



DAP SUL PUERPÉRIO

Avaliação dos Desconfortos do Assoalho Pélvico em Mulheres no decorrer do Puerpério Remoto.

MANUAL DO ENTREVISTADOR

ESTUDO DAPSUL

Puerpério



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

Avaliação dos Desconfortos do Assoalho Pélvico em Mulheres no decorrer do
Puerpério Remoto.

MANUAL DO ENTREVISTADOR

Araranguá – SC
2019

1ª Edição – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde (CTS)

Departamento de Ciências da Saúde (DCS)

Campus Araranguá

Bairro Jardim das Avenidas, CEP 88040-900 - Araranguá/SC

Tel.: (48) 3721-6926

Coordenação e Supervisão Geral:

Janeisa Franck Virtuoso

Colaboração:

Guilherme Tavares de Arruda

Thaise dos Santos Henrique

Equipe de Programação do Questionário:

Thaise dos Santos Henrique

Equipe Seleção/Treinamento dos Entrevistadores e Elaboração Técnica do Manual:

Thaise dos Santos Henrique

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	6
2 RESUMO.....	7
3 EQUIPE DA PESQUISA.....	8
4 CONTATO E CONVITE PARA O ESTUDO PROSPECTIVO (TRÊS, SEIS E DOZE MESES).....	9
5 CONTATO PARA CONVITE ESTUDO ONLINE	10
6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	11
7 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A AVALIAÇÃO PRESENCIAL (3 MESES)	12
7.1 MATERIAL	12
7.2 ROTINA DA ENTREVISTA	13
7.3 CUIDADO COM OS MATERIAIS	13
7.4 CONDUTA DO(A) ENTREVISTADOR(A)	13
8 AVALIAÇÃO AOS SEIS E DOZE MESES.....	14
9 ACESSO AOS INSTRUMENTOS ONLINE	15
10 INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	15
10.1 MULHERES ACOMPANHADAS PROSPECTIVAMENTE AOS TRÊS, SEIS E DOZE MESES.....	15
10.1.1 Sequência dos Instrumentos	15
10.1.2 Passo a Passo para Aplicação dos Instrumentos	16
10.2 MULHERES AVALIADAS NO ESTUDO ONLINE	54
10.2.1 Sequência dos Instrumentos	54
10.2.2 Passo a Passo para Aplicação dos Instrumentos	55
11 APÊNDICES.....	101
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): ESTUDO PROSPECTIVO.....	101
APÊNDICE B – ORIENTAÇÕES PARA A PARTICIPANTE.....	103

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO AOS TRÊS MESES: ESTUDO PROSPECTIVO	104
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – AVALIAÇÃO ONLINE.....	107
12 ANEXOS	109
ANEXO A – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX - FSFI.....	109
ANEXO B - PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY - PFDI-20.....	112
ANEXO C - PELVIC ORGAN PROLAPSE/URINARY INCONTINENCE SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE – PISQ-12	114
ANEXO D - FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE	116
ANEXO E - <i>EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE</i> (EPDS)	117

1 APRESENTAÇÃO

Este manual pertence ao “ESTUDO DAP SUL PUERPÉRIO: Avaliação dos Desconfortos do Assoalho Pélvico em Mulheres no decorrer do Puerpério Remoto” e foi elaborado para orientar os entrevistadores na condução padronizada da coleta de dados em dois tipos de estudos (presencial e online).

A padronização do procedimento de coleta de dados é necessária para que cada entrevistador aplique os instrumentos corretamente, sem interferir na qualidade dos mesmos, de forma a tornar o estudo o mais válido possível e que seja garantida a qualidade das medidas de cada instrumento aplicado.

No decorrer deste manual, apresentaremos os instrumentos e orientações que serão utilizados para o desenvolvimento de dois estudos. Além disso, destacaremos possíveis peculiaridades de cada item para conduzir o preenchimento correto.

Assim, você deve levar este material consigo durante as coletas de dados (presenciais) para que possa consultá-lo e sanar qualquer dúvida. Com ele, você terá o apoio necessário durante o processo de coleta de dados. Caso persista alguma dúvida, entre em contato com a coordenadora ou com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Atenciosamente, Equipe de Pesquisa!

2 RESUMO

Desconforto do assoalho pélvico (DAP) é um termo amplo usado para descrever condições clínicas causadas por lesão, disfunção e degeneração das estruturas do assoalho pélvico. Sua incidência varia na literatura, entretanto, sabe-se que são mais frequentes no sexo feminino e afetam negativamente a qualidade de vida, ocasionando diminuição nas relações sociais, isolamento social, depressão, inatividade física e incapacidade funcional. As DAP dividem-se em sintomas urinários (ex: Incontinência urinária), pélvicos (ex: prolapso uterino/bexiga), anal (ex: Incontinência Anal, constipação) e disfunções sexuais (ex: desejo hipotativo, anorgasmia). Nesse sentido, busca-se avaliar a saúde materna e ginecológica de mulheres primíparas durante o puerpério remoto, dando ênfase na avaliação dos DAP, função sexual (FS), autoimagem genital e risco para depressão pós-parto. Dois métodos distintos serão adotados para avaliação das participantes, um deles avaliará prospectivamente aos três, seis e doze meses do puerpério e outro aplicará o método transversal para avaliação online. Para ambos os estudos, será adotado uma abordagem quantitativa e analítica para descrição e análise dos resultados. As participantes serão recrutadas em duas microrregiões do sul catarinense: Associação dos Municípios do Sul do Estado de Santa Catarina (AMESC) e Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), através do contato telefônico e também pela divulgação em redes sociais (*Whatsapp, Instagram, Facebook*). São critérios de inclusão: puérperas primíparas com idade igual ou superior a 18 anos, durante o puerpério remoto. Outros critérios para elegibilidade serão adotados de acordo com o tipo de estudo. Para a coleta de dados, será utilizado um questionário com dados sociodemográficos, clínicos, obstétricos e ginecológicos para caracterização da amostra. Os DAP serão avaliados pelo Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) que avalia os sintomas pélvicos, urinários e anorretais. A FS e de seus domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) serão avaliados pelo Female Sexual Function Index (FSFI). Além disso, mulheres com sintomas de incontinência urinária (IU) ou prolapso de órgão pélvico (POP) terão a FS avaliada também pelo Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Female Genital Self Image Scale (FGSIS) será utilizado para avaliação da autoimagem genital e por último o instrumento Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) avaliará o risco de depressão no período pós-parto. Para as mulheres acompanhadas ao longo do tempo (três, seis e doze meses), as entrevistas serão aplicadas presencialmente aos três meses no formato de entrevista. Aos seis e doze meses, as mulheres serão avaliadas por meio de um questionário online. Para o estudo com abordagem transversal, as mulheres com tempo de puerpério inferior a 1 ano (12 meses) serão recrutadas para avaliação online em um único período do tempo. Para ambos os estudos, os dados serão tratados por meio de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%.

Palavras-chave: Período pós parto; Disfunções Sexuais Fisiológicas; Cesárea; Parto Normal.

3 EQUIPE DA PESQUISA

A seguir será apresentada a equipe da pesquisa e contato de cada integrante para que, se necessário, você possa contatar.

NOME	FUNÇÃO	TELEFONE	E-MAIL
Janeisa Franck Virtuoso	Coordenadora	(48) 98414-7815	janeisa.virtuoso@ufsc.br
Thaise dos Santos Henrique	Pesquisadora responsável	(48) 99618-2111	thaise.henrique@posgrad.ufsc.br
Gabriela de Souza Pereira	Pesquisador	(48) 99675-3127	gabrielapsouza@gmail.com
Leonara Alves da Cruz Arnold	Pesquisador	(47) 98916-1790	Leonara_eli@hotmail.com
Viviane Becker	Pesquisador	(49) 98845-7262	becker.vivi@hotmail.com
Amanda Mendrano	Pesquisador	(51) 98521-6232	amandamendrano@hotmail.com

4 CONTATO E CONVITE PARA O ESTUDO PROSPECTIVO (TRÊS, SEIS E DOZE MESES)

Através das listas disponibilizadas pelas Secretárias Municipais de Saúde, os pesquisadores deverão organizar-se quando a divisão dos números para contato. Deverá ser realizado até duas tentativas de contato com cada participante. Abaixo segue uma sugestão de apresentação à entrevistada através do contato telefônico:

“Bom dia / boa tarde / boa noite. Meu nome é _____, sou aluna da UFSC, campus Araranguá e junto com outros colaboradores, estamos desenvolvendo um estudo aprovado pela Secretária de Saúde de Araranguá / Balneário Arroio do Silva / Sombrio. Estamos avaliando mulheres primíparas, ou seja, aquelas que tiveram apenas um parto para saber mais sobre a saúde ginecológica, sexualidade e aspectos relacionados à via de parto (cesárea e vaginal). Pretendemos realizar essa avaliação aos 3 meses e também aos seis e doze meses pós parto para identificar como se comporta a saúde ginecológica pós-parto ao longo do tempo. Essa avaliação será realizada através do uso de questionários e não requer a aplicação de exames ginecológicos invasivos. Todas as informações descritas no estudo são confidenciais, portanto em hipótese alguma o seu nome ou dados serão divulgados para terceiros. Com relação ao tempo, a aplicação dos instrumentos totaliza aproximadamente 30 minutos. Caso aceite participar desta pesquisa, podemos agendar uma data e local para a entrevista, sendo na sua casa ou então na Unidade Básica de Saúde de sua preferência. A senhora/você tem interesse em participar da pesquisa?”.

- Caso a convidada manifeste interesse em participar da pesquisa, verifique se a participante apresenta os critérios adequados para elegibilidade (ver item 6);
- Caso a participante esteja de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, verifique a disponibilidade de datas e horários para agendamento. Do mesmo modo, solicite informações relacionadas ao endereço: (Rua, avenida), (casa, apartamento), número e ponto de referência.

- Em caso de recusa da entrevistada, tente explicar melhor e de forma resumida sobre a importância da pesquisa e da participação da entrevistada. Se proponha a agendar um horário, no qual, a mulher tenha maior disponibilidade para responder as perguntas e questionários. Se ainda assim não houver aceite, agradeça pela atenção disponibilizada e encerre a ligação respeitosamente com “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”.
- Se a participante apresentar alguma incompatibilidade em relação aos critérios de elegibilidade, agradeça a participante pela atenção e encerre o contato.
- Não se esqueça de registrar o motivo pela recusa.

5 CONTATO PARA CONVITE ESTUDO ONLINE

O contato com as participantes nessa modalidade deverá ocorrer através de perfis oficiais nos aplicativos *Instagram*, *Facebook* e *Whatsapp*.

Os pesquisadores deverão realizar publicações com a finalidade de atrair e divulgar o estudo para a população. Além disso, quando possível, deverão realizar individualmente o convite para o estudo.

Abaixo segue uma sugestão de contato para as participantes:

“Olá, bom dia/boa tarde/boa noite. Tudo bem? Me chamo _____, sou _____ (colocar formação/área de atuação) da UFSC de Araranguá. Em parceria com outras pesquisadoras, criamos o estudo Dap Sul Puerpério. Gostaria de convidar você para participar de uma avaliação online, que tem como objetivo avaliar a saúde materna e ginecológica de mulheres que tiveram seu primeiro filho (a) a 1 ano ou menos. A avaliação é feita através de perguntas relacionadas ao tipo de parto (vaginal e cesárea), aleitamento materno, sexualidade, entre outras. Todas as informações descritas no questionário são confidenciais e você não precisa identificar o seu nome. Além disso, leva de 10 a 15 minutos para responder. Caso você aceite participar, posso te encaminhar o link para avaliação. Você aceita?”.

Caso a mulher manifeste interesse em participar, encaminhe o link para acesso a pesquisa e coloque-se a disposição para o auxílio e esclarecimento de dúvidas.

6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Abaixo seguem os critérios adotados para a inclusão e/ou exclusão das participantes (Tabela 1):

Tabela 1- Critérios adotados para elegibilidade.

Critérios para elegibilidade - Estudo prospectivo (3, 6 e 12 meses)	INCLUSÃO (1) Mulheres alfabetizadas, com idade igual ou superior a 18 anos, (2) mantendo relações sexuais nas últimas quatro semanas, (3) vivenciando o puerpério remoto do primeiro filho (a) (gestação única), (4) dentro do período inferior ou igual a 12 meses e; (5) residir em um dos municípios do sul catarinense (Regiões AMESC e AMREC).
	EXCLUSÃO (1) Puérperas primíparas com histórico de aborto após a 12 ^a semana gestação, (2) histórico de cirurgia uroginecológica nos últimos 3 anos, (3) que apresentassem sinais ou sintomas sugestivos de Infecção do Trato Urinário (ITU) (disúria, ardência, poliúria) no último mês, (4) que seu filho (a) tivesse sofrido com algum tipo de internação hospitalar no último mês e, (5) mulheres que estivessem grávidas.
Critérios para elegibilidade – Estudo online	INCLUSÃO (1) Mulheres alfabetizadas, com idade igual ou superior a 18 anos, (2) mantendo relações sexuais nas últimas quatro semanas, (3) vivenciando um casamento ou união estável com parceiro do sexo masculino e, (4) que estivessem no puerpério remoto do primeiro filho (a) (gestação única).
	EXCLUSÃO (1) Puérperas primíparas com histórico de aborto ou de cirurgia

	uroginecológica (independente do tempo ou período da gestação), (2) que estivessem realizando tratamento clínico para ITU nas últimas quatro semanas, (3) que seu filho (a) tivesse sofrido com algum tipo de internação hospitalar nas últimas quatro semanas e/ou (4) mulheres que estivessem grávidas.
--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

7 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A AVALIAÇÃO PRESENCIAL (3 MESES)

7.1 MATERIAL

- Vestimenta do entrevistador: possui a função de identificar a equipe de pesquisa durante a coleta de dados e é de uso obrigatório.
- Manual do entrevistador: contém instruções para orientar a coleta de dados do entrevistador.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A): item obrigatório em cada entrevista. Deve ser lido pela entrevistadora no início da entrevista e ser assinado previamente pela participante em duas vias.
- Orientações para a participante (APÊNDICE B): possui a função de orientar a participante sobre as disfunções sexuais e medidas para melhorar a função sexual. É um item obrigatório, porém só deve ser entregue às participantes que concluírem o estudo aos 12 meses, considerando que a entrega prévia possa estabelecer um viés.
- Questionário impresso: tenha sempre cópias extras impressas, caso ocorra alguma rasura ou problema durante a aplicação. Ao final do dia, é necessário que a entrevistadora informe a equipe de pesquisa sobre um eventual problema ocorrido e transfira os dados do papel para uma versão online.
- Fita métrica: item necessário para a mensuração da circunferência abdominal e altura.
- Estadiometro para mensuração da altura.
- Fita métrica para mensuração da altura (quando o estadiometro não estiver disponível).
- Balança para mensuração do peso.

- Caneta: item necessário para assinatura do TCLE e preenchimento dos questionários impressos.

7.2 ROTINA DA ENTREVISTA

Antes de sair para a coleta de dados, o(a) entrevistador(a) deverá verificar o funcionamento correto e organização dos equipamentos de coleta de dados. Quando realizado na Unidade Básica de Saúde, comunique a equipe do serviço sobre a realização da entrevista e busque um ambiente tranquilo e/ou mais privado possível para aplicação dos instrumentos. Caso a entrevista ocorra no domicílio, oriente a participante sobre o contexto íntimo de algumas perguntas e solicite para que ela escolha um ambiente privado, sem contato com familiares. Independente do ambiente esteja ciente que a participante está em um momento adequado para realizar a entrevista, sem pressa ou distrações. Por último, antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, solicite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

7.3 CUIDADO COM OS MATERIAIS

O estadiômetro, fita métrica e balança são itens indispensáveis para as entrevistas. Tome cuidado com o uso.

Caso ocorra furto dos equipamentos, entre em contato com a equipe de pesquisa e encaminhe-se imediatamente à Delegacia mais próxima para registrar um Boletim de Ocorrência.

Lembre-se, você é responsável pela integridade dos materiais. Cuide bem deles!

7.4 CONDUTA DO(A) ENTREVISTADOR(A)

- Respeite a entrevistada e trate-a por senhora ou você, caso ela peça para ser tratada desta forma;
- Haja com tranquilidade. Não demonstre pressa ou impaciência durante a entrevista;
- Evite assuntos que não sejam sobre as questões da pesquisa;

- **Não influencie as respostas da entrevistada.** Por se tratar de questões íntimas, não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas;
- Demonstre interesse pelo que está sendo respondido;
- Esteja familiarizado(a) com os termos utilizado nos questionários. Leia antecipadamente o manual, os instrumentos de coleta de dados e em caso de dúvidas questione previamente a coordenadora ou pesquisadora responsável pela elaboração do manual;
- Antes de iniciar um novo questionário, introduza-o à entrevistada, explicando resumidamente o que ele avalia;
- Leia todas as questões com calma e demonstre tranquilidade. Repita a leitura, caso a entrevistada não entenda. Somente após a leitura das questões e entendimento da entrevistada, leia as alternativas;
- Para as mulheres que não se enquadram aos critérios de inclusão ou que apresente algum critério de exclusão, utilize uma planilha no excel para descrever o número de mulheres excluídas e os motivos.

8 AVALIAÇÃO AOS SEIS E DOZE MESES

Para avaliação aos seis e doze meses, as participantes serão contatadas através do whatsapp e/ou e-mail, devendo receber por parte de uma das pesquisadoras, um link para acesso ao questionário online. Nessa versão adaptada, deverá ser orientado quanto a autoadministração e preenchimento dentro do sexto e décimo segundo mês. A pesquisadora deverá mostrar-se disponível na resolução de eventuais dúvidas e, se necessário, entrar em contato com a coordenadora do estudo.

No período, se necessário, a pesquisadora deverá lembrar a participante sobre o preenchimento do instrumento por até duas vezes. Caso a participante não entregue dentro do prazo ou não esteja de acordo com os critérios para elegibilidade, essa deverá ser excluída do estudo.

O sítio eletrônico para acesso a essa versão do estudo, esta disponível em: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzf2vmSHy_BXhaiCieDTj1U06fdlpOOMCPfnrXajER5c7Xhg/viewform.

9 ACESSO AOS INSTRUMENTOS ONLINE

Para ter acesso ao questionário no estudo online, as participantes deverão ser direcionadas ao sítio eletrônico: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzf2vmSHy_BXhaiCieDTj1U06fdlpOOMCPfnrXajER5c7Xhg/formResponse.

10 INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O passo-a-passo e a sequência para preenchimento da avaliação na modalidade online e aos três, seis e doze meses seguem descritos a seguir.

Vale mencionar a obrigatoriedade do TCLE antes de prosseguir com as demais etapas da pesquisa.

10.1 MULHERES ACOMPANHADAS PROSPECTIVAMENTE AOS TRÊS, SEIS E DOZE MESES.

10.1.1 Sequência dos Instrumentos

- (1) Ficha de registro das participantes;
- (2) *Female Sexual Function Index* (FSFI); avaliar nas últimas 4 semanas (ANEXO A).
- (3) *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20); avaliar nas últimas 4 semanas (ANEXO B).
- (4) *The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – PISQ-12*; avaliar nas últimas 4 semanas (ANEXO C).
- (5) *Female Genital Self Image Scale* (FGSIS) e; avaliar nas últimas 4 semanas (ANEXO D).
- (6) *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (ANEXO E).

ATENÇÃO: O instrumento (número 4) “PISQ-12”, somente será aplicado se as mulheres apresentarem sintomas urinários ou de prolapso de órgãos pélvicos durante a aplicação do instrumento (número 2) “PFDI-20”.

10.1.2 Passo a Passo para Aplicação dos Instrumentos

Para avaliação aos três meses, utilizar o APÊNDICE C. A avaliação das medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) nesse período deverá ocorrer da seguinte maneira:

(1) Circunferência abdominal: A entrevistada deverá ficar em bipedestação e braços flexionados e cruzados com as mãos tocando os ombros. A mensuração será realizada ao final da expiração do ar. Para isso, solicite à entrevistada que inspire normalmente e, ao final da expiração, permaneça imóvel para que o avaliador realize a mensuração no ponto da cicatriz umbilical. **(2) Peso:** Orientar a mulher a subir descalço na balança, com os dois pés apoiados na plataforma e o peso distribuído em ambos os pés, solicitar que o mesmo olhe em linha horizontal. **(3) Altura:** A mulher deve estar descalça, ficar em pé com as pernas e pés paralelos, peso distribuído, braços relaxados ao lado do corpo e palmas das mãos voltadas para o corpo. A pesquisadora deverá encostar o calcanhar, panturrilhas, nádegas, costas e a parte posterior da cabeça na parede (caso meça com fita métrica) ou no suporte do estadiometro.

Para as demais avaliações (seis e doze meses), ao acessar o sítio eletrônico o pesquisador/participante encontrará na tela inicial instruções sobre a pesquisa. Ao clicar em “PRÓXIMA”, você será direcionada à próxima seção onde constam campos para identificação e análise dos critérios de elegibilidade.



Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

Prezada,

nós da Equipe DAP SUL Puerpério agradecemos seu interesse e participação no estudo.

O questionário leva aproximadamente 10 a 15 minutos para ser respondido, por isso pedimos que dedique um tempo para respondê-lo, pois caso você precise parar antes do término da pesquisa, suas respostas não serão registradas.

Obrigada pela atenção e boa avaliação.

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

OBS: O TCLE deverá ser assinado durante a avaliação aos três meses.

Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

*Obrigatório

Critérios para participação

Qual a sua idade? *

Sua resposta _____

Você esta praticando ou praticou relações sexuais (sexo) no último mês/ últimas 4 semanas? *

Sim

Não

Qual seu estado civil? *

Casada

União estável (vivem juntos)

Outro: _____

Voltar

Próxima

De acordo com o tipo de pergunta, essas poderão ser respondidas na modalidade discursiva, múltipla escolha e/ou através de caixa de seleção.

Clique em “próxima” para avançar às perguntas seguintes. Caso queira verificar ou corrigir alguma informação, clique em “voltar”.

Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

*Obrigatório

Avaliação da Elegibilidade

Você realizou alguma cirurgia ginecológica (retirada do ovário, trompa, cisto etc.) nos últimos 3 anos? *

- Sim
- Não

Apresentou algum sintoma de infecção urinária (dor, ardência ou aumento da frequência urinária) no último mês? *

- Sim
- Não

Seu filho(a) precisou ficar internado no hospital no último mês? *

- Sim
- Não

Voltar

Próxima

Todas as perguntas sinalizadas com asterisco (*) são obrigatórias para o prosseguimento da pesquisa.

10.1.2.1 Ficha de Registro das Participantes

A partir dessa seção, iniciam-se os questionamentos para caracterização da amostra. Serão realizadas perguntas voltadas aos dados sociodemográficos, clínicos, ginecológicos e obstétricos. Além disso, também serão feitas perguntas relacionadas à amamentação e medidas antropométricas.

Após o preenchimento deste instrumento, clique em “PRÓXIMA” para avançar para a próxima seção.

Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

*Obrigatório

Ficha de Registro das Participantes

Caracterizar as participantes do estudo através de informações sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida, histórico obstétrico, ginecológico e relacionados a amamentação.

Nome completo *

Sua resposta

RENDA FAMILIAR *

Somatório da renda individual de cada morador que reside com você.

Renda inferior ou igual a um salário mínimo (R\$ 1.045,00)

Entre R\$ 1.046,00 até R\$ 2.090,00

Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.179,00

Maior ou igual a 4 salários mínimos (R\$ 4.180,00)

Você exerce algum trabalho remunerado (recebe dinheiro)? *

Sim

Não

TELEFONE PARA CONTATO *

Sua resposta

Qual seu peso? *

Sua resposta

Qual sua altura? *

Sua resposta

Voltar Próxima

Caberá ao pesquisador, realizar o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) após o recebimento da avaliação.

Na próxima seção, serão apresentadas perguntas voltadas ao histórico clínico da paciente. Na primeira pergunta, a participante poderá selecionar um ou mais itens, ou também a opção “outro”, em que, descreverá aquilo que melhor se adequa ao seu histórico de saúde.

HISTÓRICO CLÍNICO

HISTÓRICO DE DOENÇAS PREGRESSAS (Pode responder mais de uma) *

- Não possui
- Diabetes Mellitus
- Depressão
- Dislipidemia
- Doenças respiratórias
- Dores crônicas na coluna
- Doenças renais
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Ansiedade
- Outro: _____

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO/ ANTICONCEPCIONAL? *

Escolher

Sim

Não

Nunca use o Google.

Na segunda pergunta, caso a participante indique fazer uso de medicações e/ou anticoncepcional, essa será encaminhada para uma aba com a seguinte pergunta:

HISTÓRICO CLÍNICO

Faz uso de qual(is) medicação(ções)? *

Sua resposta

Voltar Próxíma

Caso responda não, será direcionada para a seção “Hábitos de vida”:

HÁBITOS DE VIDA

Você realiza fisioterapia pélvica? *

Sim

Não

Não sabe dizer

Voltar Próxíma

A penúltima seção da ficha de caracterização da amostra é composta por perguntas relacionadas à área ginecológica e obstétrica.

FATORES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

Aborda informações relacionadas ao parto, pré natal, via de parto e a gestação.

TEMPO DE PUERPÉRIO *

6 meses

12 meses

No momento você esta grávida? *

Escolher

Sim

Não

Não tem certeza

Nunca use o Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Caso a participante responda “sim” ou “não tem certeza” sobre estar grávida, essa será direcionada para a seguinte pergunta:

ENTENDENDO FATORES GINECOLÓGICOS

Se você esta grávida ou desconfia, esta com quantas semanas?

Sua resposta

Caso a resposta seja não, esta será encaminhada para responder as seguintes perguntas:

ENTENDENDO FATORES GINECOLÓGICOS

Seu filho(a) nasceu com quantas semanas? *

Exemplo: 38 semanas.

Sua resposta _____

VOCÊ RECEBE AUXÍLIO DE ALGUMA PESSOA PARA O CUIDADO COM A CRIANÇA? (Pode responder mais de uma alternativa)

- Não recebe
- Recebe do esposo/companheiro
- Recebe da mãe
- Recebe da sogra
- Recebe de empregada doméstica
- Recebe de outras pessoas

FAZ USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO *

- Não faz uso
- Faz uso de preservativo
- Faz uso de dispositivo intrauterino
- Faz uso de pílula anticoncepcional
- Outro: _____

VOCÊ SE SENTE SATISFEITA COM SUA IMAGEM CORPORAL? *

Sim

Não

PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA NO PUERPÉRIO? *

Escolher ▼

Voltar Próxíma

Caso a participante esteja praticando atividade física durante o puerpério, ela deverá responder “sim” e dessa forma, será encaminhada para escolher o tipo de atividade, bem como a frequência semanal e duração da prática em minutos. Caso a resposta seja “não”, a puérpera será encaminhada para a seção “aspectos relacionados à amamentação”.

Escolher

Não pratica atividade física

Pratica caminhada

Pratica natação/Hidroginástica

Pratica pilates

Pratica musculação

Pratica yoga

Pratica jump

Pratica Zumba/dança

Pratica outra atividade

VOCÊ SE SENTE SATISFEITA COM SUA IMAGEM CORPORAL? *

PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA NO PUERPÉRIO? *

Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade

Formulários

ENTENDENDO A FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA

SE PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA, qual a frequência (número de dias)?
Exemplo: Pilates 2 vezes na semana.

Sua resposta _____

SE PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA, qual a duração (minutos)?
Exemplo: 50 minutos

Sua resposta _____

ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

VOCÊ ESTA AMAMENTANDO *

Nunca use o Google.

Se a participante não estiver amamentando, encerra-se aqui a ficha de caracterização da amostra. Dando início à avaliação da função sexual.

ASPECTOS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

Sente alguma dor/desconforto durante a amamentação?

- Sim
- Não
- As vezes

Qual o tipo de aleitamento?

AME - Somente leite materno; AMP - Além do leite materno, uso de bebidas como água, chá, suco de frutas; AMC - Além do leite materno, uso de alimentos sólidos ou semi-sólidos com o objetivo de complementação, além de outros tipos de leite; AMM - Recebe leite materno e outros tipos de leite.

- Aleitamento materno exclusivo - Somente leite materno
- Aleitamento materno predominante - Além do leite materno, uso de bebidas como água, chá, suco de frutas
- Aleitamento materno complementado - Além do leite materno, uso de alimentos sólidos ou semi-sólidos com o objetivo de complementação, além de outros tipos de leite
- Aleitamento materno misto - Recebe leite materno e outros tipos de leite.

10.1.2.2 Female Sexual Function Index (FSFI)

Para avaliação da função sexual feminina, será utilizado o instrumento FSFI, composto por 19 questões que avaliam: desejo (1,2), excitação (3,4,5,6), lubrificação (7,8,9,10), orgasmo (11,12,13), satisfação (14,15,16) e dor (17,18,19). As perguntas serão de múltipla escolha, sendo assim a participante poderá assinalar somente uma alternativa.

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Questionário aplicado para avaliação da função sexual feminina. Avalia os domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

ORIENTAÇÕES

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.

DEFINIÇÃO DOS TERMOS

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.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA E CONSIDERE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

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

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

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

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual? *

- Sem atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Segurança muito alta
- Segurança alta
- Segurança moderada
- Segurança baixa
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nada difícil

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? *

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)? *

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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”)”? *

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- 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? *

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)? *

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal? *

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

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

- Sem atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou absolutamente nenhum

Voltar

Próxima

10.1.2.3 *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20)

O PFDI-20 avalia os desconfortos do assoalho pélvico por meio de 20 perguntas. As questões numeradas de 1 a 6 avaliam os sintomas pélvicos (prolapso de órgãos genitais), as perguntas 7 a 14 avaliam os sintomas anorretais e as perguntas 15 a 20 os sintomas urinários. Para as respostas, a participante deverá considerar os sintomas apresentados nas últimas quatro semanas.

PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY- PFDI-20

Questionário utilizado para avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico (Sintomas urinários, sintomas anorretais e de prolapso de órgãos pélvicos).

Favor responder a todas as perguntas. Estas questões lhe perguntarão se você tem certos sintomas no intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto esses sintomas a incomodam. Responda cada pergunta marcando um "X" no espaço ou espaços apropriados. Se você tiver dúvida sobre como responder, responda o melhor que puder.

Ao responder, favor CONSIDERAR SEUS SINTOMAS NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1- Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?* *

Caso você tenha respondido sim, você possui um desconforto do assoalho pélvico ao prolapso.

Escolher

Não

Se sim, o quanto isso a incomoda: nada

Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco

Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente

Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

pressão na parte baixa do

do assoalho pélvico ao prolapso.

As participantes deverão clicar na opção escolher e avaliar se possuem ou não o sintoma mencionado na pergunta, caso a resposta seja "sim", deverá quantificar o quanto esse sintoma lhe incomoda: "nada", "um pouco", "moderadamente" ou "bastante".

2- Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?* *

Caso você tenha respondido sim, você possui um desconforto do assoalho pélvico ao prolapso.

Escolher



3- Você geralmente tem uma "bola", ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?* *

Caso você tenha respondido sim, você possui um desconforto do assoalho pélvico ao prolapso.

Escolher



4- Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/ defecação completa?* *

Caso você tenha respondido sim, você possui um desconforto do assoalho pélvico ao prolapso.

Escolher



5- Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?* *

Caso você tenha respondido sim, você possui um desconforto do assoalho pélvico ao prolapso.

Escolher



6- Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?* *

Caso você tenha respondido sim, você possui um desconforto do assoalho pélvico relacionado ao prolapso.

Escolher



7- Você sente que precisa fazer muita força para Evacuar/defecar? *

Escolher



8- Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação? *

Escolher



9- Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas? *

Escolher



10- Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas? *

11- Você as vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente? *

12- Você as vezes sente dor durante a evacuação/defecação? *

13- Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar? *

14- Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar? *

Escolher

15- Você tem aumento da frequência urinária? *

Escolher

16- Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro? * *

Caso você tenha respondido sim, você apresenta Incontinência urinária.

Escolher

17- Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros? * *

Caso você tenha respondido sim, você apresenta Incontinência urinária.

Escolher

18- Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)? * *

Caso você tenha respondido sim, você apresenta Incontinência urinária.

Escolher

19- Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga? *

Escolher ▼

20- Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital? *

Escolher ▼

Voltar Próxima

Caso a participante responda “sim” para as perguntas numeradas entre 1 a 6 e 16, 17 e 18 significa que a mesma possui sintomas relacionados à POP e/ou Incontinência Urinária (IU) e deve ser avaliada pela PISQ-12. Nesse caso, caso a participante apresente os sintomas, responda “Sim” a pergunta abaixo e de continuidade no questionário PISQ-12. Caso contrário, responda “Não” e clique em próxima, sendo redirecionada ao questionário FGSIS (Item 7.1.2.5).

ORIENTAÇÃO

DE ACORDO COM O QUESTIONÁRIO ANTERIOR, VOCÊ APRESENTA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (perda de urina/xixi sem querer) OU ALGUM SINTOMA DE PROLAPSO (Dor, pressão na parte baixa do abdome, saída de uma bola para fora da vagina ou ânus). *

Escolher

Sim

Não

Nunc... Google.

10.1.2.4 Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-12)

O próximo instrumento é o PISQ-12, utilizado para avaliação da função sexual em mulheres com sintomas de incontinência urinária ou prolapso de órgão pélvico. A participante deve escolher somente uma alternativa e considerar a experiência sexual nas últimas quatro semanas para a resposta.

QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – PISQ-12

A seguir está uma lista de perguntas sobre a vida sexual e de seu companheiro. Todas as informações são confidenciais. Suas respostas serão usadas somente para ajudar o profissional de saúde a entender o que é importante para o paciente sobre a vida sexual.

Enquanto responde às questões CONSIDERE SUA VIDA SEXUAL NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 – Com que frequência você sente vontade de fazer sexo? Esta vontade pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo, etc. *

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Menos de uma vez por mês
- Nunca

2 – Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro) *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

3 – Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

4 – Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

5 – Você tem dor durante o ato sexual? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

6 – Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

7 – O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

8 – Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída). *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

9 – Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

10 – Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

11 – Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

12 – Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses? *

- Muito menos intenso
- Pouco intenso
- Mesma intensidade
- Mais intenso
- Muito mais intenso

Voltar

Próxima

10.1.2.5 Female Genital Self Image Scale (FGSIS)

Esse instrumento será utilizado para avaliar os sentimentos, crenças sobre a genitália feminina e autoimagem genital. A participante deverá considerar sua experiência/sentimento atual para responder as perguntas.

FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE (FGSIS)



Questionário para avaliação dos sentimentos e crenças sobre seu órgão genital.

Nesse questionário, você deve descrever sua percepção, sentimento, crença atual.

1. Sinto-me segura positivamente sobre meus *

Concordo Plenamente

Concordo

Discordo

Discordo Plenamente

2. Estou satisfeita com a aparência dos meus genitais *

Concordo Plenamente

Concordo

Discordo

Discordo Plenamente

3. Eu me sentiria confortável deixando um parceiro sexual olhar meus genitais *

Concordo Plenamente

Concordo

Discordo

Discordo Plenamente

4. Acho que meus genitais cheiram bem *

- Concordo Plenamente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo Plenamente
-

5. Eu acho que meus órgãos genitais funcionam da maneira que deveriam funcionar *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

6. Eu me sinto confortável permitindo que um profissional de saúde examine meus genitais *

- Concordo Plenamente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo Plenamente
-

7. Não estou envergonhada dos meus genitais *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

10.1.2.6 *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

O último instrumento avaliará o risco de depressão pós-parto. Possui 10 perguntas que avaliam os sintomas nos últimos 7 dias.

Caso o avaliador observe a presença de sintomas depressivos iguais ou superiores a 10 pontos, oriente a participante a buscar auxílio de um profissional médico, psicólogo. Na UBS comunique a enfermeira (o) e peça o encaminhamento ao profissional habilitado.

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Questionário utilizado para avaliar o risco de depressão pós parto.

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS E NÃO APENAS HOJE:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas. *

- Como eu sempre fiz;
- Não tanto quanto antes;
- Sem dúvida, menos que antes;
- De jeito nenhum;

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia. *

- Como sempre senti
- Talvez, menos que antes
- Com certeza menos
- De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas. *

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. *

- Não, de maneira alguma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo. *

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não, muitas vezes
- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia. *

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir. *

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada. *

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado. *

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça. *

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

Voltar

Próxima

Após término desse instrumento, encerra-se a entrevista. Agradeça a participante pela atenção e disponha-se para esclarecer eventuais dúvidas. Além disso, peça a participante para comunicar a equipe caso a mesma mude de endereço ou telefone, para que possamos contatá-la nas fases seguintes do estudo.



Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

ENCERRAMENTO

Prezada, em nome da Equipe DAP SUL Puerpério, gostaria de agradecer por sua participação e colaboração no desenvolvimento da pesquisa.

Quando você e seu filho(a) completarem 12 meses/1 ano pós parto, estaremos enviando novamente esse link para a última avaliação.

Caso tenha alguma dúvida, entre em contato conosco pelo:

Whatsapp: (48) 99618-2111

Intagram: @dapsulpuerperio

ATENÇÃO: Clique na opção ENVIAR para que suas respostas sejam registradas.

Voltar

Enviar

Por último, clique na opção enviar para registrar as respostas.

10.2 MULHERES AVALIADAS NO ESTUDO ONLINE

10.2.1 Sequência dos Instrumentos

- Ficha de registro das participantes;
- (2) *Female Sexual Function Index* (FSFI); avaliar nas últimas 4 semanas.
- (3) *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20); avaliar nas últimas 4 semanas.

- (4) *Female Genital Self Image Scale* (FGSIS) e; avaliar nas últimas 4 semanas.

10.2.2 Passo a Passo para Aplicação dos Instrumentos

Ao acessar o sítio eletrônico, a participante encontrará na tela inicial informações relacionadas ao objetivo do estudo, tempo de duração dos instrumentos, critérios de elegibilidade e cópia do TCLE (APÊNDICE D).



Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

Avaliação da saúde materna e ginecológica de mulheres que tiveram seu primeiro filho(a) no período igual ou inferior a 1 ano (12 meses).

*Obrigatório

Por gentileza, leia atentamente os critérios para participação no estudo. O tempo para aplicação das perguntas é de aproximadamente 10 à 15 minutos.

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO (Participação)

- Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter praticado relações sexuais (sexo) no último mês;
- Estar no puerpério (período pós parto/resguardo) do primeiro filho;
- Seu filho/a estar com idade igual ou inferior à 1 ano (12 meses);
- Você morar em algum município do sul de Santa Catarina;

CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO (Não poderão participar)

- Histórico de aborto após às 12 semanas de gestação;
- Histórico de cirurgia ginecológica (retirada de trompa, cistos, ovário) nos últimos 3 anos;
- Apresentar sinais ou sintomas de infecção urinária (dor, ardência, aumento da frequência urinária) no último mês;
- Seu filho ter sido internado/a no hospital no último mês;
 - Gestação gemelar (gêmeos);

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA -
CAMPUS ARARANGUÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado "FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO" que está sendo desenvolvido pela discente Thaise dos Santos Henrique, sob orientação da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso, ambas do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse estudo faz parte de um projeto maior denominado "ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL" seguindo também sob supervisão da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso. Tem como objetivo, avaliar a função sexual em mulheres primíparas nos diferentes períodos do puerpério de parto vaginal e parto cesárea.

A seleção das participantes ocorrerá por meio da divulgação online (via redes sociais: whatsapp, instagram, facebook). O formulário online inclui a aplicação de um questionário sociodemográfico, clínico, ginecológico, obstétrico e de outras características relativas aos hábitos de vida. Para avaliação da função sexual, será utilizado um instrumento validado denominado Female Sexual Function Index (FSFI). Além deles, também estará disponível o instrumento Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) que avalia os desconfortos do assoalho pélvico e o Female Genital Self Image Scale para avaliação da auto-imagem genital.

Existe o risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários. Entretanto, para minimizar qualquer desconforto, a entrevista será realizada individualmente e online. Os benefícios referentes a participação desse estudo inclui o conhecimento sobre a função sexual no puerpério e o recebimento de orientações relativas ao fortalecimento do assoalho pélvico (MAP).

Nesse termo constam os números de telefone dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFSC em caso de dúvidas. Não haverá nenhum tipo de compensação financeira para aquelas que aceitarem participar da pesquisa. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

O pesquisador responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12. Agradecemos a vossa participação e colaboração.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Janeisa Franck Virtuoso - Telefone (48) 98414-7815;
Nome completo: Thaise dos Santos Henrique - Telefone (48) 99618-2111

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:

Endereço completo: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II,
4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis.
Telefones: (48) 3721-6094

Após leitura do TCLE a participante será questionada se concorda com a participação do estudo. Caso a resposta seja "Sim", apertando em "Próxima" a paciente será encaminhada para avaliação da elegibilidade. Caso a resposta seja "Não", a participante será direcionada para o encerramento da pesquisa.

Você concorda com as informações contidas no termo de consentimento e dessa forma aceita participar do estudo? *

Escolher

Sim

Não

Página 1 de 38

Nunca use o Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Ao total há 12 perguntas que avaliam a elegibilidade. As perguntas são de múltipla escolha, devendo a participante escolher somente uma. Para avançar para as sessões seguintes, a mesma deverá clicar na opção “próxima”. Se necessário revisar ou corrigir alguma resposta, a participante pode clicar na opção “voltar”.



Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

*Obrigatório

Avaliação da Elegibilidade

Qual a sua idade? *

Sua resposta _____

Seu primeiro filho(a) esta com idade MENOR ou IGUAL à 12 meses (1 ano)? *

Se a resposta for sim, você esta no puerpério remoto, também conhecido como período pós parto.

Sim

Não

Página 2 de 38

Conforme a resposta, a participante será direcionada para outras sessões. Por exemplo, quando questionada sobre a prática de relações sexuais nas últimas 4 semanas, caso a resposta seja “não”, a participante será direcionada a uma sessão questionando o motivo.

Avaliação da Elegibilidade

praticou relações sexuais (sexo) no último mês/ últimas

Escolher

Sim

Não

Voltar Próxima

Página 3 de 38

Compreendendo a sexualidade

Se não apresentou relações sexuais (sexo) no último mês / últimas 4 semanas, qual foi o motivo? *

Sua resposta

Voltar Próxima

Página 12 de 38

A participante poderá acompanhar também o progresso da avaliação no canto inferior direito da tela.

Avaliação da Elegibilidade

...urgia ginecológica (retirada do ovário, trompa, cisto) *

Escolher

Sim

Não

Voltar Próxima

Página 4 de 38

Avaliação da Elegibilidade

Apresentou algum sintoma de infecção urinária (dor, ardência ou aumento da frequência urinária) no último mês? *

Escolher

Sim

Não

Voltar Próxima

Página 5 de 38

Nunca... Google.

Avaliação da Elegibilidade

Seu filho(a) precisou ficar internado no hospital no último mês? *

Sim

Não

Voltar Próxima

Página 6 de 38

Avaliação da Elegibilidade

Você é mãe de gêmeos(as)? *

Escolher

Sim

Não

Nunca s Google.

Página 7 de 38

Avaliação da Elegibilidade

Você esta grávida? *

Sim

Não

Talvez

Voltar Próxima

Página 8 de 38

Para a pergunta acima, caso a resposta seja “Sim” ou “Talvez” a participante será direcionada para o encerramento da pesquisa.

Avaliação da Elegibilidade

SEU FILHO(A) ESTA COM QUANTOS MESES? *

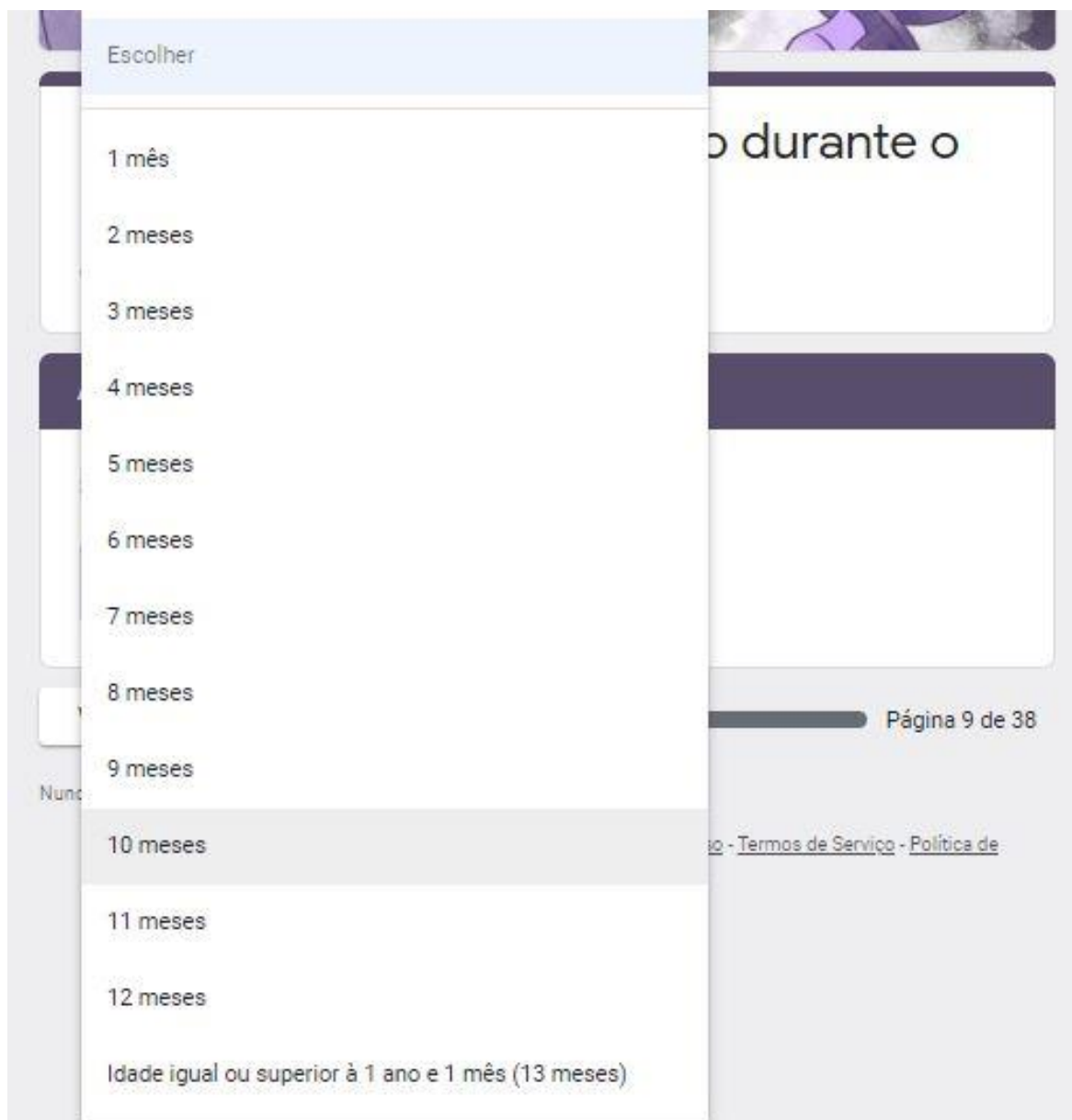
Escolher ▾

Voltar Próxima

Progresso: [Barra de progresso] Página 9 de 38

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Para responder essa pergunta, a participante deverá clicar na opção escolher e selecionar a opção que se adequa a idade do seu filho, conforme vimos na imagem seguinte.



Caso a resposta seja “Idade igual ou superior à 1 ano e 1 mês (13 meses)”, clicando em “próxima” a participante será direcionada para o encerramento da pesquisa.

Avaliação da Elegibilidade

O município que você mora pertence a qual região? *

Escolher

AMESC (Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivotas, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul, Turvo)

Nunca AMREC (Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga)

Outra região/ município

Avaliação da Elegibilidade

Caso você tenha tido gestações anteriores, você já teve algum aborto? *

Escolher

Sim

Não

Página 11 de 38

Assim como na avaliação da sexualidade, nesta pergunta caso a participante responda “Sim” será direcionada para a seguinte pergunta:

Compreendendo o aborto

O(s) aborto(s) foi com quanto tempo de gestação? *

Escolher

No primeiro trimestre (período inferior a 12 semanas de gestação)

No segundo ou terceiro trimestre (a partir da 13ª semana de gestação)

Página 13 de 38

Para todas as perguntas relacionadas à elegibilidade, caso a participante confirme a presença de um dos critérios de exclusão ou negue a existência de algum critério de inclusão, a participante será direcionada para a tela abaixo, encerrando a avaliação.

ENCERRAMENTO

Para a participação na pesquisa é necessário:

- Aceitar os itens e informações contidas no termo de consentimento da pesquisa, aceitando participar do estudo;
- Apresentar todos os critérios de inclusão;
- Não apresentar critérios de exclusão;


Por isso, com base em sua(s) resposta(s) na seção 1, estamos finalizando a aplicação da pesquisa.

Agradecemos a sua colaboração e interesse na pesquisa.

Atenciosamente,

Equipe DAP SUL PUERPÉRIO.

[Voltar](#) [Enviar](#)

 Página 38 de 38

10.2.1.1 Ficha de Registro das Participantes

A partir dessa seção, iniciam-se os questionamentos para caracterização da amostra. Serão realizadas perguntas voltadas aos dados sociodemográficos, clínicos, ginecológicos e obstétricos. Além disso, também serão feitas perguntas relacionadas à amamentação e medidas antropométricas.

A avaliação das medidas antropométricas (peso e altura) serão autorrelatadas.

Para avançar para as próximas sessões, a participante deve clicar na opção “PRÓXIMA”. As perguntas sinalizadas com asterisco devem ser respondidas obrigatoriamente.

Ficha de Registro das Participantes

Caracterizar as participantes do estudo através de informações sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida, histórico obstétrico, ginecológico e relacionados a amamentação.

QUAL O SEU E-MAIL OU TELEFONE?

Não é obrigatório o registro do e-mail ou telefone. O pedido dessas informações é para que possamos enviar uma cartilha com informações e orientações sobre as disfunções do assoalho pélvico no puerpério.

Sua resposta _____

VOCÊ MORA EM QUAL CIDADE? *

Sua resposta _____

QUAL A SUA COR, RAÇA? *

- Branca
- Parda
- Negra
- Outra

ESTADO CIVIL *

- Casada
- União estável (vivem juntos)
- Solteira
- Outro: _____

ESCOLARIDADE *

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo

RENDA FAMILIAR *

Somatório da renda individual de cada morador que reside com você.

- Renda inferior ou igual a um salário mínimo (R\$ 1.045,00)
- Entre R\$ 1.046,00 até R\$ 2.090,00
- Entre R\$ 2.091,00 até R\$ 4.179,00
- Maior ou igual a 4 salários mínimos (R\$ 4.180,00)

RELIGIÃO *

- Católico
- Evangélico
- Espírita
- Testemunha de Jeová
- Outro

OCUPAÇÃO *

Caso você trabalhe e/ou tenha alguma fonte de renda.

- Remunerada
- Não Remunerada

Voltar

Próxima

Página 14 de 38

Seção 15 de 38

HISTÓRICO CLÍNICO E HÁBITOS DE VIDA



No histórico clínico será avaliado o seu histórico de doenças, medicação entre outros. Nos hábitos de vida será avaliado a prática de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, fumo.

VOCÊ POSSUI ALGUMA DAS DOENÇAS LISTADAS ABAIXO? (Pode responder mais de uma) *

- Não possui
- Diabetes Mellitus
- Depressão
- Dislipidemia (colesterol ou triglicerídeos alto)
- Doenças respiratórias (ex: asma, bronquite etc.)
- Dores crônicas na coluna
- Doenças renais (ex: pedra nos rins, insuficiência renal etc.)
- Hipertensão Arterial Sistêmica (Pressão alta)
- Ansiedade
- Outro: _____

VOCÊ FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO OU ANTICONCEPCIONAL? *

Escolher

Escolher

Sim

Não

Página 15 de 38

Google

aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Histórico de saúde

VOCÊ FUMA?

Sim

Não

Voltar

Próxima

Página 17 de 38

Caso a participante seja fumante, ou seja, respondeu “Sim” para pergunta acima, essa será encaminhada para responder as perguntas abaixo:

Seção 18 de 38

Histórico de saúde (Tabagismo)

Descrição (opcional)

SE VOCÊ FUMA, DIGA A QUANTO TEMPO

Texto de resposta curta

SE VOCÊ FUMA, DIGA QUAL A FREQUÊNCIA DO CONSUMO?

Raramente (às vezes)

Até 5 dias da semana

Diariamente (todos os dias)

Histórico de saúde

INGERE ALGUM TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA *

Escolher

Sim

Não

Página 19 de 38

Novamente, se a resposta for “Sim” para a pergunta acima, essa será direcionada para a pergunta abaixo:

Histórico de saúde (bebidas alcoólicas)

SE INGERE BEBIDA ALCOÓLICA, QUAL A FREQUÊNCIA?

Raramente (às vezes)

Até 5 dias da semana

Diariamente (todos os dias)

Voltar Próximas

Página 20 de 38

Histórico de saúde

PRATICOU ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO *

Escolher

Sim

Não


Página 21 de 38

A pergunta abaixo será realizada somente para as participantes que responderem “Sim” para a prática de atividade física durante a gestação.

Histórico de saúde (atividade física)

SE PRATICOU ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO, QUAL DELAS VOCÊ REALIZOU?

- Caminhada
- Nataação/Hidroginástica
- Pilates
- Musculação
- Yoga
- Jump
- Zumba/Dança
- Outro: _____

[Voltar](#) [Próxima](#)  Página 22 de 38

FATORES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

Aborda informações relacionadas ao parto, pré natal, via de parto e a gestação.

A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA? *

- Sim
- Não

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ NATAL *

Sua resposta

Recebeu alguma orientação relacionada à função sexual/sexualidade no pré-natal?

- Sim
- Não

No momento, esta fazendo algum tipo de fisioterapia pélvica?

- Sim
- Não
- Não tem certeza

VIA DE PARTO NO NASCIMENTO *

Escolher

Parto cesárea

Parto vaginal ("normal")

Página 23 de 38

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Conforme a via de parto selecionada, a participante será direcionada para perguntas específicas do nascimento.

Para o parto cesáreo a participante encaminhada para as seguintes perguntas:

Parto Cesáreo

Ela foi eletiva (agendada) ou de emergência?

Eletiva


Emergência

Houve presença de contrações (dor, desconforto) durante o trabalho de parto?

Sim

Não

Não se lembra

[Voltar](#) [Próxima](#)  Página 25 de 38

Já para o parto vaginal, as participantes serão direcionadas aos seguintes questionamentos:

Parto Vaginal

"Parto normal"

Foi realizado episiotomia?

Corte intencional realizado na virilha/períneo que facilita a saída do bebê

- Sim
- Não
- Não soube informar

Houve laceração?

Corte ou rasgo feito na virilha/períneo acidentalmente, sem querer.

- Sim
- Não
- Não soube informar

Houve uso de fórceps?

Instrumento utilizado para auxílio e retirada do bebê durante o parto

- Sim
- Não
- Não soube informar

Voltar

Próxima

Página 24 de 38

FATORES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS

Com quantos Quilos (Kg) nasceu a criança? *

- Menor que 2.500 gramas
- Entre 2.500 gramas até 3.999 gramas.
- Maior ou igual a 4.000 gramas
- Não soube informar

VOCÊ RECEBE AJUDA DE ALGUMA PESSOA PARA O CUIDADO COM A CRIANÇA? (Pode responder mais de uma alternativa) *

- Não recebe
- Recebe do esposo/companheiro
- Recebe da mãe
- Recebe da sogra
- Recebe de empregada doméstica
- Recebe de outras pessoas

APÓS O NASCIMENTO DO SEU FILHO(A), COM QUANTO TEMPO VOCÊ REINICIOU AS RELAÇÕES SEXUAIS? (responder em dias) *

Exemplo: Reiniciei com 50 dias (aproximadamente). *Observação: Coloque o valor aproximado, caso não tenha certeza

Sua resposta _____

FAZ USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO? (Pode selecionar mais de um método) *

- Não faz uso
- Faz uso de preservativo
- Faz uso de dispositivo intrauterino
- Faz uso de pílula anticoncepcional
- Faz uso de outro método

VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM O SEU CORPO? *

- Sim
- Não
- Mais ou menos

ATUALMENTE, VOCÊ PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? *

Escolher

Sim

Não

Página 26 de 38

Nunca Google.

FATORES GINECOLÓGICOS /OBSTÉTRICOS

Pratica qual atividade física? (Pode selecionar mais de uma alternativa)

- Pratica caminhada
- Pratica natação
- Pratica pilates
- Pratica musculação
- Pratica yoga
- Pratica jump
- Pratica Zumba/dança
- Pratica Hidroginástica
- Pratica outra atividade
- Outro: _____

Qual a frequência da(s) atividade(s) física(s) (número de dias)?

Exemplo: Musculação 5 vezes na semana ou Jump 2 vezes na semana.

Sua resposta _____

Qual a duração da(s) atividade(s) física(s) (minutos)?

Exemplo: 40 minutos. - Caso você pratique mais de uma atividade física, escreva a duração em minutos de cada uma delas, por exemplo: Musculação dura 90 minutos e pilates dura 50 minutos.

Sua resposta _____

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 27 de 38

As perguntas relacionadas ao tipo, frequência e duração da atividade física somente serão realizadas se a participante estiver praticando atividade física.

FATORES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS

NA GESTAÇÃO, você realizou treinamento (exercícios) para fortalecimento do assoalho pélvico? *

Sim

Não

Não soube responder

Voltar Próxima

Página 28 de 38

ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

VOCÊ ESTA AMAMENTANDO *

Escolher

Sim

Não

Nunc s Google.

Página 29 de 38

Nos casos onde a puérpera esteja amamentando, essa será direcionada para as perguntas abaixo:

ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

Sente alguma dor/desconforto durante a amamentação? *

Sim

Não

As vezes

Qual o tipo de aleitamento?

AME - Somente leite materno; AMP - Além do leite materno, uso de bebidas como água, chá, suco de frutas; AMC - Além do leite materno, uso de alimentos sólidos ou semi-sólidos com o objetivo de complementação, além de outros tipos de leite; AMM - Recebe leite materno e outros tipos de leite.

- Aleitamento materno exclusivo (AME)
 - Aleitamento materno predominante (AMP)
 - Aleitamento materno complementado (AMC)
 - Aleitamento materno misto (AMM)
-

Qual o número médio de mamadas por dia? *

- Até 4 vezes;
- Entre 5 e 8 vezes;
- Livre demanda (Sempre que a criança "pede")
- Outro: _____

Se o aleitamento materno não for exclusivo, quais desses alimentos você oferece a criança (pode responder mais de uma alternativa)

- Fórmula infantil
- Água
- Chá
- Suco
- Iogurte
- Fruta
- Legumes/verduras
- Feijão
- Mingau
- Outros
- Não se aplica

Qual foi o principal motivo para amamentar? (Pode assinalar mais de uma opção)

- prático/fácil;
 - sem custo;
 - reduz risco de doenças;
 - aumento do vínculo com filho;
 - orientação de profissionais da saúde;
 - convencida por familiares;
 - outro motivo
-

Já nos casos onde a participante não amamenta, os questionamentos serão os seguintes:

Seção 31 de 38

ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

Descrição (opcional)

Por quê? *

- Não sente interesse
- Complicações com a amamentação do tipo fissura, mastite ou ingurgitamento
- Orientações médicas
- Outros...

Independente de estar ou não amamentando, todas as mulheres serão questionadas sobre o recebimento de orientações relacionadas a amamentação durante o pré natal. Aqueles que responderem “Sim”, deverão informar qual(is) profissional(is) fornecerá(am) as orientações.

Recebeu alguma orientação sobre a amamentação no pré-natal? *

Escolher

Sim

Não

Página 30 de 38

ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

A orientação foi feita por qual profissional ?

Médico

Enfermeiro

Nutricionista

Fisioterapeuta

Outro: _____

Voltar Próxima

Página 32 de 38

Por último, será avaliada as medidas antropométricas da puérpera. Informações como peso e altura serão autorrelatadas.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso, altura

Qual o seu peso? *

Sua resposta

Qual a sua altura? *

Sua resposta

Voltar Próxima

Página 33 de 38

Clicando em próxima a participante será encaminhada para avaliação da função sexual.

10.2.1.2 Female Sexual Function Index (FSFI)

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Questionário aplicado para avaliação da função sexual feminina. Avalia os domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

ORIENTAÇÕES

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.

DEFINIÇÃO DOS TERMOS

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.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA E CONSIDERE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

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

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

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

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- 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? *

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual? *

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- 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? *

- Segurança muito alta
- Segurança alta
- Segurança moderada
- Segurança baixa
- 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? *

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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? *

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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? *

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nada difícil

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? *

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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? *

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")? *

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 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 "(climax/"gozou")"? *

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- 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? *

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- 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? *

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)? *

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal? *

- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

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

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

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 34 de 38

Após selecionar uma alternativa para cada pergunta, a participante deverá selecionar a opção “Próxima”, sendo direcionada para a avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico.

10.2.1.3 *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20)

PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY- PFDI-20

Questionário utilizado para avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico (Sintomas urinários, incontinência anal, constipação e de prolapso de órgãos pélvicos “bexiga caída”).

Favor responder a todas as perguntas da seguinte pesquisa. Estas questões lhe perguntarão se você tem certos sintomas no intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto esses sintomas a incomodam. Se você tiver dúvida sobre como responder, responda o melhor que puder.

1- Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?* *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

2- Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?* *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

3- Você geralmente tem uma "bola", ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?* *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

4- Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/ defecação completa?* *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

5- Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?* *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

6- Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?* *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

7- Você sente que precisa fazer muita força para Evacuar/defecar? *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

8- Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação? *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

9- Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas? *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

10- Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas? *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

11- Você às vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente? *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

12- Você as vezes sente dor durante a evacuação/defecação? *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

13- Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar? *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

14- Alguma vez você sentiu uma "bola" ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar? *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

15- Você tem aumento da frequência urinária? *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

16- Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?* *

- Não
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
 - Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante
-

17- Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?* *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

18- Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?* *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

19- Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga? *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

20- Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital? *

- Não
- Se sim, o quanto isso a incomoda: nada
- Se sim, o quanto isso a incomoda: um pouco
- Se sim, o quanto isso a incomoda: moderadamente
- Se sim, o quanto isso a incomoda: bastante

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 35 de 38

O último instrumento aplicado para essas participantes avaliará a autoimagem genital.

10.2.1.4 *Female Genital Self Image Scale* (FGSIS)

FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE (FGSIS)

Questionário para avaliação dos sentimentos e crenças sobre seu órgão genital.

Leia as afirmações abaixo e assinale a opção que melhor se adequa a percepção, sentimento que você tem sobre seus genitais (vagina, ânus etc.) no momento.

1. Sinto-me segura positivamente sobre meus genitais *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

2. Estou satisfeita com a aparência dos meus genitais *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

3. Eu me sentiria confortável deixando um parceiro sexual olhar meus genitais *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

4. Acho que meus genitais cheiram bem *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

5. Eu acho que meus órgãos genitais funcionam da maneira que deveriam funcionar *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

6. Eu me sinto confortável permitindo que um profissional de saúde examine meus genitais *


- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

7. Não estou envergonhada dos meus genitais *

- Concordo Plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Plenamente

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 36 de 38

Clicando em “Próxima” a participante será direcionada para o encerramento da pesquisa.

Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

ENCERRAMENTO

Finalizamos a aplicação dos questionários. Agradecemos a sua atenção e colaboração com a pesquisa e nos disponibilizamos para qualquer esclarecimento ou dúvida que você tenha.

Pedimos que clique na opção "ENVIAR" para termos a sua resposta registrada.


Qualquer dúvida, entre em contato conosco através do whatsapp (48)99181-9380.

Atenciosamente,

Equipe DAP SUL PUERPÉRIO.

Voltar

Enviar

 Página 38 de 38

11 APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):
ESTUDO PROSPECTIVO.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO” que esta sendo desenvolvido pela discente Thaise dos Santos Henrique, sob orientação da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso, ambas do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse estudo faz parte de um projeto maior denominado “ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DOS DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL” seguindo também sob supervisão da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso. Tem como objetivo, avaliar a função sexual em mulheres primíparas nos diferentes períodos do puerpério de parto vaginal e parto cesárea.

A seleção das participantes ocorrerá através de divulgação em mídias sociais (*Instagram* e *Facebook*) e também por meio de contato telefônico. Para avaliação a pesquisadora aplicará três questionários por meio de uma entrevista presencial aos três meses e encaminhará aos seis e doze meses um link para avaliação online com os mesmos instrumentos. A avaliação aos três meses poderá ser realizada no domicílio da participante ou na Unidade Básica de Saúde do seu bairro. Os instrumentos utilizados para a avaliação serão: (1) Ficha de caracterização da amostra, incluindo informações sociodemográficas, clínicas, ginecológicas, obstétricas e pertinentes aos hábitos de vida. (2) *Female Sexual Function Index* (FSFI) para avaliar a função sexual feminina e; (3) *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) para avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico (DAP).

Existe o risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários. Entretanto, para minimizar qualquer desconforto, a entrevista será realizada individualmente e você poderá optar em continuar respondendo os instrumentos de pesquisa ou não. Além disso, a sua identidade será preservada e suas informações utilizadas somente com o intuito da pesquisa.

Os benefícios referentes à participação desse estudo inclui o conhecimento sobre a função sexual no puerpério e o recebimento de orientações relativas ao fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP).

Você assinará duas vias deste termo, sendo que uma dessas vias ficará com você. Nesse termo constam o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFSC em caso de dúvidas. Em caso de recusa ou desistência, você não será penalizada de forma alguma. Não há despesas pessoais para a participante. Também não há compensação financeira para quem participar da pesquisa. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

O pesquisador responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12. Agradecemos a vossa participação e colaboração.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Janeisa Franck Virtuoso; **Endereço completo:** R. Julio Gaidzinski, 454 – Criciúma – SC; **Endereço de email:** janeisa.virtuoso@ufsc.br **Telefones:** (48) 98414 7815

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:

Endereço completo: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis; **Telefones:** (48) 3721-6094.

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Nome completo _____

Doc. de Identificação _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO”, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação.

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.” “Não receberei nenhuma renumeração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.” “Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”.

_____, ____ de _____, de _____

(Assinatura do participante ou representante legal acima identificado)

(Assinatura do pesquisador responsável)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2019.

APÊNDICE B – ORIENTAÇÕES PARA A PARTICIPANTE

FOLDER COM ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO TREINAMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO E MEDIDAS PARA MELHORA DA FUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO.



Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Disfunções Sexuais no Pós Parto



Você sabe o que é o assoalho pélvico?



O assoalho pélvico é uma rede de músculos e ligamentos que promovem sustentação do útero, bexiga, intestino e uretra. São responsáveis pela continência urinária e fecal e, também, permitem a relação sexual.

Você sabe o que é disfunção sexual?



São alterações causadas por fatores emocionais ou físicos, que dificultam a relação sexual, como, por exemplo, o pós parto.

Disfunção do Desejo	Disfunção da Excitação	Disfunção do Orgasmo	Dor Durante a Relação
Diminuição ou perda total das fantasias e interesse da mulher em manter a relação sexual.	Diminuição ou incapacidade de adquirir ou manter a lubrificação vaginal, o prazer e/ou sensações positivas durante o ato sexual.	Dificuldade da mulher em atingir o orgasmo (ponto máximo de satisfação) ou diminuição da intensidade de satisfação.	Dificuldade em manter a relação sexual por conta da dor, desconforto durante ou após a penetração do pênis.



No **período pós parto** ocorrem muitas modificações físicas, psicológicas e hormonais que tornam a **mulher mais vulnerável** a diminuição do desejo sexual, excitação e lubrificação.

Esses sintomas podem ser motivados pelo cansaço, medo da dor, medo de uma nova gestação, entre outros.

Como você pode melhorar a sua função sexual?

- Psicoterapia •
- Mudanças no estilo de vida •
 - Uma boa noite de sono •
 - Alimentação saudável e equilibrada •
- Reabilitação dos Músculos do Assoalho Pélvico •
- Diminuição de fatores que a deixe angustiada ou ansiosa •
- Converse com seu parceiro sobre essa fase e das suas dificuldades •
 - Uso de lubrificantes •

Para qualquer um desses tratamentos, procure um profissional especializado para ajudá-la!

Cartilha desenvolvida pelos mestrandos do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação – UFSC Araranguá e membros do Grupo de Estudos em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GEFISAM).



APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO AOS TRÊS MESES: ESTUDO PROSPECTIVO

Ficha de Registro das Participantes

Nome:		Idade:	Nome do entrevistador:	
Raça autodeclarada: () Branca () Parda () Negra () Outra				
Estado civil: () casada () união estável (viverem juntos)				
Escolaridade: () analfabeta; () ensino fundamental incompleto; () ensino fundamental completo; () ensino médio incompleto; () ensino médio completo; () ensino superior incompleto; () ensino superior completo; Anos de estudo:				
Renda familiar: () 1 salário mínimo (R\$ 998,00 até 1.995,00); () Entre 2 à 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 até R\$ 3.991,00); () Maior ou igual a 4 salários mínimos (R\$ 3.992,00);				
Ocupação: () Remunerada () Não Remunerada			Telefone:	
E-mail:			Telefone para recado:	
Religião: () católico () evangélico () espírita () testemunha de jeová () outros				
Endereço (Rua, avenida) com número:			Ponto de referência:	
Cidade:			Bairro:	
PESO:	ALTURA:	IMC:	Circunferência da cintura:	
HISTÓRICO CLÍNICO				
Histórico de doenças progressas () Não possui; () Diabetes Mellitus; () Depressão; () Dislipidemia () Doenças respiratórias () Doenças crônicas na coluna () Doenças renais; () Hipertensão Arterial Sistêmica; () Ansiedade; () Outro diagnóstico				
Faz uso de alguma medicação? () sim () não		Se sim , cite qual(is):		
Em relação às bebidas listadas a seguir, você consome alguma delas? () sim () não Se sim , qual a frequência: Chimarrão () _____; Café () _____; Bebidas cítricas () _____; Chá () _____;				
HÁBITOS DE VIDA				
Tabagista: () sim () não		Se sim , há quanto tempo (meses/anos)? Se sim , qual a frequência?		
Uso de drogas ilícitas: () sim () não Se sim , qual? () Maconha; () Cocaína; () Crack; () Outro				
Ingere algum tipo de bebida alcoólica?		Se sim , qual a bebida?		

() sim () não	Se sim , qual a frequência?
Praticou alguma atividade física na gestação? () sim () não	Se sim , qual atividade?
FATORES GINECOLÓGICOS/ OBSTÉTRICOS	
MENARCA:	SEXARCA:
Número de gestações:	Número de partos:
Histórico de aborto: () sim () não	Se sim, com quanto tempo de gestação:
A gravidez foi planejada? () sim () não	
Número de consultas pré-natais:	Via de parto no nascimento: () cesárea () vaginal
Data do parto:	Tempo de puerpério: () 3 meses () 6 meses () 12 meses
Recebeu alguma orientação relacionada à função sexual/sexualidade no pré-natal?	
Quanto tempo durou o trabalho de parto?	
Se parto normal, foi realizado episiotomia, sutura? () sim () não () não se aplica	
Se parto normal, houve laceração? () sim () não () não se aplica	
Se parto normal, houve uso de fórceps? () sim () não () não se aplica	
Se cesárea, ela foi eletiva (agendada) ou de emergência? () eletiva; () emergência	
Se cesárea, houve presença de contrações durante o trabalho de parto? () sim () não () não se aplica	
Com quantos kg nasceu a criança? () menor que 2.500 gramas; () ≥ 2.500 a 3.999 gramas; () ≥ 4.000 gramas () não soube informar;	
Realizou algum tipo de treinamento para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico durante a gestação? () sim () não	
Você recebe apoio do seu esposo para o cuidado da criança? () sim () não	
Você recebe auxílio de alguma pessoa para o cuidado com a criança? () sim () não Se sim, quem?	
Durante o puerpério, nas últimas 4 semanas esta praticando atividade sexual? () sim () não	SE SIM , com quanto tempo você retomou a atividade sexual?
Faz uso de algum método contraceptivo? () Preservativo; () Dispositivo IntraUterino; () Pílula anticoncepcional; () outro;	
Você se sente satisfeita com sua imagem corporal? () sim () não	
Faz uso de algum método contraceptivo? () preservativo () Dispositivo Intra Uterino () Pílula anticoncepcional () outro	
Você se sente satisfeita com sua imagem corporal? () sim () não	
Pratica alguma atividade física no puerpério?	SE SIM , qual atividade? () Caminhada; () Natação/Hidroginástica;

() sim () não	() Pilates; () Musculação; () Yoga; () Jump; () Zumba/Dança; () outro SE SIM , qual a frequência (nº de dias)? _____ SE SIM , qual a duração (minutos)? _____.
NA GESTAÇÃO, você realizou treinamento para fortalecimento do assoalho pélvico? () sim () não	
ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO	
Você está amamentando? () sim () não	SE SIM , sente alguma dor/desconforto durante a amamentação? () sim () não () não se aplica
SE SIM , qual o tipo de aleitamento: () Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno predominante () Aleitamento materno complementado () Aleitamento materno misto	
SE SIM , qual o número médio de mamadas por dia? () até 4 vezes; () entre 5 e 8 vezes; () ≥ a 9 vezes;	
SE SIM , qual foi o principal motivo para amamentar? () prático/fácil; () sem custo; () reduz risco de doenças; () aumento do vínculo com filho; () orientação de profissionais da saúde; () convencida por familiares; () outro	
SE NÃO AMAMENTA , por quê? () não sente interesse () complicações com a amamentação do tipo fissura, mastite ou ingurgitamento () orientação médica; () outros _____	
Se o aleitamento materno não for exclusivo , quais desses alimentos você oferece a criança: () fórmula infantil; () água; () chá; () suco; () iogurte; () fruta; () legumes/verduras; () feijão; () mingau; () outro <p style="text-align: right;">Obs: pode assinalar mais de 1 opção.</p>	
Recebeu alguma orientação sobre a amamentação no pré-natal? () sim; () não	
SE RECEBEU ORIENTAÇÃO, ela foi feita por qual profissional? () Médico; () Enfermeiro; () Nutricionista; () Fisioterapeuta; () Outro _____ Obs: pode assinalar mais de 1 opção	

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – AVALIAÇÃO ONLINE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CAMPUS ARARANGUÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO DURANTE O PUERPÉRIO REMOTO” que esta sendo desenvolvido pela discente Thaise dos Santos Henrique, sob orientação da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso, ambas do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse estudo faz parte de um projeto maior denominado “ESTUDO DAP SUL: AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA REGIÃO SUL DO BRASIL” seguindo também sob supervisão da professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso. Tem como objetivo, identificar a prevalência de disfunções sexuais e os desconfortos do assoalho pélvico em mulheres primíparas nos diferentes períodos do puerpério de parto vaginal e cesárea. A seleção das participantes ocorrerá por meio da divulgação online (via redes sociais: *whatsapp*, *instagram*, *facebook*). O formulário online inclui a aplicação de um questionário sociodemográfico, clínico, ginecológico, obstétrico e de outras características relativas aos hábitos de vida. Para avaliação da função sexual, será utilizado um instrumento validado denominado *Female Sexual Function Index* (FSFI). Além deles, também estará disponível o instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) que avalia os desconfortos do assoalho pélvico.

Existe o risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários. Entretanto, para minimizar qualquer desconforto, a entrevista será realizada individualmente e online. Os benefícios referentes a participação desse estudo inclui o conhecimento sobre a função sexual no puerpério e o recebimento de orientações relativas ao fortalecimento do assoalho pélvico (MAP).

Nesse termo constam os números de telefone dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFSC em caso de dúvidas. Não haverá nenhum tipo de compensação financeira para aquelas que aceitarem participar da pesquisa. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome. O pesquisador responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12. Agradecemos a vossa participação e colaboração.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Janeisa Franck Virtuoso - Telefone (48) 98414-7815;

Nome completo: Thaise dos Santos Henrique - Telefone (48) 99618-2111

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:

Endereço completo: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Telefones: (48) 3721-6094.

12 ANEXOS

ANEXO A – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX - FSFI

<u>INSTRUÇÕES</u>	
<p>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. Para responder as questões use as seguintes definições:</p> <p>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).</p> <p style="text-align: center;">ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA</p> <p>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.</p>	
PERGUNTAS	RESPOSTAS
ESCORES DE AVALIAÇÃO DO FSFI	
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	<input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	<input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Segurança muito alta <input type="checkbox"/> Segurança alta <input type="checkbox"/> Segurança moderada <input type="checkbox"/> Segurança baixa <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Nada difícil
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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Nada difícil
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível

sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo “(clímax/“gozou”)”?	<input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO B - PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY - PFDI-20

QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO- PFDI-20

Favor responder a todas as perguntas da seguinte pesquisa. Estas questões lhe perguntarão se você tem certos sintomas no intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto esses sintomas a incomodam. Responda cada pergunta marcando um "X" no espaço ou espaços apropriados. Se você tiver dúvida sobre como responder, responda o melhor que puder. Ao responder, favor considerar seus sintomas nos últimos três meses.

QUESTÕES	NÃO	SE "SIM", QUANTO A INCOMODA?			
		Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante
1- Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?					
2- Você geralmente sente peso ou endurecimento/ frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?					
3- Você geralmente tem uma "bola", ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?					
4- Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/ defecação completa?					
5- Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?					
6- Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?					
7- Você sente que precisa fazer muita força para Evacuar/defecar?					
8- Você sente que não esvaziou					

completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?					
9- Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?					
10- Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?					
11- Você as vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?					
12- Você as vezes sente dor durante a evacuação/defecação?					
13- Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar					
14- Alguma vez você sentiu uma "bola" ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?					
15- Você tem aumento da frequência urinária?					
16- Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?					
17- Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?					
18- Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?					
19- Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?					
20- Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?					

ANEXO C - PELVIC ORGAN PROLAPSE/URINARY INCONTINENCE SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE – PISQ-12

Nome do Paciente: _____ Data: ___/___/___

A seguir está uma lista de perguntas sobre a vida sexual e de seu companheiro. Todas as informações são confidenciais. Suas respostas serão usadas somente para ajudar o profissional de saúde a entender o que é importante para o paciente sobre a vida sexual. Por favor, marque no Quadro a melhor resposta em sua opinião. Enquanto responde às questões considere sua vida sexual no último mês. Obrigada pela sua participação.

1 – Com que frequência você sente vontade de fazer sexo? Esta vontade pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo, etc.	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> Nunca
2 – Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro)	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
3 – Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
4 – Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
5 – Você tem dor durante o ato sexual?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
6 – Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
7 – O medo da incontinência (perda de fezes ou	<input type="checkbox"/> Sempre

urina) dificulta a sua atividade sexual?	<input type="checkbox"/>)Frequentemente <input type="checkbox"/>)Às vezes <input type="checkbox"/>)Raramente <input type="checkbox"/>)Nunca
8 – Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída).	<input type="checkbox"/>)Sempre <input type="checkbox"/>)Frequentemente <input type="checkbox"/>)Às vezes <input type="checkbox"/>)Raramente <input type="checkbox"/>)Nunca
9 – Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)?	<input type="checkbox"/>)Sempre <input type="checkbox"/>)Frequentemente <input type="checkbox"/>)Às vezes <input type="checkbox"/>)Raramente <input type="checkbox"/>)Nunca
10 – Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual?	<input type="checkbox"/>)Sempre <input type="checkbox"/>)Frequentemente <input type="checkbox"/>)Às vezes <input type="checkbox"/>)Raramente <input type="checkbox"/>)Nunca
11 – Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual?	<input type="checkbox"/>)Sempre <input type="checkbox"/>)Frequentemente <input type="checkbox"/>)Às vezes <input type="checkbox"/>)Raramente <input type="checkbox"/>)Nunca
12 – Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>) Muito menos intenso <input type="checkbox"/>) Pouco intenso <input type="checkbox"/>) Mesma intensidade <input type="checkbox"/>) Mais intenso <input type="checkbox"/>) Muito mais intenso

ANEXO D - FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE

	(4) Concordo Plenamente	(3) Concordo	(2) Discordo	(1) Discordo Plenamente
1. Sinto-me segura positivamente sobre meus genitais	()	()	()	()
2. Estou satisfeita com a aparência dos meus genitais	()	()	()	()
3. Eu me sentiria confortável deixando um parceiro sexual olhar meus genitais	()	()	()	()
4. Acho que meus genitais cheiram bem	()	()	()	()
5. Eu acho que meus órgãos genitais funcionam da maneira que deveriam funcionar	()	()	()	()
6. Eu me sinto confortável permitindo que um profissional de saúde examine meus genitais	()	()	()	()
7. Não estou envergonhada dos meus genitais	()	()	()	()

ANEXO E - EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- Como eu sempre fiz;
- Não tanto quanto antes;
- Sem dúvida, menos que antes;
- De jeito nenhum;

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- Como sempre senti;
- Talvez, menos que antes;
- Com certeza menos;
- De jeito nenhum;

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- Sim, na maioria das vezes;
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes;
- Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- Não, de maneira alguma;
- Pouquíssimas vezes;
- Sim, algumas vezes;
- Sim, muitas vezes;

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- Sim, muitas vezes;
- Sim, algumas vezes;
- Não muitas vezes;
- Não, nenhuma vez ;

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles;
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes;
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles;
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.

- Sim, na maioria das vezes;
- Sim, algumas vezes;
- Não muitas vezes;

() Não, nenhuma vez;

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

() Sim, na maioria das vezes;

() Sim, muitas vezes;

() Não muitas vezes;

() Não, de jeito nenhum;

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado.

() Sim, quase todo o tempo;

() Sim, muitas vezes;

() De vez em quando;

() Não, nenhuma vez;

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

() Sim, muitas vezes, ultimamente;

() Algumas vezes nos últimos dias;

() Pouquíssimas vezes, ultimamente;

() Nenhuma vez;

ESTUDO DAPSUL

Puerpério

