

Amanda Augusto Aquino
Luana Karine Resende Oliveira

**A MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO INFLUENCIA A
FUNÇÃO SEXUAL NO PERÍODO PÓS PARTO?**

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG
2013

Amanda Augusto Aquino
Luana Karine Resende Oliveira

A MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO INFLUENCIA A FUNÇÃO SEXUAL NO PERÍODO PÓS PARTO?

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Elyonara Mello de Figueiredo
Co-orientadora: MsC. Rafaela França Rocha Neumayr

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional UFMG
2013

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por possibilitar a realização deste trabalho, nos iluminando durante a construção do conhecimento, nos dando forças nos momentos de fraqueza e nos possibilitando vencer esta caminhada com alegria e perseverança.

Aos nossos pais, pelo amor incondicional, pelos votos de confiança em nosso potencial acadêmico e por contribuírem para concretização deste sonho, sendo nossos pilares de sustentação.

Ao Flávio pelo eterno companheirismo e por atrasar seus compromissos por nós. Aos familiares, por nos incentivarem e se tornarem disponíveis às nossas necessidades.

Ao Luís Pena e ao André Jaued, pelas palavras de incentivo, carinho e cumplicidade intermináveis, compreensão nos momentos de ausência e por estarem ao nosso lado na realização desse sonho.

Aos amigos de toda a vida, que tornam nossa vida mais leve e feliz. Neste contexto, agradecemos especialmente aos tesouros que ganhamos nessa estrada: Marlon e Maíra, por serem os ouvidos e o ombro amigo.

À nossa orientadora, Prof^{ra}. Dr.^a Elyonara Mello de Figueiredo, por ser a nossa fonte de inspiração e pela brilhante orientação e confiança no desenvolvimento deste trabalho.

À nossa co-orientadora, MsC. Rafaela França Rocha Neumayr, pelo apoio, orientação, incentivo e por dividir conosco as dificuldades e edificar pensamentos.

Aos profissionais do Centro de Saúde São Gabriel e da Casa de Parto do Sofia Feldman, por fornecerem o espaço necessário e nos ajudar a divulgar a pesquisa e a recrutar as gestantes.

Às participantes desta pesquisa e seus familiares, pela disponibilidade e valiosa contribuição a esse trabalho.

A todos que de alguma forma colaboraram para o nosso sucesso, muito obrigada. Nós vencemos!

RESUMO

Objetivo: caracterizar a função sexual de mulheres no terceiro trimestre de gestação e no pós parto e investigar a relação entre a função sexual após o parto e a realização da massagem perineal durante a gestação. **Método:** trata-se de um estudo exploratório prospectivo em que 31 gestantes foram instruídas a realizar a massagem perineal a partir da 34^a semana de gestação até o parto. As participantes e seus parceiros foram treinados a realizar a massagem e as participantes foram avaliadas com relação à função sexual, através do *Female Sexual Function Index* (FSFI), em torno da 34^a semana de gestação e três meses após o parto. A adesão à massagem perineal foi documentada por meio de diários preenchidos pelas gestantes. O teste de Wilcoxon foi utilizado para investigar mudança na função sexual durante a gravidez e 3 meses após o parto. O teste de Friedman foi utilizado para testar a relação entre a função sexual e a taxa de adesão à realização da massagem perineal. Nível de significância igual a 5% foi estabelecido para todas as análises inferenciais. **Resultados:** a taxa de adesão média à massagem perineal foi de 54,5%, variando de 4,7% a 100,0%. Com relação à função sexual, 95,7% das participantes voltaram a ter relações sexuais até o terceiro mês após o parto. Todos os domínios da função sexual mostraram diferenças significativas do 3^o mês após o parto em relação ao período gestacional, sendo observado aumento nos escores após o parto e, consequentemente, um aumento no escore total. Além disso, foi observada relação entre a função sexual no 3^o mês após o parto e a taxa de adesão à massagem perineal durante a gestação ($p=0,013$), sendo que as participantes que apresentaram adesão à massagem perineal maior que dois terços tiveram uma maior proporção de função sexual normal (escore FSFI > 26,5). **Conclusões:** as participantes aderiram bem à massagem perineal. A realização da mesma durante a gestação parece contribuir positivamente para a recuperação da função sexual após o parto. Estudos experimentais devem ser realizados para corroborar esta hipótese.

Palavras-chave: Função sexual. Massagem perineal. Adesão. Gestação. Pós parto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1.1 Objetivo Geral.....	13
1.1.2 Objetivos Específicos	13
 2 MATERIAIS E MÉTODO	 14
2.1 Tipo de Estudo	14
2.2 Local de Realização	14
2.3 Participantes	14
2.4 Instrumentação	15
2.5 Variáveis Estudadas	16
2.6 Procedimentos	17
2.7 Aspectos Éticos	18
2.8 Análises Estatísticas	18
 3 RESULTADOS	 20
 4 DISCUSSÃO.....	 25
 5 CONCLUSÃO	 29
 REFERÊNCIAS	 30
 APÊNDICES	 35
 ANEXOS	 37

1 INTRODUÇÃO

Saúde sexual, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o estado de bem estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade e não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade (OMS, 2003). A sexualidade abrange vários aspectos e, de modo geral, é considerada como sendo um aspecto biológico, sociocultural e psicológico (BARACHO, 2007).

O primeiro modelo de resposta sexual, segundo Baracho (2007), *apud* Master e Johnson (1966), aborda a resposta sexual em quatro fases sucessivas: excitação, platô, orgasmo e resolução. Essas quatro fases foram descritas por meio de avaliações e medições da frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. Observou-se um aumento significativo dessas variáveis durante o período de excitação, seguido de um período de platô com manutenção dessas medidas até que se atingisse um período máximo de excitação, que culmina com o orgasmo, e depois um período de resolução, no qual há um retorno às condições basais (BARACHO, 2007).

Posteriormente, Kaplan (1979) propôs um segundo modelo com apenas três fases: desejo, excitação e orgasmo (BAYTUR *et al.*, 2005, *apud* KAPLAN, 1979). O desejo é a fase preliminar, a excitação é uma fase onde acontece a ereção, a lubrificação feminina, a percepção subjetiva de excitação, e a fase do orgasmo é onde ocorre o clímax dessa excitação e existe uma resposta orgásmica (BARACHO, 2007). A disfunção sexual surge como uma falha de qualquer uma dessas fases (SOBCZAK, 2009).

Vários estudos indicam que a população feminina não grávida tem altas taxas de disfunções sexuais, variando de 30% a 49% (LEITE *et al.*, 2007; NOBRE *et al.*, 2006; LAUMANN *et al.*, 1999). No Brasil, 49% das mulheres relataram apresentar pelo menos uma disfunção sexual (ABDO *et al.*, 2004). Durante a gravidez, a prevalência de disfunções sexuais aumenta, sendo que 57% a 75% das gestantes relatam interesse sexual reduzido nesse período (FOK; CHAN; YUEN, 2005; SAYLE *et al.*, 2001; RYDING, 1984).

A gestação é um período de mudanças físicas e psicológicas que, em conjunto com as influências culturais, sociais, religiosas e emocionais, pode causar impacto na atividade e no comportamento sexual da gestante (FRANCESCHET *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2007). A gestação provoca alterações fisiológicas dos órgãos sexuais femininos que podem interferir na resposta sexual. As mamas passam a ter maior congestão, notadamente nas primigestas, desencadeando dor nos mamilos e aréolas deixando de se tornarem regiões erógenas (LOPES *et al.*, 2009). No estudo de Franceschet e colaboradores (2009) foram observadas a diminuição do desejo sexual, da excitação, da lubrificação vaginal, do orgasmo e da satisfação sexual no decorrer da gestação, além de maior desconforto ou dor relacionada à atividade sexual.

As dificuldades sexuais encontradas pelas gestantes podem ser justificadas, ainda, por uma série de fatores, como: mudanças no corpo que afetam a autoestima, desconforto, medo de prejudicar o bebê e sintomas físicos como náuseas, sonolência e fadiga (FRANCESCHET *et al.*, 2009; UWAPUSITANON *et al.*, 2004). Além disso, as disfunções sexuais durante a gravidez têm uma associação positiva com a idade gestacional, a ocorrência de incontinência urinária e o excessivo ganho de peso (NALDONI *et al.*, 2011). Problemas como dispareunia, contrações uterinas dolorosas pós coito, amniorrexis prematura e o sangramento vaginal são situações em que a abstinência sexual deve ser recomendada durante o período gestacional (LOPES *et al.*, 2009).

A função sexual das mulheres também pode estar relacionada com a função dos músculos do assoalho pélvico (MAP), uma vez que esses músculos participam da atividade sexual (BARACHO, 2007). O tônus, a força e a capacidade de contração dos MAP são aspectos importantes para a receptividade vaginal, competência no coito, prazer e resposta muscular orgásmica (BØ, 2007).

Os músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso, quando se contraem voluntariamente, contribuem para intensificar o desejo sexual e o orgasmo. Além disso, são responsáveis pelas contrações rítmicas involuntárias que ocorrem durante o orgasmo (BØ, 2007). Por outro lado, a hiperatividade dos MAP está associada às disfunções sexuais álgicas, como dispareunia e vaginismo. Já a hipotonia dos MAP pode provocar a diminuição das sensações vaginais, anorgasmia e perda de urina

durante o ato sexual (BARACHO, 2007; BERMAN *et al.*, 2003). O incremento do peso corporal materno, o peso do útero gravídico e as alterações hormonais aumentam a pressão e o alongamento sobre os MAP na gestação (POLDEN, 2000), aumentando o risco de ocorrência de disfunções do assoalho pélvico após o parto, dentre elas a disfunção sexual.

Apesar das alterações vivenciadas por grande parte das mulheres no período gestacional, estudos mostram que 80 a 100% dos casais permanecem sexualmente ativos durante a gestação. Tal fato reforça a importância da atuação dos profissionais de saúde que realizam assistência pré natal no sentido de fornecer informações a respeito das modificações que os casais poderão esperar, as possíveis consequências prejudiciais ao relacionamento sexual neste período (LEITE *et al.*, 2007) e de fornecer estratégias para minimizar essas consequências.

A função sexual pode ser prejudicada por fatores relacionados ao parto. Durante o parto vaginal, por exemplo, os traumas perineais são frequentes, principalmente no primeiro parto (ALVES *et al.*, 2008). Traumas perineais são definidos como qualquer lesão à genitália que ocorre durante o parto, tanto espontaneamente ou devido à incisão cirúrgica ou episiotomia (ANTONIOLI *et al.*, 2010). A episiotomia é uma incisão realizada pelo obstetra na região perineal, em que a pele, mucosa vaginal e, frequentemente, os músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso são seccionados para permitir a passagem do feto pelo canal vaginal (WOODMAN *et al.*, 2002).

Lacerações do trato genital após o parto vaginal podem enfraquecer os MAP, além do risco de cicatrizes hipertróficas, podendo resultar em prejuízos físicos, psicossociais e de bem estar da mulher no período de pós-parto imediato e em longo prazo. Possíveis efeitos deletérios incluem dor à relação sexual, incontinência anal e urinária e dor pélvica crônica (ANTONIOLI *et al.*, 2010).

É possível reassumir a atividade sexual com segurança na terceira ou quarta semana de pós-parto se a hemorragia tiver cessado e se a episiotomia ou lacerações da região do períneo estiverem cicatrizadas. Durante as primeiras seis semanas até o sexto mês após o parto, a lubrificação vaginal não se apresenta como anteriormente devido à depleção de estrógeno que inibe a vasocongestão característica da excitação

sexual. As reações fisiológicas à estimulação sexual durante os primeiros meses após o parto são marcadas por uma redução na rapidez e na intensidade de resposta. A vasocongestão dos grandes e pequenos lábios pode estar diminuída no orgasmo. As paredes da vagina estão finas e rosadas, em resultado da quebra hormonal do período de involução, e a duração do período do orgasmo e a força das contrações orgásmicas estão reduzidas (ALVES *et al.*, 2008). Existem, ainda, alguns neurotransmissores que podem ter papel contra sexual, como o aumento do nível de prolactina (ANTONIOLI *et al.*, 2010) e de algumas endorfinas (BARACHO, 2007).

Devido aos fatores fisiológicos anteriormente citados, estudos mostram significativo nível de morbidade sexual no pós parto. No entanto, o tema ainda é controverso. Enquanto alguns estudos indicam que as disfunções sexuais alcançam entre 22 a 86% das mulheres nesse período (NALDONI *et al.*, 2011, HICKS *et al.*, 2004; BARRET *et al.*, 1999), outros não são conclusivos quanto à sua manutenção após o parto. BARRET e colaboradores (1999) avaliaram 158 mulheres no sétimo mês após o parto e observaram alta ocorrência de disfunções sexuais, tais como dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal e diminuição de libido, menor qualidade e satisfação sexual (BARRETT *et al.*, 1999). No entanto, no estudo de Connolly e colaboradores (1995), que investigou os efeitos da gravidez e do parto na função sexual no pós parto em 150 mulheres primíparas, no terceiro mês após o parto, a maioria das participantes não tinha dor durante a atividade sexual e já tinha orgasmos similares ou até melhores que antes da gravidez, refletindo a complexidade que envolve este desfecho funcional.

A relação entre trauma perineal durante o parto, decorrente de episiotomia ou de laceração e a ocorrência de disfunções sexuais no pós parto ainda não está inteiramente compreendida. Alguns estudos mostram a existência dessa relação (RATHFISCH *et al.*, 2010, ABDOOL *et al.*, 2009, BAKSU *et al.*, 2007; SIGNORELLO *et al.*, 2001) e demonstram que mulheres que apresentaram trauma perineal tiveram uma incidência maior de disfunções sexuais no pós parto, dor com maior intensidade e duração e levaram maior tempo ao reassumir o ato sexual do que aquelas com o períneo intacto (BUHLING *et al.*, 2006; SIGNORELLO *et al.*, 2001; KLEIN *et al.*, 1994). Além disso, essas apresentaram uma maior satisfação com sua vida sexual (KLEIN *et al.*, 1994). No entanto, outros estudos não demonstraram 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 de forma multidimensional a 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.

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). Dessa forma, estratégias de proteção do períneo durante a gestação e o parto podem promover uma melhor função dos MAP após o parto. Nos últimos anos têm surgido evidências de que a realização da massagem perineal durante as últimas semanas de gestação pode diminuir a incidência de trauma perineal durante o parto, por aumentar a flexibilidade dos MAP. Por ser uma técnica relativamente simples, a sua execução é feita pela própria gestante ou pelo seu parceiro durante as últimas semanas da gestação.

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).

Além disso, existe uma associação positiva entre seus efeitos e a adesão à massagem perineal (SHIPMAN *et al.*, 1997; LABRECQUE *et al.*, 1999).

No entanto, existem somente três ensaios clínicos controlados randomizados que suportam essa hipótese e, em apenas um, a função sexual após o parto, de mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gravidez, é abordada (LABRECQUE *et al.*, 2000). No estudo 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, anal e a disfunção sexual entre os grupos experimental e controle. No entanto, nesse estudo não foram utilizados instrumentos de avaliação validados, e a amostra não foi homogênea no início do estudo, o que pode justificar a não identificação das diferenças entre os grupos (LABRECQUE *et al.*, 2000).

A investigação da função sexual durante o período gestacional e no pós parto tem ganhado importância nos últimos anos, uma vez que as disfunções presentes nesses períodos podem afetar negativamente a autoestima e os relacionamentos interpessoais (LEITE *et al.*, 2007; VON SYDOW *et al.*, 1999). Desta forma, medidas efetivas para melhorar este quadro são necessárias. Os efeitos fisiológicos da massagem associados aos resultados promissores do estudo prévio sugerem que a massagem perineal realizada durante a gravidez esteja relacionada a desfechos sexuais positivos após o parto. Por ser simples e de fácil execução, esta técnica parece promissora para ser implementada na prática clínica. No entanto, ainda desconhecemos se esta técnica seria bem recebida pela população brasileira. Portanto, caracterizar a função sexual de mulheres após o parto e investigar sua relação com a realização da massagem perineal nas últimas semanas de gestação pode informar sobre a receptividade da técnica por esta população e orientar sobre a possibilidade de implementação da mesma em serviços de saúde que prestam assistência a mulher.

1.1 Objetivos do Estudo

1.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar a função sexual de mulheres no terceiro trimestre de gestação e no pós parto e investigar a relação entre a função sexual após o parto e a realização da massagem perineal durante a gestação.

1.1.2 Objetivos Específicos

- χ Caracterizar as gestantes de risco habitual no terceiro trimestre de gestação quanto às características sócio demográficas e clínicas.
- χ Caracterizar a função sexual de gestantes de risco habitual, no terceiro trimestre de gestação e no 3º mês após o parto, que realizaram a massagem perineal durante a gestação.
- χ Investigar a relação entre a função sexual no 3º mês após o parto e a realização da massagem perineal durante a gravidez.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo, que caracterizou a função sexual das mulheres no terceiro trimestre de gestação e no 3º mês após o parto e investigou a relação entre a função sexual no 3º mês após o parto e a realização da massagem perineal durante a gravidez.

2.2. Local de Realização

As gestantes foram contactadas e convidadas, de forma verbal e sigilosa, em cursos de gestantes e em locais de pré natal de risco habitual no Hospital Sofia Feldman, Santa Casa e Centro de Saúde São Gabriel no município de Belo Horizonte. A coleta de dados das participantes foi realizada dentro da rotina do Setor de Fisioterapia dessas instituições.

2.3. Participantes

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 dois 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, foi realizado 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 (TCLE), 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 (BECKMANN; GARRETT, 2006; LABRECQUE *et al.*, 1999).

2.4. Instrumentação

Todas as gestantes participantes foram orientadas a responder a um questionário sobre informações sócio demográficas, clínicas e história obstétrica (APÊNDICE I). A função sexual foi investigada por meio da aplicação do questionário FSFI.

O FSFI (ANEXO I) é um questionário que foi desenvolvido e validado nos Estados Unidos que avalia a função sexual em mulheres. Esse questionário foi traduzido, validado (THIEL *et al.*, 2008; HENTSCHEL *et al.*, 2007) e adaptado culturalmente (PACAGNELLA *et al.*, 2008) para a língua portuguesa. O questionário contém 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas, todas de múltipla escolha, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. Os resultados variam de 2 a 36, sendo que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual (FRANCESCHET *et al.*, 2009). WIEGEL e colaboradores (2005) estipularam um

escore total de 26,5 como sendo um valor de diferenciação entre mulheres com e sem disfunção sexual. Deve-se notar ainda que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas (ASLAN *et al.*, 2005; PACAGNELLA *et al.*, 2008). Neste caso, são avaliados somente os domínios de desejo e satisfação. Esse instrumento é muito utilizado nas pesquisas científicas e na prática clínica para avaliar a função sexual de mulheres no período gestacional e no pós-parto (LEITE *et al.*, 2007).

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.

A ocorrência e gravidade da dor perineal foram avaliadas por auto relato e pela Escala Visual Analógica (EVA) (ANEXO II). A ocorrência de episiotomia e a ocorrência e gravidade das lacerações durante o parto foram coletadas por meio do sumário de alta entregue pela maternidade às mulheres ou por meio de consultas aos prontuários; após foram preenchidas no formulário padronizado (APÊNDICE I).

2.5. Variáveis Estudadas

A variável independente do estudo é a realização da massagem perineal, obtida do diário da gestante (APÊNDICE II). Essa variável foi operacionalizada pela proporção de número de vezes em que a massagem perineal 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 o 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).

A variável dependente do estudo diz respeito à função sexual, obtida por meio do escore do FSFI.

2.6. Procedimentos

Cada participante, após assinatura do TCLE, foi inicialmente submetida à entrevista, em consultório privativo, de forma sigilosa, em que foram registrados dados sobre: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, idade gestacional, data da última menstruação e data provável do parto, número de gestações, partos normais, cesáreas e abortos; índice de massa corporal (IMC). Em seguida, responderam informações sobre função sexual referente ao último mês de gestação, operacionalizada pelo FSFI. Esse instrumento foi aplicado por meio de entrevista assistida pelas pesquisadoras devidamente treinadas. Em estudos iniciais, as seis subescalas do FSFI mostraram ter uma excelente consistência interna (α de Cronbach $> 0,9$) e uma boa confiabilidade, medida pelo teste-reteste, apresentando coeficientes de confiabilidade teste-reteste que variaram de 0,79 a 0,86 (ROSEN *et al.*, 2000). Na versão validada em português, o α de Cronbach padronizado demonstrou um escore de 0,96; avaliado por domínios, variou de 0,31 a 0,97. Como medida de confiabilidade teste-reteste, o coeficiente de correlação intraclassa foi considerado forte e idêntico (1,0) (THIEL *et al.*, 2008).

Posteriormente as participantes foram instruídas e orientadas a realizar a massagem perineal por si próprias e/ou por seus parceiros, diariamente por cinco a dez minutos, nas últimas seis semanas de gestação, de acordo com o protocolo de Labrecque e colaboradores (1999). Nessa ocasião foram fornecidas instruções escritas sobre a técnica e uma demonstração à gestante de como a massagem perineal deveria ser realizada. Além disso, foi entregue 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. No primeiro e terceiro mês após o parto, as participantes foram contactadas pessoalmente ou por telefone e solicitadas a responderem novamente o FSFI.

2.7. Aspectos Éticos

As participantes foram devidamente informadas sobre a pesquisa e convidadas, privativamente, a participar do estudo de forma voluntária. Aquelas que se interessaram, assinaram o TCLE e foram certificadas de que poderiam se sentir livres para abandonar o estudo a qualquer momento, sem prejuízo ou coerção.

O estudo apresentou o risco de constrangimento das participantes, porém sua possibilidade e gravidade foram baixos, uma vez que as avaliações foram feitas em consultório reservado e de forma sigilosa. Os dados obtidos foram confidenciais e o anonimato das participantes está garantido, de maneira que seus nomes não serão revelados em nenhuma situação.

Os procedimentos deste estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer CAAE - 0485.0.203.000-11.

2.8. Análises Estatísticas

Os dados coletados nas avaliações foram registrados em uma planilha e analisados estatisticamente através de análise descritiva com medida de tendência central, dispersão e distribuição de frequência para caracterização da amostra com relação aos dados demográficos, clínicos e obstétricos e para identificar a ocorrência de disfunções sexuais, traumas e dor perineal.

O teste de normalidade foi aplicado para verificar se houve distribuição normal das variáveis. Constatado o caráter assimétrico desses, optou-se por utilizar testes não-paramétricos na análise das variáveis numéricas. O teste de Wilcoxon foi utilizado para investigar mudança na função sexual durante a gravidez e 3 meses após o parto. O teste de Friedman foi utilizado para testar a relação entre a função sexual e a taxa de adesão à realização da massagem perineal.

Nível de significância igual a 5% foi estabelecido para todas as análises inferenciais. O pacote estatístico SPSS-15.0 foi usado para todas as análises estatísticas.

3 RESULTADOS

No presente estudo foram incluídas 31 gestantes. A média de idade foi de 26 anos, variando de 18 a 39 anos, sendo a maioria casada ou em união estável (71%), com escolaridade correspondente ao ensino médio (71%), com renda familiar de dois salários mínimos ou menos (58%) e exercendo alguma ocupação fora do lar (61,3%). O IMC médio das participantes foi de 27,8 (DP=3,8kg/m²), sendo que a maioria foi classificada com IMC adequado para a idade gestacional. As características sócio-demográficas e clínicas das gestantes de risco habitual no terceiro trimestre de gestação estão descritas na (TAB. 1).

A idade gestacional média das participantes no início do estudo era de 34 semanas (DP=2,2 semanas). Os dados relacionados ao parto atual e desfechos perineais estão apresentados na (TAB 2). As análises descritivas mostraram que 74,2% das participantes tiveram parto vaginal. Desses casos, em 30,4% o períneo permaneceu intacto, 62,5% tiveram 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).

A taxa de adesão média à massagem perineal foi de 54,5%, variando de 4,7% a 100,0% (TAB 3). Aproximadamente 65% das participantes realizaram pelo menos um terço do protocolo proposto, sendo que 38,7% realizaram mais de dois terços, 25,8% (n= 8) realizaram entre um terço e dois terços e 35,5% realizaram menos de um terço. A maioria das participantes (58%) realizou a massagem perineal junto com o parceiro. Apenas uma participante não retornou as informações do diário e o seus dados foram classificados como baixa adesão de acordo com Labrecque *et al.*, 1999.

Com relação à função sexual, 95,7% das participantes voltaram a ter relações sexuais até o terceiro mês após o parto. O escore total e os escores de cada domínio da função sexual das gestantes de risco habitual no terceiro trimestre de gestação e no 3º mês após o parto, que realizaram a massagem perineal durante a gestação, estão descritas na (TAB. 4). Todos os domínios da função sexual mostraram diferenças

significativas do 3º mês após o parto em relação ao período gestacional, sendo observado aumento nos escores após o parto e, conseqüentemente, um aumento no escore total.

Além disso, foi observada relação entre a função sexual no 3º mês após o parto e a taxa de adesão à massagem perineal durante a gestação ($p=0,013$), como demonstrado na (TAB. 5). As participantes que apresentaram adesão à massagem perineal maior que dois terços tiveram uma maior proporção de função sexual normal (escore FSFI > 26,5).

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 bebê (semanas)		
Média	39,4	
Desvio-padrão	1,0	
Parto vaginal		
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
Dados do diário da gestante relativos à adesão à massagem perineal (N=31)

	Nº semanas realizou a massagem	Total vezes realizou a massagem	Nº vezes própria mulher realizou a massagem	Nº vezes parceiro realizou a massagem	TAXA DE ADESÃO
Média	4,6	18,4	9,9	8,5	54,5
Desvio-padrão	1,6	11,4	12,1	11,1	29,9
Mínimo	1,0	2,0	0,0	0,0	4,7
Máximo	7,0	42,0	42,0	33,0	100,0

TABELA 4
Mudanças na Função Sexual total e detalhada em domínios (N=31)

	Durante gestação	3 meses pós-parto	Valor-p*
Escore Total			
Média	21,6	26,8	0,0013
Desvio-padrão	10,7	6,5	
Desejo			
Média	3,3	3,9	0,017
Desvio-padrão	1,2	1,3	
Excitação			
Média	3,2	4,0	<0,001
Desvio-padrão	2,1	1,3	
Lubrificação			
Média	3,9	4,7	<0,001
Desvio-padrão	2,5	1,5	
Orgasmo			
Média	3,4	4,5	<0,001
Desvio-padrão	2,3	1,3	
Satisfação			
Média	4,6	4,9	<0,001
Desvio-padrão	1,3	0,9	
Dor			
Média	3,2	4,9	<0,001
Desvio-padrão	2,3	1,5	

*Teste Wilcoxon

TABELA 5
Associação entre a função sexual e a taxa de adesão à massagem perineal (N=31)

Função sexual	Taxa de adesão			Valor-p*
	<1/3	1/3 a 2/3	>2/3	
Durante a gestação				
Normal	5 35,7%	3 21,4%	6 42,9%	0,903
Disfunção	6 35,3%	5 29,4%	6 35,3%	
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 Friedman

4 DISCUSSÃO

O presente estudo documentou, por meio de um questionário multidimensional, válido e confiável a função sexual de mulheres durante a gestação e aos 3 meses após o parto, e encontrou associação positiva entre a realização da massagem perineal durante a gravidez e a função sexual aos 3 meses pós-parto.

Encontramos alta ocorrência de disfunção sexual no terceiro trimestre de gestação, acometendo quase metade das participantes. Esse resultado é similar aos descritos em estudos longitudinais (FRANCESCHET *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2009; RYDING, 1984) que observaram declínio da função sexual ao longo da gravidez, e por estudos transversais, como o de Leite e colaboradores (2007) e Naldoni e colaboradores (2011), que encontraram ocorrência ainda maior de disfunção sexual na gestação, ocorrendo em aproximadamente 70% das participantes. Mudanças corporais que afetam a autoestima, medo de prejudicar o bebê, além de náuseas, sonolência e fadiga são fatores relacionados à disfunção sexual durante a gestação (FRANCESCHET *et al.*, 2009; UWAPUSITANON *et al.*, 2004; ASLAN *et al.*, 2005). Muitos destes fatores não são modificáveis, estando as gestantes sujeitas a baixa função sexual o que pode afetar negativamente a autoestima e os relacionamentos interpessoais (LEITE *et al.*, 2007; VON SYDOW *et al.*, 1999). Medidas que possam minimizar o impacto negativo da gestação na função sexual das mulheres devem ser investigadas e implementadas.

O presente estudo revelou melhora na função sexual no 3º mês após o parto em relação ao período gestacional em mulheres que realizaram a massagem perineal durante a gravidez. Esse resultado é contrário àquele encontrado por Labrecque e colaboradores (2000), cujos resultados não demonstraram efeito significativo da realização da massagem perineal na gravidez na função sexual no pós-parto. No entanto, este estudo apresentou problemas metodológicos que podem ter dificultado a possibilidade de se demonstrar o efeito da massagem perineal. Os autores não avaliaram a função sexual de forma multidimensional e não utilizaram um questionário válido e confiável como o FSFI. Além disso, 21% das participantes não retornaram o

questionário com informações referentes ao pós parto o que pode ter contribuído para a heterogeneidade entre os grupos. Apesar das taxas de resposta do grupo que realizou a massagem perineal e do grupo controle terem sido similares, algumas características iniciais da amostra e do parto diferiram entre as mulheres que tiveram parto vaginal prévio. As mulheres do grupo controle que responderam ao questionário tiveram melhor função perineal no período gestacional do que aquelas que não responderam, o que pode ter subestimado os sintomas perineais no pós parto naquele estudo. Por outro lado, no grupo controle, o peso médio do recém-nascido foi maior entre as mulheres que retornaram o questionário, quando comparadas àquelas que não o fizeram e isso pode ter resultado em um viés em outra direção (LABRECQUE *et al.*, 2000). Em contrapartida, o estudo longitudinal de Connolly e colaboradores (2005), que envolveu 150 gestantes nulíparas, encontrou melhor função sexual no pós parto, quando comparada ao terceiro trimestre de gestação. Essa melhora foi registrada, principalmente, pela melhora progressiva da frequência de orgasmos relatada pelas mulheres no pós parto. Além disso, a qualidade desses orgasmos foi percebida como sendo similar ou melhor que a qualidade dos orgasmos experimentados antes e durante a gravidez. No entanto, este estudo não envolveu a realização da massagem perineal (CONNOLLY *et al.*, 2005).

No presente estudo, a melhora da função sexual no pós parto pode ter como possíveis influências o aumento da flexibilidade muscular e a melhora do tônus dos MAP e dos tecidos perivaginais, o aumento da lubrificação vaginal e a proximidade emocional e sexual entre os parceiros, promovidas pela realização da massagem perineal durante a gravidez. O aumento da flexibilidade muscular dos MAP, possivelmente influenciado pela realização da massagem perineal, parece levar a um efeito protetor para a ocorrência de lesões desses músculos (LABRECQUE, *et al.*, 1999; BECKMANN & GARRETT, 2006; SHIPMAN, *et al.*, 1997), auxiliando numa recuperação mais rápida das suas funções após o parto, dentre elas a função sexual. Estudos mostram que mulheres que apresentaram trauma perineal durante o parto levaram maior tempo para reassumir o ato sexual do que aquelas com o períneo intacto (BUHLING, *et al.*, 2006; SIGNORELLO, *et al.*, 2001; KLEIN, *et al.*, 1994). No presente estudo, foi identificada presença de lacerações dos MAP apenas até 2º grau e 95,7%

das mulheres reassumiram a atividade sexual no 3º mês pós parto sugerindo que a baixa taxa de lacerações pode ter contribuído, junto com a massagem perineal, para a boa função sexual das participantes aos 3 meses após parto. O tônus dos MAP é outro fator que pode explicar a relação positiva entre a realização da massagem e a boa função sexual. A massagem perineal pode influenciar na diminuição do tônus muscular dos MAP por promover o relaxamento desses músculos, além de promover melhora da percepção corporal. Ademais, a melhora da percepção corporal pelas gestantes pode resultar em um controle dos MAP mais eficiente durante o parto, ou seja, as mulheres podem ser capazes de não contrair os MAP durante o parto vaginal, contribuindo para menores taxas de lacerações nesses músculos. Ainda, a massagem perineal realizada, na maioria das vezes pelas participantes junto com o parceiro, pode ter favorecido a proximidade emocional e sexual entre o casal durante sua execução. Esta proximidade pode ainda ter levado a uma maior lubrificação vaginal, promovendo uma melhora na função sexual no pós parto.

É pressuposto que os possíveis efeitos da massagem perineal estejam associados à adesão a sua prática, ou seja, quanto mais massagem perineal mais efeito positivo da mesma. Labrecque e colaboradores (1999) relataram que as mulheres que aderiram à massagem perineal em menos que um terço, entre um terço e dois, e mais de dois terços tiveram um períneo intacto durante o parto em 20%, 23% e 27,5% dos casos, respectivamente. O nosso estudo não demonstrou esta relação crescente entre as taxas de adesão investigadas (as mesmas que Labrecque e colaboradores). As mulheres que aderiram à massagem perineal abaixo de um terço e acima de dois terços apresentaram maior proporção de função sexual normal aos 3 meses após o parto, mas não aquelas que aderiram entre um e dois terços. Nossos resultados podem ter sofrido influência de baixo poder estatístico e devem ser melhor investigados em futuros estudos. Logo, a relação entre a frequência de realização da massagem perineal e seus possíveis efeitos ainda não está totalmente esclarecida. No entanto, é importante destacar que houve boa adesão à massagem perineal indicando que, se efetiva, esta técnica poderá ser implementada em serviços de saúde que prestam assistência a mulher.

O presente estudo documentou ainda uma baixa ocorrência de traumas perineais decorrentes do parto vaginal, sendo que 30,4% das mulheres tiveram parto vaginal com o períneo intacto e a taxa de episiotomia foi de apenas 8,7%. Estes resultados são similares aos demonstrados por Shipman e colaboradores (1997) e Labrecque e colaboradores (1999), cujas amostras incluíram mulheres que realizaram a massagem perineal, sendo que 31% e 24% das participantes tiveram parto vaginal com períneo intacto, respectivamente. No entanto, nossos dados diferem de outros estudos brasileiros e de alguns estudos internacionais, que mostram taxas mais elevadas de episiotomia, que chegam a até 90% (CHAN *et al.*, 2012). As baixas taxas de episiotomia no presente estudo tornam nossos resultados mais comparáveis aos estudos internacionais, que apresentam baixas taxas de episiotomia, do que com estudos desenvolvidos com mulheres brasileiras, onde as taxas de episiotomia são bem mais altas.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Trata-se de uma amostra pequena e com características sócio demográficas e de desfechos do parto homogêneas, desta forma, a generalização dos resultados é limitada a mulheres com tais características, principalmente no que diz respeito aos desfechos de parto. A coleta de dados sobre o trauma perineal no parto vaginal foi obtida retrospectivamente por meio de prontuários e relatórios médicos podendo ser pouco confiável. Estudos futuros envolvendo coleta prospectiva de dados, um maior número de participantes e que contenha um grupo controle poderão corroborar os resultados apresentados por este estudo exploratório. A massagem perineal, realizada durante as últimas semanas de gestação, está associada a boa função sexual das mulheres no puerpério tardio. Portanto, esta parece ser uma medida promissora para prevenir a ocorrência de disfunções sexuais após o parto.

5 CONCLUSÃO

Este estudo exploratório documentou alta taxa de disfunção sexual em mulheres durante o terceiro trimestre de gestação. Foram evidenciadas baixa taxa de episiotomia e alta ocorrência de mulheres que tiveram parto vaginal com o períneo intacto. Foi documentada boa adesão das gestantes à realização da massagem perineal. Além disso, encontramos uma forte e positiva relação entre a realização da massagem perineal e a recuperação da função sexual aos 3 meses após o parto. Estes resultados indicam que futuros estudos, com desenhos experimentais e com adequado poder estatístico, devem ser desenvolvidos para comprovar o potencial efeito positivo da massagem perineal realizada durante a gestação na função sexual de mulheres após o parto.

REFERÊNCIAS

ABDO, CH *et al.*. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **Int J Impot Res.**, v. 16, n. 2, p. 160-6, 2004.

ABDOOL, Zeelha; THAKAR, Ranee; SULTAN, Abdul H. Postpartum female sexual function. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 145, p. 133-137, 2009.

ALVES, Maria da Graça Cerqueira. **Factores que influenciam a Sexualidade Feminina depois do Parto**. Dissertação (Mestrado) - Sexualidade Humana. Universidade de Lisboa, 2008.

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.

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista de Neurociências**, v. 18, n.2, p. 267-274, 2010.

ASLAN, G *et al.*. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. **International Journal of Impotence Research**, v. 17, p. 154-157, 2005.

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.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2007.

BARRETT, Geraldine *et al.*. Women's sexuality after childbirth: a pilot study. **Archives of Sexual Behavior**, v. 28, n. 2, 1999.

BAYTUR, Y. B. *et al.*. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 88, p. 276-280, 2005.

BECKMANN, MM; GARRETT, AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 25, CD005123, 2006.

BERMAN, J. R; BERMAN, L. A; KANALY. Female sexual: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. **EAU Update Series**, n. 1, p. 166-177, 2003.

BØ, K. *et al.*. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. **Bridging science and clinical practice**. First published. United States of America: Editora: Elsevier Ltd, 2007.

BUHLING, KJ, *et al.*. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. **European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology**, v. 124, n. 1, p. 42-6, 2006.

CAVALCANTI e CAVALCANTI. **Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

CHAN, SSC, *et al.*. 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.

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.

CONNOLLY, A. M.; THORP, J.; PAHEL, L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. **Int. Urogynecol. J.**, v. 16, p. 263-267, 2005.

FISCHAM, S. H. *et al.*. Changes in sexual relationships in postpartum couples. **Journal Obstetrics Gynaecology Neonatal Nurse**, v. 15, n. 1, p. 58-63, 1986.

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.

FOK WY, CHAN LY, YUEN PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. **Acta. Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 84, n. 10, p.934-8, 2005.

FRANCESCHET, Joseli; SACOMORI, Cinara; CARDOSO, Fernando L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 5, 2009.

GLAZENER, C. M. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. **British Journal Obstetrics Gynaecology**, v. 104, n. 3, p. 330-335, 1997.

HENTSCHEL, Heitor *et al.*. Aspectos fisiológicos e disfuncionais da sexualidade feminina. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 26, n. 2, p. 61-65, 2006.

HENTSCHEL, Heitor *et al.*. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 27, n. 1, 2007.

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.

KLEIN, M. C. *et al.*. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 171, n. 3, p.591-8, 1994.

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; EASON, E; MARCOUX, S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 182, n. 1, Parte 1, 2000.

LAUMANN, EO; PAIK, A; ROSEN, RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.

LEITE, Alessandra Placido Lima *et. al.* Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 8, p. 414-419, 2007.

LOPES, Edineia Nolasco; PLOGER, Christine. Avaliação da função sexual em mulheres de diferentes fases do período gestacional. CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO, 6. UNISA ã **Anais** Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2009.

LUMLEY, J. Sexual feelings in pregnancy and after childbirth. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 18, p. 114-117, 1978.

MEYER, S. *et. al.* The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. **Obstet. Gynecol.**, v. 92, n. 4, Pt 1, p. 613-8, 1998.

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.

NOBRE, PJ; PINTO-GOUVEIA, J; GOMES, FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. **J. Sex. Marital Ther.**, v. 32, n. 2, p. 173-82, 2006.

OLSSON, Ann; LUNDQVIST, Martina; FAXELID, Elisabeth. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. **Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci**; v. 19, p. 381-387, 2005.

ORUC, S. *et al.*. Sexual behaviour during pregnancy. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 8, n. 3, p. 223, 1999.

PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho *et al.*. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 416-426, 2008.

PITANGUI, Ana Carolina Rodarti *et al.*. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n.1, 2009.

POLDEN, M; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.2, p. 197-201, 2007.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciane Marques; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n.1, p.45 ã 9, 2008.

RATHFISCH, G., *et al.*. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n.12, p. 2640ñ2649, 2010.

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

ROSEN, R. *et al.*. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Fem ale Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, p. 191ñ208, 2000.

RYDING, E. Sexuality during and after pregnancy. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 63, p. 679-682, 1984.

SAYLE, A. E. *et al.*. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. **Obstetrics and Gynecology**, v. 97, p. 283ñ289, 2001.

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.

SOBCZAK JA. Female sexual dysfunction: Knowledge development and practice implications. **Perspect Psychiatr Care**, v. 45, p. 161ñ72, 2009.

THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro *et al.*. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-10, 2008.

UWAPUSITANON, Wasinee; CHOObU, Thanapan. Sexuality and Sexual Activity in Pregnanc. **Journal of the Medical Association of Thailand**, v. 87, n. 3, 2004.

VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. **J Psychosom Res.**, v. 47, n. 1, p. 27-49, 1999.

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.**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

WOODMAN, PJ; GRANEY, DO. Anatomy and Physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. **Clinical Anatomy**, v. 15, p. 321-334, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Avaliação e Questionários

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA ã GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DATA DA AVALIAÇÃO ___/___/___ AVALIADOR: _____

Dados Pessoais	
Nome: _____	
Registro: _____	SIS Pré natal: _____
Telefone res.: _____ com. _____	Cel. _____
Endereço: _____	
Data de Nascimento: _____	Idade: _____
Estado civil: ☐ solteira ☐ casada ☐ união estável ☐ divorciada ☐ outros: _____	
Raça: ☐ branca ☐ parda ☐ negra	
Escolaridade: ☐ Analfabeta ou sabe escrever o nome = 0 ano de escolaridade; ☐ Ensino fundamental (1ª a 7ª série do 1º grau) = 1 a 7 anos de escolaridade ☐ Ensino médio (8ª série do 1º grau até 3º ano do 2º grau - científico ou magistério) = 8 ou mais anos ☐ Ensino superior = 8 ou mais anos de escolaridade ☐ Pós graduação = 8 ou mais anos de escolaridade	
Condição Econômica: ☐ < ou igual a 2 salários mínimos ☐ de 3 a 5 salários mínimos ☐ > 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 ☐ Sim ☐ Não; Episiotomia ☐ Sim ☐ Não;		
Lacerações: ☐ Sim ☐ Não (Grau: _____), Realizada sutura: ☐ Sim ☐ Não		
Tem algum problema de saúde? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não		
Faz uso de alguma medicação? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não		
Peso: _____	Altura: _____	IMC: _____ kg/m²

ANEXOS

ANEXO I - Questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)* para avaliar a Função Sexual

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 II ã Avaliação da Função Perineal no terceiro mês pós-parto

Função Perineal 3 meses após o parto										
- Dor perineal: ☐ Sim ☐ Não - Se dor perineal presente, qual a gravidade da dor?										
12	3	4	5	6	7	8	9	10		
Semdor									Dor insuportável	
Uso de analgésicos: ☐ Sim; Quantos dias? _____ ☐ Não										