



DAP SUL PUERPÉRIO

Avaliação das Disfunções 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 das Disfunções 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	5
2 RESUMO	6
3 EQUIPE DA PESQUISA	7
4 ORIENTAÇÕES GERAIS	8
4.1 MATERIAL	8
4.3 CUIDADOS COM OS MATERIAIS	9
4.4 CONDUTA DO(A) ENTREVISTADOR(A)	9
5 ACESSO AOS INSTRUMENTOS ONLINE	10
6 APRESENTAÇÃO DO(A) ENTREVISTADOR(A)	11
7 RECUSAS	12
8 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	12
8.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:	12
9 INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	13
9.1 TELA INICIAL	14
9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO (TCLE)	17
9.3 FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	19
9.4 PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY (PFDI-20)	39
9.5 FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)	49
9.6 QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – PISQ-12	58
9.7 FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE (FGSIS)	64
ANEXO A – PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY (PFDI-20)	77
ANEXO B – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) - (Instrumento 3)	80
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – PISQ-12 (Instrumento 4)	84

1 APRESENTAÇÃO

Este manual pertence ao “ESTUDO DAP SUL PUERPÉRIO: Avaliação das Disfunções do Assoalho Pélvico em Mulheres no decorrer do Puerpério Remoto” e foi elaborado para orientar os entrevistadores na condução da coleta de dados de forma padronizada.

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 do estudo. 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 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 equipe de pesquisa.

Atenciosamente, Equipe de Pesquisa!

2 RESUMO

A resposta sexual feminina satisfatória deve contemplar o equilíbrio e satisfação do desejo, excitação, orgasmo e resolução. Alterações relacionadas ao puerpério tornam a mulher vulnerável para o desenvolvimento de disfunções sexuais (DS). Acredita-se que a via de parto possa influenciar na função sexual (FS) das mulheres, principalmente, no início do puerpério e nesse sentido, o objetivo do estudo é analisar a função sexual de mulheres primíparas em diferentes períodos do puerpério de parto vaginal e parto cesárea. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal em que serão recrutadas mulheres primíparas, com idade igual ou superior a 18 anos, casadas ou em união estável, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas e que sejam alfabetizadas ou possuam condições cognitivas para compreensão dos instrumentos. As participantes serão recrutadas na sala de espera de um Centro de Saúde e em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Araranguá. Além disso, para avaliação da variável tempo, essas mulheres serão abordadas quando buscarem o serviço de saúde para realização das vacinas nos seus filhos aos três, seis e doze meses de idade/puerpério. Para a coleta de dados, será utilizado um questionário com dados sociodemográficos, clínicos, obstétricos e ginecológicos para caracterização da amostra. Os desconfortos do assoalho pélvico serão avaliados pelo Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) que avalia os sintomas pélvicos, urinários e anorretais. Para avaliação da função sexual e de seus domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) será utilizado o Female Sexual Function Index (FSFI). Além desse instrumento, as participantes que apresentarem sintomas de incontinência urinária (IU) ou prolapso de órgão pélvico (POP) também terão a função sexual avaliada por meio do Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Também será utilizado o instrumento Female Genital Self Image Scale (FGSIS) para avaliação da autoimagem genital e também o instrumento Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) que avalia o risco de depressão no período pós-parto. Todos esses instrumentos serão aplicados individualmente em forma de entrevista. 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 você possa contatar, caso necessário.

NOME	FUNÇÃO	TELEFONE	E-MAIL
Janeisa Franck Virtuoso	Coordenador	(48) 98414-7815	janeisa.virtuoso@ufsc.br
Thaise dos Santos Henrique	Pesquisador	(48) 99618-2111	thaise.henrique@posgrad.ufsc.br
Carolina Lazzarim de Conto	Pesquisador	(48) 99932-0810	carolina.lc@posgrad.ufsc.br
Gabriela de Souza Pereira	Pesquisador	(48) 99675-3127	gabrielapsouza@gmail.com
Guilherme Tavares de Arruda	Pesquisador	(55) 99136-0953	gui_tavares007@hotmail.com
Leonara Alves da Cruz Arnold	Pesquisador	(47) 98916-1790	Leonara_eli@hotmail.com
Viviane Becker	Pesquisador	(49) 98845-7262	becker.vivi@hotmail.com

4 ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1 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): item obrigatório em cada entrevista. Deve ser lido pelo(a) entrevistador(a) no início da entrevista e ser assinado previamente pela participante em duas vias.
- Orientações para a participante: 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.
- Tablet: item fundamental para a coleta dos dados de forma digital e obrigatório em cada entrevista. É necessário que a bateria esteja totalmente carregada.
- Questionário em papel: caso ocorra problemas com o tablet, a coleta poderá ser realizada em papel. Ao final do dia, é necessário que o(a) entrevistador(a) informe a equipe de pesquisa sobre o problema ocorrido e transfira os dados do papel para o questionário 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, caso necessário ser utilizado.

4.2 ROTINA DE 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. Ao abordar uma possível participante do estudo na unidade de saúde, esteja ciente de que ela está em um momento adequado para realizar a entrevista, sem pressa, em ambiente tranquilo e/ou mais privado possível. Pode-se também marcar um dia, horário e local para a entrevista, ou anotar o telefone e endereço do sujeito para entrar em contato mais tarde.

4.3 CUIDADOS COM OS MATERIAIS

O tablet é um material obrigatório para realizar as entrevistas. Tome cuidado com o seu uso. Leve consigo sempre o carregador do tablet para evitar ficar sem carga na bateria. Evite usá-lo para outras atividades que não sejam respectivas à pesquisa.

Caso o tablet trave ou a internet não esteja funcionando corretamente antes da entrevista, reinicie o aparelho imediatamente e aplique os questionários em papel.

Caso ocorra roubo ou furto dos equipamentos (tablete, estadiometro, balança ou qualquer outro item utilizado para a pesquisa), 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 pelo seu material. Cuide bem dele!

4.4 CONDOTA 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;
- Nas entrevistas via Google Formulários, não é possível passar para a próxima seção sem responder todas as questões. Quando não for possível utilizar o tablet, não deixe nenhuma pergunta sem resposta nos questionários impressos;
- Caso seja necessário realizar a entrevista com os instrumentos impressos, não esqueça de passar as informações para uma planilha do Excel ao final do dia.
- 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.

5 ACESSO AOS INSTRUMENTOS ONLINE

Para ter acesso aos instrumentos de coleta de dados online, você receberá um link de acesso. Esse link é único para cada entrevistador(a) e deverá ser inserido no campo destinado ao início da entrevista. Não esqueça seu código.

O link de acesso aos instrumentos de coleta de dados online será enviado a você após as instruções fornecidas pela equipe de pesquisa.

6 APRESENTAÇÃO DO(A) ENTREVISTADOR(A)

Sugestão de apresentação à entrevistada:

“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 em outros momentos (seis e doze meses) para identificar como se comporta a saúde ginecológica das mulheres no puerpério e assim melhorar o atendimento e orientações realizadas no pré natal/puerpério. Essa avaliação será realizada através do uso de questionários e não requer a aplicação de exames invasivos. Sua participação será de forma anônima e as informações fornecidas pela senhora/você serão analisadas por outra pessoa que não saberá de quem originou as respostas, ou seja, há sigilo total das informações prestadas por você. Com relação ao tempo, a aplicação dos instrumentos totaliza aproximadamente 50 minutos. Caso aceite participar desta pesquisa, vou lhe entregar o termo de consentimento que explica os objetivos da pesquisa e fornece informações detalhadas sobre a mesma. Uma cópia desse termo será enviado para a senhora/você via Whatsapp, e-mail ou impressa. A senhora/você tem interesse em participar da pesquisa?”.

- Caso a entrevistada manifeste interesse em participar da pesquisa, antes de solicitar a assinatura do termo de consentimento é necessário aplicar o checklist (APÊNDICE B) e verificar se a mulher possui todos os critérios de inclusão ou se possui algum que a exclua do estudo.
- A mulher apresentando interesse e estando de acordo com os critérios de inclusão e exclusão deve ser orientada a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes de iniciar os questionários. Lembre-se, é necessário a assinatura nas duas vias (quando impresso), onde uma delas deve ser entregue a participante.

7 RECUSAS

Em caso de recusa da entrevistada, não é necessário a assinatura do TCLE. 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. Caso a entrevistada manifeste interesse em agendar um horário, combine a data, horário e também solicite um telefone para contato, um telefone para recado e solicite também o endereço (Rua, avenida), (casa, apartamento), número e ponto de referência.

Ao final do dia, não esqueça de anotar o número de entrevistas realizadas e de recusas. Seja empático(a) e trate casos de recusa com respeito.

8 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

8.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Mulheres primíparas com idade igual ou superior a 18 anos,
- Ativas sexualmente nas últimas quatro semanas;
- Casadas ou mantendo união estável;
- Alfabetizadas ou que apresentem condições cognitivas para a compreensão dos instrumentos de pesquisa.

8.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Puérperas primíparas com histórico de aborto ou de cirurgias uroginecológicas;
- Que apresentem sinais e sintomas sugestivos de infecção urinária (disúria, hematúria, poliúria) nas últimas quatro semanas;
- Puérperas cujo filho (a) tenha sofrido com algum tipo de internação ou problema de saúde nas últimas quatro semanas;
- Puérperas que estejam realizando fisioterapia uroginecológica.

Em caso de a participante preencher a algum dos critérios de exclusão, encerre a entrevista. Neste caso, não é necessário a assinatura do TCLE.

9 INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Os instrumentos de coleta de dados foram acrescentados no Google Formulários devem ser apresentados na seguinte ordem após a assinatura no TCLE:

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

ATENÇÃO: O instrumento (número 4) The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – PISQ-12, somente será aplicado se as mulheres apresentarem sintomas urinários ou de prolapso de órgãos pélvicos durante a aplicação do instrumento (número 2) Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20).

A seguir, é demonstrado o passo-a-passo para o preenchimento de cada pergunta, bem como sobre a assinatura do TCLE.

9.1 TELA INICIAL

Essa é a tela inicial que você encontrará ao abrir o link da pesquisa. Ao clicar em “PRÓXIMA”, você será direcionado(a) à próxima seção, identificação dos critérios de inclusão e exclusão.



Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

Pergunta de pesquisa: Como se comporta a função sexual durante o puerpério remoto em mulheres que realizaram o parto vaginal ou cesárea?

Tem como objetivo, avaliar mulheres primíparas, ou seja, aquelas que tiveram apenas um parto para saber mais sobre a saúde da região pélvica, sexualidade e aspectos relacionados a via de parto (cesárea e vaginal). Pretende-se acompanhar as mesmas mulheres em 3 momentos diferentes do período pós parto (três, seis e doze meses) e identificar se a saúde sexual da mulher sofre um pior ou melhor resultado de acordo com a via de parto (vaginal ou cesárea) e avanço do tempo.

Próxima

Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

*Obrigatório

Critérios para elegibilidade/ participação no estudo

ATENÇÃO: A participante deve apresentar TODOS esses critérios de elegibilidade.

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Mulheres ativas sexualmente nas últimas quatro semanas;
- Estar casada ou mantendo união estável/vivendo com o parceiro;
- Ser alfabetizada ou apresentar condições cognitivas para a compreensão dos instrumentos de pesquisa.

Participante atende a TODOS os critérios de inclusão? *

☐ Sim

Voltar

Próxima

Quando a participante confirma a presença dos critérios de inclusão, você deverá clicar em “Sim” e clicar para a próxima seção onde verificará se há algum critério que a impeça de participar do estudo. Caso a mulher não apresente algum dos critérios acima, você deve encerrar a entrevista.



Função Sexual e Via de Parto durante o Puerpério Remoto

*Obrigatório

Critérios para exclusão

ATENÇÃO: Caso a participante apresente algum desses critérios, ela deve ser EXCLUÍDA, não poderá participar do estudo.

- Puérperas primíparas com histórico de aborto;
- Histórico de cirurgias uroginecológicas (histerectomia, salpingectomia, ooforectomia entre outras).
- Que apresentem sinais e sintomas sugestivos de infecção urinária (disúria, hematúria, poliúria) nas últimas quatro semanas;
- Puérperas cujo filho (a) tenha sofrido com algum tipo de internação ou problema de saúde nas últimas quatro semanas também serão excluídas.
- Puérperas que estejam realizando fisioterapia uroginecológica.

Participante APRESENTA algum dos critérios de exclusão? *

☐ Não

Voltar

Próxima

Nesta seção, você deve questionar a mulher com as perguntas relacionadas aos critérios de exclusão. Com base nisso, duas situações podem ocorrer: 1) Ela responder SIM para alguma das perguntas e nesse caso não dar

continuidade ao estudo e; 2) Ela responder NÃO a todas as perguntas e você convidá-la para participar do estudo. Caso você esteja realizando o uso manual dos instrumentos, utilize o apêndice B para uso no estudo.

9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Leia atentamente o TCLE. No item “IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE”, e, caso a entrevistada aceite participar da pesquisa, clique em “Sim, aceito participar da pesquisa”.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

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 cesáreo. A seleção das participantes ocorrerá aleatoriamente na fila de espera de duas Unidades Básicas de Saúde e na Unidade Central de Saúde Bom Pastor. 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 o instrumento Female Sexual Function Index (FSFI) e para avaliar os desconfortos do assoalho pélvico (DAP) será aplicado o Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). As mulheres que apresentarem sintomas urinários ou de prolapso de órgãos pélvicos, serão avaliadas também com o instrumento The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – PISQ-12. Além desses instrumentos, para avaliação da autoimagem genital será utilizado o questionário Female Genital Self Image Scale e para avaliação da depressão pós-parto será utilizado o questionário Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). 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 pois cada indivíduo será identificado por um número.

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). 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) 8414 7815

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

Continua.

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 *

Declaro que, 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 remuneração 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."

☐ Sim, aceito participar da pesquisa.

NOME COMPLETO DA PARTICIPANTE *

Sua resposta

DOCUMENTO DE REGISTRO GERAL (RG) ou (CPF)

Sua resposta

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Sua resposta

Voltar

Próxima

Após, digite o nome completo, número de identidade ou CPF da entrevistada e identifique-se com o seu nome no item "identificação do entrevistador".

No item “CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO”, leia-o* clique em “PRÓXIMA” para avançar para a próxima seção.

*Você pode resumir o TCLE, mas certifique-se de que as informações importantes não sejam negligenciadas.

9.3 FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Este questionário possui a função de caracterizar a amostra e possui questões sobre dados sociodemográficos, clínicos hábitos de vida, história ginecológica, obstétrica e relacionadas a amamentação, além de medidas antropométricas.

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

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.

IDADE *

Sua resposta

RAÇA (AUTODECLARADA) *

☐ Branca

☐ Parda

☐ Negra

☐ Outra

ESTADO CIVIL *

☐ Casada

☐ União estável (vivem juntos)

ESCOLARIDADE *

- ☐ Analfabeta
 - ☐ Ensino Fundamental Incompleto
 - ☐ Ensino Fundamental Completo
 - ☐ Ensino Médio Incompleto
 - ☐ Ensino Médio Completo
 - ☐ Ensino Superior Incompleto
 - ☐ Ensino Superior Completo
-

ANOS DE ESTUDO *

Sua resposta

RENDA FAMILIAR *

- ☐ 1 salário mínimo (R\$ 998,00 até R\$1.995,00)
 - ☐ Entre 2 e 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 até R\$ 3.991,00)
 - ☐ Maior ou igual a 4 salários mínimos (R\$ 3.992,00)
-

RELIGIÃO *

- ☐ Católico
- ☐ Evangélico
- ☐ Espírita

OCUPAÇÃO *

☐ Remunerada

☐ Não Remunerada

TELEFONE PARA CONTATO *

Sua resposta

TELEFONE PARA RECADO *

Sua resposta

E-MAIL

Sua resposta

ENDEREÇO (Rua, avenida...) com número *

Sua resposta

CIDADE *

- ☐ Araranguá
- ☐ Balneário Arroio do Silva
- ☐ Sombrio
- ☐ Outro

PONTO DE REFERÊNCIA *

Sua resposta

BAIRRO *

Sua resposta

Voltar

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

HISTÓRICO CLÍNICO E HÁBITOS DE VIDA

No histórico clínico será avaliado o histórico de doenças pregressas, medicação, tabagismo, alcoolismo entre outros. Nos hábitos de vida será avaliado a prática de atividade física, alcoolismo, tabagismo entre outros.

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

- ☐ Não possui
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Depressão
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Doenças respiratórias
- ☐ Dores crônicas na coluna
- ☐ Doenças renais
- ☐ Outro

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE FAZ USO DE MEDICAÇÕES, CITE QUAIS?

Sua resposta

EM RELAÇÃO AS BEBIDAS LISTADAS A SEGUIR (CHIMARRÃO, CAFÉ, BEBIDAS CÍTRICAS, CHÁ) VOCÊ CONSOME ALGUMA DELAS? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" A PERGUNTA ANTERIOR, QUAL DELES E COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ CONSOME? (Pode responder mais de uma).

- ☐ Chimarrão - diariamente
- ☐ Chimarrão - 1 a 3 vezes na semana
- ☐ Chimarrão - 4 a 6 vezes na semana
- ☐ Café - diariamente
- ☐ Café - 1 a 3 vezes na semana
- ☐ Café - 4 a 6 vezes na semana
- ☐ Bebidas Cítricas - diariamente
- ☐ Bebidas Cítricas - 1 a 3 vezes na semana
- ☐ Bebidas Cítricas - 4 a 6 vezes na semana
- ☐ Chá - diariamente
- ☐ Chá - 1 a 3 vezes na semana
- ☐ Chá - 4 a 6 vezes na semana

TABAGISTA *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE FOR TABAGISTA, DIGA A QUANTO TEMPO (MESES/ANOS)?

Sua resposta

SE FOR TABAGISTA, QUAL A FREQUÊNCIA DO CONSUMO?

- ☐ Raramente
- ☐ Nos finais de semana
- ☐ Até 5 dias da semana
- ☐ Diariamente

FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE FAZ USO DE DROGAS, DIGA QUAL?

- ☐ Maconha
- ☐ Cocaína
- ☐ Crack
- ☐ Outra

SE FAZ USO DE DROGAS, DIGA QUAL?

- ☐ Maconha
 - ☐ Cocaína
 - ☐ Crack
 - ☐ Outra
-

INGERE ALGUM TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA *

- ☐ Sim
 - ☐ Não
-

SE INGERE BEBIDA ALCOÓLICA, QUAL A FREQUÊNCIA?

- ☐ Raramente
- ☐ Nos finais de semana
- ☐ Até 5 dias da semana
- ☐ Diariamente

PRATICOU ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE PRATICOU ATIVIDADE FÍSICA, QUAL DELAS VOCÊ REALIZOU?

- ☐ Caminhada
- ☐ Natação/Hidroginástica
- ☐ Pilates
- ☐ Musculação
- ☐ Yoga
- ☐ Jump
- ☐ Zumba/Dança
- ☐ Outro

Voltar

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

FATORES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

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

MENARCA (Data da primeira menstruação) *

Sua resposta

SEXARCA (Data da primeira relação sexual) *

Sua resposta

NÚMERO DE GESTAÇÕES *

Sua resposta

NÚMERO DE PARTOS *

Sua resposta

A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA? *

☐ Sim

☐ Não

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ NATAL *

Sua resposta

VIA DE PARTO NO NASCIMENTO *

☐ Parto cesárea

☐ Parto vaginal

RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO RELACIONADA À FUNÇÃO
SEXUAL/SEXUALIDADE NO PRÉ NATAL? *

☐ Sim

☐ Não

Data do parto *

Data

dd/mm/aaaa

TEMPO DE PUERPÉRIO *

☐ 3 meses

☐ 6 meses

☐ 12 meses

SE PARTO VAGINAL, foi realizado episiotomia, sutura?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

SE PARTO VAGINAL, houve laceração?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

SE PARTO VAGINAL, houve uso de fórceps?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

SE CESÁREA, ela foi eletiva (agendada) ou de emergência?

- ☐ Eletiva
- ☐ Emergência
- ☐ Não se aplica

SE CESÁREA, houve presença de contrações durante o trabalho de parto?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

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 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

DURANTE O PUERPÉRIO, NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ESTA PRATICANDO ATIVIDADE SEXUAL? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA A RESPOSTA ANTERIOR, COM QUANTO TEMPO VOCÊ RETOMOU A ATIVIDADE SEXUAL?

Sua resposta

FAZ USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO *

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

VOCÊ SE SENTE SATISFEITA COM SUA IMAGEM CORPORAL? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA NO PUERPÉRIO? *

- ☐ Não pratica atividade física
- ☐ Pratica caminhada
- ☐ Pratica natação/Hidroginástica
- ☐ Pratica pilates
- ☐ Pratica musculação
- ☐ Pratica yoga
- ☐ Pratica jump
- ☐ Pratica Zumba/dança
- ☐ Pratica outra atividade

SE PRATICA ATIVIDADE FÍSICA, qual a frequência (número de dias)?

Sua resposta

SE PRATICA ATIVIDADE FÍSICA, qual a duração (minutos)?

Sua resposta

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

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não soube responder

Voltar

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

ASPECTOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

VOCÊ ESTA AMAMENTANDO *

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE SIM, sente alguma dor/desconforto durante a amamentação?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ As vezes

SE SIM, 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)

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

SE SIM, qual o número médio de mamadas por dia?

- ☐ Até 4 vezes;
- ☐ Entre 5 e 8 vezes;
- ☐ ≥ a 9 vezes;
- ☒ Não se aplica

Nos casos em que a mulher não realiza determinada atividade ou ação, você deve selecionar a opção “Não se aplica”. Por exemplo: Para as mulheres que não amamentam, você seleciona a opção “Não se aplica”

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 motivo

SE NÃO AMAMENTA, por quê?

- ☐ não sente interesse
- ☐ complicações com a amamentação do tipo fissura, mastite ou ingurgitamento
- ☐ orientação médica
- ☐ outro motivo

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

- ☐ Sim
- ☐ Não

SE RECEBEU ORIENTAÇÃO, ela foi feita por qual profissional? (pode responder mais de uma alternativa)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Nutricionista
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Outro

Voltar

Próxima

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso, altura, circunferência da cintura, IMC

PESO *

Sua resposta

ALTURA *

Sua resposta

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA *

Sua resposta

IMC

Sua resposta

Voltar

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Nas questões sobre os dados antropométricos, o peso, altura e circunferência da cintura deverão ser mensurados no momento da entrevista. A altura poderá ser mensurada por meio de estadiômetro ou fita métrica. Com relação a circunferência da cintura, a medida padronizada será a circunferência abdominal através da cicatriz umbilical.

A mensuração do comprimento da circunferência abdominal deverá seguir as instruções abaixo: ☐ Utilizar a fita métrica no ponto da cicatriz umbilical. 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 do comprimento da circunferência abdominal de forma adequada.

Após a realização dessas mensurações, encerra-se a primeira etapa da entrevista.

9.4 PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY (PFDI-20)

O PFDI-20 avalia o desconforto dos sintomas no assoalho pélvico (sintomas urinários, desconfortos anorretais, prolapso de órgão pélvico) por meio de 20 perguntas. Leia a instrução e as perguntas e assinale a resposta dada pela entrevistada. Após o preenchimento do questionário, clique em “PRÓXIMA” para avançar para a próxima seção.

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 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 NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

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

*Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12.

- ☐ Sim
- ☐ 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?* *

*Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12.

- ☐ Sim
- ☐ 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?* *

*Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12.

- ☐ Sim
- ☐ 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?* *

*Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12.

- ☒ Não
- ☐ Sim
- ☐ 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?* *

*Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12.

- ☐ Sim
- ☒ 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?* *

*Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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

Observe que as questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6 estão com a seguinte observação: “se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12”. Essas questões avaliam o prolapso de órgão pélvico, popularmente conhecida por “bexiga caída”.

A partir da questão de número 7, começa a avaliação dos desconfortos anorretais.

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

- ☐ Sim
 - ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
 - ☐ 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 as vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente? *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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

A partir da questão 15, começasse a avaliação dos sintomas urinários.

16-Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro? * *Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12. *

- ☐ Sim
- ☐ 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? * *Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12. *

- ☐ Sim
- ☐ 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

Observe que as questões 16, 17 e 18 e 6 estão com a seguinte observação: “se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12”. Essas questões referem-se a incontinência urinária, popularmente conhecida por “bexiga caída”.

18- Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?* *Se a participante responder sim a essa pergunta, aplicar o PISQ-12. *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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? *

- ☐ Sim
- ☐ 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

9.5 FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

O FSFI avalia a função sexual feminina em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Leia as instruções e perguntas e assinale a resposta dada pela entrevistada. Após o seu preenchimento, clique em “PRÓXIMA” para avançar para a próxima seção.

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.

Continua.

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 “(climax/“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

9.6 QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – 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.

NOTA PARA O ENTREVISTADOR

O próximo questionário é o "QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – PISQ-12" que serve para avaliação da função sexual em mulheres com sintomas de incontinência urinária ou prolapso de órgão pélvico.

A decisão entre aplicar ou não esse questionário esta na resposta ofertada pela participante durante aplicação do questionário PFDI-20.

Se a participante responder "SIM" para uma ou mais das seguintes questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17 ou 18 então você deverá aplicar também o PISQ-12, caso contrário, desconsidere a aplicação do PISQ-12 (clique em "não se aplica") e pule para o próximo questionário (Female Genital Self Image Scale).

A sua utilização dependerá das respostas ofertadas durante a aplicação do PFDI-20. Nesse caso, caso a participante apresente sintomas de Incontinência urinária ou Prolapso de órgão Pélvico, responda SIM a pergunta a baixo e de continuidade no questionário PISQ-12. Caso contrário, responda “Não” e clique em próxima.

Com base no PFDI-20, a participante apresenta sintomas de Incontinência urinária ou prolapso de órgão pélvico? *

☐ Sim

☐ Não

Voltar

Próxima

Nos casos em que o PISQ-12 não é utilizado, selecione a opção “Não se aplica”.

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

☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

5 – Você tem dor durante o ato sexual? *

- ☐ Sempre
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Nunca
 - ☐ Não se aplica
-

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

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

- ☐ Sempre
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Nunca
 - ☐ Não se aplica
-

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

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

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
- ☐ Não se aplica

Voltar

Próxima

9.7 FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE (FGSIS)

Esse instrumento será utilizado para avaliar os sentimentos, crenças sobre seu órgão genital, sua autoimagem genital.

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

9.8 EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)



Questionário utilizado para avaliar o risco de depressão pós parto.

NOTA AO ENTREVISTADOR: As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS forem iguais ou maiores que 10. Nesse caso, deverão procurar um médico.

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

Após a seção 15 Continuar para a próxima seção ▼

Seção 16 de 16

ENCERRAMENTO

⌵ ⋮

Chegamos ao fim com a aplicação dos questionários. Agradecemos a sua atenção e colaboração nessa pesquisa e nos disponibilizamos para qualquer esclarecimento ou dúvida que você/senhora tenha. Futuramente, quando você/senhora completar o sexto mês entraremos em contato para agendar o retorno e em breve encaminharemos a você o termo de consentimento livre e esclarecido.

Qualquer dúvida, nos procure. Muito obrigada!

O último instrumento a ser aplicado é o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), um questionário validado para avaliação do risco de depressão pós-parto. Durante a aplicação desse testes, considere a avaliação dos últimos 7 dias. Caso a participante apresente sintomas/quadro depressivo oriente a mesma a buscar auxílio de um profissional médico, psicólogo. Na UBS comunique a enfermeira(o) e peça o encaminhamento ao profissional habilitado.

Após término desse instrumento, encerra-se a entrevista. Agradeça a participante pela atenção e disponha-se para esclarecer eventuais dúvidas. Além disso, reforce com a participante o envio do termo de consentimento via whatsapp (quando feito no tablet) e peça para comunicar a equipe caso a mesma mude de endereço ou telefone, para que possamos contata-la nas fases seguintes do estudo.

APÊNDICES – INSTRUMENTOS DA PESQUISA (Manter vias impressas)

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



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, avaliar a função sexual em mulheres primíparas nos diferentes períodos do puerpério de parto vaginal e parto cesárea. A seleção das participantes ocorrerá aleatoriamente na fila de espera de duas Unidades Básicas de Saúde e na Unidade Central de Saúde Bom Pastor. 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 o instrumento Female Sexual Function Index (FSFI) e para avaliar os desconfortos do assoalho pélvico (DAP) será aplicado o Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). As mulheres que apresentarem sintomas urinários ou de prolapso de órgãos pélvicos, serão avaliadas também com o instrumento The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – PISQ-12. Além desses instrumentos, para avaliação da autoimagem genital será utilizado o questionário Female Genital Self Image Scale e para avaliação da depressão pós-parto será utilizado o questionário Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). 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 pois cada indivíduo será identificado por um número.

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). 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 nãoidentificação 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) 8414 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 “CORRELAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO SEXUAL E VIA DE PARTO EM MULHERES 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 autor, 2019.

APÊNDICE B – CHECK-LIST CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CHECK-LIST DAP SUL PUERPÉRIO: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critério de inclusão	SIM	NÃO
Mulheres primíparas com idade igual ou superior a 18 anos,		
Ativas sexualmente nas últimas quatro semanas;		
Casadas ou mantendo união estável;		
Alfabetizadas/ apresenta condições cognitivas para a compreensão dos instrumentos.		

Critério de exclusão	SIM	NÃO
Puérperas primíparas com histórico de aborto ou de cirurgias uroginecológicas;		
Que apresentem sinais e sintomas sugestivos de infecção urinária (disúria, hematúria, poliúria) nas últimas quatro semanas;		
Puérperas cujo filho (a) tenha sofrido com algum tipo de internação ou problema de saúde nas últimas quatro semanas;		
Puérperas que estejam realizando fisioterapia uroginecológica.		



APÊNDICE C – FOLDER ORIENTATIVO DISFUNÇÕES SEXUAIS

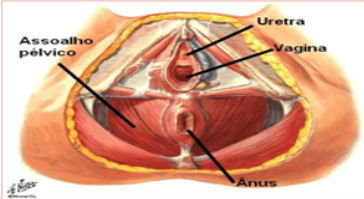
FOLDER COM ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO TREINAMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO E MEDIDAS PARA MELHORA DA FUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO.



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 mesrandos 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 D – FICHA DE CATEGORIZAÇÃO DA AMOSTRA

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (Instrumento 1)

Ficha de Registro das Participantes

Nome:		Idade:	Nome do entrevistador:	
Raça autodeclarada: () Branca () Parda () Negra () Outra				
Estado civil: () casada () união estável (vivem 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 pregressas () 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? () sim () não	Se sim , qual a bebida?
	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 () outro
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? ☐ sim ☐ não	SE SIM , qual atividade? ☐ Caminhada; ☐ Natação/Hidroginástica; ☐ 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 Obs: pode assinalar mais de 1 opção.	
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	

NOTA: Nos casos em que a puérpera responde “SIM” para as questões marcadas com “###”, deve-se excluir a participante do estudo.

ANEXO A – PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY (PFDI-20)

QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO- PFDI-20 (Instrumento 2)

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?					

NOTA: Questões marcadas com “###” referem-se à presença de Prolapso de Órgão Pélvico (questões 1 a 6) e Incontinência urinária (questões 16, 17 e 18). Nesse caso, se a participante responder “SIM” para alguma dessas perguntas, deve-se aplicar o instrumento PISQ-12.

ANEXO B – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) - (Instrumento 3)

INSTRUÇÕES

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

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.

Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

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.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
ESCORES DE AVALIAÇÃO DO FSFI	
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	☐ Sem atividade sexual ☐ Muito alto ☐ Alto ☐ Moderado ☐ Baixo

durante a atividade ou ato sexual?	() 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	☐ Sem atividade sexual

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”)?	☐ 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	☐ Sem atividade sexual ☐ Muito satisfeita

você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?		☐ 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			
Domínio	Questões	Variação do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)-5*	0,4	0,8	6
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
* Questão 14 varia de 0-5; questões 15 e 16 variam de 1-5.					

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E
PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – PISQ-12 (Instrumento 4)

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.	☐) 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

NOTA: Aplica-se esse instrumento, somente se a participante apresenta algum sintoma relacionado a Incontinência Urinária ou Prolapso de Órgão Pélvico.

ANEXO D - FEMALE GENITAL SELF IMAGE SCALE (Instrumento 5)

	(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)

(Instrumento 6)

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;

NOTA: Como fazer a pontuação desse instrumento:

Questões 1, 2, e 4 - Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos. Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto. Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos. Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 - Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos. Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos. Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto. Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

ESTUDO DAPSUL

Puerpério

