

RAFAELA FRANÇA ROCHA NEUMAYR

**RELAÇÃO ENTRE ADESÃO À MASSAGEM PERINEAL E AS
DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: um estudo exploratório**

BELO HORIZONTE
2013

RAFAELA FRANÇA ROCHA NEUMAYR

**RELAÇÃO ENTRE ADESÃO À MASSAGEM PERINEAL E AS
DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: um estudo exploratório**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Funcional Humano

Linha de Pesquisa: Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elyonara Mello de Figueiredo

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Marilene Vale de Castro Monteiro

BELO HORIZONTE
2013

N493r Neumayr, Rafaela França Rocha
2013 Relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório. [manuscrito] / Rafaela França Rocha Neumayr. – 2013. 83 f., enc.:il.

Orientadora: Elyonara Melo de Figueiredo
Coorientadora : Marilene Vale de Castro Monteiro

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f.59-64

I. Assoalho pélvico (DeCS)- Teses. 2. Massagem – Teses. 3. Fisioterapia - Teses. I. Figueiredo, Elyonara Melo de . II. Monteiro, Marilene Vale de Castro. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. V.Título.

CDU: 154.922.72

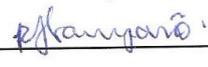
Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
 DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
 SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-4781

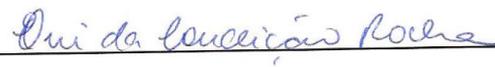
ATA DE NÚMERO 196 (CENTO E NOVENTA E SEIS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA PELA CANDIDATA **RAFAELA FRANÇA ROCHA NEUMAYR** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e treze, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação de Mestrado intitulada: **“A RELAÇÃO ENTRE A ADESÃO À MASSAGEM PERINEAL E AS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO”**. A banca examinadora foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: Elyonara Mello de Figueiredo, Rosana Ferreira Sampaio e Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14h00min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Eni da Conceição Rocha, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2013. -

Professora Dra. Elyonara Mello de Figueiredo 

Professora Dra. Rosana Ferreira Sampaio 

Professora Dra. Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca 

Eni da Conceição Rocha 010400893 

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
 DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
 SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
 FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de **RAFAELA FRANÇA ROCHA NEUMAYR** intitulada “**A RELAÇÃO ENTRE A ADESÃO À MASSAGEM PERINEAL E AS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO**”, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Elyonara Mello de Figueiredo	Aprovada	<i>Elyonara Mello</i>
Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca	Aprovada	<i>Andrea Rodrigues Maciel da Fonseca</i>
Rosana Ferreira Sampaio		<i>Rosana Ferreira Sampaio</i>

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2013.


Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG

Prof. MARCELO VELOSO
 Sub-coordenador do Colegiado
 Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
 Inscrição UFMG:192430 Inscrição SIAPE:1530729

PREFÁCIO

A estrutura deste trabalho foi organizada em duas partes, de acordo com as normas estabelecidas pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da UFMG. A primeira parte apresenta uma introdução do trabalho e a metodologia utilizada. A introdução é composta por revisão bibliográfica e problematização do tema, destacando-se a relevância do tema e os objetivos do estudo. A metodologia foi descrita em detalhes, incluindo-se os instrumentos e procedimentos, além da análise estatística utilizada. A segunda parte é composta pelo artigo, que será enviado para publicação. O artigo apresenta os resultados do estudo realizado e aguarda considerações da banca para ser traduzido para o inglês e submetido para publicação na Revista *Obstetrics & Gynecology*. Na segunda parte do trabalho, são apresentadas as considerações finais relacionadas aos resultados encontrados.

Aos meus pais, Maraney e Carlyle, e às minhas irmãs, Ana Carolina e Luiza, pelo carinho, amizade e apoio.

Ao meu marido, Rafael, pelo incentivo e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a força necessária para superar todos os obstáculos e por colocar no meu caminho tantas pessoas abençoadas, que ajudaram a tornar essa caminhada mais leve e prazerosa.

Aos meus pais, com quem compartilho lições, aprendizados, experiências de crescimento e de superação. Pessoas queridas, que me acompanham e apóiam em todos os momentos da minha vida.

Às minhas irmãs, agradeço pela amizade, pelo amor e por todos os momentos especiais e felizes que passamos juntas.

Ao meu marido Rafael, companheiro de todas as dificuldades, de todas as horas e de todos os dias, com quem compartilho meus sonhos, projetos e realizações. E a quem eu agradeço entre tantas outras coisas, pela revisão final desse trabalho.

À minha orientadora, Prof^a. Dr.^a Elyonara Mello de Figueiredo, pelo apoio, dedicação e paciência e pelo maravilhoso exemplo de vida. Agradeço muito por você ter tornado possível a realização desse trabalho, pelas contribuições essenciais e por todos esses anos de aprendizado e convivência.

À minha coorientadora, Prof^a. Dr.^a. Marilene Vale de Castro Monteiro, pela concepção dessa pesquisa, apoio, sugestões e revisão final, realizadas brilhantemente.

À Prof^a Dr.^a. Elza Baracho, pela generosa ajuda, desde o princípio, pelas sugestões, por compartilhar conhecimentos e por agregar tanto à nossa categoria profissional!

À Prof^a. Dr.^a. Rosana Sampaio, pelas conversas e reuniões que renderam muitas idéias, que foram essenciais para a realização desse trabalho. Agradeço muito pelas valiosas contribuições.

À Dr^a. Andréa Moura e Dr^a. Eura Lage, pela disponibilidade em auxiliar na elaboração desse trabalho, pelas sugestões e contribuições.

À Prof^a Dr^a Marcella Guimarães Assis Tirado, pelas sugestões enriquecedoras e pela receptividade e disponibilidade em ajudar.

À Maria Cristina Cruz, querida amiga, pela generosa ajuda, tanto nas questões acadêmicas e técnicas, quanto pela amizade e carinho.

À Sabrina Baracho, minha gratidão, pelas sugestões, pelo auxílio na condução dessa pesquisa e pela disponibilidade, fatores que enriqueceram muito esse trabalho.

À Camila Vaz e Raquel Gontijo, pela prazerosa convivência e auxílio desde o início desse trabalho. Agradeço pela amizade e confiança.

À Amanda, Luana e Marina, minha gratidão pelo auxílio na coleta de dados. Agradeço pelas sugestões e dedicação a essa pesquisa.

À Rejane Vale Gonçalves e Camila Bretas Mourão, por serem exemplos de profissionais e por terem me incentivado na área acadêmica. Agradeço por todos esses anos de amizade!

Aos profissionais do Centro de Saúde São Gabriel, pela disponibilidade em ajudar a recrutar os participantes dessa pesquisa. Agradeço por auxiliar na concretização desse trabalho.

À equipe da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, em especial Tatiana Coelho Lopes e Nágela Santos. Agradeço pela confiança, disponibilidade de toda a equipe e pela acessibilidade, que viabilizaram a realização desse trabalho.

Às enfermeiras obstetras e demais profissionais da Casa de Parto, especialmente Carla Guanabens, pelo apoio e generosidade.

À equipe do SAME do Hospital Sofia Feldman, em especial à Débora, pela prontidão e esforço em separar os prontuários.

Aos profissionais do Núcleo Bem Nascer, que por intermédio da Sabrina Baracho, pude conhecer. Agradeço pela oportunidade de divulgar a pesquisa, pela disponibilidade em me auxiliar na captação das voluntárias e pela valorização desse trabalho. Meu agradecimento especial à Bel Cristina, pela confiança e pela valiosa ajuda!

Aos funcionários da Maternidade Hilda Brandão do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, pelo auxílio na divulgação da pesquisa e pela oportunidade de ministrar os cursos às gestantes.

Às participantes da pesquisa e seus familiares, pela valiosa participação nesse trabalho.

Às funcionárias do Departamento de Fisioterapia da UFMG, especialmente Marilane e Eny, pela receptividade e pela disponibilidade em ajudar.

Aos colegas e amigos de mestrado, em especial, Karolina Alves e Iza de Faria, pelo apoio nos momentos difíceis e pelas valiosas trocas de experiências.

Aos meus familiares, especialmente Tio Marcelo e família, pelo apoio e pela torcida.

À Erna e Roberto Neumayr, Sheila e Marcus, pela convivência e incentivo ao longo de todos esses anos. Agradeço por fazer parte dessa família maravilhosa!

Às minhas amigas, Renata Bernardes e Patrícia Duarte, que desde a graduação, têm me presenteado com sua amizade. À Isabela, Priscila Gabriela e Débora, amigas de infância, pelos momentos alegres e pelo carinho.

À Maria Clara Coelho e Alexandre Hatem pelas conversas inspiradoras e pelo incentivo.

Aos meus colegas do NASF, pelos momentos de aprendizado e trocas de experiência.

RESUMO

Objetivo: determinar a ocorrência dos traumas perineais e das disfunções do assoalho pélvico durante a gestação e após o parto em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação e investigar sobre a relação entre a adesão e a ocorrência das disfunções do assoalho pélvico. Por fim, determinar como as mulheres que praticaram a massagem perineal avaliaram essa técnica. **Método:** estudo longitudinal com 31 gestantes que foram instruídas a realizar a massagem perineal a partir da 34ª semana de gestação até o parto. As participantes foram avaliadas com relação à: dor perineal (pela escala numérica analógica), incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), definidas como relato de pelo menos um episódio de incontinência no último mês, de acordo com as definições da Sociedade Internacional de Continência, e disfunção sexual (avaliada pelo *Female Sexual Function Index* - FSFI) em torno da 34ª semana de gestação, 3 a 10 dias, 1 e 3 meses após o parto. Adesão foi documentada por meio dos diários das gestantes e um questionário estruturado foi desenvolvido para coletar informações sobre a opinião das gestantes com relação à massagem perineal. Dados relacionados ao trauma perineal foram obtidos por relatórios médicos e por prontuários. Para comparar os resultados nos 4 períodos de tempo, foram usados os testes estatísticos: Cochran, Friedman e Kendal. Os testes Chi quadrado e Kruskal-Wallis foram usados para analisar se os desfechos perineais tinham associação com a adesão. Nível de significância foi determinado a 0.05. **Resultados:** 74% das participantes tiveram parto vaginal, no qual 30,4% tinham períneo intacto, 62,5% laceração de 1º grau e 37,5% laceração de 2º grau e 8,7% tiveram episiotomia. No terceiro trimestre de gestação, 54,8% das participantes tiveram disfunção sexual, seguida da IU, com 48,4% das mulheres com essa queixa, dor perineal foi relatada por 16,1% e IA por 12,9% das participantes. Aos 3 a 10 dias após o parto, 69,6% das participantes tinham dor perineal, 22,6 % relataram ter IU e 6,5% tinham sintomas de IA. Um mês após o parto, 81,5% relataram disfunção sexual; 29,2% tinham dor perineal, 16,1% relataram ter sintomas de IU e 9,7% tinham IA. Aos 3 meses após o parto, 34,8% relataram disfunção sexual, apenas 4,3% ainda relataram ter dor perineal, 4,3% tinham IU e nenhuma das participantes relatou sintomas de IA. A dor perineal diminuiu significativamente 3 a 10 dias após o parto e reduziu até 1 mês após o parto ($p=0.004$); IU reduziu significativamente até 1 mês após o parto ($p=0.001$). Não houve diferença significativa para ocorrência de IA nos 4 períodos de tempo. A média do escore total do FSFI reduziu até 1 mês e aumentou aos 3 meses após o parto ($p<0.001$). A ocorrência de função

sexual normal foi significativamente maior no grupo de mulheres que realizaram a massagem perineal acima de 2/3 do protocolo ($p=0.013$). A taxa média de adesão à massagem perineal foi de 54,5% (SD=29,9). Apesar de 39% das participantes terem relatado que ela causou desconforto, todos recomendariam a massagem perineal a outras gestantes. **Conclusão:** A adesão à massagem perineal influenciou na recuperação da função sexual. Brasileiras demonstraram uma adesão satisfatória à massagem perineal e a maioria avaliou essa técnica como positiva para os desfechos relacionados ao parto.

Palavras chave: Massagem perineal, disfunção do assoalho pélvico, adesão

ABSTRACT

Objective: to determine the occurrence of perineal trauma and pelvic floor dysfunctions during pregnancy and after delivery in women that had performed antenatal perineal massage and investigate the relationship between adherence to antenatal perineal massage and pelvic floor dysfunction after childbirth. At last, to determine how women that practiced perineal massage assessed the technique. **Methods:** longitudinal study with 31 pregnant women who were instructed to perform perineal massage from 34 weeks of gestation to delivery. Participants were evaluated on perineal pain (by the verbal numerical rating scale), urinary incontinence (UI) and anal incontinence (AI), defined as a report of at least one episode of incontinence in the last month, according to the definitions of the International Continence Society, and sexual dysfunction (measured by The Female Sexual Function Index - FSFI) at around 34 weeks of gestational age and at 3 to 10 days, 1 and 3 months after delivery. Adherence was documented from participants' diaries, and a structured questionnaire was developed to collect information on their opinion about the perineal massage. Perineal trauma data were collected from medical reports and hospital records. To compare the outcomes through the 4 time points, Cochran, Friedman and Kendal statistical tests were used. Chi squared and Kruskal-Wallis tests were used to analyze whether the perineal outcomes were associated with adherence. Level of significance was set at 0.05. **Results:** 74% of the participants had vaginal delivery, in which 30,4% had intact perineum, 62,5% had first degree tear, 37,5% second degree tear and 8,7% had episiotomy. At the third trimester of gestation, 54,8% of the participants had sexual dysfunction, 48,4% reported UI symptoms, 16,1% reported perineal pain and 12,9% had AI. At 3 to 10 days after delivery, 69,6% of the participants reported perineal pain, 22,6% reported IU and 6,5% had AI. One month after delivery, 81,5% had sexual dysfunction; 29,2% had perineal pain, 16,1% reported having IU symptoms and 9,7% had AI. At 3 months after delivery, sexual dysfunction was reported by 34,8%, only 4,3% still reported perineal pain and UI, and none of the participants had AI. Perineal pain significantly increased 3 to 10 days postpartum and decreased until 1 month after delivery ($p=0.004$); UI significantly decreased until 1 month after delivery ($p=0.001$). There were no statistical differences on AI through the 4 time points. The mean FSFI decreased 1 month and increased 3 months after delivery ($p<0.001$). The occurrence of normal sexual function was significantly higher in the group of women that performed the

perineal massage up to two thirds of the protocol ($p=0.013$). The mean rate of adherence to perineal massage was 54,5% (SD=29,9). Although 39% of the participants reported that it caused discomfort, all of them would recommend it for other pregnant women. **Conclusion:** The adherence to the perineal massage influenced the recovery of sexual function. Women from Brazil showed a satisfactory compliance to perineal massage and most of them evaluated it in as positive to outcomes related to their delivery.

Key words: antenatal perineal massage; pelvic floor dysfunction; adherence

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos.....	23
1.1.1 Geral.....	23
1.1.2 Específicos.....	24
2 MATERIAIS E MÉTODO	25
2.1 Delineamento.....	25
2.2 Amostra.....	25
2.3 Variáveis do estudo e operacionalização.....	26
2.4 Procedimentos.....	28
3 ARTIGO	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	65
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
APÊNDICE B - Ficha de Avaliação.....	67
APÊNDICE C - Instruções Sobre a Massagem Perineal.....	69
APÊNDICE D - Diário da Gestante	70
ANEXOS	71
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP.....	71
ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/BH.....	72
ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman	73
ANEXO D - Questionário de Avaliação da Função Sexual.....	74
ANEXO E - Tabelas de Resultados.....	77

1 INTRODUÇÃO

A preservação e promoção do parto vaginal, incluindo a participação ativa da mulher no processo de parturição, têm sido incentivadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde no Brasil (MS, 2001). Com efeito, ele é considerado a via de parto mais fisiológica e que apresenta menores riscos para a mãe e para o recém nascido no período perinatal e no pós parto (OMS, 1996), quando comparado à cesariana, que, além de ocasionar maiores chances de morbidade e mortalidade para a mãe, pode levar a problemas para gestações subseqüentes, incluindo ruptura da cicatriz uterina e aumento do risco de morbidade neonatal (TINA *et al*, 2009; BUHIMISCHI; BUHIMISCHI, 2006). Há também evidências científicas no sentido de que a melhor assistência é aquela sem ou com o mínimo de intervenções médicas durante o parto, fazendo-se o possível para facilitar a fisiologia do parto e do nascimento (OMS, 1996).

Apesar das recomendações da OMS acerca do parto vaginal, a taxa de cesárea no Brasil é uma das maiores do mundo e vem crescendo a cada ano, passando de 38,9% em 2000 para 47,4% em 2007. E dentre todas as regiões do país, o Sudeste apresenta a maior taxa, com 53,1% em 2006 (BRASIL, 2008). Em outros países, como Inglaterra, Alemanha e Canadá, as taxas de cesárea também estão crescendo expressivamente, alcançando 22,7%, 25,9% e 26,1%, respectivamente, no ano de 2004. Mesmo na Holanda, que possui a menor taxa de cesariana e onde cerca de 30% dos partos vaginais de baixo risco são realizados por parteiras em domicílio, ela passou de 7,4% em 1990 para 13,6% em 2004 (WAGNER, 2001; PATAH; MALIK, 2011).

Dentre as possíveis explicações para tal fenômeno podem estar a crença de que o parto vaginal seria mais arriscado para o bebê – sendo “imprevisível”, ao passo que a cesariana seria mais “segura” –, e o fato de a cesárea, por permitir o agendamento prévio da cirurgia, ser mais conveniente tanto para a mãe quanto para o médico (TINA *et al*, 2009; GAMBLE *et al*, 2007, BUHIMISCHI; BUHIMISCHI, 2006; MAIA, 2008). O medo da dor durante o parto vaginal, além do risco de traumas no períneo e as conseqüentes disfunções do assoalho pélvico – incontinências urinária e anal, disfunção sexual e prolapso de órgão pélvico –, também levam muitas mulheres e médicos a optarem pela cesariana, apesar dos estudos que

demonstram que ela não parece ser uma medida plenamente eficaz para reduzir a ocorrência de tais disfunções (HERBRUCK, 2008, KOC; DURAN, 2012).

Contribui com o quadro de aumento do número de cesarianas e de ocorrência de traumas no períneo durante o parto vaginal, o modelo de atenção ao parto que vigora atualmente no Brasil, que aborda o nascimento como um evento médico ou tecnológico, altamente intervencionista e hegemonicamente realizado em hospitais (DINIZ; CHACHAM, 2004; MAIA, 2008; PATAH; MALIK, 2011). De fato, estudos mostram a ocorrência, durante o parto vaginal, de taxas expressivas de lesões perineais decorrentes de práticas realizadas sem o respaldo de evidências científicas, como, por exemplo, o uso indiscriminado de episiotomia, que consiste em incisão cirúrgica realizada na região perineal com vistas a facilitar a passagem do bebê (DINIZ; CHACHAM, 2004; CARROLI; MIGNINI, 2009).

O trauma perineal, definido como qualquer lesão à genitália que aconteça durante o parto vaginal (KALICHMAN, 2008), ocorre em 90% dos casos (PHILIPS; MONGA, 2004; SANTOS *et al*, 2008). Certos fatores influenciam diretamente sobre essa elevada taxa, como: realização de intervenções obstétricas, incluindo o uso de fórceps e vácuo extrator; período expulsivo prolongado; peso e posição intraútero do feto; e primiparidade e idade materna, estas últimas que também estão associadas ao aumento da dor perineal (CHRISTIANSON *et al*, 2003).

Os traumas perineais podem ser de dois tipos: lacerações, provocadas espontaneamente pela passagem do feto no canal vaginal, e episiotomia, realizada cirurgicamente (LEVENO *et al*, 2005; WOODMAN; GRANEY, 2002).

As lacerações espontâneas da vagina e do períneo são classificadas em quatro graus, de acordo com a gravidade. As de primeiro grau envolvem a fúrcula, a pele perineal e a mucosa vaginal. As de segundo envolvem a fáscia e os músculos do corpo perineal, enquanto as de terceiro grau se estendem até o esfíncter anal. As lacerações de quarto grau, por sua vez, expõem o lúmen do reto e podem incluir as lacerações da uretra (LEVENO *et al*, 2005; WOODMAN; GRANEY, 2002).

A episiotomia ocasiona uma lesão na pele perineal, mucosa vaginal e, frequentemente, secciona os músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso (LEVENO *et al*,

2005). Ela é utilizada para evitar lacerações mais graves, como lesões no esfíncter anal e para reduzir o risco de parto traumático para o bebê (CARROLI; MIGNINI, 2009), equivalendo, na sua extensão, à laceração espontânea de segundo grau (WOODMAN; GRANEY, 2002). A episiotomia foi utilizada por muito tempo de forma rotineira pelos médicos, que acreditavam que ela tornava o parto vaginal mais seguro e eficiente (CARROLI; MIGNINI, 2009). No entanto, a partir da década de noventa o uso de forma irrestrita da episiotomia foi classificado como prática inadequada, devendo tal intervenção ser realizada somente nos casos em que houvesse necessidade efetiva da sua aplicação, que correspondiam a apenas 10% a 15% (OMS, 1996). Contudo, em muitos partos hospitalares no Brasil, esse procedimento ainda é praticado indiscriminadamente, como medida de prevenção das lacerações perineais, apesar das evidências científicas (DINIZ; CHACHAM, 2004), alcançando até 94% dos partos de primigestas (SANTOS *et al*, 2008; DINIZ; CHACHAM, 2004).

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados e controlados sobre o uso da episiotomia no parto vaginal, desenvolvida e publicada pela Cochrane em 2009, evidenciou que o uso restrito desse procedimento confere diversos benefícios, como um menor risco de lesões no períneo posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações no processo de cicatrização (CARROLI; MIGNINI, 2009), uma vez que, segundo a evidência científica, as lacerações perineais de primeiro e segundo graus apresentam melhores resultados que a episiotomia em termos de perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização (CARROLI; MIGNINI, 2009) e retomada da função muscular (FLEMING *et al*, 2003).

Quanto às consequências dos traumas perineais decorrentes do parto vaginal, sejam episiotomia ou lacerações espontâneas, há evidências de que eles podem acarretar danos temporários ou permanentes ao assoalho pélvico, principalmente quando ocorrem no primeiro parto (FLEMING *et al*, 2003; QUIGLEY, 2007; PHILIPS; MONGA, 2004). E esses danos podem levar às chamadas disfunções do assoalho pélvico, que figuram entre os problemas mais significativos que afetam a saúde pública, tanto em termos de prevalência quanto de custos e impacto na qualidade de vida das mulheres (TORRISI *et al*, 2012).

Wall e DeLancey, 1991, apregoam que a dificuldade em se obter sucesso no tratamento dos pacientes que apresentam disfunções do assoalho pélvico se deve à “compartimentalização” no trato do assoalho pélvico: cada especialidade médica – ginecologia, urologia, proctologia, etc. – se direciona para o tratamento de sintomas relacionados a uma única parte da estrutura

dos órgãos pélvicos, ao invés de abordar a pelve como um todo, incluindo as várias estruturas que a suportam, como os músculos do assoalho pélvico, fâscia e ligamentos (WALL; DELANCEY, 1991). Esses autores recomendam que sejam consideradas as interações entre tais estruturas e as funções do assoalho pélvico, como a manutenção da continência urinária e anal e da função sexual, permitindo uma avaliação mais específica e, conseqüentemente, intervenções terapêuticas mais efetivas (WALL; DELANCEY, 1991).

Assim, as disfunções do assoalho pélvico classificam-se em incontinência urinária, incontinência anal, dor perineal e disfunções sexuais (WALL; DELANCEY, 1991)

A **incontinência urinária**, definida pela *International Continence Society* (ICS) como a perda involuntária de urina, pode comprometer as funções físicas, sociais, mentais e a qualidade de vida das mulheres, além de acarretar altos custos econômicos, caracterizando-se como um problema de saúde pública, acometendo entre 30 e 60% da população feminina (HAYLEN *et al*, 2010).

Ela é comumente observada no pós parto, afetando 3 a 38% das mulheres em tal estágio (EFTEKHAR *et al*, 2006), sendo na maioria dos casos uma condição transitória, que se resolve espontaneamente nos três primeiros meses, em decorrência das mudanças hormonais e da cicatrização das lesões perineais (DUMOULIN, 2006). Entretanto, caso a incontinência urinária perdure após passados os três primeiros meses, aumentam-se em 92% as chances de o problema persistir cinco anos mais tarde (VIKTRUP; LOSE, 2001).

A incontinência urinária pós natal parece decorrer de lesões nos músculos, nos nervos, nas estruturas conectivas de suporte da pelve, nas estruturas vasculares ou diretamente no trato urinário (DUMOULIN, 2006; DIETZ, 2006). Mas além das alterações estruturais, existem evidências de alterações funcionais, como na capacidade de contração muscular, mensurada por perineômetros de pressão, palpação digital e eletromiografia (SOUTH *et al*, 2009).

A **incontinência anal** engloba tanto a perda involuntária de material fecal quanto de gases, em qualquer momento da vida após a aprendizagem do uso do banheiro (HAYLEN *et al*, 2010; QUICGLEY, 2007). Também pode ser caracterizada como a incapacidade para manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados (ROCKWOOD, 2004).

As lacerações perineais de terceiro e quarto graus, o parto instrumental, o primeiro parto vaginal e o peso do recém nascido são fatores que aumentam as chances de lesão do esfíncter anal durante o parto vaginal (CHRISTIANSON *et al*, 2003), podendo ocasionar inclusive deficiências persistentes, implicando em incontinência de fezes e flatos após o parto (CHRISTIANSON *et al*, 2003). E ter incontinência anal durante a gestação também é um fator de risco para manter tal disfunção após o parto (TORRISI *et al*, 2012; CHAN *et al*, 2012). Além disso, as lacerações de esfíncter anal estão associadas ao aumento da dor após parto (CHRISTIANSON *et al*, 2003) e à maior necessidade de uso de analgésicos nesse período (ANDREWS *et al*, 2007).

A **dor perineal** pós parto – definida como qualquer dor que ocorra no corpo perineal, área de tecido muscular e fibroso que se estende da sínfise púbica ao cóccix (BICK *et al*, 2010) – é um sintoma comum no parto vaginal, afetando mais de 42% das mulheres até dez dias após o parto e persistindo em 10% até três meses após o parto (ROGERS *et al*, 2008). Ela pode impactar negativamente as atividades de vida diária das mulheres, inclusive as funções urinárias, intestinais e sexuais, a amamentação e os cuidados com o bebê (ANDREWS *et al*, 2008).

A associação da dor perineal com o trauma perineal durante o parto vaginal já foi investigada em diversos estudos (CHANG *et al*, 2011; LEEMAN *et al*, 2009; EAST *et al*, 2011; AMORIM FRANCISCO *et al*, 2010; DECQLERC *et al*, 2008; ROGERS *et al*, 2008). Alguns estudos evidenciaram essa relação direta com a extensão do trauma, como no estudo de Macarthur e Macarthur (2004), com 444 mulheres canadenses, no qual, no sétimo dia pós parto, a dor perineal foi indicada por 91% das mulheres com lacerações de terceiro e quarto graus, 60% das mulheres com lacerações de segundo grau e 38% das mulheres com períneo íntegro (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004). O estudo de Rogers e colaboradores (2008), com 576 mulheres, no entanto, não encontrou essa relação entre a ocorrência da dor perineal em mulheres que tiveram traumas maiores e menores no parto vaginal (ROGERS *et al*, 2008). A discrepância entre os resultados dos estudos pode estar relacionada às diferentes metodologias aplicadas, incluindo-se diferentes formas de avaliação da dor.

A escala numérica analógica (ENA) tem sido muito utilizada pelos estudos que investigam sobre a dor perineal, (CHANG *et al*, 2011; MACARTHUR; MACARTHUR, 2004; LEEMAN *et al*, 2009; AMORIM FRANCISCO *et al*, 2010), tanto no pós parto imediato – até dez dias após o parto – e tardio – até seis semanas após o parto – quanto no pós parto remoto – até três meses após o parto. Estudos que utilizaram essa escala, como o de Chang e colaboradores (2011) que avaliaram a dor perineal em 243 mulheres, na primeira, segunda e sexta semanas e três meses após o parto, em dois grupos de mulheres, um submetido à episiotomia e outro não (CHANG *et al*, 2011). Esses autores não encontraram diferença significativa entre os grupos nas pontuações da ENA no primeiro e terceiro dias. No entanto, a partir do quarto dia até a segunda semana após o parto, o grupo que foi submetido à episiotomia apresentou pontuações mais elevadas. Esses resultados corroboram com os dados de Andrews e colaboradores (2007), no sentido de que as mulheres que foram submetidas à episiotomia tiveram significativamente mais dor no quinto dia pós parto, quando comparadas às mulheres com lacerações de segundo grau (ANDREWS *et al*, 2008).

A **disfunção sexual** consiste em outra relevante disfunção do assoalho pélvico ligada à gestação e ao parto. A sexualidade é complexa e multifatorial, uma vez que abrange uma série de questões e comportamentos, incluindo aspectos psicológicos, físicos, culturais e sociais (ABDOOL *et al*, 2009). Devido ao alto impacto das disfunções sexuais na qualidade de vida das mulheres, a *International Urogynecological Association* (IUGA) e a ICS publicaram a normatização dos termos relacionados com as disfunções do assoalho pélvico feminino, na qual as disfunções sexuais estão especificadas. Os principais transtornos sexuais femininos estão relacionados ao desejo, à excitação, ao orgasmo e à dor (HAYLEN *et al*, 2010).

Os transtornos ligados ao desejo são os mais freqüentes dentre as disfunções sexuais reportadas pelas mulheres, com uma prevalência de 32% entre mulheres de 18 e 59 anos de idade (BERMAN *et al*, 1999). Nesse caso, o interesse sexual se encontra diminuído ou ausente, não havendo pensamentos ou motivações sexuais, podendo estar associado à diminuição da lubrificação vaginal, que normalmente se intensifica com o avançar da idade, devido à redução de níveis hormonais (BERMAN *et al*, 1999). A disfunção orgásmica, que é o retardo ou a ausência recorrente do orgasmo após uma fase normal de excitação, pode estar relacionada, dentre outros fatores, à musculatura do assoalho pélvico. Músculos do assoalho pélvico mais hipoativos ou danificados, como costuma ocorrer após partos vaginais traumáticos, podem contribuir para alterações de excitação e orgasmo, uma vez que reduzem

a sensação de prazer para a mulher e seu parceiro durante a relação sexual (BERMAN *et al*, 1999). A dispareunia é outra disfunção sexual, que se caracteriza pela queixa de dor ou desconforto persistente e recorrente associado à tentativa de penetração ou à penetração vaginal completa (BERMAN *et al*, 1999; HAYLEN *et al*, 2010). Haylen e colaboradores (2010) comentam que a dispareunia é um sintoma que ocorre principalmente em mulheres com outras disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária e incontinência anal, o que dificulta diretamente a atividade sexual e leva as mulheres a evitar ou se abster do contato sexual (HAYLEN *et al*, 2010).

No Brasil, um estudo envolvendo 1219 mulheres demonstrou que quase a metade apresenta alguma disfunção sexual (ABDO *et al*, 2004). A perda do interesse sexual foi a disfunção que prevaleceu, relatada por 26,7% das entrevistadas, seguida da dispareunia e da disfunção orgásmica, relatada por 23% e 21%, respectivamente. A pesquisa encontrou também uma associação direta das disfunções sexuais com a idade e o nível educacional: a perda do interesse sexual e da disfunção orgásmica foi maior em mulheres mais velhas e naquelas com nível educacional mais baixo (ABDO *et al*, 2004).

O período gestacional costuma ser anunciado como uma fase crítica para a vida sexual das mulheres. No que se diz respeito ao pós parto, contudo, o tema ainda é controvertido. Enquanto alguns estudos concluem que as disfunções sexuais alcançam entre 22% e 86% das mulheres nesse período (HICKS *et al*, 2004, BARRET *et al*, 1999, NALDONI *et al*, 2011, LEITE *et al*, 2009), outros, apesar de terem demonstrado um declínio da função sexual durante a gestação, não são conclusivos quanto à sua manutenção depois do parto.

Nos estudos que integram o primeiro grupo, concluiu-se que muitas mulheres apresentaram redução do desejo sexual e da lubrificação vaginal no pós parto, que os orgasmos ficaram mais fracos e curtos (OLSSON *et al*, 2005; ABDOOL *et al*, 2009) e que 58% das mulheres sofreram de dispareunia três meses após o parto vaginal (BARRET *et al*, 1999).

Já em relação ao segundo grupo, ganha destaque o estudo de Connolly e colaboradores (2005) que investigou os efeitos da gravidez e do parto na função sexual no puerpério em 150 mulheres primíparas. Diferentemente dos resultados anteriormente citados, ele concluiu que após passados três meses do parto, a maioria das participantes não tinha dor durante a

atividade sexual e já tinha orgasmos similares ou até melhores que antes da gravidez (CONNOLLY *et al*, 2005).

Há também estudos que mostram que mulheres que apresentaram trauma perineal durante o parto, decorrente de episiotomia ou de laceração, tiveram uma incidência maior de disfunções sexuais no pós parto, levando mais tempo para reassumir a atividade sexual quando comparadas àquelas com períneo intacto (SIGNORELLO *et al*, 2001; RATHFISCH *et al*, 2010, ABDOOL *et al*, 2009, BAKSU *et al*, 2007). Entretanto, em outros estudos não foram encontradas diferenças significativas com relação às disfunções sexuais nos três meses após o parto, considerando mulheres que tiveram traumas perineais e mulheres com períneo íntegro (ANDREWS *et al*, 2008; CHANG *et al*, 2011; ROGERS *et al*, 2008).

Os resultados conflitantes apresentados pelos estudos podem estar relacionados à forma de avaliação da função sexual. Afinal, muitos utilizam questionários não validados e que apresentam termos subjetivos, além de avaliações que não abordam todos os aspectos da função sexual.

O questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), desenvolvido por Rosen e colaboradores (2000), é um instrumento multidimensional, utilizado para avaliar os principais domínios da função sexual em mulheres, quais sejam, desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (ROSEN *et al*, 2000). Ele possui propriedades psicométricas adequadas, é aplicável em diferentes situações clínicas e é capaz de discriminar mulheres com e sem disfunções sexuais (ROSEN *et al*, 2000). Além disso, ele foi adaptado (PANCAGNELLA *et al*, 2008) e validado tanto para a população brasileira (HENTSCHEL *et al*, 2007) quanto para o uso em gestantes (LEITE *et al*, 2007). Dessa forma, a utilização, por outros estudos, desse questionário para a avaliação da função sexual possibilita a comparação dos resultados, o que, em última instância, permite que estratégias mais efetivas de intervenção sejam traçadas para a prevenção das disfunções sexuais decorrentes da gestação e do parto.

Como visto, a ocorrência de traumas perineais durante o parto vaginal pode levar a graves disfunções no assoalho pélvico, sendo imperiosa a adoção de práticas aptas a reduzir tais efeitos danosos. Nesse sentido, estudos indicam que há uma relação direta entre as práticas assistenciais no parto e as conseqüências nas funções perineais em longo prazo subseqüentes a

esse evento (FLEMING *et al*, 2003). Em outros termos, com o planejamento de estratégias de proteção do períneo durante a gestação e o parto, pode-se promover uma melhor função perineal depois do parto, prevenindo assim complicações em longo prazo. E uma das práticas mais estudadas e difundidas em diversos países e que tem apresentado resultados promissores é a massagem perineal realizada durante a gravidez (LABRECQUE *et al*, 1999; ALBERS; BORDERS, 2007; BODNER-ADLER *et al*, 2002; BECKMANN; GARRETT, 2006; SHIPMAN *et al*, 1997; EOGAN *et al* 2006, MEI-DAN *et al*, 2008; DAVIDSON *et al*, 2000; KALICHMAN, 2008).

A massagem perineal tem sido recomendada às gestantes para aumentar a flexibilidade dos músculos do assoalho pélvico e dos tecidos perivaginais, com o intuito de reduzir a ocorrência de lacerações e evitar a episiotomia durante o parto vaginal (LABRECQUE *et al*, 1999; BECKMANN; GARRETT, 2006; SHIPMAN *et al*, 1997). Por ser uma técnica relativamente simples, a sua execução é feita pela própria gestante ou pelo seu parceiro durante as últimas semanas da gestação. Nos países em que tal massagem já se encontra bastante difundida, ela costuma ser repassada pelos profissionais de saúde durante a assistência pré natal apenas por meio de instruções escritas ou verbais e de vídeos, não sendo muitas vezes necessária a demonstração da técnica nas próprias gestantes (LABRECQUE *et al*, 1999; SHIPMAN *et al*, 1997; EOGAN *et al* 2006, MEI-DAN *et al*, 2008). No entanto, no Brasil, onde a massagem perineal ainda é pouco difundida, a orientação às gestantes é feita de forma pouco consistente nas consultas de pré natal pelos profissionais de saúde.

Com relação aos benefícios da massagem perineal, há evidências sobre o seu efeito em gestantes que apresentam risco maior para o trauma perineal, como no primeiro parto vaginal e idade materna superior a 30 anos (SHIPMAN *et al*, 1997). No estudo de Labrecque e colaboradores (1999) envolvendo mulheres com e sem parto vaginal prévio, o efeito protetor da massagem perineal foi observado apenas em mulheres que nunca haviam tido parto vaginal: 23% do grupo que realizou a massagem tiveram parto vaginal sem lesão no períneo, ao passo que esse resultado foi observado somente em 15% do grupo que não realizou a massagem (LABRECQUE *et al*, 1999).

Alguns estudos sobre a massagem perineal investigaram, além dos seus efeitos sobre os traumas perineais, sua influência sobre alguns fatores que podem causar lesão perineal, como duração do período expulsivo, posição durante o parto, tipo de parto, uso de ocitocina e uso de

anestesia epidural. Mas os resultados desses estudos não encontraram associação entre a massagem perineal e tais fatores (LABRECQUE *et al*, 1999; SHIPMAN *et al*, 1997; EOGAN *et al* 2006; BECKMANN; GARRETT, 2006).

Uma revisão sistemática da Cochrane, realizada em 2006, teve por o objetivo analisar as evidências sobre os efeitos da massagem perineal realizada no período pré natal (BECKMANN; GARRETT, 2006). Essa revisão incluiu três ensaios clínicos aleatorizados de alta qualidade metodológica, em um total de 2434 mulheres, tendo sido encontrada uma redução significativa de 15% na incidência de episiotomia nas mulheres que realizaram a massagem perineal. Como conclusão, a revisão sistemática apontou que gestantes sem parto vaginal prévio que realizaram a massagem perineal a partir de aproximadamente 35 semanas de gestação, são menos susceptíveis ao trauma perineal durante o parto vaginal (BECKMANN; GARRETT, 2006).

A influência da massagem perineal sobre as disfunções do assoalho pélvico no pós parto, no entanto, até o momento foi pouco investigada. No ensaio clínico aleatorizado de Labrecque e colaboradores (2000), cuja amostra foi composta por 949 mulheres que se encontravam no terceiro mês após o parto, não foi encontrado efeito da massagem sobre a ocorrência de incontinência urinária, fecal e a disfunção sexual entre os grupos experimental e controle. No entanto, nesse estudo não foram utilizados instrumentos de avaliação validados, o que pode justificar a não identificação das diferenças entre os grupos (LABRECQUE *et al*, 2000). Com relação à dor perineal, constatou-se a sua redução nas mulheres que já haviam realizado parto vaginal prévio, tendo chegado a resultado semelhante o estudo prospectivo de Eogan e colaboradores (2006), com 179 mulheres primíparas, que constatou taxas menores de dor perineal no pós parto imediato de mulheres que realizaram a massagem perineal. O efeito da massagem perineal na dor perineal, no entanto, é baseado apenas nesses dois estudos (LABRECQUE *et al*, 2000; EOGAN *et al* 2006), tais resultados ainda necessitando de confirmação.

Outro fator a ser considerado na análise dos resultados dos estudos que investigaram o efeito da massagem perineal sobre as disfunções do assoalho pélvico é a adesão das gestantes aos protocolos propostos. A adesão à massagem perineal foi apontada como um problema em muitos estudos (LABRECQUE *et al*, 1999; BECKMANN; GARRETT, 2006; SHIPMAN *et al*, 1997; EOGAN *et al* 2006, MEI-DAN *et al*, 2008). No estudo de Shipman e colaboradores

(1997), apenas 32% das gestantes confirmaram a realização do protocolo de forma completa e 15% não realizaram a massagem. No estudo de Eogan e colaboradores (2006), esse número foi ainda menor, não tendo sido o protocolo realizado de forma completa por nenhuma gestante. Labrecque e colaboradores (1999 e 2000) relataram em seus dois ensaios clínicos aleatorizados que, apesar da massagem perineal ser bem aceita pelas participantes (LABRECQUE *et al*, 2001), um número significativo não cumpriu as orientações de realizá-la diariamente nas seis semanas finais de gestação.

Nesses estudos de Labrecque e colaboradores (1999 e 2000), que investigaram a influência da massagem perineal realizada durante o período pré parto na ocorrência de trauma perineal e disfunções do assoalho pélvico, as taxas de adesão foram subdivididas em três categorias: mulheres que realizaram menos de um terço, que realizaram de um a dois terços e que realizaram mais de dois terços do protocolo. De acordo com esses autores, as mulheres que realizaram mais de dois terços do protocolo proposto tiveram maiores chances de ter parto vaginal com períneo intacto. Deste modo, os efeitos da massagem perineal sobre o trauma perineal dependem da frequência de realização da massagem (LABRECQUE *et al*, 1999; LABRECQUE *et al*, 2000). Com relação às disfunções do assoalho pélvico, não foram realizadas as análises de adesão e a ocorrência de incontinência urinária, incontinência anal, dor perineal e disfunção sexual (LABRECQUE *et al*, 2000). Entretanto, a revisão sistemática realizada por Beckmann e Garrett, em 2006, investigou os efeitos da frequência de realização da técnica e constatou que o subgrupo que realizou a massagem perineal por menos de 1,5 vezes por semana teve uma redução maior do trauma perineal em relação aos grupos que realizaram a massagem perineal com maior frequência (BECKMANN; GARRETT, 2006). Dessa forma, ainda não está claro se a adesão à massagem perineal está ou não relacionada com melhores desfechos das funções do assoalho pélvico após o parto e qual seria a melhor frequência de realização dessa técnica.

Labrecque e colaboradores (2001) realizaram outro estudo para investigar a percepção das mulheres sobre a realização da massagem perineal durante a gestação. A presença de dor, desconforto e dificuldades com a massagem perineal foram citadas na primeira e na segunda semanas; no entanto, tais queixas diminuíram nas semanas seguintes, tendo sido a massagem perineal avaliada, em geral, de forma positiva: 79% das mulheres relataram que a fariam novamente e 87% informaram que a recomendariam a outra gestante (LABRECQUE *et al*, 2001).

Assim, apesar dos potenciais benefícios da massagem perineal na prevenção do trauma perineal, a adesão à massagem perineal nas últimas semanas de gestação foi apontada como um dificultador (LABRECQUE *et al*, 1999; BECKMANN; GARRETT, 2006; SHIPMAN *et al*, 1997; EOGAN *et al* 2006, MEI-DAN *et al*, 2008). Devido a esse fato e também à falta de conhecimento sobre a massagem perineal, os profissionais de saúde no Brasil raramente orientam as gestantes em relação a essa técnica, muitas vezes por não a conhecerem, ou por presumirem que as gestantes não teriam boa adesão e, portanto, mesmo se fossem orientadas, não a realizariam em casa. Exemplo disso é a falta de dados científicos sobre a massagem perineal com a população brasileira, não estando claro, portanto, se gestantes brasileiras teriam ou não uma boa adesão e satisfação com a massagem perineal.

Tendo em vista os potenciais benefícios da massagem perineal na prevenção de traumas perineais durante o parto vaginal, este trabalho tem por objetivo precípua investigar a relação de tal técnica com a ocorrência das disfunções do assoalho pélvico no pós parto imediato e tardio. Além disso, objetiva fornecer dados sobre a adesão das gestantes brasileiras e sua satisfação em relação à técnica, podendo tais dados ser úteis para o direcionamento de práticas assistenciais durante o pré natal.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Determinar a ocorrência dos traumas perineais e disfunções do assoalho pélvico pré e pós parto em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação e investigar a relação entre a adesão e a ocorrência das disfunções do assoalho pélvico; por fim, investigar a opinião das mulheres com relação à massagem perineal.

1.1.2 Específicos

- Determinar a ocorrência de incontinência urinária, fecal, disfunção sexual e dor perineal no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias, 1 mês e 3 meses após o parto em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação;
- Determinar a ocorrência de episiotomia e lacerações perineais (1º, 2º, 3º e 4º graus) no parto vaginal em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação;
- Determinar a taxa de adesão à massagem perineal;
- Investigar a relação entre a adesão e a dor perineal, 3 a 10 dias, 1 mês e 3 meses após o parto, em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação;
- Investigar a relação entre a adesão e a ocorrência de incontinência urinária, 3 a 10 dias, 1 mês e 3 meses após o parto, em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação;
- Investigar a relação entre a adesão e a ocorrência de incontinência fecal, 3 a 10 dias, 1 mês e 3 meses após o parto, em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação;
- Investigar a relação entre a adesão e ocorrência de disfunção sexual, 1 mês e 3 meses após o parto, em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gestação;
- Investigar a opinião das mulheres com relação à experiência com a massagem perineal.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal, conduzido no Centro de Saúde São Gabriel (CSSG) e no Centro de Parto Normal (CPN) Doutor David Capistrano Filho, pertencente ao Hospital Sofia Feldman, uma instituição filantrópica. Essas instituições prestam assistência de pré natal de risco habitual ao Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte e são locais de referência em atendimento à saúde da mulher. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A), da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO B) e do Hospital Sofia Feldman (ANEXO C).

2.2 Amostra

Entre fevereiro e novembro de 2012, gestantes com idade cronológica superior a 18 anos, idade gestacional entre 29 e 37 semanas, com ou sem parto vaginal prévio, foram convidadas a participar do estudo. Somente foram incluídas as mulheres que compareceram a uma avaliação agendada pela pesquisadora. Foram critérios de exclusão: gestação de alto risco, cesariana realizada há menos de 2 anos, gestação múltipla, placenta prévia, crescimento uterino restrito, apresentação pélvica do feto, pré eclâmpsia, diabetes gestacional, herpes genital ativo e gestantes com alterações neurológicas e/ou incapacidade de compreender o protocolo de massagem perineal proposto.

As participantes foram inicialmente identificadas durante as consultas de pré-natal pelos obstetras (CSSG), enfermeiros obstetras (CPN) ou profissionais de saúde que foram informados sobre o estudo. Além disso, a pesquisadora realizou o recrutamento durante cursos para gestantes. Após verificação dos critérios de elegibilidade, as interessadas foram esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), e, posteriormente, foi agendada uma

avaliação pela pesquisadora. As avaliações foram feitas em torno da 34^a semana de gestação por ser este o período indicado pela literatura como o ideal para iniciar a realização da massagem perineal (LABRECQUE *et al*, 1999; BECKMANN; GARRETT, 2006).

2.3 Variáveis do estudo e operacionalização

a. Variáveis sociodemográficas:

- Idade, estado civil, escolaridade (anos estudados), condição econômica familiar (número de salários mínimos da família), ocupação fora do lar, dados obtidos no terceiro trimestre de gestação, por meio de questionário estruturado, realizado por entrevista assistida (APÊNDICE B).

b. Variáveis obstétricas e neonatais:

- Idade gestacional no momento da coleta e do parto, paridade (número de gestações, partos e abortos): variável quantitativa intervalar, obtida por meio de entrevista assistida no terceiro trimestre de gestação (APÊNDICE B).
- Peso do recém nascido: variável quantitativa intervalar, obtida dos prontuários e sumários de alta hospitalar das participantes. Peso operacionalizado em gramas;
- Ocorrência de episiotomia: variável qualitativa dicotômica, obtida do sumário de alta da participante;
- Ocorrência de lacerações perineais (primeiro, segundo, terceiro e quarto graus) com sutura: variável qualitativa ordinal, obtida do sumário de alta da participante.

c. Variáveis clínicas:

- Índice de massa corporal (IMC) na data da coleta: variável quantitativa intervalar, obtida pela divisão da massa da participante (em quilogramas) pelo quadrado de sua altura (em metros), no terceiro trimestre de gestação.
- Ocorrência de incontinência urinária: variável qualitativa dicotômica obtida por meio de entrevista assistida, em que se perguntava acerca da ocorrência ou não de perda urinária involuntária, no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias após o parto, 1 mês e 3 meses após o parto (APÊNDICE B).

- Ocorrência de incontinência anal: variável qualitativa dicotômica, obtida por meio de entrevista assistida, em que se perguntava acerca da ocorrência ou não de perda involuntária de flatos ou fezes, no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias após o parto, 1 mês e 3 meses após o parto (APÊNDICE B).
- Ocorrência de dor perineal: variável qualitativa dicotômica, obtida por meio de entrevista assistida, em que se perguntava acerca da ocorrência ou não de dor perineal, no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias após o parto, 1 mês e 3 meses após o parto (APÊNDICE B).
- Intensidade da dor perineal ao sentar e ao andar: variável quantitativa intervalar, obtida por meio da Escala Numérica Analógica (ENA), definida por zero (sem dor) a dez (dor insuportável), obtida por meio de entrevista assistida, no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias após o parto, 1 mês e 3 meses após o parto (APÊNDICE B).
- Função sexual: variável quantitativa intervalar, obtida pela aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) (ANEXO D). Instrumento desenvolvido por Rosen e colaboradores em 2000, validado e adaptado para a população brasileira feminina (HENTSCHEL *et al*, 2007; PANCAGNELLA *et al*, 2008) e também para gestantes brasileiras (LEITE *et al*, 2007). Esse questionário contém 19 questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de zero a cinco. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, sendo que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual (ROSEN *et al*, 2000). Alguns autores estipularam um escore total de 26,5 como sendo um valor de diferenciação entre mulheres com e sem disfunção sexual (WIEGEL *et al*, 2005), que também será utilizado nesse estudo. Dados obtidos: no terceiro trimestre de gestação, 1 mês e 3 meses após o parto, por meio de entrevista assistida.

d. Opinião com relação à massagem perineal

- Opinião das participantes com relação à realização da massagem perineal: variável qualitativa, obtida por entrevista assistida, com questões fechadas que abordam a opinião das participantes com relação à experiência com a massagem perineal (APÊNDICE B). Obtida por meio de entrevista assistida, 3 a 10 dias após o parto, na qual as participantes respondiam sim, não ou não sei às perguntas.

e. Adesão à massagem perineal

Taxa de adesão das participantes à massagem perineal: variável quantitativa intervalar, obtida do diário da gestante (APÊNDICE D), operacionalizada pela proporção de números de vezes em que a massagem foi realizada de fato pela gestante ou parceiro, pelo número total de vezes em que a massagem deveria ser realizada segundo determinado pelo protocolo da massagem perineal (LABRECQUE *et al*, 1999). Após cálculo das taxas de adesão, essas foram divididas em três categorias: adesão abaixo de 1/3 do protocolo, adesão entre 1/3 e 2/3 e adesão acima de 2/3, segundo Labrecque e colaboradores (1999).

2.4 Procedimentos

Inicialmente foi realizada uma entrevista para coleta de dados sociodemográficos, história ginecológica e obstétrica e dados clínicos das participantes (APÊNDICE B). Em seguida, as participantes receberam instruções (APÊNDICE C) e uma demonstração sobre como realizar a massagem perineal pela pesquisadora. Nessa ocasião foram fornecidas instruções escritas sobre a técnica. A participante foi posicionada em decúbito dorsal com o tronco inclinado a 45°, joelhos fletidos, pés apoiados na maca e os membros inferiores abduzidos e rodados externamente de acordo com o seu conforto. Para a realização da massagem perineal, a pesquisadora introduziu os dedos indicadores, calçados com luva de procedimento e lubrificados com gel íntimo, cerca de três a quatro centímetros no intróito vaginal, e realizou uma pressão para baixo e para os lados por cinco minutos, fazendo um movimento de “varredura” (LABRECQUE *et al*, 1999). Em seguida, a participante foi incentivada a escolher a posição em que se sentisse mais confortável (cócoras, semi sentada ou em pé com uma perna apoiada em um degrau) e tentar realizar a técnica ela mesma por mais cinco minutos para sentir como a massagem perineal deve ser realizada e esclarecer possíveis dúvidas.

A gestante foi orientada a ela própria realizar a massagem perineal e/ou seu parceiro, diariamente por cinco a dez minutos, nas últimas seis semanas de gestação, de acordo com o protocolo de Labrecque e colaboradores (1999). Cada participante recebeu um frasco de gel lubrificante íntimo à base de água para realizar a massagem perineal em seu domicílio. Além disso, as participantes receberam um diário que deveria ser preenchido para a coleta de dados

sobre a frequência de realização da massagem perineal e se foi realizada pela gestante ou pelo parceiro. Todos os procedimentos relacionados à massagem perineal foram realizados por fisioterapeuta pós graduada em Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Recém Nascido, com experiência na área. As participantes foram acompanhadas quinzenalmente, por contato telefônico, para o esclarecimento de dúvidas e para checagem e incentivo à adesão à massagem perineal.

Os dados relacionados ao parto e ao recém nascido, como idade gestacional do parto, tipo de parto, ocorrência de episiotomia, ocorrência e gravidade das lacerações perineais e peso do recém nascido, foram obtidos por meio do sumário de alta entregue pela maternidade às mulheres ou por meio de prontuários, quando o parto foi realizado no Hospital Sofia Feldman. Dados relacionados à incontinência urinária, incontinência anal e dor perineal foram obtidos no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias, 1 e 3 meses após o parto, por telefone ou pessoalmente. Dados relativos à função sexual foram obtidos em todos os períodos citados, exceto 3 a 10 dias após o parto, também por contato telefônico ou pessoalmente. Os dados relacionados ao questionário sobre a satisfação com a massagem perineal foram colhidos de 3 a 10 dias após o parto por telefone ou pessoalmente.

Estatística descritiva foi utilizada da seguinte forma: para as variáveis categóricas foram feitas tabelas de distribuição de frequências, para as variáveis numéricas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade. Para se investigar as mudanças temporais ao longo das 4 avaliações na ocorrência de incontinência urinária, incontinência anal, função sexual e dor perineal (durante a gestação, 3 a 10 dias após o parto - exceto para função sexual - 1 mês após o parto e 3 meses após o parto) foram utilizados os testes: de Cochran (variáveis categóricas nominais); Friedman (variáveis numéricas) e Kendall (variáveis categóricas ordinais). Nos casos onde foi observada diferença significativa entre algum dos intervalos de tempo foram realizados testes para comparação dos períodos 2 a 2. Para tal, foram realizados os testes de McNemar (variáveis categóricas nominais); Homogeneidade Marginal (variáveis categóricas ordinais); e Wilcoxon (variáveis numéricas). Em todas as comparações múltiplas foi considerada a correção de Bonferroni (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Para analisar se a adesão estava associada aos desfechos perineais (trauma perineal, incontinência urinária, incontinência anal, função sexual e dor perineal) foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher (variáveis categóricas) ou teste de Kruskal-

Wallis (variáveis numéricas). Optou-se por utilizar testes não-paramétricos na análise das variáveis numéricas devido ao caráter assimétrico dessas. (PAGANO; GAUVREAU, 2004)

Em todas as análises foi considerado um nível de 5% de significância. Foi utilizado o software SPSS 15.

3 ARTIGO

Relação entre adesão à massagem perineal durante a gestação e disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório

RESUMO

Objetivo: investigar a relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico após o parto. **Método:** estudo longitudinal com 31 gestantes que foram instruídas a realizar a massagem perineal a partir da 34ª semana de gestação até o parto. As participantes foram avaliadas com relação à: dor perineal (pela escala numérica analógica), incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), definidas como relato de pelo menos um episódio de incontinência no último mês, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência, e disfunção sexual (avaliada pelo Female Sexual Function Index - FSFI) em torno da 34ª semana de gestação, 3 a 10 dias, 1 e 3 meses após o parto. A adesão foi documentada por meio dos diários das gestantes e um questionário estruturado foi desenvolvido para coletar informações sobre a opinião das gestantes com relação à massagem perineal. Dados relacionados ao trauma perineal foram obtidos por relatórios médicos e por prontuários. Para comparar os resultados nos 4 períodos de tempo, foram usados os testes estatísticos: Cochran, Friedman e Kendal. Os testes Chi quadrado e Kruskal-Wallis foram usados para analisar se os desfechos perineais tinham associação com a adesão. Nível de significância foi determinado a 0.05. **Resultados:** 74% das participantes tiveram parto vaginal, no qual 30,4% tinham períneo intacto, 62,5% laceração de 1º grau e 37,5% laceração de 2º grau e 8,7% tiveram episiotomia. No terceiro trimestre de gestação, 54,8% das participantes tiveram disfunção sexual, seguida da IU, com 48,4% das mulheres com essa queixa, dor perineal foi relatada por 16,1% e IA por 12,9% das participantes. Aos 3 a 10 dias após o parto, 69,6% das participantes tinham dor perineal, 22,6 % relataram ter IU e 6,5% tinham sintomas de IA. Um mês após o parto, 81,5% relataram disfunção sexual; 29,2% tinham dor perineal, 16,1% relataram ter sintomas de IU e 9,7% tinham IA. Aos 3 meses após o parto, 34,8% relataram disfunção sexual, apenas 4,3% ainda relataram ter dor perineal, 4,3% tinham IU e nenhuma das participantes relatou sintomas de IA. A dor perineal diminuiu significativamente 3 a 10 dias após o parto e reduziu até 1 mês após o parto ($p=0.004$); IU reduziu significativamente até 1 mês após o parto ($p=0.001$). Não houve diferença significativa para ocorrência de IA

nos 4 períodos de tempo. A média do escore total do FSFI reduziu até 1 mês e aumentou aos 3 meses após o parto ($p < 0.001$). A ocorrência de função sexual normal foi significativamente maior no grupo de mulheres que realizaram a massagem perineal acima de 2/3 do protocolo ($p = 0.013$). A taxa média de adesão à massagem perineal foi de 54,5% (SD=29,9). Apesar de 39% das participantes terem relatado que ela causou desconforto, todos recomendariam a massagem perineal a outras gestantes. **Conclusão:** A adesão à massagem perineal influenciou na recuperação da função sexual. Brasileiras demonstraram uma adesão satisfatória à massagem perineal e a maioria avaliou essa técnica como positiva para os desfechos relacionados ao parto.

Palavras chave: Massagem perineal, disfunção do assoalho pélvico, adesão

Relationship between antenatal perineal massage adherence and pelvic floor dysfunction: an exploratory study

ABSTRACT

Objective: to investigate the relationship between adherence to antenatal perineal massage and pelvic floor dysfunction after childbirth. **Methods:** longitudinal study with 31 pregnant women who were instructed to perform perineal massage from 34 weeks of gestation to delivery. Participants were evaluated on perineal pain (by the verbal numerical rating scale), urinary incontinence (UI) and anal incontinence (AI), defined as a report of at least one episode of incontinence in the last month, according to the definitions of the International Continence Society, and sexual dysfunction (measured by The Female Sexual Function Index - FSFI) at around 34 weeks of gestational age and at 3 to 10 days, 1 and 3 months after delivery. Adherence was documented from participants' diaries, and a structured questionnaire was developed to collect information on their opinion about the perineal massage. Perineal trauma data were collected from medical reports and hospital records. To compare the outcomes through the 4 time points, Cochran, Friedman and Kendal statistical tests were used. Chi squared and Kruskal-Wallis tests were used to analyze whether the perineal outcomes were associated with adherence. Level of significance was set at 0.05. **Results:** 74% of the participants had vaginal delivery, in which 30,4% had intact perineum, 62,5% had first degree tear, 37,5% second degree tear and 8,7% had episiotomy. At the third trimester of gestation, 54,8% of the participants had sexual dysfunction, 48,4% reported UI symptoms, 16,1% reported perineal pain and 12,9% had AI. At 3 to 10 days after delivery, 69,6% of the participants reported perineal pain, 22,6% reported IU and 6,5% had AI. One month after delivery, 81,5% had sexual dysfunction; 29,2% had perineal pain, 16,1% reported having IU symptoms and 9,7% had AI. At 3 months after delivery, sexual dysfunction was reported by 34,8%, only 4,3% still reported perineal pain and UI, and none of the participants had AI. Perineal pain significantly increased 3 to 10 days postpartum and decreased until 1 month after delivery ($p=0.004$); UI significantly decreased until 1 month after delivery ($p=0.001$). There were no statistical differences on AI through the 4 time points. The mean FSFI decreased 1 month and increased 3 months after delivery ($p<0.001$). The occurrence of normal sexual function was significantly higher in the group of women that performed the perineal massage up to two thirds of the protocol ($p=0.013$). The mean rate of adherence to perineal massage was 54,5% (SD=29,9). Although 39% of the participants reported that it caused discomfort, all of them would recommend it for other pregnant women. **Conclusion:**

The adherence to the perineal massage influenced the recovery of sexual function. Women from Brazil showed a satisfactory compliance to perineal massage and most of them evaluated it in as positive to outcomes related to their delivery.

Key words: antenatal perineal massage; pelvic floor dysfunction; adherence

INTRODUÇÃO

A ocorrência de traumas perineais no parto vaginal ainda é muito elevada, com taxa de episiotomia de 60 a 90% e com apenas 9 a 19% das mulheres com períneo intacto após o parto (1,2). Há evidências de que os traumas perineais decorrentes do parto vaginal, sejam episiotomia ou lacerações espontâneas, podem acarretar danos temporários ou permanentes ao assoalho pélvico, principalmente quando ocorrem no primeiro parto (3,4,5) Esses danos podem levar a disfunções do assoalho pélvico tais como a incontinência urinária (6) e fecal (7) a dor perineal (8,9,10) e as disfunções sexuais (11,12).

As disfunções do assoalho pélvico após o parto podem ser decorrentes de lesões nos músculos e/ou nervos, nas estruturas conectivas de suporte da pelve, nas estruturas vasculares ou diretamente no trato urinário ou no esfíncter anal (5,13). Constituem-se como fatores de risco para o desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico após o parto: peso do recém nascido acima de 3,000g (14), idade materna (2), incontinência urinária (6,14,15) ou anal (6,15) durante a gestação, lacerações perineais mais graves, como as de terceiro e quarto graus, parto instrumental, primeiro parto vaginal e episiotomia (5,7).

A implementação de ações para a prevenção dos traumas perineais decorrentes do parto vaginal devem ser iniciadas ainda durante a assistência pré natal. Dentre essas ações, a literatura tem apontado efeitos positivos da massagem perineal realizada nas últimas semanas de gestação na prevenção de lacerações e de episiotomia (16,17,18,19,20). A massagem perineal pode ser realizada pela mulher ou pelo parceiro e parece aumentar a flexibilidade dos músculos do assoalho pélvico e dos tecidos perivaginais (16,19). Apesar dos efeitos positivos da técnica na redução dos traumas perineais, poucos estudos investigaram seu efeito na ocorrência das disfunções do assoalho pélvico após o parto.

Uma revisão sistemática da *Cochrane* (19), que avaliou resultados de um estudo com 949 mulheres três meses após o parto (21), encontrou redução da dor perineal em mulheres que já haviam tido ao menos um parto vaginal. Esse resultado foi corroborado pelo estudo de Eogan e colaboradores (20) em 2006, que encontrou menor ocorrência de dor perineal em primíparas que realizaram massagem perineal durante a gestação. No entanto, com relação às demais disfunções do assoalho pélvico, a revisão sistemática da *Cochrane* (19) não identificou

diferenças na ocorrência de incontinência urinária e anal e disfunção sexual entre as mulheres que realizaram a massagem perineal, quando comparadas ao grupo controle. No entanto os estudos analisados pela revisão não utilizaram instrumentos validados e confiáveis de avaliação das disfunções do assoalho pélvico.

Outro fator a ser considerado na análise dos resultados dos estudos que investigaram o efeito da massagem perineal é a adesão das gestantes aos protocolos propostos. A adesão à massagem perineal foi apontada como um problema em muitos estudos (16, 17, 20, 21, 22). Em um desses estudos, apenas 32% das gestantes confirmaram a realização do protocolo de forma completa e 15% não realizaram a massagem (17). No estudo de Eogan, Daly e O’Herlihy (20), esse número foi ainda menor, não tendo sido o protocolo realizado de forma completa por nenhuma gestante. As taxas baixas de adesão à massagem perineal, portanto, podem dificultar a identificação e/ou melhora das disfunções do assoalho pélvico entre os grupos de mulheres que realizaram ou não a massagem perineal.

Segundo Labrecque e colaboradores (1999), o efeito da massagem perineal depende da sua frequência, ou seja, práticas mais regulares da massagem levariam à redução do risco de trauma perineal no parto vaginal (16). No entanto, a revisão sistemática não encontrou tal associação, uma vez que o subgrupo que realizou a massagem perineal menos vezes por semana obteve maior redução de traumas perineais durante o parto vaginal, em comparação com as que realizaram mais vezes na semana (19). Dessa forma, ainda não está claro se a adesão à massagem perineal está diretamente relacionada com melhores desfechos das funções do assoalho pélvico após o parto.

Tendo em vista os benefícios da massagem perineal na prevenção de traumas perineais (16-22) e na ocorrência de disfunções do assoalho pélvico (19, 20, 21) e o desconhecimento de estudos com população brasileira, esse trabalho teve por objetivo fornecer dados sobre a adesão e satisfação em relação a essa técnica em gestantes brasileiras, além de investigar a relação entre a adesão à massagem perineal e a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico no pós parto imediato e tardio. Os resultados deste estudo poderão nortear a implementação desta prática assistencial durante o pré natal e contribuir para a prevenção de traumas perineais no parto e consequentes disfunções do assoalho pélvico após o parto vaginal.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal, conduzido no Centro de Saúde São Gabriel (CSSG) e no Centro de Parto Normal (CPN) Doutor David Capistrano Filho, pertencente ao Hospital Sofia Feldman, (Minas Gerais, Brasil). Essas instituições prestam assistência de pré natal de risco habitual ao Sistema Público de Saúde de Belo Horizonte e são locais de referência em atendimento à saúde da mulher. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Hospital Sofia Feldman.

Entre fevereiro e novembro de 2012, gestantes com idade cronológica superior a 18 anos, idade gestacional entre 29 e 37 semanas, com ou sem parto vaginal prévio foram convidadas a participar do estudo. Somente foram incluídas as mulheres que compareceram a uma avaliação agendada pela pesquisadora. Foram critérios de exclusão: gestação de alto risco, cesariana realizada há menos de 2 anos, gestação múltipla, placenta prévia, crescimento uterino restrito, apresentação pélvica do feto, pré eclâmpsia, diabetes gestacional, herpes genital ativo e gestantes com alterações neurológicas e/ou incapacidade de compreender o protocolo de massagem perineal proposto.

As participantes foram inicialmente identificadas durante as consultas de pré-natal pelos obstetras (CSSG), enfermeiros obstetras (CPN) ou profissionais de saúde que foram informados sobre o estudo. Ademais, a pesquisadora realizou o recrutamento durante cursos para gestantes. Após verificação dos critérios de elegibilidade, as interessadas foram esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e foi agendada uma avaliação. As avaliações foram feitas em torno da 34ª semana de gestação por este ser o tempo indicado pela literatura como o ideal para iniciar a realização da massagem perineal. Foi indispensável a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo.

Inicialmente foi realizada uma entrevista pela pesquisadora para a coleta de dados sociodemográficos, história ginecológica e obstétrica e dados clínicos das participantes. As seguintes características sociodemográficas foram documentadas: idade, estado civil, escolaridade, condição econômica familiar e ocupação. Os dados da história ginecológica e obstétrica atual e prévia foram idade gestacional na data da coleta e paridade (número de

gestações, partos e abortos). Finalmente, foi documentado o dado clínico de índice de massa corporal (IMC).

Em seguida, as participantes receberam instruções escritas e uma demonstração sobre como realizar a massagem perineal pela pesquisadora. A participante foi posicionada em decúbito dorsal com o tronco inclinado a 45°, joelhos fletidos, pés apoiados na maca e os membros inferiores abduzidos e rodados externamente de acordo com o seu conforto. Para a realização da massagem perineal, a pesquisadora introduziu os dedos indicadores, calçados com luva de procedimento e lubrificadas com gel íntimo, cerca de três a quatro centímetros no intróito vaginal, e realizada uma pressão para baixo e para os lados por cinco minutos, fazendo um movimento de “varredura” (16). Em seguida, a participante foi incentivada a escolher a posição em que se sentisse mais confortável (cócoras, semi sentada ou em pé com uma perna apoiada em um degrau) e tentar realizar a auto massagem por mais cinco minutos para sentir como a massagem deveria ser realizada e esclarecer possíveis dúvidas.

A gestante foi orientada a realizar a auto massagem perineal e/ou seu parceiro, diariamente por cinco a dez minutos, nas últimas seis semanas de gestação, de acordo com o protocolo de Labrecque e colaboradores (16). Cada participante recebeu um frasco de gel lubrificante íntimo à base de água para realizar a massagem perineal em casa. Além disso, as participantes receberam um diário que deveria ser preenchido para a coleta de dados sobre a frequência de realização da massagem perineal e se foi realizada pela gestante ou pelo parceiro. Todos os procedimentos relacionados à massagem perineal foram realizados por fisioterapeuta pós graduada em Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Recém Nascido, com experiência na área. As participantes foram acompanhadas quinzenalmente pela pesquisadora, por contato telefônico, para o esclarecimento de dúvidas e para a checagem e incentivo à adesão à massagem perineal.

Os dados relacionados ao parto e ao recém nascido, como: idade gestacional do parto, tipo de parto, ocorrência de episiotomia, ocorrência e gravidade das lacerações perineais e peso do recém nascido, foram obtidos por meio do sumário de alta entregue pela maternidade às mulheres ou por meio de prontuários, quando o parto foi realizado no Hospital Sofia Feldman. Dados relacionados à incontinência urinária, incontinência anal e dor perineal foram obtidos no terceiro trimestre de gestação, 3 a 10 dias, 1 e 3 meses após o parto. A função sexual foi obtida em todos os períodos citados, exceto 3 a 10 dias após o parto. A ocorrência de

incontinência urinária foi definida como o relato de pelo menos um episódio de perda urinária e a incontinência anal como relato de perda de gases ou fezes de acordo com a *International Continence Society* (ICS, 2009) (23) nos períodos investigados. Para avaliação da função sexual foi aplicado o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) (24), que é um instrumento validado para a população brasileira feminina (25, 26) e também para gestantes brasileiras (27). Esse questionário contém 19 questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de zero a cinco. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, sendo que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual (24). Alguns autores estipularam um escore total de 26,5 como sendo um valor de diferenciação entre mulheres com e sem disfunção sexual (28). A ocorrência da dor perineal foi documentada pelo relato de presença ou não de dor na região do períneo nos períodos investigados. A intensidade da dor perineal foi mensurada por meio da Escala Numérica Analógica (ENA), definida por zero (sem dor) a dez (dor insuportável) (8), obtida por meio de entrevista assistida realizado por contato telefônico.

A taxa de adesão das participantes à massagem perineal foi obtida pela análise do diário da gestante e foi operacionalizada pela proporção de números de vezes em que a massagem foi realizada de fato pela gestante ou parceiro, pelo número total de vezes em que a massagem deveria ser realizada segundo determinado pelo protocolo da massagem perineal (16). Após cálculo das taxas de adesão, essas foram divididas em três categorias: adesão abaixo de 1/3 do protocolo, adesão entre 1/3 e 2/3 e adesão acima de 2/3, segundo Labrecque e colaboradores (1999) (16). A opinião das participantes com relação à realização da massagem perineal foi obtida por meio de questionário estruturado, com questões que abordavam a opinião das participantes com relação à experiência com a massagem perineal. Para tal, foi realizada uma entrevista assistida por contato telefônico ou pessoalmente pela pesquisadora.

Estatística descritiva foi utilizada da seguinte forma: para as variáveis categóricas foram feitas tabelas de distribuição de frequências, para as variáveis numéricas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade. Para se investigar as mudanças temporais ao longo das 4 avaliações na ocorrência de incontinência urinária, incontinência anal, função sexual e dor perineal (durante a gestação, 3 a 10 dias após o parto - exceto para função sexual - 1 mês após o parto e 3 meses após o parto) foram utilizados os testes: de Cochran (variáveis categóricas

nominais); Friedman (variáveis numéricas) e Kendall (variáveis categóricas ordinais). Nos casos onde foi observada diferença significativa entre algum dos intervalos de tempo foram realizados testes para comparação dos períodos 2 a 2. Para tal, foram realizados os testes de McNemar (variáveis categóricas nominais); Homogeneidade Marginal (variáveis categóricas ordinais); e Wilcoxon (variáveis numéricas). Em todas as comparações múltiplas foi considerada a correção de Bonferroni (29).

Para analisar a associação entre a adesão e os desfechos perineais (trauma perineal, incontinência urinária, incontinência anal, função sexual e dor perineal) foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher (variáveis categóricas) ou teste de Kruskal-Wallis (variáveis numéricas). Optou-se por utilizar testes não-paramétricos na análise das variáveis numéricas devido ao caráter assimétrico dessas (29).

Em todas as análises foi considerado um nível de 5% de significância. Foi utilizado o software SPSS 15.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 31 gestantes, com média de idade de 26 anos (DP=6,1), sendo a maioria casada ou em união estável (71%), com escolaridade correspondente ao ensino médio (71%), renda familiar de dois salários mínimos ou menos (58%) e exercendo alguma ocupação fora do lar (61,3%). As participantes apresentaram IMC médio de 27,8 (DP=3,8kg/m²), com a maioria classificada com IMC adequado para a idade gestacional. A idade gestacional média das participantes no início do estudo era de 34 semanas (DP=2,2 semanas), sendo que 64,5% destas mulheres eram primigestas, 19,4% já tinham tido um parto vaginal prévio, 6,5% uma cesariana prévia e 6,5% já haviam tido um aborto (Tabela 1).

Os dados relacionados ao parto atual e desfechos perineais estão apresentados na Tabela 2. As análises descritivas mostraram que 74,2% das participantes tiveram parto vaginal. Desses casos, em quase 70% houve trauma perineal, no entanto, a maior parte, 62,5%, teve laceração de primeiro grau e 8,7% foram submetidas à episiotomia. A idade gestacional média do parto foi de 39,4 semanas (DP=1 semana) e o peso médio dos recém nascidos foi de 3170 gramas (DP=311,7 gramas). Com relação às disfunções do assoalho pélvico no terceiro trimestre de gestação, a disfunção sexual foi a mais prevalente, atingindo 54,8% das participantes, seguida

de incontinência urinária (48,4%), dor perineal (16,1%) e da incontinência anal (12,9%). No pós parto imediato, ou seja, de 3 a 10 dias após o parto, a disfunção do assoalho pélvico mais prevalente foi a dor perineal (69,6%), seguida da incontinência urinária (22,6%) e incontinência anal (6,5%). Um mês após o parto, a disfunção sexual foi apresentada por 81,5% das participantes, 29,2% ainda relataram dor perineal, 16,1% relataram incontinência urinária e 9,7% incontinência anal. Três meses após o parto, 34,8% possuíam disfunção sexual, apenas 4,3% relataram ainda sentir dor perineal, 4,3% tinham queixa de incontinência urinária, e nenhuma participante se queixou de incontinência anal (Tabela 3).

As Tabelas 3 e 4 mostram as mudanças que ocorreram ao longo do tempo sobre as variáveis do estudo e indicam mudanças significativas para as variáveis dor perineal ($p=0,004$), ENA da dor ($p=0,001$), incontinência urinária ($p=0,001$) e disfunção sexual ($p=0,006$). Na Tabela 3, observam-se mudanças temporais significativas sobre o relato de dor perineal, que aumentou de 16,1% durante a gestação para 69,6% de 3 a 10 dias pós parto e subsequente redução do percentual de dor para 29,2% um mês após o parto e 4,3% três meses após o parto. Com relação à variável ENA da dor, houve diferença nos valores durante a gestação para 3 a 10 dias pós parto, aumentando-se os percentuais de dor classificada como moderada e intensa. Novamente, após 3 meses do parto, esses percentuais diminuíram expressivamente. Com relação à ocorrência de incontinência urinária, houve redução significativa nos percentuais do período durante a gestação (48,4%), 1 mês após o parto (16,1%) e 3 meses após o parto (4,3%). No entanto, não houve diferença significativa entre o primeiro e o terceiro meses.

Com relação à função sexual, 16,1% das participantes voltaram a ter relações sexuais até 1 mês do parto e 95,7% até o terceiro mês. A ocorrência de disfunção sexual diminuiu significativamente nos 3 meses pós parto em relação ao primeiro mês (de 81,5% para 34,8%; $p=0,004$). Na análise do escore contínuo (resultados do FSFI), foi observada diferença significativa entre todos os períodos investigados. As médias diminuíram do período da gravidez de 21,6 (DP=10,7) para 10,5 (DP= 10,1) no período de 1 mês após o parto, voltando a aumentar 3 meses após o parto, com escore médio de 26,7 (DP=6,6) no FSFI (Tabelas 3 e 4).

A taxa de adesão média à massagem perineal foi de 54,5%, com mínimo de 4,7% e máximo de 100,0%. Aproximadamente 65% das participantes (N=20) realizaram pelo menos um terço do protocolo proposto, sendo que 38,7% (N= 12) realizaram mais de dois terços do protocolo

proposto, 25,8% (N=8) realizaram entre um terço e dois terços e 35,5% (N=11) realizaram menos de um terço. Mais da metade das participantes (58%) realizou a massagem perineal junto com o parceiro. Apenas uma participante não retornou as informações do diário. Os seus dados foram classificados como “baixa adesão” de acordo com Labrecque *et al*, 1999 (16). Com relação à opinião das gestantes sobre a massagem perineal, 96,8% relataram que realizariam a massagem em outra gestação e todas a recomendariam para outras gestantes. Por outro lado, 38,7% das mulheres relataram que a massagem gerou desconforto (Tabela 5).

Não houve associação significativa entre a taxa de adesão e nenhuma variável sociodemográfica, obstétrica ou clínica, variáveis relativas ao parto, à dor perineal e às funções urinária e anal (Tabelas 7 a 15 em anexo).

Foi observada associação significativa entre a taxa de adesão à massagem perineal e a função sexual aos 3 meses após o parto ($p=0,013$). A proporção de função sexual normal foi mais elevada entre as gestantes que tiveram adesão superior a dois terços. No entanto, as participantes que tiveram adesão menor que um terço também obtiveram maiores escores no FSFI, indicando melhor função sexual (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Este estudo exploratório é o primeiro que investigou a adesão e a opinião de mulheres brasileiras com relação à prática da massagem perineal nas últimas semanas de gestação e a relação entre a adesão e a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico no pós parto. Os resultados indicaram uma adesão satisfatória e uma avaliação positiva da massagem perineal pela maioria das participantes. Foi observada, ainda, associação entre a prática da massagem perineal e a melhora da função sexual no terceiro mês pós parto. Além disso, para documentar as disfunções do assoalho pélvico ao longo do tempo, durante a gestação até 3 meses após o parto, foram utilizados instrumentos padronizados, validados e amplamente empregados em estudos internacionais da área.

No presente estudo, documentamos baixa ocorrência de traumas perineais decorrentes do parto vaginal, sendo que 30,4% das mulheres tiveram parto vaginal com períneo intacto e a taxa de episiotomia foi de apenas 8,7%. Resultados estes que diferem de outros estudos brasileiros e de alguns estudos internacionais, que mostram taxas muito mais elevadas de

episiotomia, que chegam a até 90% (1, 2, 15). Nossos dados são similares aos de Shipman, *et al*, 1997 (17) e Labrecque e colaboradores, 1999 (16), cuja amostra incluiu mulheres que realizaram a massagem perineal, sendo que 31% e 24% das participantes tiveram parto vaginal com períneo intacto, respectivamente.

Analisando-se os fatores de risco para o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico após o parto, descritos pela literatura, percebemos que as participantes do presente estudo apresentaram algumas características que sugerem risco relativamente baixo para ocorrência dessas disfunções, tais como baixa ocorrência de partos instrumentais e de episiotomia, ausência de lacerações perineais extensas, além de idade média inferior a 30 anos. No entanto, as participantes apresentaram outras características que podem contribuir para a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico após o parto, como primiparidade – uma vez que a maior parte das participantes se encontrava no primeiro parto vaginal –, peso médio dos recém nascidos acima de 3,000g e a alta ocorrência de incontinência urinária durante a gestação. Mas apesar de 48% das participantes terem apresentado queixa de incontinência urinária no terceiro trimestre de gestação, apenas 4% mantiveram essa disfunção 3 meses após o parto, tendo essa queixa cessado espontaneamente para a maioria até 1 mês após o parto. Esses resultados são superiores aos encontrados na literatura em estudos com mulheres que não realizaram a massagem perineal, que mostram uma ocorrência ainda alta de incontinência urinária aos 3 meses após o parto: 21,6% no estudo de Torrisi, 2012 (apenas com primíparas) (6) e 33% (em primíparas e múltiparas) na revisão sistemática de Thom e Rortveit, 2010 (30). Dessa forma, sugere-se que a massagem perineal possa ter um efeito protetor na ocorrência da incontinência urinária; no entanto, este efeito não foi comprovado no presente estudo, uma vez que não identificamos associação significativa entre a massagem perineal e a ocorrência de incontinência urinária.

No estudo de Torrisi e colaboradores (2012) com 774 mulheres que não realizaram massagem perineal durante a gestação, a ocorrência da incontinência anal foi de 26,6% no pós parto imediato (2 a 3 dias após o parto) em primíparas que tiveram parto vaginal ou cesariana, com redução para 16,3% aos 3 meses após o parto (6). Estudos apontam que a ocorrência de sintomas de incontinência anal na gestação é o principal fator de risco para manter essa disfunção também no pós parto (6,15). No presente estudo, apesar de 12,9% das participantes terem relatado sintomas de incontinência anal no terceiro trimestre de gestação, aos 3 meses após o parto nenhuma relatou manter esse sintoma. Tal fato pode ser justificado, entre outros

fatores pela ausência de lacerações de 3º e 4º graus nas participantes do presente estudo, uma vez que lacerações perineais mais graves acometem o esfíncter anal e podem levar à incontinência anal (7). Além disso, o estudo de Eogan e colaboradores, 2006, evidenciaram uma tendência da prática da massagem perineal em prevenir as lacerações de esfíncter em primíparas com idade superior a 30 anos (20). No entanto, os resultados desse estudo também não atingiram níveis de significância estatística.

Nossos resultados confirmaram alta ocorrência de dor perineal classificada como moderada e intensa, no pós parto imediato, afetando 70% das participantes que tiveram parto vaginal, assim como apresentado em outros estudos (8, 10, 31, 32). No entanto, observamos uma redução considerável da dor até 1 mês pós parto para a maioria das mulheres (70%), com apenas 4% relatando ainda sentir dor aos 3 meses após o parto. Como não houve diferença significativa entre 1 mês e 3 meses após o parto na ocorrência da dor perineal, esses dados sugerem que em torno do primeiro mês a dor tenha cessado. Esses resultados são similares aos de estudos com amostra de mulheres que não realizaram a massagem perineal durante a gestação, que encontraram uma resolução da dor perineal até aproximadamente a sexta semana (8,9,10,31,32), mesmo em mulheres que tiveram episiotomia (8). No presente estudo, a ocorrência dessa queixa aos três meses foi baixa, similar aos resultados de estudos com mulheres que fizeram a massagem perineal (20,21) e de outros estudos, com mulheres que não realizaram a massagem perineal (9, 32,33).

Com relação à função sexual, encontramos uma alta frequência de mulheres com disfunção sexual no terceiro trimestre de gestação, apresentada por mais da metade das participantes. Estudos brasileiros que utilizaram o FSFI no terceiro trimestre de gestação encontraram ocorrência ainda maior de disfunção sexual, de aproximadamente 70% (34,35). Uma série de fatores pode influenciar a função sexual no período gestacional, especialmente no terceiro trimestre, como mudanças no corpo que afetam a autoestima, desconforto físico, medo de prejudicar o bebê e outras disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária (12,34). Um mês após o parto, os escores médios do FSFI reduziram ainda mais para a maioria das participantes. Isso pode ser justificado uma vez que, após o parto, o interesse das mulheres na vida sexual pode estar diminuído devido a outras necessidades básicas, tais como o sono e as preocupações com o novo bebê, além do medo da dor durante a atividade sexual (12,36,37). Confirmamos que a função sexual foi se recuperando até o terceiro mês após o parto, como apontado pelo estudo de Chang e colaboradores, (2011), que utilizou o FSFI

apenas após o parto em 243 mulheres e evidenciou o aumento dos escores do FSFI durante as primeiras semanas após o parto até o terceiro mês (8). No estudo de Shirvani, Nesami e Bavand (2010), com 490 mulheres iranianas, o escore médio do FSFI no terceiro mês após o parto foi de 20,86, inferior ao apresentado no nosso estudo. Além do mais, esses autores demonstraram que a recuperação da função sexual se dá apenas em torno do sétimo para o nono mês após o parto, sem atingir, no entanto, escore médio do FSFI igual ao nosso (37). Esse estudo, no entanto, não avaliou as participantes antes e após o parto, o que dificulta as comparações, além disso, há o viés cultural, por se tratar de um estudo com a população iraniana, que possui um contexto cultural e religioso diferente da população brasileira feminina. No presente estudo, os escores médios do FSFI superaram os do período gestacional. Todos os domínios de sexualidade considerados no FSFI apresentaram melhora significativa até o terceiro mês após o parto, sendo que a melhora do desejo, orgasmo e dor também superaram o período gestacional. Esses resultados são similares aos descritos por Connolly, Thorp e Pahel (2005), que encontraram níveis de orgasmo e dor melhores aos 3 meses pós parto quando comparados com o terceiro trimestre de gestação (38).

No terceiro mês após o parto, evidenciamos uma relação positiva significativa entre a prática da massagem perineal e a melhora da função sexual. A massagem perineal pode promover a melhora da percepção corporal das mulheres que a praticaram, o que pode influenciar positivamente na recuperação da função sexual após o parto. Esses resultados são divergentes dos apresentados por Labrecque e colaboradores (2000), que não encontraram diferenças estatísticas significativas na função sexual aos 3 meses após o parto entre o grupo de mulheres que realizou a massagem perineal e o grupo controle (21). No entanto, no referido estudo foi utilizado um questionário que não possui propriedades psicométricas descritas, como o FSFI, que é um instrumento válido que aborda, além da dispareunia e satisfação, outros aspectos da sexualidade. A ocorrência de mulheres com melhor função sexual foi maior no grupo que aderiu acima de dois terços do protocolo proposto pelo presente estudo e também abaixo de um terço desse protocolo. Contudo, a relação entre a frequência de realização da técnica e seus possíveis efeitos no assoalho pélvico e, conseqüentemente, nas suas funções ainda não resta totalmente esclarecida. Dessa forma, mais investigações são necessárias acerca da frequência de realização da massagem perineal e seus efeitos sobre os traumas perineais e as disfunções do assoalho pélvico.

No que se refere à adesão à massagem perineal, a taxa de adesão foi inferior àquela recomendada pela literatura, que propõe que ela deve ser superior a 85% para demonstrar a efetividade de ações terapêuticas (39); foram, no entanto, semelhantes àquelas apresentadas em estudos populacionais que mostraram efeito da massagem perineal sobre trauma perineal (16,17,20). Esses estudos foram realizados com uma população diferente da brasileira, do ponto de vista cultural e social, diferindo-se também o modelo assistencial. A massagem perineal é amplamente difundida em vários países, como Estados Unidos, Canadá e França, desde a década de noventa, diferentemente do Brasil, onde essa técnica não é conhecida por grande parte dos profissionais, sendo utilizada quase que exclusivamente por fisioterapeutas da área da saúde da mulher, em nível ambulatorial. Dessa forma, para uma população de gestantes e profissionais de saúde envolvidos com a assistência que não é familiarizada com essa técnica, a adesão encontrada nesse estudo pode ser considerada satisfatória. A demonstração da técnica pelas pesquisadoras pode ter contribuído para a adesão, assim como o acompanhamento das participantes para averiguar se havia queixas ou dúvidas com relação à massagem perineal. A opinião das participantes com relação à massagem perineal foi semelhante ao estudo de Labrecque e colaboradores (2001), no qual as participantes avaliaram a técnica, em geral de forma positiva e a recomendariam a outras gestantes (40).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração. O baixo número de participantes pode ter sido o fator determinante da ausência da associação entre a adesão à massagem perineal e a ocorrência de incontinência urinária e anal. Outra limitação está relacionada à coleta dos dados sobre o trauma perineal no parto vaginal, que foram obtidos por meio de prontuários e relatórios médicos. A validade externa é outra preocupação na generalização dos resultados, uma vez que trata-se de uma amostra pequena e com características sócio-demográficas e de desfechos do parto homogêneas, limitando a generalização dos resultados a mulheres com tais características. Dessa forma, futuros estudos, com grupo controle e maior poder estatístico serão importantes para elucidar a relação entre a massagem perineal e a ocorrência de incontinência urinária e anal no pós parto.

Os resultados do presente estudo indicam que as participantes apresentaram adesão satisfatória à execução da massagem perineal e que perceberam esta prática como positiva para desfechos relativos ao parto. Além disso, mostram forte relação entre a execução da massagem perineal e a recuperação da função sexual após o parto. Futuros estudos investigando um número maior

de participantes e com grupo controle poderão elucidar o efeito da massagem perineal durante a gestação na função sexual das mulheres no puerpério tardio e sobre as demais disfunções do assoalho pélvico.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer à Amanda Aquino, Luana Oliveira, Marina Torres, à equipe do Hospital Sofia Feldman e do Centro de Saúde São Gabriel pelo apoio na coleta de dados.

REFERÊNCIAS

- 1 Santos, JO, Bolanho, IC, Mota, JQC, Coleoni, L, Oliveira, MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 2008, 12: 658-63
- 2 Amorim Francisco, A, Oliveira, SMJV, Silva, FMB, Bick, D, Riesco, MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross sectional study in Brazil. *Midwifery*, 2010, doi: 10.1016/j.midw.2010.10.012
- 3 Fleming, N, Newton, ER, Roberts, J. Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, 48: 53-9
- 4 Quigley, EMM. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincters and pelvic floor. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2007, 21: 879-891
- 5 Philips, C, Monga, A. Childbirth and the pelvic floor: "the gynaecological consequences". *Reviews in Gynaecological Practice*, 2003, 5:15-22
- 6 Torrisi, G, Minini, G, Bernasconi, F, Perrone, A, Trezza, G, Guardabasso, V, *et al.* A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2012, 160: 110-115
- 7 Christianson, LM, Bovberjerg, VE, McDavitt, EC, Hullfish, KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2003, 189: 255-260
- 8 Chang, SR, Chen, KH, Lin, HH, Chao, YM, Lai, YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow up study. *International Journal of Nursing Studies*, 2011, 48: 409-418
- 9 Leeman, L, Fullilove, AM, Borders, N, Manocchio, R, Albers, LL, Rogers, RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care and birth variables. *Birth*, 2009, 36

- 10 East, CE, Sherburn, M, Nagle, C, Said, J, Foster, D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, 2011, doi: 10.1016/j.midw.2010.11.009
- 11 Rathfisch, G, Dikencik, BK, Beji, NK, Comert, N, Tekirdag, AI, Kadioglu, A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66: 2640–2649
- 12 Abdool, Z, Takar, R, Sultan, A.H. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2009, 145: 133–137
- 13 Dietz, H.P. Pelvic floor trauma following vaginal delivery. *Curr. Opin. Obstet.Gynecol*, 2006, 18:528-37
- 14 Baracho, SM, Silva, LB, Baracho, E, Silva Filho, AL, Sampaio, RF, Figueiredo, EM. Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 2012, 23: 899-906
- 15 Chan, S.S.C, Cheung, RYK, Yiu, KWY, Lee, LL, Chung, TKH. Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy. *Int. Urogynecol. J.* 2012, DOI 10.1007/s00192-012-2004-8
- 16 Labrecque, M, Eason, E, Marcoux, S, Lemiex, F, Pinault, JJ, Feldman, P, *et al.* Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, 180: 593-600
- 17 Shipman, MK, Boniface, DR, Tefft, ME, Mccloghry, F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997, 104: 787-91
- 18 Davidson, K, Jacoby, S, Brown, MS. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *JOGGN*, 2000, 29: 474-79
- 19 Beckmann, MM, Garrett, AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*; 2006, 1: CD005123
- 20 Eogan, M, Daly, L, O’Herlily, C. The effect of regular antenatal preineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2006, 19: 225-9
- 21 Labrecque, M, Eason, E, Marcoux, S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182: 76-80
- 22 Mei-Dan, E, Walfish, A, Raz, I, Levy, A, Hallak, M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *IMAJ*, 2008, 10: 499-502

- 23 Haylen, BT, Freeman, RMRD, Swift, SE, Berghmans, B, Lee, J, *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int. Urogynecol. J.*, 2010, 21: 5-26
- 24 Rosen, R, Brown, C, Heiman, J, Leilblum, S, Meston, C, Shabsigh, R, *et al.* The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.*, 2000, 26: 191-208
- 25 Pacagnella, RC, Vieira, EM, Rodrigues, Jr, OM, Souza, C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*, 2008, 24: 416-426
- 26 Hentschel, H, Alberton, DL, Capp, E, Goldim, JR, Passos, EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev. HCPA*, 2007, 27: 10-14
- 27 Leite, APL, Moura, EA, Campos, AA, Mattar, R, Souza, E, Camano, L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol.Obstet.*, 2007, 29: 414-419
- 28 Wiegel, M, Meston, C, Rosen, R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut-off scores. *J Sex Marital Ther.*, 2005, 31:1-20
- 29 Pagano, M, Gauvreau, K. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Thomson, 2004
- 30 Thom, DH, Rortveit, G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Review*, 2010, 89:1511-1522
- 31 Andrews, V, Takar, R, Sultan, AH, Jones, PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2008, 137:152-156
- 32 Macarthur, AJ, Macarthur, C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004,191:1199-204
- 33 Rogers, RR, Leeman, LM, Migliaccio, L, Alners, LL. Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function? *Int. Urogynecol. J.*, 2008, 19: 429-435,
- 34 Naldoni, LMV, Pazmino, PAO, Pereira, Ferreira, CHJ. Evaluation of Sexual Function in Brazilian Pregnant Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2011, 37: 116-129
- 35 Leite, APL, Campos, AAS, Dias, ARC, Amed, AM, Souza, E. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2009, 55: 563-8
- 36 Olsson, A, Lundqvist, M, Faxelid, E, Nilssen, E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand. J. Caring Sci.*, 2005, 19:381-387
- 37 Shirvani, MA, Nesami, MB, Bavand, M. Maternal sexuality after childbirth among Iranian women. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 2010, 13: 385-389

38 Conolly, AM, Thorp, J, Pahel, L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. In. *Urogynecol. J.*, 2005, 16: 263–267

39 Pisters, MF, Veenhof, C, Schellevis, FG, Twisk, JW, Dekker, J, De Bakker, DH. Exercise adherence improving long term patient outcome in patient with osteoarthritis of the hip/or knee. *Arthritis Care Resv.* 2010,62:1087-94

40 Labrecque, M, Eason, E, Marcoux, S. Women's views on the practice of prenatal massage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108: 499-504

TABELA 1: Descrição das participantes com relação às características sócio demográficas, clínica e obstétricas (N=31)

		%
Idade (anos)		
Média	26,0	
Desvio-padrão	6,16	
Estado Civil		
Solteira	9	29,0
Casada	13	41,9
União estável	9	29,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental	2	6,5
Ensino Médio	22	71,0
Ensino Superior	5	16,1
Pós-graduação	2	6,5
Condição econômica		
2 salários mínimos ou menos	18	58,1
3 a 5 salários mínimos	12	38,7
> 5 salários mínimos	1	3,2
Ocupação (Trabalhar fora do lar)		
Não	12	38,7
Sim	19	61,3
IMC (em kg/m²)		
Média	27,8	
Desvio-padrão	3,8	
IMC categorizado		
Baixo peso	4	12,9
Adequado	14	45,2
Sobrepeso	7	22,6
Obesa	6	19,4
Número de gestações prévias		
1	20	64,5
2	6	19,4
3	5	16,1
Número de partos vaginais prévios		
0	22	71,0
1	6	19,4
2	3	9,7
Número de cesáreas prévias		
0	29	93,5
1	2	6,5
Tempo de gestação no início do estudo (semanas)		
Média	34,0	
Desvio-padrão	2,2	

TABELA 2: Características do parto atual e desfechos perineais (N=31)

		%
Idade gestacional do parto (semanas)		
Média	39,4	
Desvio-padrão	1,0	
Parto normal		
Não	8	25,8
Sim	23	74,2
Tipo de parto		
Vaginal espontâneo	20	64,5
Vaginal com extração à vácuo	1	3,2
Vaginal com fórceps	2	6,5
Cesariana	8	25,8
Analgesia durante o parto		
Não	10	32,3
Sim	21	67,7
Períneo intacto		
Não	16	69,6
Sim	7	30,4
Grau da laceração		
1º grau	10	62,5
2º grau	6	37,5
Episiotomia		
Não	21	91,3
Sim	2	8,7

TABELA 3: Mudanças temporais de dor perineal, uso de analgésicos, Escala Numérica Analógica da Dor, incontinência urinária, incontinência anal e função sexual

	Durante gestação		3 a 10 dias pós parto		1 mês pós parto		3 meses pós parto		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dor perineal									
Não	26	83,9	7	30,4	17	70,8	22	95,7	0,004*
Sim	5	16,1	16	69,6	7	29,2	1	4,3	
Uso analgésicos									
Não	30	96,8	19	79,2	22	91,7	23	100,0	0,300*
Sim	1	3,2	5	20,8	2	8,3	0	0,0	
ENA da dor									
sem dor	26	83,9	8	34,8	17	70,8	22	95,7	0,001**
leve	4	12,9	4	17,4	2	8,3	0	0,0	
moderada	1	3,2	9	39,1	5	20,8	1	4,3	
intensa	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	
Incontinência urinária									
Não	16	51,6	24	77,4	26	83,9	22	95,7	0,001*
Sim	15	48,4	7	22,6	5	16,1	1	4,3	
Incontinência anal									
Não	27	87,1	29	93,5	28	90,3	23	100,0	0,392*
Sim	4	12,9	2	6,5	3	9,7	0	0,0	
Função sexual									
Normal	14	45,2	-	-	5	18,5	15	65,2	0,006*
Disfunção	17	54,8	-	-	22	81,5	8	34,8	
Função sexual contínua									
Média		21,6		-		10,5		26,7	<0,001***
Desvio-padrão		10,7		-		10,1		6,6	
Mínimo		3,6		-		2,0		4,4	
Máximo		33,9		-		36,0		36,0	

*Teste Cochran **Teste Kendall ***Teste Friedman

TABELA 4: Resultados dos testes de comparações múltiplas das variáveis: dor perineal, ENA da dor, incontinência urinária e função sexual

Comparações	Valor-p McNemar Dor perineal	Valor-p HM EVA da dor	Valor-p McNemar Inc. urinária	Valor-p McNemar F. Sexual cat.	Valor-p Wilcoxon F. Sexual cont.
Durante gestação x 3 a 10 dias pós-parto	0,003*	0,001*	0,039	-	-
Durante gestação x 1 mês pós parto	0,754	0,201	0,013*	0,039	0,002**
Durante gestação x 3 meses pós parto	0,378	0,366	0,002*	0,180	0,008**
3 a 10 dias pós-parto x 1 mês pós parto	0,021*	0,018*	0,625	-	-
3 a 10 dias pós-parto x 3 meses pós parto	0,006*	0,007*	0,125	-	-
1 mês pós parto x 3 meses pós parto	0,216	0,127	0,250	0,004**	<0,001**

*Correção de Bonferroni – diferença significativa valor-p \leq 0,02 HM=Homogeneidade Marginal

**Correção de Bonferroni – diferença significativa valor-p \leq 0,03

TABELA 5: Opinião das gestantes sobre a massagem perineal (N=31)

	N	%
Fácil de executar		
Não	10	32,3
Sim	21	67,7
Demandou muito tempo		
Não	28	90,3
Sim	2	6,5
Não sei	1	3,2
Causou dor		
Não	28	90,3
Sim	3	9,7
Fez com que eu me sentisse desconfortável		
Não	18	58,1
Sim	12	38,7
Não sei	1	3,2
Ajudou a relaxar		
Não	5	16,1
Sim	24	77,4
Não sei	2	6,5
Realizaria a massagem perineal em uma próxima gestação		
Sim	30	96,8
Não sei	1	3,2
Recomendaria a massagem perineal à outra gestante		
Sim	31	100,0
Participação do parceiro foi importante		
Não	8	25,8
Sim	22	71,0
Não sei	1	3,2
Foi útil para o meu parto		
Não	7	22,6
Sim	21	67,7
Não sei	3	9,7

TABELA 6: Associação entre a função sexual categorizada avaliada ao longo do tempo e a taxa de adesão (N=23)

Função sexual	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
1 mês após o parto				
Normal	2 40,0%	0 ,0%	3 60,0%	0,309
Disfunção	9 40,9%	6 27,3%	7 31,8%	
3 meses após o parto				
Normal	4 28,6%	2 14,3%	8 57,1%	0,013
Disfunção	3 37,5%	5 62,5%	0 ,0%	

*Teste de Fisher

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou a ocorrência dos traumas perineais (lacerações e episiotomia) em mulheres que realizaram parto vaginal e a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico (incontinência urinária e anal, dor perineal e disfunções sexuais) no pré parto e no pós parto imediato e tardio em mulheres com gestação de baixo risco que realizaram a massagem perineal nas últimas semanas de gestação. Além disso, foi investigada a relação entre a adesão à massagem perineal e a ocorrência das disfunções do assoalho pélvico e descrita a opinião das mulheres com relação à experiência de realizar a massagem perineal.

A ocorrência de traumas perineais foi baixa quando comparada com dados de outros estudos. Os resultados apresentados sugerem que a assistência obstétrica oferecida para a maior parte das participantes no presente estudo está de acordo com o preconizado pela OMS e mostram que os desfechos perineais do parto da população estudada são comparáveis a estudos internacionais que provêm assistência obstétrica com mínimo de intervenções. Como ocorre na maternidade onde a maioria das participantes dessa pesquisa teve seus partos, o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Esse hospital possui um Centro de Parto Normal no qual são preconizadas as ações de resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento. Os centros de parto normal são locais em que o parto vaginal é incentivado assim como outras ações que reduzem as taxas de lacerações perineais e de procedimentos médicos, não sendo feitos o uso rotineiro de episiotomia e ocitocina nos partos vaginais. Ademais, as mulheres são incentivadas a assumirem posições de sua preferência e conforto durante o trabalho de parto.

O final da gestação demonstrou ser um período de grande sobrecarga para o assoalho pélvico, com alta ocorrência de disfunções. A incontinência urinária e a disfunção sexual foram as disfunções mais prevalentes no terceiro trimestre de gestação, dado importante para os profissionais de saúde, especialmente os fisioterapeutas da área da saúde da mulher, tanto para o tratamento dessas disfunções, quanto para a prevenção desses agravos desde o início da gestação. A ocorrência de dor perineal aumentou no período de pós parto imediato, no entanto, isso se resolveu até o primeiro mês após o parto. Houve também melhora significativa da incontinência urinária no primeiro mês após o parto e recuperação da função sexual, para a maioria das participantes, até o terceiro mês após o parto, inclusive superando o período gestacional. Vale destacar que recuperação da função sexual no terceiro mês pós parto foi

melhor nas mulheres que aderiram mais à massagem perineal. Além disso, aproximadamente 65% das participantes realizaram mais de um terço do protocolo proposto, e avaliaram de forma positiva a realização da massagem perineal. Esses resultados podem ser importantes para a implementação de ações de prevenção dos traumas perineais decorrentes do parto vaginal e das disfunções do assoalho pélvico após o parto pelos serviços de saúde, especialmente na atenção primária do SUS, como na assistência de pré natal nas Unidades Básicas de Saúde.

O protocolo da massagem perineal desenvolvido para o presente estudo incluiu não somente instruções verbais e escritas, como é feito usualmente nos estudos de outros países, mas também foi feita a demonstração da técnica. As participantes eram incentivadas a esclarecer suas dúvidas sobre a realização da massagem, e orientadas a pedir o auxílio dos parceiros para a realização da massagem perineal. Além disso, foram realizados contatos telefônicos pela pesquisadora durante as últimas semanas de gestação para averiguar se as participantes tinham alguma queixa ou dúvida com relação à técnica. Portanto, para garantir uma boa adesão à massagem perineal além de instruções e demonstrações, o conhecimento detalhado dos efeitos e da realização da técnica da massagem deve ser garantido, tanto às gestantes quanto à equipe de saúde que as assistem.

No entanto, alguns fatores podem ter contribuído para a baixa adesão de algumas participantes à massagem perineal que não foram abordados nesse estudo, como a dificuldade em realizar a massagem devido ao aumento do abdome no terceiro trimestre de gestação e a presença de desconfortos musculares com relação à posição de realização da técnica. Há também a dificuldade em lidar com o próprio corpo, principalmente por se tratar da região íntima, receio de ter um parto prematuro ou de prejudicar de alguma forma o bebê. A falta de informação por parte das mulheres e dos profissionais de saúde que realizam a assistência de pré natal acerca da necessidade dos cuidados perineais durante a gestação também pode interferir negativamente nesse processo.

Esse estudo se encontra dentro de uma perspectiva de humanização das práticas assistenciais obstétricas, como preconizadas pela OMS e pelos programas e diretrizes do MS. Dessa forma, com o planejamento de estratégias de proteção do assoalho pélvico durante a gestação e o parto, pode-se promover melhor função do assoalho pélvico após o parto, prevenindo assim complicações em longo prazo, o que pode melhorar a qualidade de vida das mulheres após o

parto. Considerando os potenciais efeitos positivos e a ausência de efeitos negativos, a massagem perineal poderia ser instruída de forma sistemática durante as consultas de pré natal pelos profissionais de saúde às gestantes, que devem ser informadas sobre os benefícios da massagem sobre os traumas perineais e a função sexual.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. *et al.* Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research** v.16, p. 160–166, 2004.
- ABDOOL, Z. *et al.* Postpartum female sexual function. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 145, p. 133–137, 2009.
- ALBERS, LL, BORDERS, N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v.52, n.3, p. 246-253, 2007.
- AMORIM FRANCISCO, A, *et al.* Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross sectional study in Brazil. **Midwifery**, doi: 10.1016/j.midw.2010.10.012, 2010.
- ANDREWS, V. *et al.* Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - A prospective study. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.137, p. 152–156, 2008.
- BAKSU, B. *et al.* The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. **Int Urogynecol J**, v. 18, p.401–406, 2007.
- BARRET, G.B.A. *et al.* Women's Sexuality After Childbirth: A Pilot Study. **Archives of Sexual Behavior**, v. 28, n. 2, 1999.
- BECKMANN, MM, GARRETT, AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst Rev**; 1: CD005123, 2006.
- BERMAN, J.R. *et al.* Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. **Urology**, v.54, p. 385-391, 1999.
- BICK, D.E. *et al.* Perineal assessment and repair longitudinal study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trail. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.10, n.10, 2010.
- BODNER-ADLER, B. *et al.* Perineal massage during pregnancy in primiparous women. **Int. J. Gynaecol. Obstet**, v.78, p. 51-3, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Brasília; 2008.

BUHIMISCHI, C.S.; BUHIMISCHI, I.A. Advantages of vaginal delivery. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 49, n. 1, p. 167–183, 2006.

CARROLI, G., MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, Issue 10, 2009.

CHAN, S.S.C., *et al.* Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy. **Int. Urogynecol. J.** DOI 10.1007/s00192-012-2004-8, 2012.

CHANG, SR, *et al.* Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence and sexual function 3 months postpartum : a prospective follow up study. **International Journal of Nursing Studies**, v.48, p.409-418, 2011.

CHRISTIANSON, L.M, *et al.* Risk factors for perineal injury during delivery. **Am J Obstet Gynecol**, v.189, p.255-260, 2003.

CONOLLY, A.M. *et al.* Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. **In. Urogynecol. J.**, v. 16, p. 263–267, 2005.

DAVIDSON, *et al.* Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. **JOGGN**, v. 29, n.5, p.474-79, 2000.

DECQLERC, E. *et al.* Mother's reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. **Birth**, v.35, n. 1, p. 16-24, 2008.

DIETZ, H.P. Pelvic floor trauma following vaginal delivery. **Curr. Opin. Obstet.Gynecol**, v. 18, n.5, p.528-37, 2006.

DINIZ, S.G., CHACHAM, A.S. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v.12, n.23, p.100–110, 2004.

DUMOULIN, C. Postnatal pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary incontinence: where do we stand? **Curr. Opin. Obstet. Gynecol.**, v.18, p.538-543, 2006.

EAST, C.E. *et al.* Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. **Midwifery**, doi: 10.1016/j.midw.2010.11.009, 2011.

EFTEKHAR, T. *et al.* Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 94, n. 2, p. 114-8, 2006.

EOGAN, M. *et al.* The effect of regular antenatal preineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v.19, p. 225-9.

FLEMING, N. *et al.* Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v.48, n.1, p.53-9, 2003.

GAMBLE, J.R.M. *et al.* A critique of the literature on women's request for cesarean section. **Birth**, v. 34, n.4, p. 331-40, 2007.

HAYLEN, B.T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int. Urogynecol. J.**, v 21, n.5, p. 5-26, 2010.

HENTSCHEL, H, *et al.* Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev. HCPA**, v.27, n. 1, p. 10-14, 2007.

HERBRUCK, L.F. The impact of childbirth on the pelvic floor. **Urologic Nursing**, v. 28, n.3, p. 173-83, 2008.

HICKS, T.L. *et al.* Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. **American College of Nurse-Midwives**, v. 49, n.5, p. 430-36, 2004

KALICHMAN, L. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. **IMAJ**, v.10, p. 531-533, 2008.

KOC, O., DURAN, B. Role of elective cesarean section in prevention of pelvic floor disorders. **Curr. Opin. Obstet. Gynecol.**, v. 24. p.318-323, 2012.

LABRECQUE, *et al.* Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v.180, p. 593-600, 1999.

LABRECQUE, M, *et al.* Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery. **Am J Obstet Gynecol**, v.182, p.76-80, 2000.

LABRECQUE, M., *et al.* Women's views on the practice of prenatal massage. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.108, p. 499-504, 2001.

LEEMAN, L, *et al.* Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care and birth variables. **Birth**, v.36, n. 4, 2009

LEITE, APL, *et al.* Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol.Obstet**, v. 29, n. 8, p.414-419, 2007.

LEITE, A.P.L., *et al.* Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 5, p. 563-8, 2009.

LEVENO, K.J. *et al.* **Manual de Obstetrícia de Williams**. 21. ed. Porto Alegre: Editora: Artmed, 2005.

MACARTHUR, A.J., MACARTHUR, C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.191, p.1199-204, 2004.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008. 189p.

MEI-DAN, E. *et al.* Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. **IMAJ**, v.10, p. 499-502, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistências humanizadas à mulher. Brasília; 2001.

NALDONI, L.M.V. *et al.* Evaluation of Sexual Function in Brazilian Pregnant Women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 37, p.116–129, 2011.

OLSSON, A, *et al.* Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. **Scand. J. Caring Sci.**, v 19, p.381-387, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra; 1996. (Publicação OMS/SRF/MSM/96.24).

PACAGNELLA, R.C. *et al.* Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 416-426, 2008.

PAGANO, M, GAUVREAU, K. Princípios de Biostatística. São Paulo: Thompson, 2004
PATAH, L.E.M., MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.185-94, 2011.

PHILIPS, C, MONGA, A. Childbirth and the pelvic floor: “the gynaecological consequences”. **Reviews in Gynaecological Practice**, v.5, p.15-22, 2004.

QUICGLEY, EMM. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincter and pelvic floor. **Best Practice and Research Clinical Gastroenterology**, v. 21, n.5, p. 879-891, 2007.

ROCKWOOD, T. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. **Gastroenterology**, v.126, p.106-113, 2004.

ROGERS, R.R. *et al.* Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function? **Int. Urogynecol. J**, v.19, p.429-435, 2008.

ROSEN, R., *et al.* The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther.**, v. 26, p. 191-208, 2000.

RATHFISCH, G. *et al.* Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n.12, p. 2640–2649, 2010.

SANTOS, J.O. *et al.* Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 4, p. 658-63, 2008.

SHIPMAN, M. K. *et al.* Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. **Br J Obstet Gynaecol**, v.104, p. 787-91, 1997.

SIGNORELLO, L.B. *et al.* Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 184, p. 881-90, 2001.

SOUTH, M.M.T. *et al.* Levator ani denervation and reinnervation 6 months after childbirth. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.200, n.5, p.519-7, 2009.

TINA, L. *et al.* Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, Issue 10, Art. No. CD004660, 2009.

TORRISI, G. *et al.* A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 160, n.1, p. 110–115, 2012.

VIKTRUP, L, LOSE, G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol**, v.185, n.1, p. 82-7, 2001.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. 25-37, 2001.

WALL, L., DELANCEY, J. The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor in women. **Perspectives of Biological Medicine**, v. 34, n.4, p.486–496, 1991.

WIEGEL, M. *et al.* The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut-off scores. **J Sex Marital Ther**, v. 31, n. 1, p.1-20, 2005.

WOODMAN, P.J, GRANNEY, D.O. Anatomy and Physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. **Clinical Anatomy**, v.15, p.321-334, 2002.

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Rafaela França Rocha Neumayr.

Orientadora: Elyonara Mello de Figueiredo.

TÍTULO DO PROJETO: Influência da massagem perineal na redução de trauma perineal no parto e nas disfunções do assoalho pélvico pós parto: ensaio clínico aleatorizado. Você está sendo convidada a participar de um estudo que tem como objetivo testar se a massagem feita na região do períneo nas últimas seis semanas de gestação é capaz de diminuir a chance de ter lesões durante o parto vaginal.

PROCEDIMENTOS: Caso você aceite participar da pesquisa, faremos perguntas sobre seu nome, telefone, endereço, idade, escolaridade, ocupação, partos, peso, dados da gravidez e sobre fatores relacionados com a função do períneo, como por exemplo, se você perde ou não xixi ou fezes, sem querer, ou se sente dor à relação sexual. Além disso, você receberá orientações verbais de como realizar a massagem e também será feita uma demonstração dela. A técnica consiste na introdução dos dedos indicadores na vagina, com o uso de gel lubrificante, e são realizados movimentos circulares para favorecer o alongamento e relaxamento dos músculos do períneo. Essa massagem poderá ser realizada por você ou pelo seu parceiro em casa, de acordo com a sua conveniência. Três meses após o parto, colheremos informações sobre o seu parto e faremos uma avaliação da musculatura do seu períneo. Para isso, será realizado o toque vaginal igual a um exame ginecológico de rotina, onde será medida a força dos músculos do períneo. A avaliação será feita com toque vaginal e com o uso de um aparelho para medir a força dos músculos do períneo. Sua avaliação e retorno serão no mesmo dia e local da consulta de pré-natal no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Ambulatório de Jenny de Andrade Faria do HC-UFG. Os resultados deste estudo serão divulgados e poderão ser apresentados em congressos e publicados em jornais científicos, mas nunca divulgando seu nome. As informações não serão divulgadas de acordo com o seu nome. Seu nome não será revelado em nenhuma situação.

RISCOS: Você poderá se sentir constrangida por se tratar de um exame que envolve a região genital. O desconforto sentido é similar ao de um exame ginecológico de rotina. Você não correrá outros riscos além dos que você corre em sua rotina diária. **BENEFÍCIOS:** Os resultados do estudo ajudarão a esclarecer se a massagem perineal realizada durante a gravidez é capaz de diminuir as lesões do períneo no parto vaginal e se tem efeito após o parto na redução das disfunções do assoalho pélvico, como dor no períneo ao andar e sentar, dor à relação sexual e perda de xixi e fezes sem querer.

PAGAMENTO: Você não receberá nenhuma forma de pagamento. Custos de transporte para o local da coleta de dados e seu retorno deverão ser arcados por você.

RECUSA OU ABANDONO: A sua participação é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e de desistir em qualquer momento do estudo. Mesmo se você não quiser participar deste estudo, o seu acompanhamento no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Ambulatório de Jenny de Andrade Faria do HC-UFMG será totalmente garantido.

Depois de ler as informações acima, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha abaixo.

CONSENTIMENTO:

Declaro que li e entendi a informação contida acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Eu, _____ concordo em participar deste estudo.

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Local e data

Assinatura do Participante

Local e data

Assinatura da Pesquisadora

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Local e data

Assinatura da Orientadora

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Telefones para contato:

Responsáveis pelo Estudo:

- Rafaela França Rocha Neumayr (tel.:3324-2340/91046245), aluna de mestrado em Ciências da Reabilitação do departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Elyonara Mello de Figueiredo (tel.:3409-4783/8852-3795), professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UFMG.
- Comitê de Ética e Pesquisa - COEP (tel.: 3409-4592). UFMG – Av. Antônio Carlos, 627 Campus Pampulha - Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005.

Comitê de Ética em Pesquisa – Prefeitura de Belo Horizonte. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro

Funcionários - Belo Horizonte - MG

CEP: 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768

Apêndice B

Ficha de Avaliação

FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA DA AVALIAÇÃO __/__/__ AVALIADOR: _____

Dados Pessoais	
Nome:	
Registro:	SIS Pré natal:
Telefone res.: _____ com.	Cel. _____
Endereço:	
Data de Nascimento:	Idade:
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> outros: _____	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta ou sabe escrever o nome = 0 ano de escolaridade; <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª a 7ª série do 1º grau) = 1 a 7 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino médio (8ª série do 1º grau até 3º ano do 2º grau - científico ou magistério) = 8 ou mais anos <input type="checkbox"/> Ensino superior = 8 ou mais anos de escolaridade <input type="checkbox"/> Pós graduação = 8 ou mais anos de escolaridade	
Condição Econômica: <input type="checkbox"/> < ou igual a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 3 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> > 5 salários mínimos	
Ocupação:	
Obstetra responsável:	

História Gineco-obstétrica	
Idade Gestacional: _____ DUM: _____ DPP: _____	
História materna: G __ PN __ PC __ A __; Peso do maior RN: _____ g	
Nas gestações anteriores houve: Uso de fórceps/ vácuo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não; Episiotomia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não;	
Lacerações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Grau: __), Realizada sutura: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem algum problema de saúde? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
Faz uso de alguma medicação? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
Peso:	Altura: _____ IMC: _____ kg/m ²

Avaliação no 3º trimestre de gestação									
<ul style="list-style-type: none"> Dor perineal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se dor perineal presente, qual a gravidade da dor? 									
<ul style="list-style-type: none"> Uso de analgésicos: <input type="checkbox"/> Sim; Quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Não Pontuação nos Questionários: 									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ICIQ SF</th> <th>FSFI</th> <th>FISI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pré parto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ICIQ SF	FSFI	FISI	Pré parto			
	ICIQ SF	FSFI	FISI						
Pré parto									
Avaliação 3 a 10 dias após o parto									
<ul style="list-style-type: none"> Dor perineal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se dor perineal presente, qual a gravidade da dor? 									
<ul style="list-style-type: none"> Uso de analgésicos: <input type="checkbox"/> Sim; Quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Não 									

- Opinião com relação à massagem perineal e parto vaginal:

Opinião	Sim	Não	Não sei
Foi fácil de executar			
Demandou muito tempo			
Causou dor			
Fez com que eu me sentisse desconfortável			
Foi muito agradável			
Ajudou-me a relaxar			
Realizaria a massagem perineal em uma próxima gestação			
Recomendaria a massagem perineal à outra gestante			
Participação do parceiro foi importante			
Aumentou a elasticidade do meu períneo			
Foi útil para meu parto			

***Características do Parto e Desfechos Perineais (informações a serem preenchidas com dados do Sumário de Alta da participante**

Características do Parto			
<ul style="list-style-type: none"> Idade Gestacional: _____ Peso do recém nascido: _____ g Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Extração à vácuo <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Parto cesáreo Analgesia durante o parto: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Bloqueio Peridural <input type="checkbox"/> Perineal <input type="checkbox"/> Não Duração do segundo estágio de parto: <input type="checkbox"/> <30min <input type="checkbox"/> 30 -59min <input type="checkbox"/> > 1 - 2 horas <input type="checkbox"/> > 2 horas Parto realizado por: <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeiro Obstetra <input type="checkbox"/> Médico de outra especialidade 			
Desfechos Perineais			
<ul style="list-style-type: none"> Períneo intacto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Laceração de Primeiro Grau não suturada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Laceração de Primeiro Grau suturada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Laceração de Segundo Grau: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Laceração de Terceiro Grau: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Laceração de Quarto Graus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Episiotomia <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Médio-lateral <input type="checkbox"/> Não 			
Avaliação 3 meses pós parto			
<ul style="list-style-type: none"> Dor perineal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se dor perineal presente, qual a gravidade da dor? 			
<ul style="list-style-type: none"> Uso de analgésicos: <input type="checkbox"/> Sim; Quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Não Pontuação nos Questionários: 			
	ICIQ SF	FSFI	FISI
Pós parto			

Apêndice C

Instruções Sobre a Massagem Perineal

Instruções sobre a Massagem Perineal

➤ Para que serve a massagem perineal?

Essa massagem é usada para ajudar no alongamento/flexibilidade da pele e dos músculos do perineo (região entre a vagina e o ânus) para o parto. Enquanto massageia essa região, você pode praticar o relaxamento dos músculos do seu perineo. Isso pode ajudá-la a se preparar para a sensação de alongamento e de "queimação" que você pode sentir quando a cabeça do bebê estiver passando pela vagina durante o parto. Aprender a relaxar o perineo durante o parto auxilia na prevenção de lesões durante o parto.

➤ Quando iniciar a massagem perineal? E com que frequência ela deve ser realizada?

A massagem perineal deve ser iniciada 6 semanas antes da data prevista do parto, ou seja, em torno da 34ª semana de gestação. Deve ser realizada de **uma vez ao dia por 5 a 10 minutos**.

➤ Como a massagem perineal deve ser feita?



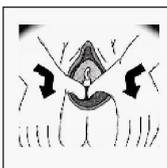
1. Lave as mãos



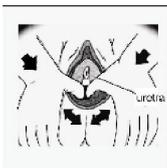
2. Encontre um lugar onde você possa se sentar e estar confortável, sozinha ou com a ajuda do seu parceiro



3. Lubrifique os seus dedos polegares e o perineo com o gel lubrificante à base de água.



4. Coloque os seus dedos polegares um pouco dentro da sua vagina, pressione-os para baixo e para os lados até sentir um leve estiramento, formigamento ou leve queimação. Mantenha nessa posição **por 2 minutos**.



5. Faça movimentos em forma de "U" nas laterais, de um lado para o outro, **gentilmente, por pelo menos 3 minutos**

- Massageie em volta e por dentro da região mais externa da vagina e seus tecidos, onde ela se abre, e mantenha sempre a lubrificação.
- Use seus polegares para puxar um pouco os tecidos, forçando-os a abrirem-se, imagine como seria se a

cabeça do seu bebê estivesse fazendo esse movimento na hora do parto.

- Se seu parceiro estiver fazendo a massagem, pode ser muito útil que ele use os indicadores. Mas não deixe de guiá-lo com suas sensações para que ele saiba qual a pressão que deve utilizar.

ATENÇÃO:

1. Evite mexer no ou abrir o orifício da uretra (logo acima da vagina) ou no ânus para evitar infecções urinárias.
2. Não faça massagens no perineo se você tiver lesões ativas de herpes (isso pode causar o aumento da área das lesões).

Qualquer dúvida entre em contato comigo: [Rafaela](#) [cel:91046245](#)

Não se esqueça de preencher o diário!

Fonte: American College of Nurse-Midwives. Perineal Massage in Pregnancy. Journal of Midwifery & Women's Health, 2005. Disponível em: www.jmwh.org. E Shipman, MK, Boniface, DR, Terfi, ME, McCloghry, F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol, 104: 787-91, 1997.

Anexo A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0485.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Elyonara Mello de Figueiredo
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 01 de novembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Influência da massagem perineal na redução do trauma perineal no parto e nas disfunções do assoalho pélvico pós parto: ensaio clínico aleatorizado"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

de de Belo

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer nº 0485.0.203.203-11A

Pesquisador responsável: Elyonara Mello de Figueiredo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 30 de novembro de 2011, o projeto de pesquisa intitulado “Influência da massagem perineal na redução do trauma perineal no parto e nas disfunções do assoalho pélvico pós parto: Ensaio Clínico Aleatorizado”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas
Coordenadora do CEP/SMSA/BH



www.sofiafeldman.org.br 31. 3408 2200 Fax: 31. 3408 2218

Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi
Belo Horizonte / MG - CEP 31844-130

Para: Elyonara Mello de Figueiredo (Pesquisadora Responsável- Orientadora)

C/C: Rafaela França Rocha (Mestranda)

Estimadas,

Atendendo à sua solicitação de autorização para implementar o projeto de pesquisa intitulado "Influência da massagem perineal na redução do trauma perineal no parto e nas disfunções do assoalho pélvico no pós parto" nesta Instituição, comunico-lhe que não há nenhum impedimento para tal.

O projeto foi apresentado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman no dia 21/06/2012 e foi verificado que não há nenhum comprometimento ético para sua realização. Além disso, consideramos também que o referido projeto já foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da SMSA/BH.

Solicitamos que o relatório final de pesquisa seja encaminhado a Linha de Ensino em Pesquisa até 30 dias após a finalização do estudo.

Atenciosamente,

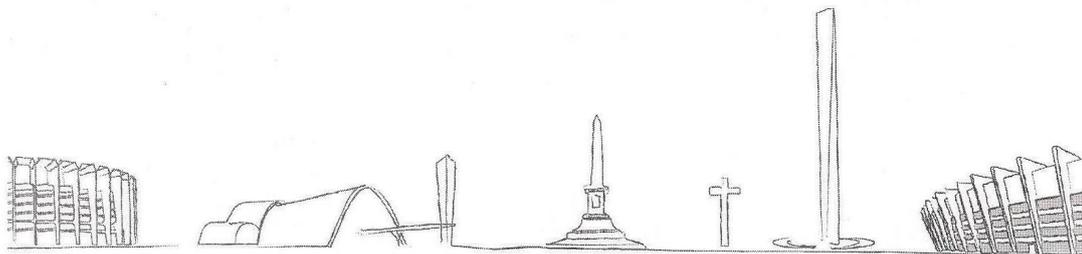
Dr^a. Lélia Maria Madeira

Coord da LEP/HSF

Dr. José Carlos da Silveira

Diretor Clínico HSF

Belo Horizonte, 21 de Junho de 2012.



A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Artigo 196 - Constituição Federal de 1988

Anexo D

Questionário de Avaliação da Função Sexual: *The Female Sexual Function Index (FSFI)*

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Muito alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Baixo 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual *durante as últimas 4 semanas*. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale *apenas* uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação ("punheta"/"siririca") e ato sexual; *ato sexual* é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; *estímulo sexual* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); *desejo sexual* ou *interesse sexual* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; *excitação sexual* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/"vagina molhada"/"tesão vaginal" –, ou contrações musculares).

Anexo E
Tabelas de Resultados

TABELA7: Associação entre as características sócio demográficas e a taxa de adesão (N=31)

	Taxa de adesão			Valor-p
	<1/3	1/3 a 2/3	> 2/3	
Estado Civil				
Solteira	1 11,1%	3 33,3%	5 55,6%	0,419*
Casada	5 38,5%	3 23,1%	5 38,5%	
União estável	5 55,6%	2 22,2%	2 22,2%	
Escolaridade				
E. Fundamental	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0,777*
E. Médio	8 36,4%	6 27,3%	8 36,4%	
E. Superior	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	
Pós-graduação	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	
Condição econômica				
2 SM ou menos	7 38,9%	3 16,7%	8 44,4%	0,451*
3 a 5 SM	4 33,3%	4 33,3%	4 33,3%	
> 5 SM	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	
Ocupação				
Não	3 25,0%	3 25,0%	6 50,0%	0,587*
Sim	8 42,1%	5 26,3%	6 31,6%	
Idade				
Média	26,3	27,8	24,7	0,547**
Desvio-padrão	6,4	6,6	5,9	

*Teste de Fisher **TesteKruskall-Wallis

TABELA 8: Associação entre os dados obstétricos e a taxa de adesão (N=31)

	Taxa de adesão			Valor-p
	<1/3	1/3 a 2/3	> 2/3	
Número de gestações				
1	7 35,0%	6 30,0%	7 35,0%	0,975*
2	2 33,3%	1 16,7%	3 50,0%	
3	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	
Número de Partos normais				
0	7 31,8%	6 27,3%	9 40,9%	0,935*
1	3 50,0%	1 16,7%	2 33,3%	
2	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	
Número de Partos Cesáreos				
0	10 34,5%	8 27,6%	11 37,9%	0,999*
1	1 50,0%	0 ,0%	1 50,0%	
Número de abortos				
0	11 37,9%	8 27,6%	10 34,5%	0,320*
1	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	
Idade gestacional (semanas)				
Média	34,8	32,4	34,3	0,060**
Desvio-padrão	2,2	2,6	1,4	

*Teste de Fisher **TesteKruskall-Wallis

TABELA 9: Associação entre as características clínicas da gestação atual e a taxa de adesão (N=31)

	Taxa de adesão			Valor-p
	<1/3	1/3 a 2/3	> 2/3	
IMC (em kg/m²)				
Média	28,8	26,8	27,7	0,565**
Desvio-padrão	4,3	3,2	3,9	
IMC categorizado				
Baixo peso	1 25,0%	0 ,0%	3 75,0%	0,144*
Adequado	4 28,6%	7 50,0%	3 21,4%	
Sobrepeso	3 42,9%	0 ,0%	4 57,1%	
Obesa	3 50,0%	1 16,7%	2 33,3%	

*Teste de Fisher **TesteKruskall-Wallis

TABELA 10: Associação entre as características do parto e desfechos perineais e a taxa de adesão (N=31)

	Taxa de adesão			Valor-p
	<1/3	1/3 a 2/3	> 2/3	
Peso do RN (gramas)				
Média	3254,1	2955,0	3236,3	0,070**
Desvio-padrão	314,5	243,9	302,8	
Tipo de parto				
Espontâneo	8 40,0%	4 20,0%	8 40,0%	0,423*
Extração à vácuo	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	
Fórceps	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	
Parto cesáreo	3 37,5%	3 37,5%	2 25,0%	
Parto normal				
Não	3 37,5%	3 37,5%	2 25,0%	0,606*
Sim	8 34,8%	5 21,7%	10 43,5%	
Analgesia durante o parto				
Não	4 40,0%	3 30,0%	3 30,0%	0,794*
Sim	7 33,3%	5 23,8%	9 42,9%	
Períneo intacto				
Não	3 21,4%	4 28,6%	7 50,0%	0,336*
Sim	5 55,6%	1 11,1%	3 33,3%	
Grau da laceração				
1º grau	2 20,0%	4 40,0%	4 40,0%	0,287*
2º grau	2 33,3%	0 ,0%	4 66,7%	
Episiotomia				
Não	7 33,3%	5 23,8%	9 42,9%	0,999*
Sim	1 50,0%	0 ,0%	1 50,0%	

*Teste de Fisher**Teste Kruskal-Wallis

TABELA 11: Associação entre dor perineal avaliada ao longo do tempo e a taxa de adesão (N=31)

Dor perineal	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
3 a 10 dias após o parto				
Não	2 28,6%	2 28,6%	3 42,9%	0,999
Sim	6 37,5%	3 18,8%	7 43,8%	
1 mês após o parto				
Não	7 41,2%	3 17,6%	7 41,2%	0,511
Sim	1 14,3%	2 28,6%	4 57,1%	
3 meses após o parto				
Não	6 27,3%	7 31,8%	9 40,9%	0,609
Sim	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	

*Teste de Fisher

TABELA 12: Associação entre uso de analgésicos avaliado ao longo do tempo e a taxa de adesão (N=31)

Uso de analgésicos	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
3 a 10 dias após o parto				
Não	7 36,8%	5 26,3%	7 36,8%	0,682
Sim	2 40,0%	0 ,0%	3 60,0%	
1 mês após o parto				
Não	8 36,4%	5 22,7%	9 40,9%	0,681
Sim	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	
3 meses após o parto				
Não	7 30,4%	7 30,4%	9 39,1%	-
Sim	0	0	0	

*Teste de Fisher

TABELA 13: Associação entre os escores da ENA da dor avaliados ao longo do tempo e a taxa de adesão (N=31)

EVA da dor	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
3 a 10 dias após o parto				
Sem dor	3 37,5%	2 25,0%	3 37,5%	0,957
Leve	2 50,0%	0 ,0%	2 50,0%	
Moderada	3 33,3%	2 22,2%	4 44,4%	
Intensa	0 ,0%	1 50,0%	1 50,0%	
1 mês após o parto				
Sem dor	7 41,2%	3 17,6%	7 41,2%	0,333
Leve	1 50,0%	0 ,0%	1 50,0%	
Moderada	0 ,0%	2 40,0%	3 60,0%	
3 meses após o parto				
Sem dor	6 27,3%	7 31,8%	9 40,9%	0,609
Moderada	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	

*Teste de Fisher

TABELA 14: Associação entre ocorrência de incontinência urinária avaliada ao longo do tempo e a taxa de adesão (N=31)

Incontinência urinária	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
3 a 10 dias após o parto				
Não	9 37,5%	6 25,0%	9 37,5%	0,999
Sim	2 28,6%	2 28,6%	3 42,9%	
1 mês após o parto				
Não	10 38,5%	6 23,1%	10 38,5%	0,829
Sim	1 20,0%	2 40,0%	2 40,0%	
3 meses após o parto				
Não	6 27,3%	7 31,8%	9 40,9%	0,609
Sim	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	

*Teste de Fisher

TABELA15: Associação entre a ocorrência de incontinência anal avaliada ao longo do tempo e a taxa de adesão (N=31)

Incontinência anal	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
3 a 10 dias após o parto				
Não	10 34,5%	7 24,1%	12 41,4%	0,510
Sim	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	
1 mês após o parto				
Não	11 39,3%	6 21,4%	11 39,3%	0,241
Sim	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	
3 meses após o parto				
Não	7 30,4%	7 30,4%	9 39,1%	-
Sim	0	0	0	

*Teste de Fisher