**

<p>Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:</p> <p>0 = nunca 1 = raramente 2 = às vezes 3 = aproximadamente 50% das vezes 4 = a maioria das vezes 5 = sempre</p>	
1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Resultado = padrão de desempenho sexual:</b>	<b>Como somar os pontos:</b>
82-100 pontos: <i>bom a excelente</i>	$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5-Q_7]) + Q_8 + Q_9 + Q_{10}$
62-80 pontos: <i>regular a bom</i>	(Q = questão)
42-60 pontos: <i>desfavorável a regular</i>	
22-40 pontos: <i>ruim a desfavorável</i>	
0-20 pontos: <i>nulo a ruim</i>	

## ANEXO 3

### Classificação de Robson

#### Quadro 1: Classificação de Robson

 <p><b>Grupo 1</b></p> <p>Nulíparas com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	 <p><b>Grupo 6</b></p> <p>Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica</p>
 <p><b>Grupo 2</b></p> <p>Nulíparas com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	 <p><b>Grupo 7</b></p> <p>Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
 <p><b>Grupo 3</b></p> <p>Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	 <p><b>Grupo 8</b></p> <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
 <p><b>Grupo 4</b></p> <p>Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	 <p><b>Grupo 9</b></p> <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
 <p><b>Grupo 5</b></p> <p>Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas</p>	 <p><b>Grupo 10</b></p> <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, <math>&lt; 37</math> semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>

 Cesárea anterior

 Trabalho de parto espontâneo