

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

MARINA RESENDE GODOY

**PREVALÊNCIA DE FROUXIDÃO VAGINAL EM MULHERES PRIMÍPARAS
6 MESES APÓS O PARTO**

Belo Horizonte

2023

MARINA RESENDE GODOY

**PREVALÊNCIA DE FROUXIDÃO VAGINAL EM MULHERES PRIMÍPARAS
6 MESES APÓS O PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Professora Marilene Vale de Castro Monteiro

Coorientadora: Professora Gláucia Miranda Varella Pereira

Belo Horizonte

2023

G589p Godoy, Marina Resende.
Prevalência de frouxidão vaginal em mulheres primíparas 6 meses após o parto [recursos eletrônicos]. / Marina Resende Godoy. -- Belo Horizonte: 2023.
60f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Marlene Vale de Castro Monteiro.
Coorientador (a): Gláucia Miranda Varella Pereira.
Área de concentração: Saúde da Mulher.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Vagina. 2. Prevalência. 3. Paridade. 4. Parto. 5. Período Pós-Parto. 6. Dissertação Acadêmica. I. Monteiro, Marlene Vale de Castro. II. Pereira, Gláucia Miranda Varella. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WP 250

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA/MARINA RESENDE GODOY

Realizou-se, no dia 20 de novembro de 2023, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina 526, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PREVALÊNCIA DE FROUXIDÃO VAGINAL APÓS O PRIMEIRO PARTO*, apresentada por MARINA RESENDE GODOY, número de registro 2021653824, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marilene do Vale de Castro Monteiro – Orientadora (UFMG) Elyonara Melo de Figueiredo (UFMG), Prof(a). Mariana Seabra Leite Praça (UFMG), Prof(a). Gláucia Miranda Varella pereira (UNICAMP).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 20 de novembro de 2023.

Profª Marilene do Vale de Castro Monteiro – (Doutora)

Prof(a). Elyonara Melo de Figueiredo (Doutora)

Prof(a). Mariana Seabra Leite Praça (Doutora)

Prof(a). Gláucia Miranda Varella Pereira (Doutor)



Documento assinado eletronicamente por Mariana Seabra Leite Praça, Professora do Magistério Superior, em 21/11/2023, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Gláucia Miranda Varella Pereira, Usuária Externa, em 21/11/2023, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Marilene Vale de Castro Monteiro, Membro, em 21/11/2023, às 19:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Elyonara Melo de Figueiredo, Professora do Magistério Superior, em 05/02/2024, às 11:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Reitor

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Profa. Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Fernando Marcos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina

Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Profa. Cristina Gonçalves Alvim

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação

Profa. Ei Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Prof. Gabriel Costa Osanam

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

Profa. Zilma Silveira Nogueira Reis

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

Profa. Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

Prof. Fernando Marcos dos Reis - Titular

Profa. Marilene Vale de Castro Monteiro - Suplente

Prof. Henrique Vitor Leite - Titular

Profa. Alamanda Kfoury Pereira - Suplente

Prof. Eduardo Batista Cândido - Titular

Profa. Márcia Cristina França Ferreira – Suplente

“... E basta contar compasso
e basta contar consigo
que a chama não tem pavio.
De tudo se faz canção
e o coração na curva de um rio.”

(Clube da Esquina nº2 – Lô Borges/Milton Nascimento/Márcio Borges)

AGRADECIMENTOS

À Professora Marilene Vale de Castro Monteiro, profissional e pessoa exemplar, humana, acolhedora que me ofereceu suporte e incentivo nesta caminhada. Muito obrigada pela generosidade, compreensão e ensinamentos em todo processo. É admirável sua dedicação, seriedade e cuidado com seu trabalho.

À Gláucia Miranda Varella Pereira, pessoa incrível, profissional competente e dedicada, que me trouxe tanta tranquilidade e aprendizado. Muito obrigada por toda atenção, escuta carinhosa e disponibilidade, especialmente nos momentos mais desafiadores. Seu jeito simples e calmo foram fundamentais para realização dessa pesquisa.

À Maria Cristina da Cruz, sempre solícita, obrigada por toda contribuição e gentileza.

À Clara Viegas, pelo auxílio e atenção na coleta dos dados.

A você painho, que vive, canta e mora em mim com a força imensa dessa vida. Minha gratidão infinita por toda alegria, graça, música, amor, paz, colo, serenidade e bem que você plantou. Tudo fica, tudo existe. Essa conquista é para você, meu sol, meu som, meu passarinho.

À minha mãe Regina, fonte inesgotável de amor, dedicação e generosidade. Inspiração de fé, garra e coragem. Obrigada por tanto, por tudo, mãe! Você é meu farol.

Ao Biel, meu irmão, companheiro presente e eterno na vida. Privilégio ter você e contar com seu amor, nossas risadas e agora nosso pequeno Tom.

À minha família, base de tudo que sou. Minha eterna gratidão por me fortalecerem sempre no amor.

Aos meus amigos, minha trincheira escolhida, obrigada sempre pelos devaneios, mesas, colo, apoio constante e sorrisos compartilhados nessa travessia.

Ao Banjo, Chico e Balu, anjos de patas, que me abastecem na paz.

Às mulheres voluntárias que participaram deste estudo, sem a contribuição de vocês esse trabalho não seria possível.

A Deus, à música, à arte. Mistérios que me regem na vida.

RESUMO

Introdução e hipóteses: A frouxidão vaginal (FV) é uma queixa frequente e está associada ao parto vaginal, à multiparidade, a alterações na integridade do tecido vaginal e muscular, a sintomas de prolapso urinários e sexuais e à pior função sexual. Apesar de frequente, a FV é pouco investigada e subnotificada. **Objetivo:** Verificar a prevalência de FV em primíparas submetidas ao parto vaginal ou ao parto cesariana; e sua associação com fatores clínicos, obstétricos, miccionais, defecatórios e sexuais associados a esta ocorrência. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, desenvolvido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) no período de julho de 2021 e janeiro de 2023. Os critérios de inclusão foram: primíparas que tiveram parto vaginal ou cesariana no período do estudo, sem queixa de FV durante a gestação e que assinaram o TCLE. Foram coletados dados clínicos e obstétricos, e todas as participantes responderam aos questionários sobre impacto da incontinência urinária, sintomas vaginais e da angústia sexual (ICIQ-SF, ICIQ-VS e FSDS-R) no recrutamento e seis meses após o parto. Na análise estatística, para a associação entre as variáveis preditoras e os desfechos de interesse, foram utilizados o teste Qui-Quadrado para variáveis categóricas; o teste Mann Whitney para variáveis contínuas. Foi realizada regressão logística univariada e multivariada, considerando como desfecho a frouxidão vaginal. Para todos os cálculos estatísticos o nível de significância foi de 0,05. **Resultados:** Cem participantes foram incluídos para análise dos dados. A prevalência de FV em primíparas foi de 8%. Na análise univariada, as incontinências urinárias de esforço e por urgência (IUU), incontinência coital e constipação intestinal apresentaram associação com sintoma de FV. No entanto, somente a IUU e incontinência coital permaneceram associados à FV, na análise multivariada. Os escores do ICIQ-VS e do ICIQ-SF mostraram associação significativa com sintomas de FV ($p=0,015$ e $p=0,028$, respectivamente). Os escores ICIQ-VS, FSDS-R e ICIQ-SF aumentaram em uma vez o risco de FV nos participantes na análise univariada. Apenas o ICIQ-VS (sintomas vaginais) e o ICIQ-SF permaneceram associados à FV na análise multivariada (OR 1,32 e OR 1,25, respectivamente). **Conclusão:** A prevalência de FV em primíparas foi inferior à relatada em outros estudos e mostrou associação com a ocorrência de sintomas vaginais, de incontinência urinária de urgência e incontinência coital, seis meses pós-parto.

Palavras-chave: Frouxidão vaginal; Prevalência; Primíparas; Parto.

ABSTRACT

Introduction and hypotheses: Vaginal laxity (VL) is a common complaint and is associated with vaginal birth, multiparity, changes in the integrity of vaginal and muscular tissue, symptoms of urinary and prolapse and worse sexual function. Despite being common, the pathophysiology of VL is poorly investigated and underreported. **Objective:** To verify the prevalence of VL in primiparous undergoing vaginal birth or c- section; and its association with clinical, obstetric, urinary, intestinal and sexual factors associated for its occurrence. **Methods:** This is a cross-sectional observational study, developed at the Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais (HC-UFGM) between July 2021 and January 2023. The inclusion criteria were: primiparous women who had a vaginal or cesarean section during the study period, who had no complaints of VL during pregnancy and who signed the informed consent form. Clinical and obstetric data were collected, and all participants responded to questionnaires on the impact of urinary incontinence, vaginal symptoms and sexual distress (ICIQ-SF, ICIQ-VS and FSDS-R) at recruitment and six months after birth. In the statistical analysis, for the association between the predictor variables and the outcomes of interest, the Chi-Square test was used for categorical variables; and the Mann-Whitney test for continuous variables. Univariate and multivariate logistic regression was performed, considering vaginal laxity as the outcome. In all statistical calculations, the significance level was 0.05. **Results:** One hundred participants were included for data analysis. The prevalence of VL in primiparous women was 8%. In the univariate analysis, stress and urgency urinary incontinence (UUI), coital incontinence and intestinal constipation were associated with VL symptoms. However, only UUI and coital incontinence were related to VL, in the multivariate analysis. The ICIQ-VS and ICIQ-SF scores showed a significant association with VL symptoms ($p=0.015$ and $p=0.028$, respectively). The ICIQ-VS, FSDS-R and ICIQ-SF scores increased the risk of VL by one-fold in participants in the univariate analysis. Only ICIQ-VS (vaginal symptoms) and ICIQ-SF remained associated with VL in the multivariate analysis (OR 1.32 and OR 1.25, respectively). **Conclusion:** The prevalence of VL in primiparous women was lower than that reported in other studies and showed an association with the occurrence of vaginal symptoms, urgency urinary incontinence and coital incontinence, six months postpartum.

Keywords: Vaginal Laxity; Prevalence; Primiparous; Birth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Fluxograma das primíparas recrutadas para o estudo.....	26
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas.....	29
Tabela 2 - Características Clínicas e Obstétricas.....	29
Tabela 3 - Comparação entre as Variáveis Clínicas e os Períodos de Avaliação dos questionários	31
Tabela 4 - Comparação entre os Escores dos Questionários e os Períodos de Avaliação dos questionários.....	32
Tabela 5 - Associação entre as Variáveis Clínicas e a Queixa de Frouidão Vaginal	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DS	Disfunções Sexuais
FV	Frouxidão Vaginal
FSDS-R	<i>Female Sexual Distress Scale-Revised</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HC-UFGM	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
ICIQ-VS	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Vaginal Symptoms</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUGA	<i>International Urogynecological Association</i>
MAP	Músculos do assoalho pélvico
SISMATER	Sistema de Informação em Saúde Materna e Neonatal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFGM	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
3. METODOLOGIA	17
3.1 <i>Desenho do estudo</i>	17
3.2 <i>Aspectos éticos</i>	17
3.3 <i>Cálculo amostral</i>	17
3.4 <i>Local da pesquisa e seleção da amostra</i>	17
3.5 <i>Desfechos</i>	18
3.6 <i>Fonte de dados e medidas</i>	18
3.7 <i>Coleta de dados</i>	20
3.8 <i>Crítérios para descontinuação da pesquisa</i>	20
3.9 <i>Análise estatística</i>	20
4. RESULTADOS	22
4.1 <i>Artigo</i>	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXO A – Parecer de aprovação no COEP	47
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE	51
ANEXO C – ICIQ-VS	52
ANEXO D – ICIQ-SF	58
ANEXO E – STROBE Statement	59

1 INTRODUÇÃO

A frouxidão vaginal (FV) é uma queixa frequente no pós-parto e parece ter relação com o parto vaginal e com a multiparidade (DIETZ et al., 2018; MANZINI et al., 2020; PEREIRA et al., 2022a). De acordo com a Associação Internacional de Uroginecologia (*International Urogynecological Association – IUGA*) e com a Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*), a FV se caracteriza pelo relaxamento excessivo da vagina percebido pela paciente (HAYLEN et al., 2016; TALAB et al., 2019). Dietz *et al.*, verificaram uma prevalência de FV de 24% (DIETZ et al., 2018). Na literatura essa prevalência pode variar de 2% a 48% (CAMPBELL et al., 2018; DIETZ et al., 2018; TALAB et al., 2019). A FV está associada às alterações na integridade do tecido vaginal e muscular devido à gravidez, ao parto e ao envelhecimento, resultando em uma maior distensão dos músculos do assoalho pélvico e abertura do introito vaginal (DIETZ et al., 2018; KRYCHMAN et al., 2018; PEREIRA et al., 2022a; QURESHI; TENENBAUM; MYCKATYN, 2018). Atan *et al.*, apontaram que, durante o parto vaginal, o músculo puborretal pode sofrer alongamento de 25 até 250% (KAMISAN ATAN et al., 2015). Este mecanismo contribui para ocorrência de microtraumas (hiperdistensibilidade do músculo levantador do ânus) e macrotraumas (avulsão do elevador) musculares, levando ao aumento das dimensões do hiato genital. Tais mudanças podem implicar em uma sensação reduzida durante a penetração, disfunção orgásmica e menor satisfação sexual (CAMPBELL et al., 2018; KRYCHMAN et al., 2018; QURESHI; TENENBAUM; MYCKATYN, 2018). A sensação reduzida durante a relação sexual pode estar relacionada aos danos no corpo perineal, no introito vaginal, em nervos e no tecido conectivo (CAMPBELL et al., 2018).

A FV é mais comum em mulheres jovens e após o parto vaginal (DIETZ et al., 2018; TALAB et al., 2019). A cesariana parece ser um fator protetor ao sintoma (TALAB et al., 2019). Cai *et al.*, utilizaram um monitor de pressão para avaliar a pressão intra-vaginal, e encontraram que o parto vaginal contribuiu para pressões intravaginais menores quando comparado à cesariana em primíparas, porém não houve diferenças significativas na satisfação e na função sexual (CAI et al., 2014). Além disso, a frouxidão vaginal está associada a sintomas de prolapso, sintomas sexuais e urinários, à hiperdistensibilidade do músculo levantador do ânus e à pior vida sexual (ALEXANDER; GILLOR; DIETZ, 2022; CAMPBELL et al., 2018; DIETZ et al., 2018; MANZINI et al., 2020; PEREIRA et al., 2022a). No estudo de Pereira *et al.*, os escores dos questionários que avaliaram sintomas vaginais (ICIQ-VS), disfunção sexual (FSFI) e sofrimento sexual (FSDS-R) foram maiores em mulheres que apresentavam FV (PEREIRA et

al., 2022a). Achado semelhante foi observado em um estudo britânico que relatou piora na vida sexual geral em mulheres com FV (CAMPBELL et al., 2018).

Mulheres primíparas tiveram cinco vezes mais chances de relatar FV quando comparadas às nulíparas (CAMPBELL et al., 2018). Apesar de menos frequente, a FV foi relatada em 4,8% de 1.484 nulíparas australianas (DURNEA et al., 2014a) e em jovens nulíparas brasileiras, atletas e não-atletas, apresentando respectivamente ocorrência de 13,8% e 19,2% (ALMEIDA et al., 2016). Em outro estudo, observou-se que mulheres que tiveram três ou mais partos vaginais apresentaram sete vezes mais chances de queixarem FV em relação às nulíparas (AL-BADR et al., 2022). A multiparidade também apresentou associação ao sintoma de FV em outros estudos (MILLHEISER et al., 2010; PEREIRA et al., 2022a).

O sintoma de FV preexistente à gestação parece não piorar após o parto, porém mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram maior prevalência de FV em relação àquelas que tiveram parto cesariana (DURNEA et al., 2014b). A relação entre disfunções sexuais (DS) e via de parto ainda é controversa. A DS é definida como uma desordem persistente ou recorrente do desejo/interesse sexual, da excitação subjetiva e genital, do orgasmo e ou da dor/dificuldade para permitir ou completar a relação sexual, a qual causa desconforto e angústia pessoal. As disfunções sexuais femininas são classificadas em transtorno de interesse/excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtorno da dor genito-pélvica/penetração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; ASSOCIATION, 2013). Estudos demonstram que a prevalência de DS no pós-parto pode variar entre 41% a 83% em países como Inglaterra, Estados Unidos e Nigéria (ANZAKU; MIKAH, 2014; BANAEI et al., 2020; LEEMAN; ROGERS, 2012; YENIEL; PETRI, 2014). No Brasil, a prevalência de DS neste período foi relatado em 43% (HOLANDA et al., 2014). A DS pode alcançar 30% a 60% durante os três primeiros meses pós-parto e 17% a 31% até seis meses pós-parto (ZHANG et al., 2021). A prevalência de DS em mulheres que foram submetidas a parto cesariana está entre 5 a 35% e nas que tiveram parto vaginal com episiotomia entre 40 a 80% (KHAJEHEI et al., 2009). Estudos apontam que o retorno à atividade sexual acontece, em sua maioria, até o terceiro mês pós-parto, independente da via de nascimento (KLEIN et al., 2009; LEEMAN; ROGERS, 2012; LURIE et al., 2013; SIGNORELLO et al., 2001). Apesar disso, as DS como a dispareunia, os distúrbios orgásmicos, a diminuição do desejo, a diminuição da lubrificação e a sensação de FV são muito frequentes, afetando negativamente a satisfação sexual feminina (BARRETT et al., 2000; PARDELL-DOMINGUEZ et al., 2021).

Apesar da FV ser uma queixa frequente e, atualmente, existir um interesse crescente em opções de tratamentos, esse sintoma é subnotificado e sua fisiopatologia é ainda pouco esclarecida (ALEXANDER; GILLOR; DIETZ, 2022; KIM et al., 2020; PAULS; FELLNER; DAVILA, 2012). De acordo com estudo de Pauls *et al.*, 83% dos médicos entrevistados relataram que o sintoma de FV é subnotificado e a maioria considerou como uma condição incômoda que afeta negativamente a vida sexual e o relacionamento afetivo de suas pacientes. (PAULS; FELLNER; DAVILA, 2012). Outro estudo aponta que 80% das pacientes entrevistadas em uma pesquisa sobre FV relataram não discutir o sintoma com seus ginecologistas (MCDONALD; WOOLHOUSE; BROWN, 2015; MILLHEISER; KINGSBERG; PAULS, 2010).

A função sexual no pós-parto é influenciada por mudanças biológicas, sociais e psicológicas (ABDOOL; THAKAR; SULTAN, 2009; LEEMAN; ROGERS, 2012; ROOS; SPEKSNIJDER; STEENSMA, 2020). O novo contexto familiar, o relacionamento conjugal, as alterações hormonais, as mudanças na imagem corporal, o trauma perineal, o tipo de parto, a amamentação, a privação de sono e a fadiga são alguns dos fatores que podem interferir negativamente na sexualidade feminina no pós-parto (ABDOOL; THAKAR; SULTAN, 2009; LEEMAN; ROGERS, 2012; LURIE et al., 2013). A Organização Mundial de Saúde considera necessária a abordagem, por parte dos profissionais de saúde, acerca da sexualidade feminina após o parto, considerando um momento oportuno para identificação de possíveis disfunções sexuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Mulheres que são questionadas sobre sua saúde sexual, durante as consultas pós-natal, possuem maiores chances de discutir e conversar sobre sua sexualidade com o profissional de saúde (MCDONALD; WOOLHOUSE; BROWN, 2015). A falta de informações e de conhecimento sobre a sexualidade na gestação e pós-parto são queixas comuns das mulheres nessa fase (DEAN et al., 2008; MCDONALD; WOOLHOUSE; BROWN, 2015; VON SYDOW, 1999). Além disso, profissionais de saúde relatam dificuldade em discutir e avaliar a saúde sexual das pacientes, alegando falta de tempo nas consultas de rotina e domínio do assunto (MCDONALD; WOOLHOUSE; BROWN, 2015).

Tendo em vista que a FV é uma queixa sexual frequente, muitas vezes negligenciada, fazem-se necessários mais estudos sobre o assunto e sua associação com o tipo de parto e o primeiro parto. Até o momento, não há estudos que abordem a FV exclusivamente em primíparas. Assim, o objetivo do presente estudo foi investigar a ocorrência de FV em mulheres primíparas, 6 meses após o parto. Também serão avaliados os fatores clínicos, obstétricos, urinários, intestinais e sexuais associados à ocorrência de FV.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência de FV em mulheres primíparas, 6 meses após o parto vaginal ou ao parto cesariana, e fatores clínicos, obstétricos, miccionais, defecatórios e sexuais associados a esta ocorrência.

Objetivo primário:

- Investigar a ocorrência de FV em mulheres primíparas que realizaram parto vaginal ou cesariana e os fatores clínicos e obstétricos associados a esta ocorrência.

Objetivos secundários:

- Investigar a relação entre FV e ocorrência de sintomas miccionais, defecatórios e sexuais.
- Investigar mudanças nos sintomas miccionais, defecatórios e sexuais ao longo do tempo/período do estudo.

3 METODOLOGIA

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, sendo seguidas as recomendações STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudos observacionais (VON ELM et al., 2007).

3.2. Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE nº 48809821.2.0000.5149 (Anexo A). Todas as participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) e receberam informações sobre a pesquisa.

3.3. Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi baseado no desfecho primário: a taxa de frouxidão vaginal na população feminina de 48% (TALAB et al., 2019). Com uma margem de erro de 10%, um poder de teste de 80% e um intervalo de confiança a 95%, foram necessárias 96 participantes para a realização do presente estudo. O cálculo amostral foi feito através do software EpiInfo.

3.4. Local da Pesquisa e Seleção da Amostra

Esse estudo foi desenvolvido na Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 26 de julho de 2021 e 31 de janeiro de 2023.

As participantes recrutadas, que cumpriram os critérios de inclusão, foram abordadas no leito hospitalar no pós-parto. No primeiro momento, uma apresentação da pesquisadora principal e do projeto detalhado foram realizados verbalmente e, em seguida, a paciente foi convidada a participar da pesquisa. Após todas as dúvidas esclarecidas e a confirmação da inclusão da paciente na pesquisa, o TCLE foi entregue, lido e assinado por cada participante.

Na sequência, as participantes respondiam aos questionários aplicados pela pesquisadora e, ao final, recebiam a data do próximo contato, seis meses após o parto. Nesse segundo momento, as participantes poderiam responder aos questionários enviados por email ou aplicados por meio de ligação telefônica, realizados pela pesquisadora principal, caso não pudessem comparecer ao hospital.

3.4.1. Critérios de Inclusão

Mulheres primíparas, maiores de dezoito anos de idade, que negaram sintoma de frouxidão durante a gestação e que tiveram parto vaginal ou parto cesariana no período entre julho de 2021 e janeiro de 2023, foram incluídas no estudo. A ausência de FV foi considerada quando as mulheres responderam negativamente à pergunta 4a (Você sente que sua vagina está muito frouxa ou larga?) do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Vaginal Symptoms* (ICIQ-VS) (Anexo C) (PRICE et al., 2006; TAMANINI et al., 2008) durante a gestação.

3.4.2. Critérios de Exclusão

Mulheres que relataram FV durante a gestação; que tiveram parto vaginal e cesariana previamente; que foram submetidas à cirurgia vaginal antes da gestação; com idade gestacional inferior a 34 semanas; com doenças neurológicas; com alterações cognitivas ou incapacidade de ler ou entender o português brasileiro, foram excluídas do estudo.

3.5. Desfechos

3.5.1. Desfecho Primário

Verificar a prevalência da frouxidão vaginal nas mulheres primíparas submetidas ao parto vaginal ou ao parto cesariana.

3.5.2. Desfechos Secundários

Avaliar os fatores de riscos clínicos, obstétricos, urinários, intestinais e sexuais para ocorrência de FV, através dos dados coletados por prontuários médicos, por *softwares* e pelos questionários *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (Anexo D) (TAMANINI et al., 2004), ICIQ-VS (Anexo C) (TAMANINI et al., 2008), *Female Sexual Distress Scale-Revised* (FSDS-R) (Anexo E) (PEREIRA et al., 2022a).

3.6. Fontes de Dados e Medidas

3.6.1. Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos avaliados foram: idade, raça e escolaridade extraídos dos prontuários e do sistema SISMATER. O SISMATER é um software desenvolvido pela parceria de pesquisadores da Ciência da Computação da Universidade do Porto e pesquisadores médicos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com objetivo de realizar registros de dados clínicos/obstétricos e gerar indicadores de qualidade na assistência à saúde (GASPAR et al., 2013).

3.6.2. Dados obstétricos

Os dados obstétricos coletados foram: idade gestacional, via de parto (vaginal ou cesariana), parto único ou gemelar, peso do recém-nascido, posição no período expulsivo, duração do período expulsivo, uso de ocitocina, tipo de anestesia (peridural ou raquimedular), uso de fórceps/vácuo extrator, realização de episiotomia, ocorrência e grau de laceração perineal e ocorrência ou não de distócia de ombro.

3.6.3. Dados clínicos

Dentre os dados clínicos avaliamos:

3.6.3.1. Dados gerais: doenças prévias, índice de massa corporal (IMC), uso de medicamentos, antecedentes cirúrgicos e a realização ou não de fisioterapia pélvica durante ou após a gestação;

3.6.3.2. Sintomas urinários: sintomas de incontinência urinária (de urgência ou esforço), urgência urinária, frequência urinária, enurese, noctúria, disúria, dor suprapúbica à repleção, micção em tempos, esforço para urinar, sensação de esvaziamento incompleto, história de infecção urinária, patologia urinária prévia;

3.6.3.3. Sintomas intestinais: hábitos intestinais (regular ou constipação) e ocorrência de incontinência anal;

3.6.3.4. Sintomas sexuais: presença ou não de atividade sexual durante e após a gestação, dispareunia e incontinência coital.

3.6.4. Questionários

Os questionários selecionados para o estudo foram aplicados no recrutamento inicial e seis meses após o parto.

O ICIQ-SF é um questionário simples e autoaplicável, traduzido e validado para o português, que verifica a ocorrência e o impacto da incontinência urinária (IU) na qualidade de vida. Ele é composto por quatro questões, sendo as três primeiras incluídas na soma do escore total que varia de 0 a 21. Uma pontuação zero significa ausência de perda urinária e nenhum impacto sobre a qualidade de vida. A primeira questão avalia a frequência de perda urinária; a segunda quantifica esta perda; a terceira reporta o impacto da IU na vida do paciente e a quarta refere-se às situações vivenciadas pela paciente (TAMANINI et al., 2004).

O ICIQ-VS validado para o português é um questionário autoaplicável que avalia a gravidade dos sintomas vaginais, o impacto na função sexual e qualidade de vida. Ele é composto por quatorze questões. O escore dos sintomas vaginais variam de 0 a 53, das questões sexuais de 0 a 58 e relacionado à qualidade de vida de 0 a 10. Quanto mais alta a pontuação,

maior a gravidade dos sintomas (TAMANINI et al., 2008). A pergunta 4a (Você sente sua vagina muito frouxa ou larga?) foi utilizada para considerar o sintoma de FV. A resposta negativa a essa pergunta foi considerada critério de inclusão.

O FSDS-R é também um questionário autoaplicável, validado para o português que tem como objetivo avaliar o sofrimento sexual. Ele é composto por treze questões as quais são respondidas a partir dos itens 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (ocasionalmente), 3 (frequentemente) ou 4 (sempre). A pontuação máxima é de 53 e quanto maior o escore total, maior o sofrimento sexual (PEREIRA et al., 2022a).

3.7. Coleta de Dados

Dados sociodemográficos, clínicos (gerais, urinários, intestinais e sexuais) e obstétricos foram coletados a partir do sistema SISMATER e dos prontuários das participantes durante o recrutamento inicial, após aceite e assinado o TCLE. No primeiro contato, durante o pós-parto imediato, as participantes responderam aos questionários ICIQ-SF, ICIQ-VS e o FSDS-R de forma retrospectiva em relação ao último mês de gestação. Após o término da aplicação dos questionários, a pesquisadora principal agendava o novo contato com as participantes para seis meses após a data do parto.

Nas vésperas da data prevista para o novo contato com as participantes, a pesquisadora principal as contactava por telefone. Elas tinham a opção de responder os questionários por telefone ou por e-mail. Para as participantes que optaram pela aplicação do questionário por telefone, as respostas foram gravadas e armazenadas em arquivo, contendo somente o número de registro das participantes.

3.8. Critérios para descontinuação da Pesquisa

As participantes que não retornassem os questionários respondidos por e-mail ou que não aceitassem a aplicação dos questionários por telefone na data agendada foram excluídas da pesquisa.

3.9. Análise Estatística

As variáveis contínuas simétricas foram apresentadas em forma de média, desvio-padrão e as assimétricas, em mediana, com valor mínimo e máximo informado. As variáveis categóricas foram apresentadas de acordo com a sua frequência absoluta e relativa. Para estimar a associação entre as variáveis preditoras e os desfechos de interesse, foram utilizados o teste Qui-Quadrado para variáveis categóricas e o teste Mann Whitney para variáveis contínuas. A

análise de regressão logística univariada foi utilizada para analisar a força de associação entre as variáveis com cálculo da razão de chances e respectivo intervalo de confiança de 95%. Subsequentemente, modelos logísticos multivariados foram propostos tendo como desfecho a FV. A escolha de variáveis para os modelos multivariados levou em consideração o resultado da análise univariada. Em todos os cálculos estatísticos, o nível de significância foi de 0,05. O *software* SPSS® 22.0 foi utilizado para a análise.

4 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão demonstrados em formato de artigo científico, a ser enviado para publicação, após a implementação das considerações da banca examinadora.

4.1 Artigo

PREVALÊNCIA DE FROUXIDÃO VAGINAL EM MULHERES PRIMÍPARAS 6 MESES APÓS O PARTO

Marina Resende Godoy¹, Gláucia Miranda Varella Pereira², Clara Vale Viegas³, Marilene Vale de Castro Monteiro⁴,

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

² Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas

³ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

⁴ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais

Autor Correspondente:

Marilene Vale de Castro Monteiro
Av. Alfredo Balena, 110, Belo Horizonte 30130-100, MG, Brasil
E-mail: marilene.vale@gmail.com

Conflito de interesse:

Os autores declaram não apresentarem conflito de interesse.

Contribuição dos autores:

Godoy MR: desenvolvimento do projeto, coleta de dados, análise de dados e escrita do manuscrito.

Pereira GMV: análise dos dados, discussão dos resultados e edição do manuscrito.

Viegas CV: coleta de dados, análise de dados.

Monteiro MVC: desenvolvimento do projeto, coleta de dados, análise dos dados, discussão dos resultados e edição do manuscrito.

Resumo

Introdução e hipóteses: A frouxidão vaginal (FV) é uma queixa comum e está associada ao parto vaginal, multiparidade, sintomas de prolapso e urinários e pior função sexual. **Objetivo:** Verificar a prevalência de FV em primíparas submetidas ao parto vaginal ou ao parto cesariana;

e sua associação com dados clínicos/obstétricos, sintomas urinários, intestinais e sexuais para sua ocorrência. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal desenvolvido entre julho de 2021 e janeiro de 2023. Foram incluídas mulheres primíparas que realizaram parto vaginal ou parto cesariana no período do estudo e sem queixas de FV durante a gestação. Dados clínicos e obstétricos foram coletados e todas as participantes responderam aos questionários sobre o impacto da incontinência urinária (ICIQ-SF), sintomas vaginais (ICIQ-VS) e angústia sexual (FSDS-R) no recrutamento e seis meses após o parto. Foi realizada regressão logística univariada e multivariada, considerando a FV como desfecho. O nível de significância foi de 0,05. **Resultados:** Cem participantes foram incluídos para análise dos dados. A prevalência de FV em primíparas foi de 8%. Na análise univariada, as incontinências urinária de esforço e por urgência (IUU), incontinência coital e constipação intestinal apresentaram associação com sintoma de FV. No entanto, somente a IUU e incontinência coital permaneceram associados à FV, na análise multivariada. Os escores do ICIQ-VS e do ICIQ-SF mostraram associação significativa com sintomas de FV ($p=0,015$ e $p=0,028$, respectivamente). Os escores ICIQ-VS, FSDS-R e ICIQ-SF aumentaram em uma vez o risco de FV nos participantes na análise univariada. Apenas o ICIQ-VS (sintomas vaginais) e o ICIQ-SF permaneceram associados à FV na análise multivariada (OR 1,32 e OR 1,25, respectivamente). **Conclusão:** A prevalência de FV em primíparas foi inferior à relatada em outros estudos e mostrou associação com a ocorrência de sintomas vaginais, de incontinência urinária de urgência e incontinência coital, seis meses pós-parto.

Palavras-chave: Frouxidão vaginal; Prevalência; Primíparas; Parto.

Abstract

Introduction and hypotheses: Vaginal laxity (VL) is a common complaint and is associated with vaginal birth, multiparity, symptoms of urinary and prolapse and worse sexual function. **Objective:** To verify the prevalence of VL in primiparous undergoing vaginal birth or c-section; and its association with clinical/obstetric data, urinary, intestinal and sexual symptoms for its occurrence. **Methods:** This is a cross-sectional study developed between July 2021 and January 2023. We included primiparous women who had a vaginal or cesarean section during the study period with no complaints of VL during pregnancy. Clinical and obstetric data were collected, and all participants responded to questionnaires on the impact of urinary incontinence (ICIQ-SF), vaginal symptoms (ICIQ-VS) and sexual distress (FSDS-R) at recruitment and six months postpartum. Univariate and multivariate logistic regression was performed, considering VL as the outcome. The significance level was 0.05. **Results:** One hundred participants were included for data analysis. The prevalence of VL in primiparous women was 8%. In the univariate analysis, stress and urgency urinary incontinence (UUI), coital incontinence and intestinal constipation were associated with VL symptoms. However, only UUI and coital incontinence were related to VL, in the multivariate analysis. The ICIQ-VS and ICIQ-SF scores showed a significant association with VL symptoms ($p=0.015$ and $p=0.028$, respectively). The ICIQ-VS, FSDS-R and ICIQ-SF scores increased the risk of VL by one-fold in participants in

the univariate analysis. Only ICIQ-VS (vaginal symptoms) and ICIQ-SF remained associated with VL in the multivariate analysis (OR 1.32 and OR 1.25, respectively). **Conclusion:** The prevalence of VL in primiparous women was lower than that reported in other studies and showed an association with the occurrence of vaginal symptoms, urgency urinary incontinence and coital incontinence, six months postpartum.

Keywords: Vaginal Laxity; Prevalence; Primiparous; Birth.

INTRODUÇÃO

A frouxidão vaginal (FV) é uma queixa frequente no pós-parto^{1,2}, e se caracteriza pelo relaxamento excessivo da vagina percebido pela paciente^{3,4}.

De acordo com a literatura, sua prevalência pode variar entre 2% e 48%^{1,3,5}. A FV parece estar associada às alterações na integridade do tecido vaginal e muscular devido à gravidez, ao parto e ao envelhecimento, resultando em uma maior distensão dos músculos do assoalho pélvico e abertura do introito vaginal^{6,7}. A distensão excessiva dos músculos do assoalho pélvico contribui para ocorrência de microtraumas e da avulsão do músculo elevador do ânus, levando ao aumento das dimensões do hiato genital⁸. Tais mudanças podem implicar uma sensação reduzida durante a penetração, disfunção orgásmica e menor satisfação sexual^{5,7,9}. A sensação reduzida durante a relação sexual pode estar relacionada aos danos no corpo perineal, no introito vaginal, em nervos e no tecido conectivo⁵.

A FV é mais comum em mulheres jovens e após o parto vaginal^{1,3}. A cesariana parece ser um fator protetor ao sintoma³. O sintoma de FV pré-existente à gestação parece não piorar após o parto, porém mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram maior prevalência de FV em relação àquelas que tiveram parto cesariana¹⁰. Quando comparadas às nulíparas, as mulheres primíparas tiveram cinco vezes mais chances de relatarem FV⁵ e mulheres que tiveram três ou mais partos vaginais apresentaram sete vezes mais chances de queixarem FV¹¹.

Apesar da FV ser uma queixa frequente e atualmente existir um interesse crescente em opções de tratamentos, a sua fisiopatologia é ainda pouco esclarecida¹²⁻¹⁴. De acordo com estudo de Pauls *et al.*, 83% dos médicos entrevistados relataram que o sintoma de FV é subnotificado e a maioria deles considerou como uma condição incômoda que afeta negativamente a vida sexual e o relacionamento afetivo de suas pacientes¹⁴.

A função sexual no pós-parto é influenciada por mudanças biológicas, sociais e psicológicas¹⁵⁻¹⁷. A Organização Mundial de Saúde considera necessária a abordagem acerca

da sexualidade feminina após o parto, considerando um momento oportuno para identificação de possíveis disfunções sexuais¹⁹.

O novo contexto familiar, o relacionamento conjugal, as alterações hormonais, as mudanças na imagem corporal, o trauma perineal, o tipo de parto, a amamentação, a privação de sono e a fadiga são alguns dos fatores que podem interferir negativamente na sexualidade feminina no pós-parto¹⁶⁻¹⁸. Mulheres que são questionadas sobre sua saúde sexual, durante as consultas pós-natal, possuem maiores chances de discutir e conversar sobre sua sexualidade com o profissional de saúde²⁰.

Tendo em vista que a FV é uma queixa sexual frequente, muitas vezes negligenciada, fazem-se necessários mais estudos sobre o assunto e sua associação com o tipo de parto e o primeiro parto. Até o momento não há estudos que abordem a FV exclusivamente em primíparas. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência da frouxidão vaginal nas mulheres primíparas submetidas ao parto vaginal ou cesariana; e sua associação com os fatores de riscos (clínicos, obstétricos), além dos sintomas urinários, intestinais e sexuais para sua ocorrência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado entre 26 de julho de 2021 a 31 de janeiro de 2023 na Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. As recomendações STROBE para estudos observacionais foram seguidas (ANEXO E)²¹. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 48809821.2.0000.5149) e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As participantes recrutadas, que cumpriram os critérios de inclusão, foram abordadas no leito hospitalar no pós-parto. As participantes primíparas, maiores de 18 anos de idade, que negaram sintoma de frouxidão durante a gestação, e que tiveram parto vaginal ou parto cesariana no período entre julho de 2021 e janeiro de 2023 foram incluídas no estudo. A ausência de FV foi considerada quando as participantes responderam negativamente à pergunta 4a (Você sente que sua vagina está muito frouxa ou larga?) do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Vaginal Symptoms (ICIQ-VS)*^{22,23} durante o período gestacional. Foram excluídas as mulheres que relataram FV durante a gestação; que tiveram parto vaginal ou cesariana previamente; que foram submetidas à cirurgia vaginal antes

da gestação; com idade gestacional inferior a 34 semanas; com doenças neurológicas; com alterações cognitivas ou incapacidade de ler ou entender o português brasileiro.

Os dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos foram coletados dos prontuários. Os sintomas urinários, vaginais e sexuais foram obtidos através dos questionários autoaplicáveis e validados para o português, *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*²⁴, *ICIQ-VS*²² e *Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R)*², aplicados no pós-parto de forma retrospectiva aos sintomas do no período gestacional e 6 meses após o recrutamento, seja por telefone ou por email.

O ICIQ-SF é um questionário que qualifica a perda urinária e o impacto da incontinência urinária (IU) na qualidade de vida com escore variando de 0 a 21²⁴. Ele é composto por quatro questões, sendo as três primeiras incluídas na soma do escore total que varia de 0 a 21. Uma pontuação zero significa ausência de perda urinária e nenhum impacto sobre a qualidade de vida²⁴. O ICIQ-VS avalia a gravidade dos sintomas vaginais, o impacto na função sexual e qualidade de vida. Ele é composto por quatorze questões. O escore dos sintomas vaginais variam de 0 a 53, das questões sexuais de 0 a 58 e relacionado a qualidade de vida de 0 a 10. Quanto mais alta a pontuação, pior a gravidade dos sintomas²². O FSDS-R é um questionário que tem como objetivo avaliar o sofrimento sexual. Ele é composto por treze questões com pontuação máxima de 53 e quanto maior o escore total, maior o sofrimento sexual².

As participantes que não retornassem os questionários respondidos por e-mail ou ainda que não aceitassem a aplicação dos questionários por telefone na data agendada foram excluídas da pesquisa.

Cálculo Amostral e Análise Estatística

O cálculo amostral foi baseado no desfecho primário: a taxa de frouidão vaginal na população feminina de 48%³. Com uma margem de erro de 10%, um poder de teste de 80% e um intervalo de confiança a 95%, foram necessárias 96 participantes para a realização do presente estudo. O cálculo amostral foi feito através do software EpiInfo.

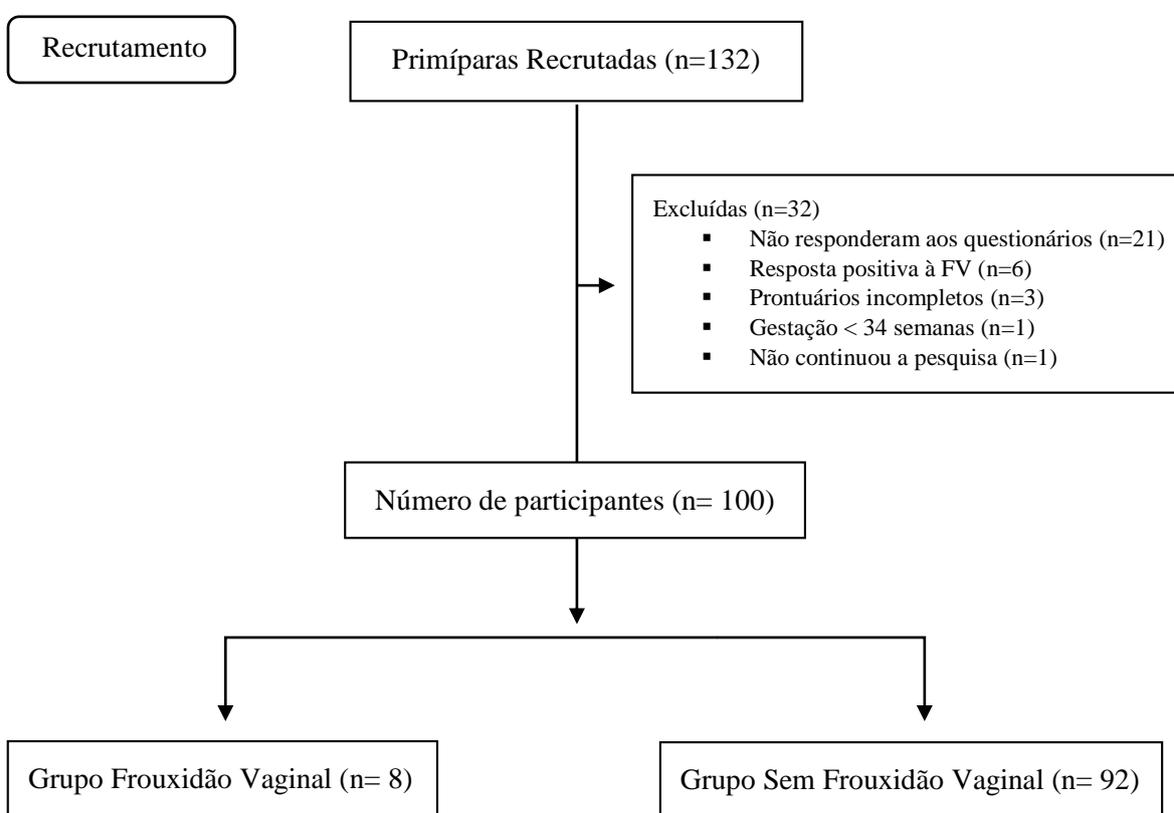
As variáveis contínuas foram apresentadas em forma de média, desvio padrão, e em mediana, com valor mínimo e máximo informado. As variáveis categóricas foram apresentadas de acordo com a sua frequência absoluta e relativa. Para estimar a associação entre as variáveis preditoras e os desfechos de interesse foram utilizados o teste Qui-Quadrado para variáveis

categóricas e o teste Mann Whitney para variáveis contínuas. Modelos univariados e multivariados de regressão logística foram empregados para estimar o *odds ratio* ajustado para cofatores com intervalos de confiança de 95%. Em todos os cálculos estatísticos, o nível de significância foi de 0,05. O *software* SPSS® 22.0 foi utilizado para a análise.

RESULTADOS

Durante o período de julho de 2021 a janeiro de 2023, foram recrutadas 132 participantes primíparas, sendo incluídas 100 para análise dos dados. Foram excluídas 32 participantes (21 não responderam aos questionários; 6(seis) responderam positivo à frouxidão vaginal; 3(três) por prontuário incompleto; 1(uma) gestação inferior a 34 semanas e 1(uma) não quis continuar na pesquisa). Das 100 participantes incluídas na análise final, oito relataram FV e 92 negaram esse sintoma por meio da pergunta número quatro do ICIQ-VS (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma das primíparas recrutadas para o estudo



A prevalência de FV após o parto no presente estudo foi de 8%. As características sociodemográficas das participantes estão na Tabela 1. A idade média nos grupos com e sem FV foram $24,6 \pm 6,3$ e $26,1 \pm 6,0$, e o peso médio dos recém-nascidos foram $3020\text{gr} \pm 594,32$ e $3165\text{gr} \pm 459,9$, respectivamente. Com relação aos dados clínicos obstétricos, apenas a

distócia de ombro e a incontinência coital foram estatisticamente diferentes entre os grupos, apesar do pequeno número de ocorrência (Tabela 2).

No período de seis meses pós-parto, a incontinência urinária de esforço (IUE) foi mais frequente no grupo com FV (62,50%) em relação ao grupo sem FV (45,65%). No mesmo período de avaliação, 100% das mulheres do grupo FV eram sexualmente ativas e no grupo sem FV, apenas 65,22%.

A maioria dos sintomas urinários investigados melhoraram seis meses após o parto, com significância estatística entre os dois períodos. A incontinência anal, a incontinência coital e a dispareunia obtiveram piora seis meses pós-parto, mas não tiveram diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

O escore total do questionário ICIQ-SF diminuiu significativamente ($p < 0,001$) seis meses após o parto, indicando uma melhora no sintoma de incontinência urinária e no impacto sobre a qualidade de vida. No escore de sintomas vaginais do questionário ICIQ-VS, foi encontrada diferença estatisticamente significativa para o mesmo período ($p = 0,002$). Os demais escores de questões sexuais ($p = 0,117$) e qualidade de vida ($p = 0,204$) do ICIQ-VS também diminuíram, sugerindo melhora dos sintomas, porém não alcançaram diferença estatisticamente significativa. O escore total do questionário FSDS-R ($p = 0,722$) foi maior seis meses após o parto sinalizando uma piora na angústia sexual nesse período, porém não apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Os dados clínicos IUE, incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência coital e constipação intestinal com 6 meses pós-parto apresentaram associação com sintoma de FV, na análise univariada. Porém, somente a IUU e incontinência coital permaneceram associados à FV, na análise multivariada. (Tabela 5). No que diz respeito, aos escores dos questionários, o ICIQ-VS, o FSDS-R e o ICIQ-SF aumentaram em uma vez o risco de FV nas participantes, na análise univariada. No entanto, somente o ICIQ-VS (domínio sintomas vaginais) e o ICIQ-SF mantiveram-se associados à frouxidão vaginal na análise multivariada, OR 1,32 e OR 1,25, respectivamente.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas

Variáveis	Frouxidão Vaginal (n=8)	Sem Frouxidão Vaginal (n=92)	Valor P
Idade / média ± DP	24,6 ± 6,3	26,1 ± 6,0	0.437
Escolaridade n (%)			0.296
Fundamental	1(12,50)	2 (2,17)	
Médio	6 (75)	76 (82,61)	
Superior	1(12,50)	14 (15,22)	
Raça n (%)			0.243
Amarela	0	4 (4,35)	
Branca	3 (37,50)	11 (11,96)	
Parda	3 (37,50)	54 (58,70)	
Preta	2 (25)	23 (25)	

Média ± DP: Desvio Padrão. Teste de Fisher e Qui-quadrado. Teste Mann-Whitney.

Tabela 2 – Características Clínicas e Obstétricas

Variáveis	Frouxidão Vaginal (n=8)	Sem Frouxidão Vaginal (n=92)	Valor P
IMC n (%)			0.651
Normal	1 (12,50)	23 (25)	
Sobrepeso	3 (37,50)	35 (38,04)	
Obesidade	4 (55,50)	34 (36,96)	
Gestação n (%)			0.763
Única	8 (100)	89 (96,74)	
Gemelar	0	3 (3,26)	
Parto n (%)			0.062
Vaginal	7 (87,50)	49 (53,26)	
Cesariana	1 (1)	43 (46,74)	
Idade gestacional / Média ± DP	38,5 ± 1,9	38,4 ± 1,4	0.768
Peso Recém-Nascido (RN) / Média ± DP*	3020 ± 594,2	3165 ± 459,9	0.237
Peso Recém-Nascido (RN) / Gramas*			0.653
< 2500	1 (12,50)	12 (13,05)	

2500 – 3499	6 (75)	62 (67,39)	
3500 – 4000	0	16 (17,39)	
> 4000	0	2 (2,17)	
Fórceps n (%)			0.598
Sim	0	3 (3,26)	
Vácuo extrator n (%)			0.764
Sim	0	1 (1,09)	
Posição expulsivo *			0.473
Não se aplica (cesariana)	1 (12,50)	43 (46,74)	
Litotomia	1 (12,50)	12 (13,05)	
Semi-sentada	2 (25)	15 (16,30)	
Banqueta	3 (37,50)	20 (21,74)	
4 apoios	-	2 (2,17)	
Duração período expulsivo (média ± DP)	39,4 ± 40,6	60,9 ± 49,4	0.343
Ocitocina *			0.498
Sim	3 (37,50)	46 (50)	
Anestesia Raquimedular			0.070
Sim	1 (12,50)	42 (45,65)	
Anestesia Peridural			0.625
Sim	4 (50)	38 (41,30)	
Episiotomia			0.070
Sim	2 (25)	6 (6,52)	
Laceração			0.383
0	2 (25)	48 (52,17)	
1	3 (37,50)	20 (21,74)	
2	3 (37,50)	20 (21,74)	
3	0	4 (4,35)	
Distócia de ombro			0.029
Sim	1 (12,50)	1 (1,09)	
Incontinência urinária de esforço			0.357
Sim	5 (62,50)	42 (45,65)	
Incontinência urinária de urgência			0.760
Sim	1 (12,50)	15 (16,30)	

Urgência			0.661
Sim	3 (37,50)	42 (45,65)	
Noctúria			0.321
Sim	7 (87,50)	88 (95,65)	
Constipação			0.675
Sim	6 (75)	65 (70,65)	
Incontinência anal			0.640
Sim	1 (12,50)	7 (7,61)	
Dispareunia			0.613
Sim	2 (25)	17 (18,48)	
Atividade sexual			0.988
Sim	8 (100)	60 (65,22)	
Incontinência coital			<0.001
Sim	1 (12,50)	2 (2,17)	

Legenda: *Dados não informados em um ou ambos os grupos. Média \pm DP: Desvio Padrão. Teste de Fisher e Qui-quadrado. Teste Mann-Whitney.

Tabela 3 - Comparação entre as Variáveis Clínicas e os Períodos de Avaliação dos questionários (n=100)

Variáveis	Recrutamento Inicial (%)	6 meses pós-parto (%)	Valor p
Sintomas urinários			
Incontinência urinária de esforço	47	10	<0.001
Uso de protetor absorvente	14	12	0.824
Urgência	45	10	<0.001
Incontinência urinária de urgência	16	9	0.144
Frequência urinária			<0.001
< 8x	20	28	
> 8x	80	72	
Noctúria	95	67	<0.001
Enurese	7,1	4	0.508
Disúria	5	5	0.999
Dor suprapúbica com repleção	26	9	0.002
Esforço para urinar	10	11	0.999
Sensação de esvaziamento incompleto	49	22	<0.001
Micção em tempos	20	15	0.424

História de ITU	33	11	<0.001
Sintomas intestinais			
Hábito intestinal			0.052
Regular	19	30	
Constipação	81	70	
Incontinência anal	8	18	0.064
Sintomas sexuais			
Incontinência coital/orgasmo	0	3	0.500
Dispareunia	19	21	0.839
Atividade sexual			0.230
Não	38	31	
Sim	62	69	

Legenda: Teste de McNemar; ITU: Infecção do Trato Urinário

Tabela 4 – Comparação entre os Escores dos Questionários e os Períodos de Avaliação dos questionários

Questionários	Recrutamento Inicial (média ± DP)	6 meses pós-parto (média ± DP)	Valor P
ICIQ-SF	3,18 ± 3,89	1,41 ± 3,76	<0.001
ICIQ-VS			
Sintomas Vaginais	6,61 ± 4,87	4,99 ± 5,73	0.002
Questões Sexuais	6,03 ± 11,22	5,02 ± 14,74	0.117
Qualidade de Vida	2,02 ± 2,76	1,71 ± 2,94	0.204
FSDS-R	4,11 ± 6,60	5,35 ± 10,77	0.722

Legenda: Média ± DP: Desvio Padrão; ICIQ-VS: *International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms*; FSDS-R: *Female Sexual Distress Scale Revised*; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*

Tabela 5 – Associação entre as Variáveis Clínicas e a Queixa de Frouxidão Vaginal (n=8)

Variáveis	Análise Univariada OR (IC 95%)	Valor P	Análise Multivariada OR (IC 95%)	Valor P
Parto				
Cesárea	0,14 (0,02 – 1,16)	0.069		
Laceração				
Grau 2	5,05 (0,85 –29,92)	0.074		
Posição expulsivo				
Semi-sentada	9,21 (0,89 –95,86)	0.063		
Incontinência urinária ao esforço	11,33 (2,40 – 53,60)	0.002		
Incontinência urinária de urgência	7,08 (1,41 – 35,59)	0.017	10,50 (1,90 – 58,10)	0.007
Incontinência coital	25,71 (2,07 – 319,80)	0.012	42,00 (3,11 – 566,38)	0.005
Constipação intestinal	5,58 (1,29 – 24,10)	0.021		
ICIQ-VS				
Sintomas Vaginais	1,31 (1,11 – 1,55)	0.001	1,32 (1,05 – 1,66)	0.015
Questões Sexuais	1,04 (1,00 – 1,09)	0.031		
Qualidade de Vida	1,31 (1,08 – 1,60)	0.007		
FSDS-R	1,05 (1,00 – 1,09)	0.036		
ICIQ-SF	1,33 (1,14 – 1,56)	0.001	1,25 (1,02 – 1,54)	0.028

Legenda: Regressão Logística; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; ICIQ-VS: *International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms*; FSDS-R: *Female Sexual Distress Scale Revised*; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*.

DISCUSSÃO

A FV ainda segue pouca investigada na literatura, sendo uma queixa que afeta negativamente a função sexual e qualidade de vida das mulheres^{12,13}. No presente estudo, a prevalência de FV em mulheres após o primeiro parto foi de 8%. O sintoma de incontinência urinária e o impacto na qualidade de vida avaliados pelo ICIQ-SF, bem como os sintomas vaginais avaliados pelo ICIQ-VS melhoraram seis meses após o parto. Na análise univariada, os escores dos questionários ICIQ-SF, ICIQ-VS e FSDS-R, além dos dados clínicos como a IUE, IUU, incontinência coital e constipação intestinal apresentaram associação com sintoma de FV, seis meses pós-parto. Entretanto, apenas o domínio sintomas vaginais do ICIQ-VS, o escore do ICIQ-SF, a IUU e incontinência coital mantiveram associação com o sintoma de FV na análise multivariada.

Com relação aos dados clínicos/obstétricos, apenas a distócia de ombro ($p=0,029$) e incontinência coital ($p<0,001$) foram estatisticamente diferentes entre os grupos. Packet *et al.*, identificaram que distócia de ombro foi um dos fatores preditivos para lesão obstétrica do esfíncter anal em mulheres primíparas. Esse tipo de lesão poderia ter alguma implicação para a integridade dos MAP e estar relacionada à FV. Porém, não encontramos associação entre a FV e a distócia de ombro e a incontinência coital²⁵. Incontinência coital parece ser um sintoma multifatorial, subnotificado, associado à gravidade da IUE e com efeito negativo sobre qualidade de vida e função sexual feminina²⁶⁻²⁹.

A maioria dos sintomas urinários e os escores do ICIQ-SF melhoraram seis meses após o parto. Isso pode ser explicado pelas alterações fisiológicas da gestação que implicam maior ocorrência de disfunções urinárias nesse período em relação ao pós-parto³⁰⁻³⁷. As mudanças hormonais associadas à expansão do útero gravídico e aumento do peso fetal sobre a bexiga contribuem para redução da capacidade vesical e aumento da irritabilidade dos músculos detrusores³¹⁻³⁴. A polaciúria, noctúria e urgência urinária são sintomas que tendem aumentar à medida que a gestação avança, podendo alcançar uma prevalência de 81%, 51% e 68,2% respectivamente, em mulheres nulíparas no terceiro trimestre gestacional e tendem a diminuir no pós-parto na maioria dos casos^{31,35-37}.

Vale ressaltar que a presença de incontinência urinária antes da gestação é o fator preditivo para IU na gestação, além de poder aumentar em até três vezes as chances de desenvolver IU no pós-parto³⁸⁻⁴⁰. No entanto, não avaliamos as queixas urinárias no período anterior à gestação. Leeman *et al.* encontraram maior relato de IU no terceiro trimestre

gestacional (74,1%) em relação a seis meses pós-parto de primíparas (59,8%)⁴¹ e Delft *et al.* revelaram menor sintoma de IU três meses pós-parto (64%) em relação ao terceiro trimestre gestacional (74%)⁴². A incontinência urinária de esforço foi o tipo de IU mais prevalente no presente estudo (47%), bem como outras pesquisas que avaliaram o sintoma de IU em primíparas^{30,35,36,42-44}. O ICIQ-SF e o sintoma de IUU mantiveram associação com o sintoma de FV na nossa análise multivariada também encontraram associação entre FV e IU, especificamente IUE, porém foi utilizado outro instrumento de medida em uma população não especificada⁵. Pereira *et al.* encontraram associação de sintomas urinários em mulheres com queixa de FV⁴⁵. Os achados de Talab *et al.* e Dietz *et al.* contrastam com os nossos, uma vez que a FV não foi associada a nenhum tipo de IU investigado^{1,3}. Quanto a associação entre a incontinência coital e o sintoma de FV, até o momento não há estudos com os mesmos achados. Apesar da análise multivariada ter sido estatisticamente significativa para essas variáveis, o reduzido número de casos de FV nessa amostra, não permite que esses achados se estendam para todas as mulheres com frouxidão vaginal.

Os dados obstétricos como tipo de parto (cesárea), laceração (grau 2) e posição do expulsivo (semi-sentada), apesar de não terem alcançado significância estatística, apresentaram valores próximos a 5% e relevância clínica para nossa pesquisa. A cesariana ($p=0,069$), semelhante ao estudo de Talab *et al.*, pareceu ser um fator protetivo ao sintoma de FV³. O mecanismo do parto vaginal, pode resultar em micro e macrotraumas dos músculos do assoalho pélvico levando à uma maior distensão dessa musculatura e maior dimensão do hiato genital, contribuindo para o sintoma de FV^{5,7,9}. Traumas perineais são frequentes durante o parto vaginal, podendo chegar à uma prevalência de 85%, sendo a primiparidade um fator de risco para lacerações graves (grau 3 e 4)⁴⁶. Contudo, somente quatro mulheres do grupo sem frouxidão vaginal apresentaram laceração de grau 3, sendo as lacerações grau 1 e 2 (lacerações leves) mais frequentes na nossa amostra. No grupo com frouxidão vaginal, a laceração grau 2, apresentou nível de significância próximo a 5% ($p=0,074$). Isso pode sugerir que danos na integridade dos MAP, provocados por lacerações grau 2, contribua para a presença do sintoma de FV após o primeiro parto. A posição durante o período expulsivo que mais se aproximou do valor de significância de $p=0,05$ foi a semi-sentada ($p=0,063$). No estudo de Nogueira Reis *et al.*, a posição semi-sentada foi a mais utilizada e teve maior frequência de lacerações leves. Porém, não se estabeleceu nenhuma associação desta posição com o sintoma de FV⁴⁷. Vale ressaltar que essas interpretações clínicas se tratam de hipóteses que não obtiveram diferenças

estatisticamente significativas, sendo necessário mais estudos com amostras maiores para confirmar uma possível associação dessas variáveis com a FV.

A presença de sintomas vaginais avaliados pelo ICIQ-VS nesse estudo diminuiu significativamente seis meses após o parto. Os escores do ICIQ-VS, em todos os domínios, aumentaram em uma vez a chance de nossas participantes desenvolverem FV. O estudo de McDonald *et al.* contrasta com os nossos achados pelo aumento de sintomas vaginais em primíparas no pós-parto devido à falta de lubrificação (29,6% na gestação e 48,2% seis meses pós-parto); aperto vaginal (21,2% na gestação e 34,1% seis meses pós-parto)²⁰. O'Malley *et al.* avaliaram sintomas vaginais como aperto vaginal, lubrificação e FV em primíparas no início da gravidez e seis meses após o parto e também encontraram piora no segundo momento. Entretanto, os autores não utilizaram questionário validado⁴⁸. Outro estudo que difere dos nossos resultados é de Abdool *et al.*, que avaliaram 83 mulheres primíparas sul-africanas entre 35 e 39 semanas de idade gestacional e três a seis meses após o parto com objetivo de determinar o impacto do parto sobre os MAP. Os escores de sintomas vaginais do ICIQ-VS para FV, vagina seca, interferência na vida sexual e qualidade de vida foram significativamente maiores no período pós-parto⁴⁹.

Apesar de não ter alcançado diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o escore total do FSDS-R piorou seis meses após o parto. Mulheres primíparas podem levar de três a dezoito meses para melhora de disfunções de assoalho pélvico que afetam negativamente a saúde sexual⁵⁰. No estudo de Witting *et al.*, primíparas tiveram menor satisfação sexual e maior intensidade de dor na relação sexual quando comparado às múltíparas⁵¹. Pereira *et al.*, encontraram escores maiores no FSDS-R em mulheres com FV quando comparadas àquelas sem FV². Em outro estudo, o sintoma de FV foi preditivo de sofrimento sexual avaliadas pelo FSDS-R em mulheres com e sem câncer de mama⁶.

A prevalência de FV em primíparas no nosso estudo foi de 8%. Acreditamos que o número de mulheres que ainda não havia retomado atividade sexual seis meses após o parto (31%) pode ter interferido nessa taxa, já que o sintoma de FV é percebido durante a relação sexual^{1,3,5}. Contudo, até o momento, não encontramos na literatura nenhum estudo que avaliasse a FV em uma população exclusivamente de primíparas como desfecho primário, a partir de um questionário validado e suas associações com sintomas sexuais, urinários, intestinais e dados obstétricos. McDonald *et al.* investigaram a incidência e prevalência de problemas de saúde materna em primíparas até um ano pós-parto. O sintoma de FV foi reportado em 3,2% até 24 semanas de idade gestacional e 15% seis meses após o parto²⁰. Em outro estudo, seis meses

após o parto 13,4% de mulheres primíparas reportaram FV, porém não utilizaram questionário validado⁴⁸. Barret *et al.* encontraram prevalência de 12% de FV em primíparas seis meses após o parto, porém não utilizaram questionário validado e o desfecho primário do estudo era saúde sexual e fatores associados à dispareunia⁵². A FV também foi avaliada em jovens nulíparas de 15 a 29 anos, atletas e não-atletas apresentando respectivamente ocorrência de 13,8% e 19,2%⁵³. No estudo de Durnea *et al.*, a prevalência de FV foi de 5% em mulheres primíparas com 15 semanas de idade gestacional⁵⁴. Outros estudos abordam a prevalência de FV, porém em população de múltiparas^{1,3,5,11,55}.

Pontos fortes e limitações

Os pontos fortes do nosso estudo foram avaliar a prevalência de um sintoma subnotificado como a FV apenas em primíparas, sem essa queixa prévia, com objetivo de eliminar o viés de confusão em relação à FV com a paridade. Outro ponto forte foi identificar a associação entre a FV e sintomas de disfunções do assoalho pélvico (sintomas urinários, vaginais e sexuais) através de questionários validados. Contudo, encontramos algumas limitações. As participantes não foram investigadas no período anterior à gestação sobre a presença de sintomas prévios. O impacto da amamentação na função sexual, o tipo de atividade sexual e o motivo, em caso de ausência de relações sexuais, também não foram investigados. Além disso, a pergunta retrospectiva da presença ou não de FV, durante a gestação no recrutamento inicial, está sujeita ao viés de memória das participantes.

CONCLUSÃO

A prevalência de frouxidão vaginal, nessa amostra de primíparas, foi menor que o relatado em outros estudos e mostrou associação com a ocorrência de sintomas vaginais, de incontinência urinária de urgência e incontinência coital, seis meses pós-parto.

REFERÊNCIAS

- 1 Dietz HP, Stankiewicz M, Atan IK, Ferreira CW, Socha M. Vaginal laxity: what does this symptom mean? *Int Urogynecol J* 2018; 29: 723–8.
- 2 Pereira GMV, Juliato CRT, Gomes DAY, de Souza Beltramini T, de Castro Monteiro MV, Brito LGO. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Female Sexual Distress Scale-Revised questionnaire for women with vaginal laxity. *Int Urogynecol J* 2022;1–8.
- 3 Talab S, Al-Badr A, AlKusayer GM, Dawood A, Bazi T. Correlates of vaginal laxity symptoms in women attending a urogynecology clinic in Saudi Arabia. *Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2019; 145: 278–82.
- 4 Haylen BT, Maher CF, Barber MD, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodyn* 2016; 35: 137–68.
- 5 Campbell P, Krychman M, Gray T, et al. Self-Reported Vaginal Laxity-Prevalence, Impact, and Associated Symptoms in Women Attending a Urogynecology Clinic. *J Sex Med* 2018; 15: 1515–7.
- 6 Qureshi AA, Sharma K, Thornton M, Myckatyn TM, Tenenbaum MM. Vaginal Laxity, Sexual Distress, and Sexual Dysfunction: A Cross-Sectional Study in a Plastic Surgery Practice. *Aesthetic Surg J* 2018; 38: 873–80.
- 7 Krychman M, Rowan CG, Allan BB, Durbin S, Yacoubian A, Wilkerson D. Effect of Single-Session, Cryogen-Cooled Monopolar Radiofrequency Therapy on Sexual Function in Women with Vaginal Laxity: The VIVEVE I Trial. *J Womens Health (Larchmt)* 2018; 27: 297–304.
- 8 Manzini C, Friedman T, Turel F, Dietz HP. Vaginal laxity: which measure of levator ani distensibility is most predictive? *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55: 683–7.
- 9 Qureshi AA, Tenenbaum MM, Myckatyn TM. Nonsurgical Vulvovaginal Rejuvenation With Radiofrequency and Laser Devices: A Literature Review and Comprehensive Update for Aesthetic Surgeons. *Aesthetic Surg J* 2018; 38: 302–11.
- 10 Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC, Tabirca SS, O'Reilly BA. The role of prepregnancy pelvic floor dysfunction in postnatal pelvic morbidity in primiparous women. *Int Urogynecol J* 2014; 25: 1363–74.
- 11 Al-Badr A, Saleem Z, Kaddour O, et al. Prevalence of pelvic floor dysfunction: a Saudi national survey. *BMC Womens Health* 2022; 22: 27.
- 12 Alexander JW, Gillor M, Dietz HP. Is vaginal laxity an early symptom of pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J* 2022; 33: 1927–31.
- 13 Kim JH, Kim K, Ahn S, et al. Pilot study of radiofrequency thermal therapy performed twice on the entire vaginal wall for vaginal laxity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 254: 159–63.
- 14 Pauls RN, Fellner AN, Davila GW. Vaginal laxity: a poorly understood quality of life problem; a survey of physician members of the International Urogynecological Association (IUGA). *Int Urogynecol J* 2012; 23: 1435–48.

- 15 Roos A-M, Speksnijder L, Steensma AB. Postpartum sexual function; the importance of the levator ani muscle. *Int Urogynecol J* 2020; 31: 2261–7.
- 16 Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 145: 133–7.
- 17 Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 647–55.
- 18 Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288: 785–92.
- 19 Organization WH. Sexual health, human rights and the law. World Health Organization, 2015.
- 20 McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth* 2015; 42: 354–61.
- 21 von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61(4):344-9.
- 22 Tamanini JTN, Almeida FG, Girotti ME, Riccetto CLZ, Palma PCR, Rios LAS. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 1385–91.
- 23 Price N, Jackson SR, Avery K, Brookes ST, Abrams P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. *BJOG* 2006; 113: 700–12.
- 24 Tamanini JTN, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr R. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short form"(ICIQ-SF). *Rev Saude Publica* 2004; 38: 438–44.
- 25 Packet B, Page AS, Cattani L, Bosteels J, Deprest J, Richter J. Predictive factors for obstetric anal sphincter injury in primiparous women: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2023 Oct;62(4):486-496.
- 26 Grzybowska ME, Wydra DG. Coital incontinence: a factor for deteriorated health-related quality of life and sexual function in women with urodynamic stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2017 May;28(5):697-704.
- 27 Lau HH, Huang WC, Su TH. Urinary leakage during sexual intercourse among women with incontinence: Incidence and risk factors. *PLoS One*. 2017 May 24;12(5):e0177075.
- 28 Mendez MH, Sexton SJ, Lentz AC. Contemporary Review of Male and Female Climacturia and Urinary Leakage During Sexual Activities. *Sex Med Rev*. 2018 Jan;6(1):16-28.
- 29 Tarhan F, Ay P. Development and validity of a questionnaire for coital urinary incontinence: clinical and urodynamic analysis. *Int Urogynecol J*. 2019 Dec;30(12):2141-2148.
- 30 Viktrup L, Lose G, Rolf M, Barfoed K. The frequency of urinary symptoms during pregnancy and puerperium in the primipara. *Int Urogynecol J* 1993; 4: 27–30.

- 31 Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int* 2002; 89: 469–76.
- 32 Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. In: *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 2014: 444.
- 33 Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 901–12.
- 34 Law H, Fiadjoe P. Urogynaecological problems in pregnancy. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol* 2012; 32: 109–12.
- 35 van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, Heintz APM, van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn* 2006; 25: 135–9.
- 36 Liang C-C, Chang S-D, Lin S-J, Lin Y-J. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 1205–10.
- 37 Fritel X. [Pelvic floor and pregnancy]. *Gynecol Obstet Fertil* 2010; 38: 332–46.
- 38 Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 178: 27–34.
- 39 Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C. Incidence and etiology of pelvic floor dysfunction and mode of delivery: an overview. *Dis Colon Rectum* 2009; 52: 1186–95.
- 40 Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J* 2010; 21: 193–202.
- 41 Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth* 2016; 43: 293–302.
- 42 van Delft K, Sultan AH, Thakar R, Schwertner-Tiepelmann N, Kluivers K. The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. *BJOG* 2014; 121: 1164–71; discussion 1172.
- 43 Pereira GMV, Reis ZSN, Rodrigues BD e S, Buzatti KCLR, da Cruz MC, de Castro Monteiro MV. Association between pelvic floor dysfunction, and clinical and ultrasonographic evaluation in primiparous women: a cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet* 2018; 298: 345–52.
- 44 Crane AK, Geller EJ, Bane H, Ju R, Myers E, Matthews CA. Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013; 19: 13–6.
- 45 Pereira GMV, Juliato CRT, de Almeida CM, Valente IS, de Andrade KC, Brito LGO. Measurement of the vaginal wall thickness by transabdominal and transvaginal ultrasound of women with vaginal laxity: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2022; 33(12):3563-3572.
- 46 Monteiro MVC, Pereira GMV, Aguiar RALP, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZSN. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J* 2015; 27: 61-67.

- 47 Reis ZSN, Pereira GMV, Vianini ALF, Monteiro MVC, Aguiar RALP. Do we know how to avoid OASIs in non-supine birth positions? A retrospective cohort analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2019;41: 581–587.
- 48 O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18: 1–13.
- 49 Abdool Z, Lindeque BG, Dietz HP. The impact of childbirth on pelvic floor morphology in primiparous Black South African women: a prospective longitudinal observational study. *Int Urogynecol J* 2018; 29: 369–75.
- 50 Pardell-Dominguez L, Palmieri PA, Dominguez-Cancino KA, et al. The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21: 1–13.
- 51 Witting K, Santtila P, Alanko K, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 89–106.
- 52 Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000 Feb;107(2):186-95.
- 53 Almeida MBA, Barra AA, Saltiel F, Silva-Filho AL, Fonseca A, Figueiredo EM. Urinary incontinence and other pelvic floor dysfunctions in female athletes in Brazil: A cross-sectional study. *Scand J Med Sci Sports* 2016; 26: 1109–16.
- 54 Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC, Tabirca SS, O'Reilly BA. An insight into pelvic floor status in nulliparous women. *Int Urogynecol J* 2014; 25: 337–45.
- 55 Cooper J, Annappa M, Dracocardos D, Cooper W, Muller S, Mallen C. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a cross-sectional survey. *Int Urogynecol J* 2015; 26: 505–10.

Legenda das Tabelas e Figura:

Figura 1. Fluxograma das primíparas recrutadas para o estudo

Tabela 1. Características Sociodemográficas

Tabela 2. Características Clínicas e Obstétricas

Tabela 3. Comparação entre as Variáveis Clínicas e os Períodos de Avaliação dos questionários

Tabela 4. Comparação entre os Escores dos Questionários e os Períodos de Avaliação dos questionários

Tabela 5. Associação entre as Variáveis Clínicas e a Queixa de Frouidão Vaginal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDOOL, Z.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. Postpartum female sexual function. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 145, n. 2, p. 133–137, ago. 2009.
- AL-BADR, A. et al. Prevalence of pelvic floor dysfunction: a Saudi national survey. **BMC Women's Health**, v. 22, n. 1, p. 27, 2022.
- ALEXANDER, J. W.; GILLOR, M.; DIETZ, H. P. Is vaginal laxity an early symptom of pelvic organ prolapse? **International urogynecology journal**, v. 33, n. 7, p. 1927–1931, jul. 2022.
- ALMEIDA, M. B. A. et al. Urinary incontinence and other pelvic floor dysfunctions in female athletes in Brazil: A cross-sectional study. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**, v. 26, n. 9, p. 1109–1116, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, D.; ASSOCIATION, A. P. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. [s.l.] American psychiatric association Washington, DC, 2013. v. 5
- ANZAKU, A.; MIKAH, S. Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. **Annals of medical and health sciences research**, v. 4, n. 2, p. 210–216, mar. 2014.
- BANAEI, M. et al. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. **Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 411–418, abr. 2020.
- BARRETT, G. et al. Women's sexual health after childbirth. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 107, n. 2, p. 186–195, fev. 2000.
- CAI, L. et al. Does vaginal delivery affect postnatal coitus? **International journal of impotence research**, v. 26, n. 1, p. 24–27, jan. 2014.
- CAMPBELL, P. et al. Self-Reported Vaginal Laxity-Prevalence, Impact, and Associated Symptoms in Women Attending a Urogynecology Clinic. **The journal of sexual medicine**, v. 15, n. 11, p. 1515–1517, nov. 2018.
- DEAN, N. et al. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and

incontinence: a cross-sectional study six years post-partum. **The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology**, v. 48, n. 3, p. 302–311, jun. 2008.

DIETZ, H. P. et al. Vaginal laxity: what does this symptom mean? **International urogynecology journal**, v. 29, n. 5, p. 723–728, maio 2018.

DURNEA, C. M. et al. An insight into pelvic floor status in nulliparous women. **International urogynecology journal**, v. 25, n. 3, p. 337–345, mar. 2014a.

DURNEA, C. M. et al. The role of prepregnancy pelvic floor dysfunction in postnatal pelvic morbidity in primiparous women. **International urogynecology journal**, v. 25, n. 10, p. 1363–1374, out. 2014b.

GASPAR, J. et al. **Sistema de informação em saúde para o monitoramento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal: SISMater**. 8th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI-IEEE). **Anais...**2013.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). **Neurourology and urodynamics**, v. 35, n. 2, p. 137–168, fev. 2016.

HOLANDA, J. B. DE L. et al. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 573–578, 2014.

KAMISAN ATAN, I. et al. The association between vaginal parity and hiatal dimensions: a retrospective observational study in a tertiary urogynaecological centre. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 122, n. 6, p. 867–872, maio 2015.

KHAJEHEI, M. et al. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. **Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine**, v. 34, n. 2, p. 126–130, abr. 2009.

KIM, J. H. et al. Pilot study of radiofrequency thermal therapy performed twice on the entire vaginal wall for vaginal laxity. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 254, p. 159–163, nov. 2020.

KLEIN, K. et al. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? **Journal of women's health (2002)**, v. 18, n. 8, p. 1227–1231, ago. 2009.

KRYCHMAN, M. et al. Effect of Single-Session, Cryogen-Cooled Monopolar

Radiofrequency Therapy on Sexual Function in Women with Vaginal Laxity: The VIVEVE I Trial. **Journal of women's health** (2002), v. 27, n. 3, p. 297–304, mar. 2018.

LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex after childbirth: postpartum sexual function.

Obstetrics and gynecology, v. 119, n. 3, p. 647–655, mar. 2012.

LURIE, S. et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study.

Archives of gynecology and obstetrics, v. 288, n. 4, p. 785–792, out. 2013.

MANZINI, C. et al. Vaginal laxity: which measure of levator ani distensibility is most predictive? **Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the**

International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, v. 55, n. 5, p. 683–687, maio 2020.

MCDONALD, E.; WOOLHOUSE, H.; BROWN, S. J. Consultation about Sexual Health

Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 42, n. 4, p. 354–361, dez. 2015.

MILLHEISER, L.; KINGSBERG, S.; PAULS, R. **A cross-sectional survey to assess the prevalence and symptoms associated with laxity of the vaginal introitus.** International

urogynecology journal. **Anais...** Presented at: ICS Annual Meeting; Toronto, Ontario, Canada. August 23-27, 2010., 2010.

MILLHEISER, L. S. et al. Radiofrequency treatment of vaginal laxity after vaginal delivery: nonsurgical vaginal tightening. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 9, p. 3088–3095, set. 2010.

PARDELL-DOMINGUEZ, L. et al. The meaning of postpartum sexual health for women

living in Spain: a phenomenological inquiry. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, p. 1–13, 2021.

PAULS, R. N.; FELLNER, A. N.; DAVILA, G. W. Vaginal laxity: a poorly understood

quality of life problem; a survey of physician members of the International Urogynecological Association (IUGA). **International urogynecology journal**, v. 23, n. 10, p. 1435–1448, out. 2012.

PEREIRA, G. M. V. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian

Portuguese version of the Female Sexual Distress Scale-Revised questionnaire for women with vaginal laxity. **International urogynecology journal**, p. 1–8, maio 2022a.

PEREIRA, G. M. V. et al. Measurement of the vaginal wall thickness by transabdominal and transvaginal ultrasound of women with vaginal laxity: a cross-sectional study. **International urogynecology journal**, v. 33, n. 12, p. 3563–3572, dez. 2022b.

PRICE, N. et al. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 113, n. 6, p. 700–712, jun. 2006.

QURESHI, A. A.; TENENBAUM, M. M.; MYCKATYN, T. M. Nonsurgical Vulvovaginal Rejuvenation With Radiofrequency and Laser Devices: A Literature Review and Comprehensive Update for Aesthetic Surgeons. **Aesthetic surgery journal**, v. 38, n. 3, p. 302–311, fev. 2018.

ROOS, A.-M.; SPEKSNIJDER, L.; STEENSMA, A. B. Postpartum sexual function; the importance of the levator ani muscle. **International urogynecology journal**, v. 31, n. 11, p. 2261–2267, nov. 2020.

SIGNORELLO, L. B. et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 184, n. 5, p. 881–890, 2001.

TALAB, S. et al. Correlates of vaginal laxity symptoms in women attending a urogynecology clinic in Saudi Arabia. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 145, n. 3, p. 278–282, jun. 2019.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short form"(ICIQ-SF). **Revista de saude publica**, v. 38, p. 438–444, 2004.

TAMANINI, J. T. N. et al. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapse. **International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction**, v. 19, n. 10, p. 1385–1391, out. 2008.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Lancet (London, England)**, v. 370, n. 9596, p. 1453–1457, out. 2007.

VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. **Journal of psychosomatic research**, v. 47, n. 1, p. 27–49, jul. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health, human rights and the law**. [s.l.] World Health Organization, 2015.

YENIEL, A. O.; PETRI, E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. **International urogynecology journal**, v. 25, n. 1, p. 5–14, jan. 2014.

ZHANG, Q. et al. Sexual function in Chinese women from pregnancy to postpartum: a multicenter longitudinal prospective study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 21, n. 1, p. 65, jan. 2021.

ANEXO A – Parecer de aprovação na COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Frouidão Vaginal Após Primeiro Parto.

Pesquisador: MARILENE VALE DE CASTRO MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48809621.2.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.865.026

Apresentação do Projeto:

A definição de frouidão vaginal não é ainda muito esclarecida. De acordo com a Associação Internacional de Uroginecologia (International Urogynecological Association – IUGA) juntamente com Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society – ICS) a frouidão vaginal se caracteriza pelo relaxamento excessivo da vagina percebido pela paciente. A função sexual no pós-parto é influenciada por mudanças biológicas, sociais e psicológicas. Apesar da prevalência de disfunções do assoalho pélvico (DAP) no pós-parto e o conseqüente impacto na qualidade de vida feminina, há limitada atenção e cuidado na queixa de frouidão vaginal por parte dos profissionais de saúde. A

hiperdistensibilidade do músculo levantador do ânus parece ter uma forte associação com sintoma de frouidão vaginal, prolapso genitais, parto vaginal e traumas perinatais. A frouidão vaginal é mais comum em mulheres mais jovens e após parto vaginal. Entretanto, a prevalência de frouidão vaginal após o primeiro parto não é bem determinada. Este estudo tem como objetivo verificar a prevalência de frouidão vaginal após o primeiro parto e suas correlações com fatores preditivos obstétricos. O estudo propõe um estudo observacional transversal com 96 participantes recrutadas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre gestantes maiores de 18 anos com dois grupos de 48 participantes, divididos pelo parto vaginal ou cesáreo.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se há diferença na prevalência da frouidão vaginal nas primíparas submetidas ao parto

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.005.026

vaginal ou parto cesariana.

Verificar se há correlação entre a ocorrência de frouxidão vaginal e outras disfunções do assoalho pélvico.

Verificar fatores de riscos obstétricos para a ocorrência de frouxidão vaginal.

Correlacionar a queixa de frouxidão vaginal com a avaliação das funções do assoalho pélvico: propriocepção, dor, tônus muscular, reflexo (reação), controle (contração), controle (relaxamento), coordenação, força e resistência musculares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

riscos

exposição dos dados individuais, constrangimento nos questionamentos e avaliação por exame ginecológico ao terceiro mês pós parto.

benefícios

Os benefícios deste estudo serão coletivos, será fornecer informações sobre frouxidão vaginal em mulheres após o parto e sua relação com fatores potencializadores deste sintoma. Neste sentido, as informações obtidas irão contribuir para a tomada de decisões e condutas clínicas dos profissionais de saúde de maneira mais adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora propõe estudo observacional com informações colhidas em entrevistas e exame clínico de participantes. Propõe um modelo de TCLE que identifica os riscos e os benefícios coletivos. Projeto foi aprovado pelo Departamento de Ginecologia e a pesquisadora apenas aprovação Unidade Funcional e do GEP do Hospital das Clínicas. O projeto é factível e atende as demandas éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

parecer GEP- HCUFMG, com parecer da Unidade Funcional

parecer Dep Ginecologia da Faculdade Medicina

projeto de pesquisa

Recomendações:

Trocar o termo "sujeito" por "participante da pesquisa no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer, SMJ, que o projeto deva ser aprovado.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/ 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: cosp@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.005.026

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1716453.pdf	02/07/2021 10:12:33		Aceito
Outros	ParecerGEP.pdf	02/07/2021 10:12:09	MARILENE VALE DE CASTRO	Aceito
Outros	ParecerDGO.pdf	22/04/2021 17:21:36	MARILENE VALE DE CASTRO	Aceito
Outros	ParecerUnidadeFuncional.PDF	22/04/2021 17:21:09	MARILENE VALE DE CASTRO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	22/04/2021 17:20:29	MARILENE VALE DE CASTRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	11/03/2021 17:25:02	MARILENE VALE DE CASTRO MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/03/2021 17:24:45	MARILENE VALE DE CASTRO MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Si 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.005.026

BELO HORIZONTE, 24 de Julho de 2021

Assinado por:
Cristina Caren Paiva Fontalva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/N 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Número do registro: CAAE nº 48809821.2.0000.5149

Título do Projeto: Prevalência de Frouxidão Vaginal Após o Primeiro Parto.

A Senhora está sendo convidada a participar da PESQUISA chamada “Prevalência de Frouxidão Vaginal Após Primeiro Parto”.

A frouxidão vaginal é um sintoma bastante comum entre as mulheres. Esta condição causa grande constrangimento, impactando negativamente na vida sexual, qualidade de vida, relacionamento e autoestima.

Apesar de muito comum, este é um sintoma pouco notificado e abordado pelos profissionais de saúde.

Este estudo irá avaliar a ocorrência de frouxidão vaginal em mulheres após o primeiro parto normal ou cesariana. Para isso, iremos lhe fazer algumas perguntas através de alguns questionários.

A sua participação no estudo, consiste em a Senhora autorizar que seus dados clínicos sejam analisados pelos pesquisadores, responder as perguntas no nosso primeiro contato e seis meses após o parto. No sexto mês pós parto, você poderá responder as perguntas via questionário online ou por contato telefônico, caso não possa comparecer presencialmente. Se a Senhora optar por contato telefônico, as suas respostas serão gravadas e armazenadas junto aos dados do estudo. O seu nome será substituído por um número para proteger a sua identidade.

Você tem o direito de ser manter atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa. Para isto, basta entrar em contato com a investigadora responsável.

A sua participação neste estudo é voluntária e não está prevista qualquer forma de ressarcimento de valores ou indenização porventura gastos por você para participação nesta pesquisa.

Você pode esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa da pesquisa e tem a liberdade de recusar ou retirar seu consentimento em participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à sua assistência de saúde no ambulatório do Hospital das Clínicas/UFMG. Todas as informações obtidas serão anotadas e transcritas, sendo mantida sua identidade em sigilo. Os resultados desse estudo serão publicados em revistas médicas.

O risco que a pesquisa pode trazer a sua pessoa é o de constrangimento (vergonha) em relação às perguntas contidas nos questionários. Todos os procedimentos serão realizados de forma reservada e com cuidado.

Os benefícios deste estudo são de fornecer informações sobre frouxidão vaginal em mulheres após o parto e sua relação com fatores potencializadores deste sintoma. Neste sentido, as informações obtidas irão contribuir para a tomada de decisões e condutas clínicas dos profissionais de saúde de maneira mais adequada.

A responsável por esta pesquisa é Profa. Marilene Vale de Castro Monteiro, médica ginecologista.

Você irá receber uma via deste termo de consentimento e a outra via ficará com as pesquisadoras. Caso precise esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (31) 3307-9395.

Em caso de dúvidas éticas, a Senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG localizado à Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 31270-901 e/ou pelo telefone (31) 34094592.

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma via deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

De pleno acordo.

Cidade:

Data:

Prof Marilene Vale de Castro Monteiro

Assinatura do sujeito da pesquisa

Endereço: _____ Telefone: _____
Email: _____ CI: _____ CPF: _____ DN: __/__/__

ANEXO C – ICIQ-VS

ICIQ-VS EM PORTUGUÊS
 Número Inicial CONFIDENCIAL

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS VAGINAIS

Muitas pessoas apresentam sintomas vaginais de vez em quando. Estamos tentando descobrir quantas pessoas apresentam sintomas vaginais e quanto isso as incomoda. Ficaríamos agradecidos se você pudesse responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

Por favor, escreva a data de hoje:

DIA MES ANO

Por favor, escreva sua data de nascimento:

DIA MES ANO

Sintomas vaginais:

1a. Você percebe uma dor em pressão ou peso no seu abdômen inferior (pé da barriga)?

 nunca 0

 ocasionalmente 1

 às vezes 2

 na maior parte do tempo 3

 o tempo todo 4

1b. Quanto isso incomoda você?

Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 nada muito

2a. Você percebe que sua vagina está dolorida?

 nunca 0

 ocasionalmente 1

 às vezes 2

 na maior parte do tempo 3

 o tempo todo 4

2b. Quanto isso incomoda você?

Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 nada muito

3a. Você sente que tem uma redução de sensibilidade ou amortecimento na sua vagina ou em volta dela ?

de jeito nenhum 0
 muito pouco 1
 moderadamente 2
 muito 3

3b. Quanto isso incomoda você?
 Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nada muito

Prolapso (bexiga caída) é um problema comum que afeta a sustentação normal dos órgãos pélvicos, e que resulta na descida ou "queda" das paredes vaginais ou dos próprios órgãos pélvicos. Isto pode incluir a bexiga, o intestino e o útero. Os sintomas são geralmente piores em pé ou fazendo força (por exemplo: carregar peso, tossir, fazer exercícios) e geralmente melhoram ao deitar e relaxar.

O prolapso pode causar vários problemas. Nós estamos tentando descobrir quantas pessoas apresentam prolapso e quanto isto as incomoda. Ficariamos agradecidos se você pudesse responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

4a. Você sente sua vagina muito frouxa ou larga?

de jeito nenhum 0
 um pouco 1
 moderadamente 2
 muito 3

4b. Quanto isso incomoda você?
 Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nada muito

5a. Você percebe um "caroço" ou uma "bola" descendo na sua vagina?

nunca 0
 ocasionalmente 1
 às vezes 2
 na maior parte do tempo 3
 o tempo todo 4

5b. Quanto isso incomoda você?
 Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nada muito

6a. Você sente um "caroço" ou "bola" saindo de sua vagina de forma que você possa senti-la ou vê-la fora dela?

nunca 0
 ocasionalmente 1
 às vezes 2
 na maior parte do tempo 3
 o tempo todo 4

6b. Quanto isso incomoda você?
Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nada muito

7a. Você sente que sua vagina é muito seca?

nunca 0
 ocasionalmente 1
 às vezes 2
 na maior parte do tempo 3
 o tempo todo 4

7b. Quanto isso incomoda você?
Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nada muito

8a. Você tem que colocar o dedo na sua vagina para ajudar a evacuar (fazer cocô)?

nunca 0
 ocasionalmente 1
 às vezes 2
 na maior parte do tempo 3
 o tempo todo 4

8b. Quanto isso incomoda você?
Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nada muito

9a. Você sente que sua vagina é muito apertada?

	nunca	<input type="checkbox"/>	0
	ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	1
	às vezes	<input type="checkbox"/>	2
	na maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	3
	o tempo todo	<input type="checkbox"/>	4

9b. Quanto isso incomoda você?
Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										muito

Questões sexuais

Ficariamos agradecidos se você pudesse responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

10. Atualmente você tem vida sexual?

	sim	<input type="checkbox"/>	0
	não, por causa dos meus sintomas vaginais	<input type="checkbox"/>	1
	não por outros motivos	<input type="checkbox"/>	2

Se NÃO, por favor vá para a questão 14.

11a. Seu problema de vagina interfere na sua vida sexual?

	de jeito nenhum	<input type="checkbox"/>	0
	um pouco	<input type="checkbox"/>	1
	moderadamente	<input type="checkbox"/>	2
	muito	<input type="checkbox"/>	3

11b. Quanto isso incomoda você?
Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										muito

12a. Você sente que seu relacionamento com seu parceiro é afetado pelos sintomas vaginais?

	de jeito nenhum	<input type="checkbox"/>	0
	um pouco	<input type="checkbox"/>	1
	moderadamente	<input type="checkbox"/>	2
	muito	<input type="checkbox"/>	3

12b. Quanto isso incomoda você?
Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										muito

13. Quanto você acha que sua vida sexual tem sido prejudicada pelos seus sintomas vaginais?

Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nada muito

Ficariamos agradecidos se você pudesse responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

14. Em geral, quanto seus sintomas vaginais interferem na sua vida diária?

Por favor, circule um número de 0 (nada) a 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nada muito

Muito obrigado por ter respondido essas questões.

ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS VAGINAIS

(Esta seção é somente para uso administrativo)

Número do Paciente: _____

I - ESCORE DE "SINTOMAS VAGINAIS" (ESV)

ESV = 2x("Dor em pressão ou peso") + 2x("Vagina dolorida") + ("Redução de sensibilidade") + 2x("Vagina muito frouxa ou larga") + 2x("Caroço ou bola descendo") + 2x("Caroço ou bola saindo") + 2x("Vagina muito seca") + ("Evacuação fecal")

Sintomas	Escore	Escore Ponderado
Q1. "Dor em pressão ou peso"		X 2 =
Q2. "Vagina dolorida"		X 2 =
Q3. "Redução de sensibilidade"		X 1 =
Q4. "Vagina muito frouxa ou larga"		X 2 =
Q5. "Caroço ou bola descendo"		X 2 =
Q6. "Caroço ou bola saindo"		X 2 =
Q7. "Vagina muito seca"		X 2 =
Q8. "Evacuação fecal"		X 1 =
ESCORE TOTAL DE SINTOMAS VAGINAIS		

* NOTA: A Questão 9 ("Vagina muito apertada") é primariamente para detectar potencial de complicação pós-operatória e, portanto, não está incluída no sistema de cálculo de escore final.

II - ESCORE DE "QUESTÕES SEXUAIS" (EQS)

EQS = ("Vida sexual prejudicada") + 8x("Preocupações sobre a vagina interferir na vida sexual") + 8x("Relacionamento com parceiro afetado")

Sintomas	Escore	Escore Ponderado
Q11. "Preocupação sobre a vagina interferir na vida sexual"		X 8 =
Q12. "Relacionamento com parceiro afetado"		X 8 =
Q13. "Vida sexual prejudicada"		X 1 =
ESCORE TOTAL DE QUESTÕES SEXUAIS		

III - ESCORE DE "QUALIDADE DE VIDA" (EQV)

QUALIDADE DE VIDA	Escore
Q14. "Qualidade de vida afetada"	

ANEXO D – ICIQ-SF

ICIQ - SF	
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____	
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.	
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)	
2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)	
	Nunca <input type="checkbox"/> 0
	Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> 1
	Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> 2
	Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 3
	Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4
	O tempo todo <input type="checkbox"/> 5
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)	
	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0
	Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> 2
	Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> 4
	Uma grande quantidade <input type="checkbox"/> 6
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não interfere	Interfere muito
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____	
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)	
	Nunca <input type="checkbox"/>
	Perco antes de chegar ao banheiro <input type="checkbox"/>
	Perco quando tosse ou espiro <input type="checkbox"/>
	Perco quando estou dormindo <input type="checkbox"/>
	Perco quando estou fazendo atividades físicas <input type="checkbox"/>
	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo <input type="checkbox"/>
	Perco sem razão óbvia <input type="checkbox"/>
	Perco o tempo todo <input type="checkbox"/>

"Obrigado por você ter respondido às questões"

Figura - Versão em português do ICIQ-SF.

ANEXO E – STROBE Statement

STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	20-22
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	21-22
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	22-23
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	23
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	23
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	23
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	24
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	24
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	24
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	24
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	25
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	24
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	25
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	25
		(c) Explain how missing data were addressed	24
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	25
		(e) Describe any sensitivity analyses	N/A

Results

Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	25
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	25
		(c) Consider use of a flow diagram	25-26
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	25-29
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	25
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	26-31
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	25-31
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	25-31
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	N/A
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	N/A
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	32
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	34
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	32-34
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	32-34
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	N/A

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.