



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, SES
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA – DEFISIO**

**CORRELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E FUNÇÃO
SEXUAL EM MULHERES JOVENS NULÍPARAS**

EMANUELLA MILDEMBERGER FRANCO

**GUARAPUAVA
2023**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, SES
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA – DEFISIO**

**CORRELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E FUNÇÃO
SEXUAL EM MULHERES JOVENS NULÍPARAS**

EMANUELLA MILDEMBERGER FRANCO

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao departamento de
Fisioterapia da UNICENTRO, como
requisito obrigatório para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.**

Orientadora: Profa. Dra. Josiane Lopes

**GUARAPUAVA
2023**

EMANUELLA MILDEMBERGER FRANCO

**CORRELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E FUNÇÃO
SEXUAL EM MULHERES JOVENS NULÍPARAS**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao departamento de
Fisioterapia da UNICENTRO, como
requisito obrigatório para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Josiane Lopes

Profa. Dra. Eliane Gonçalves de Jesus Fonseca

Profa. Me. Jociane de Lima Teixeira

Guarapuava, ____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho a Deus e Santa Terezinha pelas oportunidades e terem me proporcionado saúde e determinação para continuar. Aos meus pais Ademir e Maristella, que deram todo o suporte necessário para eu realizar meu sonho. À minha irmã Heloísa que está presente em todos os meus momentos me dando apoio. Ao meu namorado Rafael por me incentivar todos os dias. Aos meus padrinhos Inez e João Pedro que sempre estiveram comigo. Ao meu cunhado Marlon por sempre me ajudar. Às minhas amigas Jaqueline, Caroline, Ellen, Fernanda e Maria Beatriz por me apoiarem e me auxiliarem. À Tia Adenize (*in memoriam*) que sempre me incentivou a buscar mais conhecimento. A todos o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha orientadora Josiane Lopes por sua disponibilidade, seu auxílio e seu incentivo. Saliento a extraordinária competência como profissional, orientadora, professora e ser humano. Gratidão.

Ao meu grupo de TCC Ellen Caroline Navroski e Fernanda Aparecida Penteado, que me proporcionaram muito aprendizado, leveza durante o percurso e um laço de amizade ainda mais forte. Gratidão.

Ao grupo de pesquisa, todas as meninas que se disponibilizaram a auxiliar durante a coleta. Gratidão.

“Ninguém vale pelo que sabe, mas pelo que faz com aquilo que sabe.” Leonardo Boff

RESUMO

Introdução: As disfunções sexuais (DS) e do assoalho pélvico costumam impactar mulheres gerando limitações de atividades e participação. **Objetivo:** Identificar as disfunções da musculatura do assoalho pélvico (MAP) em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com a função sexual. **Método:** Estudo descritivo, observacional, transversal e de abordagem quantitativa. Foram utilizados o questionário sócio-clínico, *Pelvic Floor Distress Inventory*, *Female Sexual Function Index*, *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*, Escala de Incontinência Anal de Jorge & Wexner e realizado exame físico. **Resultados:** Participaram 45 mulheres (mediana de idade 21 anos). Com predomínio de incontinência urinária (24,44%). A prevalência de DS foi 31,11%. O Grupo com DS apresentou mais disfunções vaginais ($p=0,04$) e intestinais ($p=0,02$). Houve correlação entre DS, disfunções vaginais ($R=0,04$) e intestinais ($R=0,04$). **Conclusão:** Houve predomínio de disfunção urinária dentre as disfunções da MAP. A prevalência de DS foi alta em mulheres jovens nulíparas. Mulheres com DS apresentam piores funções intestinais e vaginais.

Palavras-chave: Assoalho Pélvico, Disfunções do assoalho pélvico, Função Sexual.

ABSTRACT

Introduction: Sexual dysfunctions (SD) and pelvic floor usually affect women, causing activity and participation limitations. **Objective:** to identify pelvic floor muscle (PFM) disorders in young nulliparous women and correlate to sexual function. **Method:** Descriptive, observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The socio-clinical questionnaire, *Pelvic Floor Distress Inventory*, *Female Sexual Function Index*, *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*, Jorge & Wexner Anal Incontinence Scale were used and a physical examination was performed. **Results:** 45 women participated (median age 21 years). With great urinary incontinence (24,44%). The prevalence of SD was 31.11%. The SD group had more vaginal ($p=0,04$) and intestinal ($p=0,02$) dysfunctions. There was a correlation between SD, vaginal ($R=0,04$) and intestinal ($R=0,04$) dysfunctions. **Conclusion:** There was majority of urinary dysfunction of PFM. The prevalence of SD was high in young nulliparous women. Women with SD have worse bowel and vaginal functions.

Keywords: Pelvic Floor, Pelvic Floor Dysfunctions, Sexual Function.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem ilustrativa da palpação digital do canal vaginal	17
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aspectos relacionados à sexualidade da amostra.....	18
Tabela 2 - Caracterização da função sexual da amostra segundo o <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI).....	19
Tabela 3 - Caracterização da funcionalidade da Musculatura do Assoalho Pélvico.....	20
Tabela 4 - Valores das disfunções vesicais, intestinais e vaginais <i>Pelvic Floor Distress Inventory</i> (PFDI-20) distribuídas entre os grupos com e sem disfunção sexual.....	20
Tabela 5 - Correlação entre nível de disfunções da Musculatura do Assoalho Pélvico e presença de disfunção sexual.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos sintomas relacionados à disfunção sexual.....	19
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
DS	Disfunção Sexual
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. MÉTODOS.....	14
3. RESULTADOS	18
4. DISCUSSÃO.....	21
5. CONCLUSÃO	23
6. REFERÊNCIAS	25
7. ANEXOS.....	28
8. APÊNDICES.....	34

1. INTRODUÇÃO

Na cavidade abdomino-pélvica se localiza o assoalho pélvico (AP) que é composto por músculos, fáscias e ligamentos. Ele é constituído pelos músculos levantadores do ânus (puborretal, pubococcígeo e ileococcígeo), coccígeo, bulboesponjoso, isquiocavernoso, e pelo músculo perineal transverso profundo e superficial¹. Tem como principais funções estabelecer o suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manter a continência urinária e fecal, e a função sexual, atuando na contração durante a relação e ocasionando as sensações vaginais^{2,3}.

Semelhante às outras partes do corpo humano, o AP pode desenvolver várias disfunções. Elas ocorrem devido a uma função anormal dessa musculatura⁴. As disfunções da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) podem ser divididas em duas grandes categorias: relaxante ou hipotônica; e não-relaxante ou hipertônica, quando os músculos permanecem contraídos, causando aumento da pressão e dor^{5,6}. Os principais fatores de risco para disfunções da MAP em mulheres nulíparas estão, os exercícios físicos de alto impacto, tabagismo, fatores genéticos, uso de drogas, obesidade, doenças crônicas, e consumo de cafeína^{7,8}.

O AP desempenha um papel importante na sexualidade feminina. Quando os músculos estão saudáveis e funcionais são volumosos, para assim, suportarem as paredes vaginais. Porém, quando há uma debilidade do funcionamento dessa musculatura, tanto a hipotonicidade como a hipertonicidade influenciam na função sexual feminina. As disfunções do AP diminuem a qualidade de vida das pacientes, interferindo, progressivamente, na sua confiança e autoestima. Como também na função sexual, já que muitas mulheres evitam a relação sexual devido aos sintomas relacionados às disfunções da MAP^{9,10}.

A sexualidade, segundo a Organização Mundial de Saúde é um aspecto essencial na qualidade de vida do ser humano¹¹. É composta por quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo consiste na fase em que pensamentos eróticos e outros fatores despertam a vontade de realizar atividade sexual. A excitação é desencadeada pelo desejo, ocorrendo mudanças corporais como a lubrificação vaginal. O orgasmo é o ápice do prazer sexual, ocorrendo uma contração rítmica da musculatura genital. E a resolução, a qual consiste no relaxamento muscular que ocorre logo depois do orgasmo^{10,12}. Havendo o excesso, a falta, presença de dor e/ ou desconforto em alguma das etapas, denomina-se

como disfunção sexual, podendo ser persistente ou recorrente¹³. As disfunções sexuais são classificadas em: transtorno do orgasmo feminino; transtorno de excitação sexual feminina; transtorno gênito-pélvica/ penetração; e disfunção sexual induzida por alguma substância desencadeada devido a efeitos fisiológicos adversos, tanto por medicação como pela ingestão de tabaco, álcool e/ ou drogas ilícitas¹⁴.

As disfunções sexuais e da MAP costumam impactar mulheres sexualmente ativas diretamente, gerando limitações e restrições de atividades e participação social feminina, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. E uma vez que existe relação estreita entre AP e sexualidade, é muito importante que ambos os sistemas sejam avaliados em conjunto para mulheres que apresentem disfunção do AP ou queixa sexual¹⁵⁻¹⁷.

Muitas mulheres adultas jovens nulíparas, mesmo sem apresentar uma doença aparente apresentam importantes alterações na MAP. Tal problemática é muito negligenciada. As condições de distúrbios da MAP são muito estigmatizadas, pouco difundidas e esclarecidas. As funções sexuais podem influenciar nos aspectos sensório-motores da MAP. Assim, realizar um estudo que se propõe avaliar a funcionalidade do assoalho pélvico torna-se muito relevante para gerar evidências em uma população adulta jovem. Assim, este estudo teve o objetivo de identificar as disfunções da MAP em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com a função sexual.

2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, de corte transversal e de abordagem quantitativa desenvolvido na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (CEFISIO/ UNICENTRO). Este estudo seguiu as normas previstas na resolução número 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo comitê de ética envolvendo seres humanos da UNICENTRO (COMEP/ UNICENTRO) (Parecer n.º. 5.299.509) (Anexo A). A amostra foi constituída por mulheres jovens estudantes do campus Cedeteg da UNICENTRO nas diversas especialidades. Como critérios de inclusão da amostra foi considerado: mulheres com faixa etária entre 18 e 30 anos, nulíparas, que já tivessem a primeira relação sexual e que não estivessem menstruando no dia da avaliação. Não foram incluídos participantes com doenças

neurológicas, infecção urinária ou vaginal ativa, vaginismo, doença renal, cirurgia uroginecológica, malformação uroginecológica, diagnóstico de câncer pélvico atual ou progresso e/ ou dificuldade para compreensão para realização da avaliação.

As participantes foram recrutadas por meio de divulgação na clínica-escola de Fisioterapia, *whatsapp* de grupos e mídias sociais. A amostra foi do tipo conveniência com recrutamento das mulheres que desejassem participar do estudo e que contemplassem os critérios de elegibilidade. Após o aceite do convite e com a anuência da participante (Apêndice A), foi agendada com cada participante data e horário para comparecer à avaliação. Como este estudo foi iniciado durante a pandemia COVID-19 foram assegurados todos os cuidados referentes à biossegurança.

As participantes da pesquisa foram avaliadas em dia e horário previamente agendado em sala isolada, silenciosa e em temperatura ambiente. A avaliação foi composta pela administração de um protocolo de questionários e o exame físico da MAP (Apêndice B). Foi administrado o questionário sócio-clínico (elaborado especificamente para este estudo) e os questionários: *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20), *Female Sexual Function Index* (FSFI), *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF), Escala de Incontinência Anal de Jorge & Wexner.

O Questionário sócio-clínico, um formulário elaborado pela pesquisadora para coleta dos dados: pessoais (nome, idade, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, endereço, telefone, cidade/UF), peso e altura, ginecológicos (uso e tipo de método contraceptivo, vida sexual ativa e tempo de atividade sexual) e sintomas de disfunção sexual.

O instrumento PFDI-20¹⁸ é utilizado para avaliar os sintomas de disfunção da MAP. O PFDI-20 é dividido nos domínios vesicais, intestinais e vaginais, porém ele é específico para os sintomas dessas disfunções. É composto por 20 questões e a pontuação subdividida de 0 a 100 por domínio e o escore total pode variar de 0 a 300. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de disfunção¹⁸.

O instrumento *FSFI* é utilizado para avaliar a função sexual da mulher¹⁹. O questionário é composto por 19 questões e se refere à atividade sexual nas últimas quatro semanas^{20,21}. É composto por seis domínios da resposta sexual: 1) desejo e estímulo subjetivo, 2) excitação, 3) lubrificação, 4) orgasmo, 5) satisfação e 6) dor

(dispareunia) ou desconforto. Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples) que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado (Domínio/ fator de multiplicação - desejo e estímulo subjetivo/0,6; Excitação/ 0,3; lubrificação/ 0,3; Orgasmo/ 0,4; Satisfação/0,4; Dor (dispareunia) ou desconforto/0,4. A pontuação final é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio, que podem variar de 2 a 36. Quanto maior o escore, melhor a função sexual. O ponto de corte para caracterizar disfunção sexual é $\leq 26,55$ pontos^{20,21}. Para a análise dos domínios foram utilizados os seguintes pontos de corte (\leq): Desejo: 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45, Orgasmo: 5,05, Satisfação: 5,04 e Dor: 5,51²².

O instrumento ICIQ-SF²³ é utilizado para avaliar relatos de incontinência urinária. Tem como objetivo avaliar a gravidade, frequência e impacto da IU na qualidade de vida das participantes. Ele é composto por 4 questões e seu escore pode variar de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maior a gravidade e impacto da IU na qualidade de vida da mulher²³.

A *Escala de Incontinência de Jorge & Wexner* consiste em uma escala simples composta de cinco itens capaz de identificar se a mulher apresenta problemas de IA e qual o impacto dessa disfunção na QV relacionada à saúde das mulheres. A escala é composta por cinco variáveis (fezes sólidas e líquidas, flatos, uso de protetor e alteração no estilo de vida) e avalia a gravidade da IA, a qual pode ser classificada como leve, moderada ou grave²⁴. O escore é uma escala do tipo Likert e as respostas variam da seguinte forma: 0 – Nunca, 1 – Raramente, 2 – Algumas vezes, 3 – Geralmente, 4 – Sempre, com pontuação final que vai de zero, que significa saúde perfeita até vinte, evidenciando incontinência completa, com a seguinte classificação da gravidade da IA: leve- de 0 a 7 pontos; moderada - de 8 a 13 pontos; grave - de 14 a 20 pontos²⁴.

O *Exame físico fisioterapêutico do assoalho pélvico* foi realizado após a participante esvaziar sua bexiga. Realizado em sala fechada e silenciosa. A participante deitou-se em maca em posição de decúbito dorsal com flexão de quadris e joelhos, pés apoiados na maca e quadril abduzido, estando a região pélvica totalmente desnuda e coberta por um lençol descartável. Na avaliação da força muscular perineal a examinadora realizou a palpação digital do canal vaginal, o qual, com auxílio de uma luva lubrificada, introduziu o 2º dedo no terço médio do

canal (3 cm), solicitando que contraía e relaxe aos comandos da avaliadora. Foi utilizada uma ficha de avaliação fisioterapêutica de avaliação do AP composto por: tônus do corpo perineal, tônus do esfíncter anal externo e avaliação da força muscular perineal através do esquema Perfect (Apêndice C)²⁵.



Figura 1 - Imagem ilustrativa da palpação digital do canal vaginal.

Fonte: Baracho et al. (2006)²⁵

A tonicidade da consistência do corpo perineal e do esfíncter anal externo, foi avaliada realizando uma pressão suportável sobre a estrutura. Quando encontrada uma consistência elástica foi indicativo de normalidade. Quando a pressão digital não encontrou resistência é indicativo de hipotonia. E em caso de rigidez à pressão, hipertonia²⁶.

Avaliação da força foi realizada através do esquema Perfect que determina a força muscular pela intensidade da contração voluntária do assoalho pélvico, de acordo com a Escala de Oxford Modificada, de 0 a 5; sendo 0: sem contração; 1: esboço de contração muscular não sustentada; 2: contração de pequena intensidade, mas que se sustente; 3: contração moderada, com aumento de pressão intravaginal, comprimindo os dedos e apresentando pequena elevação da parede vaginal; 4: contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador, com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica e; 5: contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica^{27,28}.

Análise estatística

Estatísticas descritivas e medidas de frequência foram utilizadas para análise dos dados sócio-clínicos. A distribuição de normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk, para as variáveis que apresentaram distribuição paramétrica os dados foram apresentados em médias e desvio-padrão, para as não-paramétricas em medianas e intervalos interquartílicos.

A comparação entre os grupos com e sem disfunção sexual em relação às disfunções da MAP avaliadas pelo PFDI-20 foram analisadas por meio do teste t

para amostras independentes de acordo com a normalidade dos dados. Análises de correlação foram realizadas por meio dos coeficientes de correlação de Spearman. A significância estatística adotada foi $p < 0,05$. As análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Program for Social Science (SPSS)*, versão 23.0.

3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 45 mulheres adultas jovens nulíparas com mediana de idade de 21 (20 - 23) anos, média de índice de massa corpórea de $22,86 \pm 3,23$ kg/m². Dados relacionados à sexualidade da amostra são apresentados na tabela 1. Foi relatado que 75,5% das participantes apresentavam vida sexual ativa. A maioria tinha parceiro fixo (apenas uma mulher relatou parceria feminina), utilizava algum método de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e frequência de uma relação sexual por semana. O principal método contraceptivo foi o preservativo masculino. A prevalência de disfunção sexual foi 31,11%.

Tabela 1. Aspectos relacionados à sexualidade da amostra

Variáveis	N
Vida sexual ativa	34
inativa	11
Parceiro fixo	29
mais de um parceiro	5
Métodos de prevenção DSTs	
Sim	28
Não	16
Métodos contraceptivos	
Preservativo (masculino)	28
Anticoncepcional oral	18
Anticoncepcional intramuscular	2
Anticoncepcional transdérmico	1
Implante	2
Dispositivo intrauterino	5
Nenhum	1
Frequência relações sexuais/semana	
1vez	18
2vezes	8
3 vezes	4
4 vezes	4
Disfunção sexual	
Sim	14
Não	31

n, número de indivíduos; DSTs, doenças sexualmente transmissíveis.

Na tabela 2 é possível evidenciar que as participantes que apresentaram disfunção sexual, os piores domínios do FSFI foram dor/ desconforto e lubrificação.

Tabela 2. Caracterização da função sexual da amostra segundo o FSFI

FSFI (domínios)	Ponto de corte (\leq)	Média \pm DP (n=45)	Com disfunção sexual Média \pm DP (n=14)	Sem disfunção sexual Média \pm DP (n=31)
Desejo e estímulo subjetivo	4,28	3,16 \pm 1,01	2,95 \pm 1,27	3,25 \pm 0,88
Excitação	5,08	1,99 \pm 1,10	0,90 \pm 0,85	2,48 \pm 0,80
Lubrificação	5,45	2,22 \pm 2,68	0,75 \pm 0,80	2,88 \pm 2,97
Orgasmo	5,05	2,20 \pm 1,47	0,80 \pm 0,73	2,83 \pm 1,27
Satisfação	5,04	1,74 \pm 1,24	0,88 \pm 1,00	2,12 \pm 1,15
Dor ou desconforto	5,51	3,04 \pm 12,07	0,57 \pm 0,46	4,15 \pm 1,47
Escore total	26,55	31,18 \pm 14,79	16,07 \pm 10,03	38,00 \pm 11,08

FSFI, *Female Sexual Function Index*; DP, desvio-padrão.

A queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa de penetração ou à penetração vaginal completa (dispareunia) foi a principal queixa. A anorgasmia foi considerada como a falta do orgasmo ou retardo da resposta do prazer. A frouxidão vaginal foi relatada pelas mulheres como uma sensação de alargamento da vagina (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos sintomas relacionados à disfunção sexual

Sintoma	n	Prevalência (%)
Dispareunia	13	22,81
Anorgasmia	7	12,28
Falta de prazer	3	5,26
Frouxidão vaginal	3	5,26

Na caracterização da funcionalidade da MAP, observa-se que a maioria da amostra apresenta fraqueza muscular e normotonia em corpo perineal e de esfíncter anal externo. Na análise das disfunções da MAP (urinária, intestinal e sexual) houve maior predomínio de disfunção urinária com 24,44%, relatando incontinência urinária (11 participantes relataram incontinência urinária, sendo 6 incontinência urinária de urgência, 3 incontinência urinária de esforço e 2 incontinência urinária mista), e 4 incontinência anal relatando perda de flatos (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da funcionalidade da MAP

Variáveis	Valores n Mediana (p25- p75)
Tônus do corpo perineal (normal, hipertonia, hipotonia)	(33, 7, 5)
Tônus do esfíncter anal externo (normal, hipertonia, hipotonia)	(38, 4, 3)
Escala Perfect (força)	3 (2 – 3)
ICIQ-F (escore total)	0 (0-3)
EI Jorge & Wexner (n:43 – leve)	0 (0-2)
EI Jorge & Wexner (n:2 – moderado)	8 (8 – 8)
PFDI-20 (vesical)	8,33 (0 – 29,16)
PFDI-20 (intestinal)	9,37 (0 - 28,12)
PFDI-20 (vaginal)	8,33 (0 – 29,16)
PFDI-20 (escore total)	31,25 (8,33-84,89)

IMC, índice de massa do corpo; EVA, escala visual analógica de dor, ICIQ-F, *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*; EI Jorge & Wexner, escala de incontinência anal de Jorge & Wexner; PFDI-20, *Pelvic Floor Distress Inventory*.

Na tabela 4 estão apresentados os dados da comparação entre os grupos com e sem disfunção sexual (FSFI) quanto às disfunções da MAP avaliadas pelo PFDI-20. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, para os domínios intestinal e vaginal do PFDI-20, sendo que o grupo que apresentou disfunção sexual apresentava também maiores pontuações nesses domínios, indicativo de piores funções.

Tabela 4. Valores das disfunções vesicais, intestinais e vaginais (PFDI-20) distribuídas entre os grupos com e sem disfunção sexual.

PFDI-20	Disfunção sexual (FSFI)		P
	Com disfunção (n=14)	Sem disfunção (n=31)	
vesical	8,33 (3,12 – 29,16)	8,33 (0,00-33,33)	0,87
Intestinal	17,18 (0,00 – 25,00)	6,25 (0,00-28,12)	0,02*
vaginal	12,50 (0,00 – 33,33)	8,33 (0,00 – 16,66)	0,04*
PFDI-20 (total)	31,77 (8,33 – 68,75)	25,00 (8,33 – 116,66)	0,07

FSFI, Female Sexual Function; PFDI-20, *Pelvic Floor Distress Inventory*.

Houve correlação apenas entre disfunção sexual e PFDI-20 intestinal e PFDI-20 vaginal (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre nível de disfunções da MAP e presença de disfunção sexual

	(<i>r</i> ó de Spearman) valor-p
Disfunções da MAP	Disfunção sexual
PFDI-20 vesical	0,08 0,60
PFDI-20 intestinal	0,68* 0,04
PFDI-20 vaginal	0,74* 0,04
PFDI-20 total	0,11 0,47
Perfect (Força)	-0,20 0,17
El Jorge & Wexner	0,03 0,82
Tônus do corpo perineal	0,20 0,16
Tônus do esfíncter anal externo	0,09 0,52
ICIQ-F	0,09 0,55

PFDI-20, *Pelvic Floor Distress Inventory*; El Jorge & Wexner, escala de incontinência anal de Jorge & Wexner; FSFI, *Female Sexual Function Index*, ICIQ-F, *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*. *valores com $p < 0,05$.

4. DISCUSSÃO

Houve um grande número de mulheres da amostra que apresentavam disfunção sexual (31,11%), dado muito semelhante ao encontrado no estudo de Satake et al (2018)²⁹ que identificaram que em 149 alunas de graduação de saúde da região sudeste do Brasil, 28,8% apresentaram algum tipo de disfunção sexual. Reforçando similaridade de prevalência de mulheres jovens no Brasil e observando um estigma quando se aborda disfunções nessa faixa etária. Levando a considerar que a prevalência na presente pesquisa foi alta, se tratando de mulheres jovens e nulíparas e a qual, ainda é pouco discutida e difundida.

Pode-se observar que a obesidade não foi um fator impactante no presente estudo já que o índice de massa corpórea apresentou-se eutrófico de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000)³⁰, a qual o peso normal demonstra-se 18,5 a 24,9 para adultos. Outros fatores associados em mulheres jovens nulíparas e presentes na amostra desse estudo estão relacionados com características socioculturais e emocionais. De acordo com o estudo realizado por Latorre et al

(2016)³¹ foi observado que fatores interpessoais, emocionais e sociais, podem, de fato, impactar a vida da mulher e produzir efeitos deletérios sobre a função sexual.

Ao analisar os sintomas da disfunção sexual, a queixa mais relatada foi de dor/ desconforto, seguida de lubrificação e anorgasmia. Corroborando com um estudo brasileiro em mulheres jovens, na qual observaram que a maior frequência de disfunção foi relacionada à dor³². Observa-se que em mulheres jovens há muitos fatores psicológicos que agregam em seus sintomas. Latorre et al (2016)³¹ demonstraram que relacionamentos mais recentes (menos de um ano de duração) estão associados a sintomas da disfunção sexual, visto que variáveis relacionadas ao aumento da intimidade do casal poderiam desempenhar um papel importante na proteção contra a disfunção sexual.

Na caracterização da funcionalidade da MAP, observa-se que a maioria da amostra apresenta fraqueza muscular e normotonia em corpo perineal e de esfíncter anal externo. A força da MAP está diretamente ligada à saúde do assoalho pélvico, fazendo com que essa estrutura consiga desempenhar de forma correta as funções sexuais. Dessa forma, o grau de força muscular tem grande contribuição para a satisfação sexual³³. De acordo com a literatura, a fragilidade, o tônus (hipertonia ou hipotonia) que acometem a MAP interferem na relação sexual³⁴. Porém, há escassez de pesquisas que abordem a normotonia e disfunções sexuais, diferenciando dos resultados desse estudo em que a maioria das mulheres jovens apresentou normotonia.

Na análise das disfunções da MAP (urinária, intestinal e sexual) a maioria das participantes relataram incontinência urinária. Uma revisão realizada por Auge e colaboradores (2010)³⁵ que abordou sintomas do trato urinário inferior e sexualidade cita um estudo realizado com mulheres incontinentes que verificou que pacientes apresentavam efeitos negativos sobre a vida sexual. Achados que divergem dos encontrados no presente estudo, visto que as participantes não relataram nenhum problema em sua função sexual mesmo apresentado incontinência urinária e não houve correlação entre disfunção sexual e disfunção vesical.

Houve correlação entre disfunção sexual e o domínio intestinal do PFDI-20. Percebeu-se que a queixa mais relatada foi dor/ desconforto na relação sexual. Tal

fato pode ser atribuído a uma falha de relaxamento do assoalho pélvico, ocasionando desconfortos em ambas as situações e sendo um fator de risco. Na literatura há escassez de estudos sobre o tema. Uma revisão³⁶ apresentou estudos com mulheres que recebiam tratamento para disfunções do assoalho pélvico, incluindo disfunções intestinais sendo demonstrada correlação positiva entre mulheres em idade fértil com falha de relaxamento da MAP e pior função sexual, concordando com os resultados do presente estudo sobre a correlação da disfunção intestinal e sexual.

Também houve correlação entre disfunção sexual e o domínio vaginal do PFDI-20. A queixa de dor/ desconforto é comum em mulheres que venham a apresentar distopia genital, levando em consideração o medo de que venha a ocorrer durante a função sexual. Em concordância com o estudo de BO et al (2012)³⁷, o qual descreve que há influência da MAP sobre a função e resposta sexual, pois a disfunção sexual é uma condição comum em mulheres com queixas de incontinência urinária e distopias.

Esse estudo apresentou algumas limitações. O número da amostra foi pequeno. Houve baixa adesão das mulheres à coleta de dados, muitas que responderam os questionários não compareceram ao exame físico, inviabilizando o uso de seus dados. A amostra era muito jovem e encontra-se em uma fase de descobrir seu corpo e funções da MAP. Em relação ao do exame físico, foi limitada a avaliação de contração e relaxamento da MAP. Não constam na literatura questionários que avaliam a sexualidade em mulheres homossexuais.

Foram pontos fortes desta pesquisa estudar mulheres jovens nulíparas e buscar associar a fatores de risco a disfunções do assoalho pélvico e sexuais, demonstrando que muitas mulheres jovens podem vir a ter disfunções além do estigma de que atingem somente mulheres de faixa etária mais elevada.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que, para a amostra estudada, houve predomínio de disfunção urinária dentre as disfunções da MAP e a prevalência de disfunção sexual foi alta levando em consideração que se trata de mulheres jovens nulíparas. Mulheres com disfunção sexual apresentam piores funções intestinais e vaginais com correlação também entre as mesmas disfunções. Sugere-se que novos estudos sejam

realizados na perspectiva das disfunções sexuais em mulheres jovens nulíparas, pois ainda há muito estigma nessa faixa etária.

6. REFERÊNCIAS

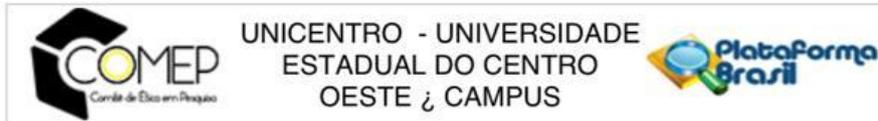
1. Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. (5a ed.) Guanabara Koogan, 2014. 243-254.
2. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Kampen MV. Evidence-based therapy for the pelvic floor: Bridging Science and Clinical Practice, 2015.
3. De Souza MMB, et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em profissionais do sexo na cidade de Fortaleza/CE. Fisioterapia Brasil, v. 17, n. 6, p. 577-584, 2017.
4. Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. Journal of midwifery & women's health, [s. l.], 19 maio 2018. DOI 10.1111/jmwh.12736.
5. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. Mayo Clin. Proc. 2012; 87:187Y93
6. Kepenekci I, Keskingilic B, Akinsu F, Cakir P, et al. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. Diseases of the colon and rectum, Philadelphia, v.54, n.1, p.85-94, 2011.
7. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. Fisioter Mov. 2012; 25(1):55-65.
8. Dias SFL, Rodrigues AMS. A prevalência de incontinência urinária em mulheres nulíparas. J Health Sci Inst. 2016;34(1):49-52.
9. Mendonça CR, Silva TM, Arruda JT, García-Zapata MT, Amaral AWN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. Femina 2012;40(4):195-202.
10. Piassarolli VR, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia, 2010.
11. Organização Mundial da Saúde. Social science methods for research on sexual and reproductive health. 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44805/1/9789241503112_eng.pdf Acesso em: 6 dez. 2022.
12. Pinto BCV. A influência dos aspectos contemporâneos na sexualidade feminina – Uma visão gestáltica, Revista IGT na Rede. 2012; 9(17): 161 – 170.
13. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. Revista Neurociência, Teresópolis-RJ, v.18, n.2, p.267-274, 2010.
14. Associação Americana De Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2014. p.1401
15. Barber MD, Dowsett SA, Mullen KJ, et al. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. Cleve Clin J Med. 2005 Mar;72(3):225-32.
16. Dalpiaz O, et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. Austria: BJU international. 2008; 101:717-21.
17. Rogers RG, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. International urogynecology journal, v. 29, n. 5, p. 647-666, 2018.
18. Arouca MAF, Duarte TB, Lott DAM, Magnani OS, Nogueira AA, Rosa-e-Silva JC, Brito LGO. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the

- Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J.* 2016 Jul;27(7):1097-106
19. Hentschel H, et al. Validation of the female sexual function index (FSFI) for portuguese language. *Revista HCPA*, v.27, n.1, p.10. 2007.
20. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.*, v.31, n.1, p.1-20, 2005.
21. Freitas CS. FUNCIONALIDADE DO ASSOALHO PÉLVICO E FUNÇÃO SEXUAL DE IDOSAS ATIVAS FISICAMENTE. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS). Santa Maria, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/18515/DIS_PPGGERONTOLOGIA_2017_FREITAS_CAROLINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 dez. 2022.
22. Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C. M., Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208. 2000.
23. Tamanini JTN, et al. Validação para o português do —International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Formll (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 438-44, 2004.
24. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, v.36, n.1, p.77-97, 1993.
25. Baracho ELL. et al. Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. *Fisioter Pesqui.*, v.13, n.1, p.23-9, 2006.
26. Chiarapa TR, Cacho DP, Alves AFD. Avaliação Cinético Funcional. In: Chiarapa TR, Cacho DP, Alves AFD. *Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar*. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2007. p. 71-122.
27. Fusco HCSC. Avaliação da força do assoalho pélvico, perda urinária e desempenho sexual em mulheres com fibromialgia. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
28. Ortiz OC, Nuñez FC, Ibañez G. Evaluación funcional Del piso pelviano femenino: clasificación funcional. *Bol Soc Latinoam Uroginecol Cir Vaginal*, v.1, n.2, p.7-9, 1994.
29. Satake JT, Pereira TRC, Aveiro MC. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). *São Paulo Med. J.* 2018;136(4):333-8.
30. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894).
31. Latorre GFS, Bilck PA, Pelegrini A, Santos JM, Sperandio FF. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. *FisioterapiaBrasil*2016;17(5):442-449.
32. Purificação ER, Saraiva A, Ferraz DD. Disfunções sexuais em mulheres jovens universitárias: estudo transversal. *Rev Pesqui Fisioter.* 2021;11(2):307-319.
33. Batista NMTL, Oliveira AN, Nunes EFCE, Latorre GFS. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. Vol. 2, n. 1. São Paulo, 2017.

34. Neto AM, Silva PO, Santos JL. Perfil de Satisfação e Conhecimento de Universitárias sobre a Disfunção Sexual Feminina: Prevalência a Fatores Relacionados. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2018. V.25,n2,pp.43-47.
35. Auge APF, Silva RSB, Leite AKN, Gouvêa ES, Genevcius RFF, Pinto RO, et al. Sintomas do trato urinário inferior e sexualidade: uma revisão. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo [Internet]*. 2010;55(2):76–81.
36. Thomas GP, Maeda Y, Vaizey CJ. A review of the effect of faecal incontinence and constipation on sexual function. *Int J Colorectal Dis.* 2019;34(3):387-91.
37. Bo K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol* 2012;30(4):437-43.

7. ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FUNCIONALIDADE E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES JOVENS NULÍPARAS

Pesquisador: Josiane Lopes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56399522.8.0000.0106

Instituição Proponente: Departamento de Fisioterapia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.299.509

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à seguinte Área Temática: "Ciências da Saúde". No documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1902120.pdf", datado de 22/02/2022, trata-se de um projeto de PQC da professora Josiane Lopes. No item "resumo", lê-se: "A integridade dos músculos e ligamentos que compõem a fáscia endopélvica é a chave para manutenção do suporte, suspensão e posição anatômica dos órgãos pélvicos em condições fisiológicas. A ocorrência de alterações na tensão dos músculos do assoalho pélvico feminino consiste em uma importante causa de incontinência urinária, distúrbios intestinais, alterações comportamentais, pode promover alterações no sono e interferir

diretamente na qualidade de vida das mulheres. Na prática clínica tem-se observado que é cada vez mais recorrente tais alterações e distúrbios decorrentes em mulheres jovens nulíparas, sendo importante o estudo das alterações e sua relação com com qualidade do sono, funções comportamentais, intestinais, sexuais, imagem corporal e de qualidade de vida"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar funcionalidade e disfunções do assoalho pélvico em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com qualidade do sono, funções comportamentais, intestinais, sexuais, imagem corporal e de qualidade de vida.

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



UNICENTRO - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO
OESTE & CAMPUS



Continuação do Parecer: 5.299.509

Objetivo Secundário:

-Traçar o perfil sociodemográfico, ginecológicos, de hábitos de vida, antropométricos e morbidades associadas;-Investigar a frequência de alterações na funcionalidade do assoalho pélvico: contração voluntária dos MAP, uso de músculos acessórios, tônus do corpo perineal, tônus do esfíncter anal externo, força muscular, resistência muscular, número de contrações rápidas e número de contrações sustentadas;-Identificar potenciais deficiências musculares do assoalho pélvico que gerem incontinência urinária;-Avaliar a auto-percepção da contração dos músculos do assoalho pélvico e de sua intensidade;-Avaliar a função comportamental em termos de ansiedade e depressão;-Avaliar a qualidade do sono;-Avaliar a função intestinal em termos de obstipação;-Avaliar a imagem corporal e identificar potenciais distorções;-Avaliar a qualidade de vida;-Investigar a influência das deficiências musculares do assoalho pélvico na ocorrência de incontinência urinária e das alterações comportamentais intestinais, qualidade do sono, sexuais, de imagem corporal e de qualidade de vida.

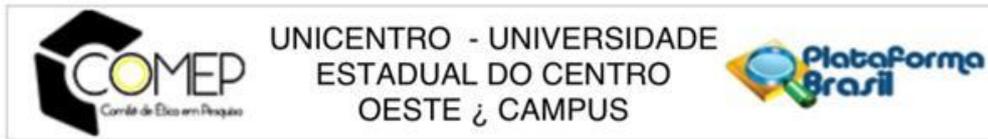
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação neste estudo implica em riscos mínimos para os indivíduos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em: constrangimento durante o preenchimento dos instrumentos avaliativos pois envolvem questões que versam sobre histórico ginecológico, questões relacionadas à sexualidade e comportamento e a realização da avaliação do assoalho pélvico.

Para minimizar o constrangimento, os procedimentos de avaliação serão previamente explicados, as dúvidas serão dirimidas e será utilizado ambiente reservado para tal. Em caso de sensação de desconforto importante durante a realização do exame pélvico, este será interrompido e posteriormente retomado quando a participante sentir-se confortável. Em caso de interrupção do exame por dor, será administrada localmente sobre a região vulvar bolsa de gel gelada durante 5 minutos para promover relaxamento da região. Se for o caso, o exame será novamente agendado pela pesquisadora. O exame físico será realizado por um único examinador (professora pesquisadora que já atua nesta área há mais de 15 anos e possui especialização em Fisioterapia pélvica com ênfase na saúde da mulher).

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 5.299.509

Benefícios:

A pesquisa proporcionará os seguintes benefícios para as participantes: conhecimento sobre a saúde ginecológica, sexual, comportamental, qualidade do sono, qualidade de vida e também se o funcionamento de seu assoalho pélvico está adequado. Este conhecimento para a participante se torna relevante pois pode-se mudar hábitos, evitar futuras complicações e perceber seu próprio corpo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Os participantes da pesquisa serão avaliados por um mesmo examinador em dia e horário previamente agendado em sala isolada, silenciosa e em temperatura ar ambiente estando apenas o examinador e o participante da pesquisa. A avaliação será composta pela aplicação de um questionário sócio-clínico elaborado especificamente para este projeto, administração de um protocolo de questionários específicos para avaliar mulheres jovens nulíparas e a realização do exame físico do assoalho pélvico. O protocolo de questionários específicos será composto pelos instrumentos:

Instrumento de autopercepção da musculatura do assoalho pélvico, International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-F),

Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), Pelvic Organ Prolaps/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12), Pelvic Floor Distress

Inventory (PFDI-20), Escala de Incontinência de Jorge & Wexner., Prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q), Female Sexual Function Index (FSFI),

Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI).

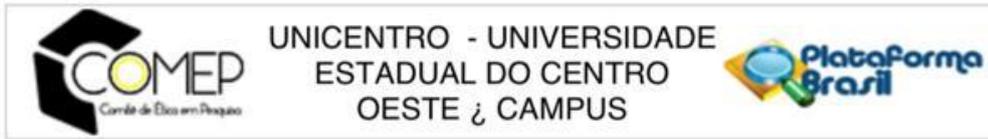
Critério de Inclusão:

Mulheres com faixa etária entre 18 e 30 anos, nulíparas, que já tiveram a primeira relação sexual e que não estejam menstruando no dia da avaliação.

Critério de Exclusão:

Não serão incluídos participantes com doenças neurológicas, infecção urinária ou vaginal ativa, vaginismo, doença renal, cirurgia uroginecológica, malformação uroginecológica, diagnóstico de câncer pélvico atual ou pregresso, dificuldade para

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 5.299.509

compreensão para realização da avaliação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Check List inteiramente preenchido - presente, nomina a clínica escola de fisioterapia como instituição co participante, no entanto no check list assinala que não se aplica;

2) Folha de rosto com campos preenchidos presente, com carimbo identificador e assinada pelo professor Ivo Iuvan Keppers chefe do departamento de fisioterapia da UNICENTRO;

3) Carta de anuência redigida em papel timbrado da UNICENTRO assinada e carimbada pela professora Crhistine Reidí Daniel, diretora da clínica de fisioterapia da Unicentro ;

4) TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) presente e com os dizeres padrão de assistência, minimização de riscos, confidencialidade e ressarcimentos

4.1) TALE (Termo de Assentimento para menores de idade ou incapazes) não se aplica pelos critérios de inclusão descritos.

5) Projeto de pesquisa completo - presente;

6) Instrumento para coleta dos dados - presente;

7) Cronograma com vigência da pesquisa de 05/2022 a 12/2027, com coleta de dados agendada para 06/2022;

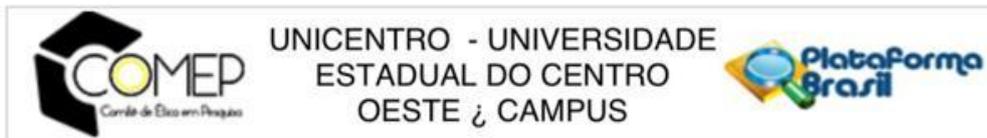
8)- Orçamento - presente;

Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 5.299.509

deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidos sob a guarda do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa. Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

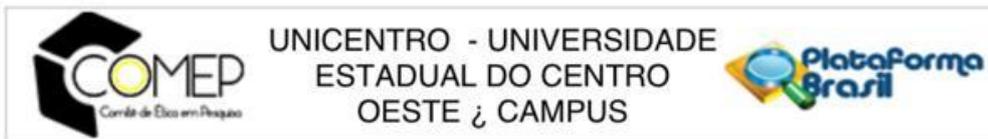
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1902120.pdf	22/02/2022 12:12:47		Aceito
Outros	CHECKLISTDOCUMENTAL.pdf	22/02/2022 12:11:09	Josiane Lopes	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	22/02/2022 12:10:01	Josiane Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/02/2022 12:06:16	Josiane Lopes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEDEAUTORIZACAO.pdf	22/02/2022 12:01:53	Josiane Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	22/02/2022 12:00:55	Josiane Lopes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/02/2022 11:58:18	Josiane Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br



Continuação do Parecer: 5.299.509

Não

GUARAPUAVA, 18 de Março de 2022

Assinado por:
Gonzalo Ogliari Dal Forno
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep@unicentro.br

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a), você está sendo convidado(a) a participar do seguinte estudo:

.Título da pesquisa: FUNCIONALIDADE E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES JOVENS NULÍPARAS

. Pesquisador responsável: Profa. Josiane Lopes

.Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

.Local de realização do estudo/coleta de dados: UNICENTRO/ Clínica-escola de Fisioterapia da UNICENTRO (CEFISIO/UNICENTRO)

1.OBJETIVO DA PESQUISA: Avaliar como está o funcionamento do assoalho pélvico (musculatura da região pélvica responsável por segurar a urina e fezes) em mulheres jovens nulíparas (que não tiveram filhos) e sabe se há alguma associação com a qualidade do sono, funções comportamentais (ansiedade e depressão), intestinais, sexuais, imagem corporal e de qualidade de vida. Na prática clínica observa-se que muitas mulheres adultas jovens nulíparas, mesmo sem apresentar uma doença aparente apresentam importantes alterações na musculatura do assoalho pélvico. Tal problemática é muito negligenciada, especialmente quando não há um diagnóstico clínico aparente. Sugere-se que, quanto mais cedo as disfunções do assoalho pélvico se instalam, maiores serão as repercussões clínicas futuras para as mulheres acometidas, tornando-se relevante estudar estas condições para que possamos identificar as possíveis consequências para a saúde do assoalho pélvico dessas jovens mulheres. A qualidade do sono, funções comportamentais, intestinais, sexuais, imagem corporal podem influenciar e ser influenciado pela função da musculatura do assoalho pélvico e interferir na qualidade de vida. Assim, realizar esta pesquisa é muito importante pois pode explicar como tudo se inicia, além de ajudar a participante compreender melhor o funcionamento da sua própria musculatura e identificar possíveis alterações.

2.PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa, você será avaliada por meio de uma entrevista respondendo perguntas sobre dados pessoais, hábitos de vida diária, medicamentos que você usa, antecedentes clínicos ginecológicos (questões sobre fluxo menstrual, vida sexual), urológicos (relacionadas a questão da perda ou não de urina), coloproctológicos (saúde intestinal para investigar se seu intestino é constipado ou liberado), qualidade do seu sono (se você dorme bem ou não), questões para investigação de ansiedade e depressão, imagem corporal (como você percebe seu corpo e como está sua qualidade de vida).

As perguntas serão realizadas por um pesquisador treinado para essas entrevistas em uma sala silenciosa e isolada com total privacidade na clínica-escola de Fisioterapia da UNICENTRO, sendo as entrevistas agendadas com antecedência com você. Após essa

entrevista, será realizado um exame físico da região do assoalho pélvico por uma fisioterapeuta (pesquisadora responsável, especialista em Fisioterapia da Saúde da Mulher) em sala fechada, isolada (estando apenas você e a Fisioterapeuta examinadora).

Neste exame físico, você vestirá uma camisola descartável e será deitada em uma maca em posição de decúbito dorsal (barriga para cima) com os joelhos dobrados, pés apoiados na maca e pernas afastadas, você não estará utilizando calcinha e será coberta por um lençol descartável. A fisioterapeuta, utilizando luva descartável lubrificada, introduzirá o dedo indicador no canal vaginal (profundidade de 3 cm) e pedirá para você contrair a musculatura do assoalho pélvico com a maior força que você conseguir (mantendo durante 6 segundos) como se você quisesse segurar a urina ou evitar eliminar gases.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, tendo você a liberdade de recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, e exigir a retirada de sua participação da pesquisa sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

3.LOCAL DA PESQUISA: Será necessário que você compareça a clínica-escola de Fisioterapia da UNICENTRO para participar desta pesquisa, o que pode levar aproximadamente 1 hora.

4.RISCOS E DESCONFORTOS: A realização das entrevistas e exame físico do assoalho pélvico acima descritos tem o risco de causar constrangimento ao responder questões envolvendo sua saúde ginecológica, sexual, comportamental e o desconforto/dor ao toque na região vaginal. Para minimizar esses riscos, os procedimentos de avaliação serão previamente explicados, as dúvidas serão esclarecidas e será utilizado um ambiente totalmente reservado para responder os questionários e realizar o exame físico. Especificamente para o exame físico, para reduzir ao máximo a sensação de desconforto e dor, será sempre utilizado gel lubrificante à base de água (que não causa alergia) e em caso de muita dor o exame será interrompido e aplicado bolsa de gel gelada em cima da região vulvar para alívio da região durante 5 minutos. Neste caso, o exame físico será posteriormente retomado quando a participante sentir-se confortável no mesmo dia ou em outro dia a ser agendado.

Se você sofrer algum dano decorrente da participação no estudo, tem direito a assistência integral, imediata e gratuita (responsabilidade dos pesquisadores) e também tem direito a buscar indenização, caso sinta que houve qualquer tipo de abuso por parte dos pesquisadores.

5.BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de que você tenha conhecimento sobre como está sua saúde ginecológica, sexual, comportamental, qualidade do sono, qualidade de vida e também se o funcionamento do seu assoalho pélvico está adequado. Saber sobre essas questões ajudam você a mudar hábitos, evitar futuras complicações e perceber seu próprio corpo.

6.CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que a Sr.(a) nos fornecer ou que

sejam conseguidas por entrevistas e exames serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas (respostas e avaliação física ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos(as) questionários e fichas de avaliação. Quando os resultados da pesquisa forem divulgados, isto ocorrerá sob forma codificada, para preservar seu nome e manter sua confidencialidade.

7. DESPESAS/RESSARCIMENTO: Os custos do projeto são de responsabilidade do pesquisador. O colaborador/participante não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação e as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade.

8. MATERIAIS: O material obtido, questionários e dados relacionados ao exame físico do assoalho pélvico será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado (fichas de avaliação serão queimadas) ao término do estudo, dentro de 5 anos.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços a seguir ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, cujo endereço consta deste documento.

O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução 466/2012-CNS-MS, é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses de participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Para garantir os padrões éticos da pesquisa, os tópicos anteriores concedem requisitos mínimos para manter sua integridade e dignidade na pesquisa.

Como segurança jurídica, este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da **assinatura** nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam **rubricadas todas as folhas** deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como participante da pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Você poderá acionar o/a pesquisador/a responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP/UNICENTRO), através das informações, endereços e telefones contidos abaixo.

Eu,..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pelo/a professor/a...

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica do colaborador

Eu, Josiane Lopes, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de

pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

•Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o **pesquisador**, conforme dados e endereço abaixo:

Nome: Josiane Lopes

Endereço: Rua Conselheiro Jesuíno Marcondes, 520. Bloco 6, Apto 14.

Telefone: (43) 999518157

E-mail: jolopes@unicentro.br

•Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, COMEP, no endereço abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP

Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838, Campus CEDETEG

(ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)– Vila Carli - Guarapuava – PR

Bloco de Departamentos da Área da Saúde

Telefone: (42) 3629-8177

E-mail: comep@unicentro.br

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Segunda a Sexta, das 8h às 11h30m e das 13h às 17h30m

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO SÓCIO-CLÍNICO**

DATA: ____/____/____

DADOS PESSOAIS:

Identificação: _____

Idade: _____ anos

Data de nascimento: _____

_____/_____/_____

Telefone: _____

Estado Civil: (1) solteira (2) casada (3) divorciada (4) viúva

Escolaridade : (1) ensino fundamental (2) ensino médio (3) ensino superior

Anos de escolaridade: _____

Ocupação profissional: (1) sim (2) não.

Qual? _____

DADOS CLÍNICOS

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

DADOS GINECOLÓGICOS

Vida sexual: () ativa - Frequência

() inativa – Há quanto tempo? _____

Parceiro sexual fixo: () sim () não

Uso de método contraceptivo: () sim () não

Qual? _____

Sintomas de Disfunção Sexual:

Dispareunia: (1) Sim (2) Não

Falta de prazer: (1) Sim (2) Não

Frouxidão Vaginal: (1) Sim (2) Não

Anorgasmia: (1) Sim (2) Não

Dispareunia: queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa de penetração ou à penetração vaginal completa.

Frouxidão Vaginal: queixa de frouxidão vaginal excessiva.

Anorgasmia: ausência ou retardo do orgasmo.

PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY (PFDI-20)

INSTRUÇÕES

Por favor, responda a todas as perguntas do seguinte questionário. Essas questões serão para saber se você tem alguns sintomas intestinais, vesicais ou pélvicos e o quanto eles incomodam você. Responda cada quesito com um X no local apropriado. Se você não tem certeza como responder a questão, dê a melhor resposta que você puder. Enquanto responde as questões, por favor, considere os sintomas dos últimos 3 meses.

NOME _____

DATA ___/___/___

1 – Você geralmente sente uma pressão na parte de baixo do abdômen?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

2 – Você geralmente sente peso na região pélvica?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

3 – Você geralmente vê ou sente algo saindo pela vagina?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

4 – Você geralmente tem de empurrar a vagina ou ao redor do reto para defecar completamente?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

5 – Você geralmente sente que sua bexiga não esvaziou completamente após urinar?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

6 – Você já teve de empurrar a região da bexiga com seus dedos para começar ou completar o ato urinário?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

7 – Você sente que precisa fazer muita força para defecar?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

8 – Você sente que seu intestino não esvazia completamente ao final da defecação?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

9 – Você geralmente perde fezes sem controle quando tem vontade de defecar?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

10 – Você geralmente perde fezes sem controle quando suas fezes estão líquidas ou ralas?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

11 – Você geralmente perde gases pelo reto sem seu controle?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

12 – Você geralmente sente dor ao defecar?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

13 – Você geralmente tem uma forte sensação de urgência e tem de sair correndo para ir ao banheiro para defecar?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

14 – Alguma parte do seu intestino passa pelo reto e se exterioriza durante ou após defecar?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

15 – Você geralmente tem micções frequente?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

16 – Você geralmente tem perda de urina associada com a sensação de urgência: isto é, uma forte necessidade de ir ao banheiro?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

17 – Você geralmente perde urina durante a tosse, espirro ou risada?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

18 – Você geralmente perde pequenas quantidade de urina (gotas)?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

19 – Você geralmente tem dificuldade para esvaziar bexiga?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

20 – Você geralmente sente dor ou desconforto na parte de baixo do abdômen ou região genital?

Sim Não

Se sim, o quanto isso incomoda você?

1 2 3 4
 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

FEMALE SEXUAL FUNCTIONAL INDEX (FSFI)

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

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

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

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

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sem atividade sexual

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

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

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

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

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

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - Nunca ou quase nunca
8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
 - Extremamente difícil ou impossível
 - Muito difícil
 - Difícil
 - Pouco difícil
 - Nada difícil
9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?
- Sem atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - Nunca ou quase nunca
10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
 - Extremamente difícil ou impossível
 - Muito difícil
 - Difícil
 - Pouco Difícil
 - Nada Difícil
11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?
- Sem atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - Nunca ou quase nunca
12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?
- Sem atividade sexual
 - Extremamente difícil ou impossível
 - Muito difícil
 - Difícil
 - Pouco Difícil
 - Nada Difícil
13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
 - Muito satisfeita
 - Moderadamente satisfeita
 - Indiferente
 - Moderadamente insatisfeita
 - Muito insatisfeita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE– SHORT FORM (ICIQ-SF)

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficariamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca () 0
- Uma vez por semana ou menos () 1
- Duas ou três vezes por semana () 2
- Uma vez ao dia () 3
- Diversas vezes ao dia () 4
- O tempo todo () 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- Nenhuma () 0
- Uma pequena quantidade () 2
- Uma moderada quantidade () 4
- Uma grande quantidade () 6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não interfere											Interfere muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca ()
- Perco antes de chegar ao banheiro ()
- Perco quando tusso ou espiro ()
- Perco quando estou dormindo ()
- Perco quando estou fazendo atividades físicas ()
- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ()
- Perco sem razão óbvia ()
- Perco o tempo todo ()

ESCALA DE GRADUAÇÃO DE INCONTINÊNCIA ANAL DE JORGE & WEXNER

Tipo de incontinência	Frequência				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Regularmente	Sempre
Sólida	0	1	2	3	4
Líquida	0	1	2	3	4
Gasosa	0	1	2	3	4
Fraldas	0	1	2	3	4
Alterações na vida	0	1	2	3	4

Nunca - 0 (nunca)

Raramente - < 1/mês

Algumas vezes - < 1/semana, \geq 1/mês

Regularmente - < 1/dia, \geq 1/semana

Sempre - \geq 1/dia

Pontuação total: _____

Classificação:

() Leve: de 0 a 7 pontos

() Moderada: de 8 a 13 pontos

() Grave: de 14 a 20 pontos

APÊNDICE C

FICHA DE AVALIAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

INSPEÇÃO:

Trofismo vulvar: (1) Normotrófica (2) Hipotrófica (3) Hipertrófica
Abertura vulvovaginal: (1) totalmente fechada; (2) abertura discreta (3) abertura acentuada
Contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico: (1) presente (2) ausente
Uso de músculos acessórios: (1) sim (2) não

PALPAÇÃO:

Tônus do corpo perineal: (1) normal (2) hipertônico (3) hipotônico
Tônus do esfíncter anal externo: (1) normal (2) hipertônico (3) hipotônico

PERFECT: / / / /

Codificação do Esquema PERFECT:

* Denominações:

P: *Power* (Força muscular) - Avalia a presença e intensidade da contração voluntária do assoalho pélvico, graduando-a de 0 a 5, conforme o sistema de Oxford: 0 - ausência de resposta muscular; 1 - esboço de contração muscular não sustentada; 2 - contração de pouca intensidade, mas que se sustenta; 3 - contração moderada; 4 - contração satisfatória; 5 - contração forte.

E: *Endurance* (Resistência) - É uma função do tempo (em segundos) em que a contração voluntária é mantida e sustentada (o ideal é mais de 10 segundos) e seria o resultado da ação de fibras musculares lentas.

R: *Repetition* (Número de contrações sustentadas) - É o número de contrações com duração mínima de 5 segundos que a paciente consegue realizar após um período de repouso de 4 segundos entre as mesmas sem comprometer a intensidade.

F: (Número de contrações rápidas) - Medida da contratilidade das fibras musculares rápidas determinadas após dois minutos de repouso. Anota-se o número de contrações rápidas de um segundo (até 10 vezes).

ECT (Every Contractions Timed) - É a medida do examinador para monitorar o progresso por meio da cronometragem das contrações. Permite demonstrar de maneira prática esse progresso.

Coordenação - É importante manter a habilidade de relaxar de maneira rápida e completa. Um relaxamento parcial ou muito lento significa uma coordenação insatisfatória e um relaxamento total e rápido significa uma coordenação satisfatória: esse teste completa o exame vaginal.