

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

AMANDA SANTOS DO NASCIMENTO
GABRIELA DA SILVA GONÇALVES

**ANÁLISE DOS SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÕES DO
ASSOALHO PÉLVICO EM PACIENTES AGUARDANDO
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO**

Cuiabá -MT
2025

AMANDA SANTOS DO NASCIMENTO
GABRIELA DA SILVA GONÇALVES

**ANÁLISE DOS SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO
PÉLVICO EM PACIENTES AGUARDANDO ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso II
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Federal de Mato Grosso,
como requisito parcial à obtenção de
título de bacharel.

Orientador(a): Profa Dra Áurea Christina
de Paula Corrêa
Coorientadora: Profa Dra Jeane Cristina
Anschaus Xavier de Oliveira

Cuiabá -MT
2025

Eu, Amanda Santos, dedico esse trabalho a todos que acreditaram que esse sonho fosse possível, em especial meus maiores admiradores e apoiadores, me incentivaram e foram meu alicerce nos dias de incerteza e dificuldade, durante toda a minha vida, minha mãe Márcia e meu pai Aerton, aqueles que se sacrificaram, para que um dia eu estivesse onde estou, tudo que sou é reflexo daqueles que me amam, e a eles dedico cada conquista que tive na vida.

Ao meu irmão Michel que me incentivou durante toda a jornada. A minha prima Kawanny, que me apoiou, e acreditou que era possível até quando eu não acreditava mais, a cada lágrima e risada dada foi necessária para essa conquista. A minha tia Josirene a quem tanto me inspiro, como profissional e pessoal.

Ao meu sobrinho Augusto que mesmo tão pequeno já trouxe tanta alegria e motivação para a minha vida.

Aos meus avós Irene e José Augusto, meus incentivadores desde de pequena, que sempre sonharam em me ver conquistar a graduação, sendo a primeira da nossa família a alcançar este marco. E aos meus avós Júlio e Maria, que mesmo não estando mais presentes seguem comigo em meu coração a cada passo dado.

Aos meus amigos pelos momentos inesquecíveis que tornaram esta caminhada mais leve e feliz.

A minha grande amiga e parceira nesta caminhada, Gabriela Gonçalves, que ao longo desses anos se tornou uma parceira de alma, Sua amizade é um presente em minha vida, e tê-la como parceira nesta etapa foi uma das maiores fortalezas que pude ter.

Eu, Gabriela Gonçalves dedico este trabalho às três pessoas que mais amo no mundo, meus pais Dany Rogher e Hevelena, e minha irmã Amanda, por serem tudo que eu precisei ao longo dessa jornada. Por todo incentivo e apoio, por confiarem no meu potencial até quando eu mesma não confiei, por cada uma das inúmeras lágrimas e sorrisos que compartilhamos. Vocês são tudo que eu sou. À minha avó Arlete que mesmo não estando fisicamente presente neste plano, permanece viva nas memórias daqueles que a amam, e através delas me inspirou a escolher a enfermagem como caminho de vida. Ao meu avô Joaci, uma das pessoas mais inteligentes que conheci, que comemorou comigo o início dessa jornada, me deu o meu estetoscópio verde, e foi cobaia nas diversas vezes em que eu precisava aprender a aferir pressão arterial. Infelizmente não pude concluir essa etapa ao seu lado, ele vive presente no meu coração e através da minha avó Socorro e minha querida madrinha Juliana Maria que continuam sendo aconchego e motivação. À minha grande amiga Amanda Santos, por todo companheirismo, lealdade e paciência. Nossa ligação foi e sempre será fundamental, tão forte que até os traços parecem se confundir, como se a amizade tivesse nos tornado irmãs. E a todas minhas amigas de vida, que, de diferentes formas, foram apoio, abrigo, fuga, riso e força ao longo desta caminhada. Tornando este percurso mais leve, mais bonito e infinitamente mais especial.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus pela oportunidade de realizar esta graduação, pela força concedida em cada etapa e por ter nos guiado até a concretização deste sonho.

Agradecemos aos familiares pelo apoio, compreensão e por acreditarem que esta conquista seria possível. E as amizades que foram construídas ao longo do percurso, por compartilharem conosco momentos de alegria, desafios e aprendizados que tornaram esta jornada mais leve e significativa.

À nossa orientadora, Professora Jeane Cristina Anschau Xavier de Oliveira, expressamos nossos sinceros agradecimentos pela orientação competente, paciência e dedicação ao longo do desenvolvimento deste trabalho, qualidades que, temos certeza, foram exercitadas com maestria diante das nossas inúmeras dúvidas e revisões.

RESUMO

Introdução: As Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) comprometem funções urinárias, intestinais e sexuais, afetando negativamente a qualidade de vida de mulheres em diferentes fases da vida. Apesar de sua alta prevalência e associação com fatores de risco como idade, multiparidade, obesidade e procedimentos obstétricos, muitas mulheres não recebem diagnóstico ou tratamento adequado, o que evidencia lacunas na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Investigar os sinais e sintomas relacionados às DAP de usuários aguardando atendimento especializado, no município de Cuiabá-MT, bem como avaliar os sintomas e a função sexual feminina por meio dos instrumentos *Pelvic Floor Distress Inventory-20* (PFDI-20) e *Female Sexual Function Index* (FSFI). **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 14 participantes adultos, do sexo feminino, entre dezembro de 2024 e agosto de 2025. **Resultados:** Demonstraram prevalência de sintomas associados às DAP, como incontinência urinária, sensação de esvaziamento incompleto e disfunções性uals, corroborando a literatura que descreve tais condições como multifatoriais e progressivas. A maioria das participantes não havia recebido orientações ou realizado tratamento prévio, evidenciando lacunas de cuidado na Atenção Primária. Constatou-se também predomínio de obesidade, histórico obstétrico de partos vaginais e episiotomia, fatores reconhecidos como de risco para DAP. A consistência interna dos instrumentos aplicados foi considerada satisfatória, embora limitada pelo tamanho reduzido da amostra. **Conclusão:** As DAP representam importante problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção, educação em saúde e capacitação de profissionais para identificação precoce e manejo conservador, além do fortalecimento de protocolos assistenciais e políticas públicas que ampliem o acesso ao cuidado integral e multiprofissional.

Palavras-chave: Disfunções do Assoalho Pélvico; Enfermagem; Função Sexual; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic Floor Dysfunctions (PFD) compromise urinary, intestinal, and sexual functions, negatively affecting the quality of life of women in different stages of life. Despite their high prevalence and association with risk factors such as age, multiparity, obesity, and obstetric procedures, many women do not receive proper diagnosis or treatment, highlighting gaps in Primary Health Care (PHC). **Objective:** To investigate the signs and symptoms related to PFD in users awaiting specialized care in the city of Cuiabá-MT, as well as to assess symptoms and female sexual function through the Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) and the Female Sexual Function Index (FSFI). **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive, and quantitative study conducted with 14 adult female participants, between December 2024 and August 2025. **Results:** The findings showed a prevalence of symptoms associated with PFD, such as urinary incontinence, sensation of incomplete emptying, and sexual dysfunctions, corroborating the literature that describes such conditions as multifactorial and progressive. Most participants had not received prior guidance or treatment, revealing gaps in Primary Health Care. Obesity, a history of vaginal deliveries, and episiotomy were also predominant, factors recognized as risks for PFD. The internal consistency of the applied instruments was considered satisfactory, although limited by the small sample size. **Conclusion:** PFD represents a significant public health issue, requiring strategies for prevention, health education, and professional training for early identification and conservative management, as well as strengthening of care protocols and public policies that expand access to comprehensive and multidisciplinary care.

Keywords: Pelvic Floor Dysfunctions; Sexual Function; Nursing; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AP - Assoalho pélvico
APS - Atenção Primária à Saúde
CI - Constipação Intestinal
CRADI-8 - *Colorectal-Anal Distress Inventory*
DAP - Disfunções do Assoalho Pélvico
DS - Disfunções Sexuais
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FAEN - Faculdade de Enfermagem
FSFI - *Female Sexual Function Index*
GEDAP - Grupo de Estudos nas Disfunções do Assoalho Pélvico
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS - Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society*)
IF - Incontinência Fecal
IU - Incontinência Urinária
IUE - Incontinência Urinária de Esforço
IUGA - *International Urogynecology Association*
IUM - Incontinência Urinária Mista
IUU - Incontinência Urinária de Urgência
MAP - Musculatura do Assoalho Pélvico
PFDI - *Pelvic Floor Distress Inventory*
PFDI-20 - *Pelvic Floor Distress Inventory-20*
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
POP - Prolapso de Órgãos Pélvicos
POPDI-6 - *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory*
QV - Qualidade de Vida
SPSS - *Statistical Package for Social Science*
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UDI-6 - *Urogenital Distress Inventory*
UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. OBJETIVO GERAL:.....	5
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
3. METODOLOGIA.....	6
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	6
3.2. LOCAL:.....	7
3.3. POPULAÇÃO:.....	8
3.4. COLETA DE DADOS:.....	8
3.5. ANÁLISE DE DADOS:.....	10
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	10
4. RESULTADOS.....	11
5. DISCUSSÃO.....	25
6. CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	1
APÊNDICES.....	8
ANEXOS.....	15

1. INTRODUÇÃO

O Assoalho Pélvico (AP) é constituído por conjuntos de ossos, músculos, fáscias e ligamentos que interagem entre si, de maneira complexa e interdependente. No ser humano, essas estruturas são desenvolvidas para prover suporte aos conteúdos pélvicos, como os órgãos, as vísceras abdominais, cintura pélvica e coluna vertebral, além de atuarem nas funções urinária, defecatória e sexual, por meio da contração e relaxamento coordenados da musculatura (Archangelo, 2024; Palma, 2009).

Desse modo, segundo Grimes & Stratton (2023), quando esses sistemas passam por alterações que comprometem seu funcionamento adequado, ocorrem as Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP), que pela *International Urogynecology Association* (IUGA), englobam um conjunto variado de sinais, sintomas e modificações anatômicas associadas ao desempenho anormal da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP). Podendo manifestar-se através de alterações como a Incontinência Urinária (IU), Incontinência Fecal (IF), Constipação Intestinal (CI), Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), Disfunções Sexuais (DS), e dor na cintura pélvica (Sampaio *et al.*, 2021).

Com prevalência global de 5 a 69% durante a vida de uma mulher, a Sociedade Internacional de Continência (ICS, sigla em inglês para *International Continence Society*) define a IU como a presença de queixas de qualquer perda involuntária de urina, sendo uma condição crônica e com agravamento gradual (França, 2023; Sheng *et al.* 2022). Pode ser caracterizada por três principais tipos, sendo estes, Incontinência Urinária de Esforço (IUE), na qual a perda de urina é resultado da pressão intra-abdominal por algum esforço, como tosse, espirro, ou atividades físicas; já a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) é descrita pela perda de urina seguida de forte sensação de ardência ao urinar; e a Incontinência Urinária Mista (IUM) ocorre quando há queixas da combinação dos sintomas de esforço e urgência (Oliveira, Silva, Peres, 2021).

A IF é uma alteração no trato digestório baixo, compreendida como a perda de conteúdo líquido, sólido ou gasoso pelo ânus de forma involuntária; tem como principal fator de risco o esforço de pressão sobre a musculatura pélvica ocasionado pela CI, definida como um distúrbio de origem multifatorial, que pode apresentar evacuações infrequentes, com esforço, e de fezes volumosas (Zuliani, Lima, 2023; Correia, 2023).

Os POPs são definidos pela ICS como mudanças anatômicas pélvicas caracterizados pela descida das paredes vaginais anterior e/ou posterior, útero ou ápice vaginal, podendo

haver descida de uma ou mais paredes vaginais, além de vísceras como bexiga, reto ou parte de intestino delgado (Silva, Lopes, 2024; Melo, Angelis, Figueiredo Júnior, 2022; Haylen *et al.*, 2016).

Caracterizadas por Costa e colaboradores (2023), como variedades de condições clínicas, as DS são transtornos transitórios ou crônicos, evidenciados por insatisfação sexual, disfunção no desejo, na excitação sexual, no orgasmo e na dor gênito-pélvica, gerando limitações e impactos diretos em pessoas sexualmente ativas.

Tratando-se da região de junção entre a coluna e os membros inferiores, a cintura pélvica garante o movimento das articulações da coluna lombar e quadril (Massariol, 2021). Tendo em vista a comum presença de sintomas de dores lombares e dores da cintura pélvica combinados, definição da dor na cintura pélvica ainda gera conflitos na literatura, sendo frequentemente negligenciada; é uma condição comum na gravidez, afetando cerca de 20% das mulheres, e a fisiopatologia envolve alterações hormonais e biomecânicas que decorrem do processo gestacional (Meucci *et al.*, 2025; Sward *et al.*, 2023). Não obstante, o mau funcionamento da MAP pode causar instabilidade da coluna e da pelve, contribuindo no desenvolvimento de dor lombo pélvica (Silva *et al.*, 2023).

Archangelo (2024) aponta que entre 2% a 42% da população feminina adulta mundial é afetada por DAP, aproximadamente 40% das mulheres possuem POP; 1 a cada 3-4 mulheres sofrem de IU, e 1 a cada 10 de IF. É comum que pacientes com DAP acabem convivendo com a condição sem a busca por tratamento, considerando que, conforme Malinauskas & Torelli (2022), estima-se que apenas 1 em cada 4 mulheres sintomáticas com IU procuram serviços de saúde, comprometendo condições físicas, sociais e mentais (Olivetto, Lima, Alencar, 2021).

Para além dos sintomas físicos, é comum que pessoas acometidas com DAP sofram de transtornos psicológicos, como a ansiedade e depressão, estando diretamente relacionada à falta de controle sobre o próprio corpo, aparência e execução da função dos órgãos pélvicos, principalmente em atividades sexuais e do cotidiano (Pacheco *et al.*, 2023). Esse desconforto emocional é permeado por sentimentos desagradáveis de medo e apreensão em serem expostos a algo desconhecido, e acabam gerando frustrações, baixa autoestima e consequentemente exclusão do convívio social. Segundo Lazarin (2024), 30,9% das mulheres com DAP desenvolvem ansiedade e 20,3%, depressão.

São diversos os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento das DAP, como idade, menopausa, gestações, tipo de parto, esforço físico, obesidade e tabagismo, e

acarretam variados efeitos negativos na Qualidade de Vida (QV) das pessoas acometidas (Freitas, 2024).

Conforme Tim e Mazur-Bialy (2021), o risco de DAP aumenta com a idade, tendo em vista as alterações degenerativas no sistema nervoso central e periférico, ocasionando comprometimento da função, coordenação e força muscular. Em mulheres na menopausa, a diminuição dos níveis de estrogênio afeta a síntese de colágeno e aumenta a rigidez do tecido, ocorrem também alterações na produção do colágeno, que desencadeiam maior flacidez dos tecidos, e menor resistência às pressões. Camilo e colaboradores (2019) estimam que durante o climatério ocorre atrofia vaginal e redução da lubrificação vaginal, relacionados ao decréscimo hormonal, além da queda da função da MAP, podendo gerar DAP e DS. Na atualidade a terapia de reposição hormonal pode ser utilizada como alternativa para o manejo dos sintomas decorrentes da menopausa, agindo na manutenção da QV das mulheres (Soares, M. T.; *et al.* 2025).

As alterações hormonais associadas à gestação e à preparação do corpo para o parto impactam a estabilidade dos tecidos. Através dos hormônios, o organismo se adapta ao estresse físico, e ao final, atuam para restaurar o corpo ao seu estado original, porém, essa recuperação nem sempre acontece totalmente, podendo enfraquecer as funções de suporte dos ligamentos e resultar em DAP. No período expulsivo do parto normal, os MAP são submetidos à alto grau de degradação devido ao aumento da pressão exercida e período de duração; quanto mais longo o segundo estágio do trabalho de parto, maior a probabilidade de danos. De maneira semelhante, na via de parto cesárea a resistência e força dos MAP também são afetadas (Tim, Mazur-Bialy, 2021).

O esforço físico pode ter efeitos positivos e negativos na saúde do AP, Sologuren-Garcia e colaboradores (2023), destacam que o fortalecimento desses músculos através de exercícios pode atuar na prevenção e tratamento; porém exercícios repetitivos e de alto impacto (a exemplo do *crossfit*) podem predispor o desenvolvimento de DAP.

Ademais, o ganho de peso na gestação, assim como pessoas com obesidade sofrem com o aumento da pressão intra-abdominal exercida pelo excesso de gordura abdominal, favorecendo a maior probabilidade de enfraquecimento, estiramento e estresse da MAP. Já o tabagismo, pode estar associado às doenças respiratórias e tosse frequente, que contribui para o enfraquecimento dos músculos abdominais e intercostais, reduzindo sua resistência e aumentando a fadiga. Além de que, a nicotina presente no tabaco reduz a produção de colágeno, danifica os nervos e diminui o fluxo sanguíneo (Tim, Mazur-Bialy, 2021).

Foi observado por Cavenaghi e colaboradores (2020), que a busca tardia por tratamento, em sua maioria se dá pelo fato de que essas condições podem ser consideradas “normais”, pela falta de informações necessárias, desconhecimento de tratamentos que não sejam cirúrgicos, ou por constrangimento. Além da baixa informação da população sobre o assunto. Nesse sentido, um estudo de campo descritivo, com abordagem qualitativa desenvolvido nas unidades de saúde da família em Porto Velho-RO, sobre o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre as DAP, realizado a partir de um questionário sociodemográfico, cujo resultados destacam o déficit nesse entendimento, considerando a desvalorização do impacto das DAP, evidenciado pela falta de investigação ou orientações sobre exercícios para prevenção e tratamento, gerando encaminhamentos desnecessários e sobrecarga do setor secundário e terciário, comprometendo a assistência prestada ao usuário, família e comunidade (Bragado, Moreira, Fernandes, 2022).

A enfermagem é fundamental para a identificação e prevenção das DAP na Atenção Primária à Saúde (APS), atuando principalmente com o tratamento conservador, abordagem de primeira linha para o tratamento das DAP, composto por modificações comportamentais e treinamento da MAP (Assis *et al.*, 2024; BO *et al.*, 2017).

Sendo essencial no acompanhamento de gestantes, um dos grupos que representa a maior incidência de DAP, como demonstrado pelo estudo Caldeiras e colaboradores (2021) o qual revela que em média 69% das mulheres gestantes apresentam IU; informa ainda que 85% das mulheres entrevistadas, afirmaram não terem sido orientadas sobre possibilidades de tratamento para IU. No contexto do pré-natal é necessário, que o enfermeiro trabalhe na preparação da mulher para as mudanças físicas que ocorrem na gravidez e puerpério, no entanto a lacuna no aprofundamento do conhecimento acerca da prevenção, identificação e manejo das DAP pelos profissionais de saúde da APS acaba por dificultar a investigação, diagnóstico e prognóstico dessas condições (Bragado, Moreira, Fernandes, 2022).

Dessa maneira o acesso ao atendimento especializado é um grande desafio para a população, especialmente no sistema público de saúde, o que ficou evidenciado no estudo de Pereira e colaboradores (2022), que identificou problemas como, tempo excessivo de espera, absenteísmo e demanda reprimida, que corroboram para a inacessibilidade dos usuários ao cuidado assertivo para as DAP.

A partir de todo contexto apresentado, conhecer o perfil clínico e sociodemográfico da população com queixas de DAP, é necessário para aprimorar o cuidado prestado,

principalmente relacionado à APS, que é reconhecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde, e o elo entre as necessidades de saúde do usuário, em todos os níveis de complexidade do sistema, constituindo-se a base da atenção (Ferreira, Vaz Machado, Santos, 2023). Assim, é fundamental que o profissional de saúde que atua na APS, compreenda o impacto das DAP na saúde dos usuários, tal qual a identificação de riscos e a terapêutica adequada, logo, investigar essas queixas pode subsidiar a priorização de casos e a organização dos serviços de saúde.

A fim de estimar e quantificar a gravidade e magnitude das DAP, foi desenvolvido o instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI), tratando-se de um questionário que avalia o desconforto dos sintomas das DAP amplamente utilizado em pesquisas científicas. O PFDI e o PFDI-20, sua versão reduzida, foram validados e traduzidos para o português brasileiro por Arouca e colaboradores no ano de 2016.

Para avaliar a função sexual feminina, a escala *Female Sexual Function Index* (FSFI) foi desenvolvida por Rosen e colaboradores em 2000 e adaptada transculturalmente por Pacagnella e colaboradores em 2008 e validada psicométricamente por Hentschel e colaboradores em 2007.

Dessa forma, a realização de pesquisas que invistam no conhecimento do perfil de usuários da APS com DAP a partir de uma investigação pautada em escalas que possibilitem a objetividade da avaliação das queixas relacionadas às DAP podem subsidiar de maneira assertiva a priorização e a organização da APS para o acolhimento e o manejo das DAP com foco para a mudança de comportamento, tratamento de primeira linha para a maioria das DAP.

Nesse sentido, o presente estudo visa responder às seguintes perguntas de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico de pacientes com queixas de DAP que aguardam por atendimento especializado? Quais os sinais e sintomas mais frequentes são referidos por esses usuários? Quais são as DAP prevalentes nessa população? Quais são as etiologias e os fatores de risco prevalentes nesses usuários?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Investigar os sinais e sintomas relacionados às Disfunções do Assoalho Pélvico de usuários aguardando atendimento especializado.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários em lista de espera para atendimento especializado em DAP.
- Avaliar a frequência e a gravidade dos sinais e sintomas relacionados às DAP utilizando o PFDI-20 e FSFI.
- Correlacionar os sinais e sintomas com variáveis sociodemográficas e clínicas.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo possui uma abordagem descritiva que caracteriza a realidade investigada, a população ou fenômeno de interesse, fornecendo um retrato detalhado, permitindo compreender padrões, distribuições e frequências, comumente utilizados em uma investigação epidemiológica para descrever ou determinar a ocorrência de uma doença ou agravo à saúde em uma população (Rozin, 2020; Aragão, 2011).

Na presente pesquisa foi utilizado o estudo transversal tendo em vista que é a metodologia indicada para estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população de interesse, além de analisar os fatores que podem estar associados a ele, que possibilita a análise dos dados em um período específico, permitindo a coleta simultânea de informações sobre a exposição a fatores de risco e a presença ou ausência de doenças ou agravos, com o objetivo de caracterizar o perfil da população, contribuindo para a compreensão da sua distribuição e possíveis associações com fatores predisponentes (Bastos e Duquia, 2008; Rozin, 2020).

Trata-se de um estudo quantitativo, que tem a finalidade de trazer luz a indicadores e tendências observáveis, se apropria dos fatos, da constância dos acontecimentos, através da quantificação dos dados, de maneira a testar hipóteses, identificar padrões e medir variáveis de forma objetiva, buscando validade e a confiabilidade. Os resultados são traduzidos em números, taxas, porcentagens e gráficos, para classificá-los e analisá-los por

meio de recursos técnicos de estatística, lidando com fatos observacionais sistematicamente (Dalfovo, Lana, Silveira, 2008; Machado, 2023).

Com o intuito de atingir o objetivo de investigar a frequência e a gravidade das queixas relacionadas às DAP e correlacionar esses dados com variáveis sociodemográficas e clínicas, foram utilizado três instrumentos, um questionário sociodemográfico e clínico, elaborado pelas autoras com base nas pesquisas sócio demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e na revisão de literatura sobre DAP, instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20)*, que classifica a intensidade do desconforto dos sintomas das DAP e o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) que propõe avaliar a resposta sexual feminina, todos aplicados através de uma triagem realizada por meio de entrevista presencial ou online, previamente às consultas de Enfermagem a serem conduzidas pelo Grupo de Estudos nas Disfunções do Assoalho Pélvico (GEDAP).

3.2. LOCAL:

Este estudo foi conduzido no âmbito da APS no município de Cuiabá-MT, em colaboração com o GEDAP, liderado por uma Enfermeira Estomaterapeuta, docente da Faculdade de Enfermagem (FAEN) do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário de Cuiabá, localizado na Av. Fernando Correa da Costa, nº 2367.

A pesquisa contou com a parceria das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) Altos da Serra I e II, localizadas há cerca de nove quilômetros da UFMT, na Avenida Rui Barbosa, QD: 154, N°27 – Bairro Altos da Serra I. Os atendimentos funcionaram como triagem, favorecendo o direcionamento de usuários com queixas de DAP da área de abrangência das unidades para assistência especializada ofertada pelo GEDAP.

Segundo o Censo Demográfico 2022, Cuiabá, capital do estado do Mato Grosso, localizada na região Centro-Oeste, conta com uma população de 650.877 pessoas, destes, observa-se que os homens representam 48,54% da população, enquanto as mulheres correspondem a 51,46%, e a mediana da faixa etária da população é de 41 anos. Em termos de trabalho e rendimento a população conta com salário médio mensal dos trabalhadores formais equivalentes a 3,7 salários mínimos.

3.3. POPULAÇÃO:

A população-alvo foi composta por 14 pacientes em lista de espera para atendimento especializado do GEDAP. Foi utilizada amostragem não probabilística por conveniência, os critérios de inclusão utilizados foram: usuários de ambos os sexos (masculino e feminino), com idade superior a 18 anos de idade que relataram sinais e sintomas relacionados à DAP, e como critérios de exclusão presença de comorbidades graves que limitem a participação.

Para esse fim, os usuários foram incluídos em uma lista de espera, após relato dos sintomas relacionados às DAP durante o período de dezembro de 2024 a agosto de 2025. Cabe destacar que apenas duas participantes não responderam às tentativas de contato e ao agendamento das entrevistas.

Esta inclusão foi realizada pela Enfermeira da UBS, parceira do GEDAP. Trata-se de uma profissional formada pela UFMT, participante do grupo de Pesquisa Argos-Gerar, com mestrado desenvolvido na área da saúde sexual e reprodutiva. A referida Enfermeira é membro do GEDAP e está participando do curso de capacitação em Disfunções do Assoalho Pélvico oferecido pelo período de 7 meses, com encontros quinzenais e carga horária total de 60 horas.

Os usuários convidados a participar da pesquisa desenvolvida, foram devidamente esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, e garantido o sigilo da identidade e das informações colhidas. Todos os participantes consentiram em participar do estudo mediante a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disposto no Apêndice II, sendo que uma via do participante e a outra sob posse do pesquisador responsável.

3.4. COLETA DE DADOS:

Os dados foram coletados nos dias 12, 13, 14 e 15 de agosto de 2025 de forma presencial na UBS Altos da Serra e *online*, por meio de ligações via *Google Meet*, e chamadas de vídeo pelo aplicativo de mensagem *Whatsapp* com usuários que não puderam se deslocar até a unidade. Foram aplicados os seguintes:

- Questionário sociodemográfico e clínico.
- Aplicação do instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory-20* (PFDI-20), que abrange três subescalas:

- o UDI-6 (*Urogenital Distress Inventory*)
- o CRADI-8 (*Colorectal-Anal Distress Inventory*)
- o POPDI-6 (*Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory*)
- *Female Sexual Function Index* (FSFI), que aborda o índice de função sexual feminina.

O questionário sociodemográfico e clínico disponível no Apêndice I, foi subdividido em Perfil Sociodemográfico, contendo questões como: idade, raça/cor, sexo, naturalidade, endereço, escolaridade, estado civil, ocupação e renda mensal. Perfil Clínico, foi direcionado aos fatores de risco que apresentaram evidência científica na correlação com DAP como: número de gestações, via parto, IMC, histórico cirúrgico relacionados a desestruturação da musculatura abdominal e condições pré-existentes. Serviço de Saúde, são abordadas informações sobre o contato do usuário com serviço de saúde referente às DAP, se já realizou tratamento prévio e se já recebeu orientações quanto às DAP.

O instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory-20* (PFDI-20), disponível para domínio público, disposto no Anexo I, classifica a intensidade do desconforto dos sintomas de disfunções do assoalho pélvico pela teoria de resposta ao item, para a prática clínica é o grau A de recomendação pela ICS, contém 20 itens divididos em três subescalas: *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI-6) para sintomas de prolapsos de órgãos pélvicos; *Colorectal-Anal Distress Inventory* (CRADI-8), para sintomas anorrectais; e *Urinary Distress Inventory* (UDI-6), para sintomas urinários. A pontuação total do PFDI-20 varia de zero a 300, sendo que zero significa ausência de sintomas e quanto maior a pontuação, maior é o desconforto dos sintomas de DAP (Arruda, 2020). O escore do questionário é calculado, através da soma das respostas das subescalas, que possuem número diferente de questões, dessa maneira as subescalas são ponderadas a 100 cada uma, através da média aritmética dos itens multiplicada por 25, o somatório das três subescalas fornece a pontuação total da PFDI-20.

Assim como o PFDI-20, o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), está disponível para domínio público, e disposto no Anexo II, foi desenvolvido para ser autoaplicável e tem o objetivo de avaliar a resposta sexual feminina, difundida em seis domínios: desejo sexual; excitação sexual; lubrificação vaginal; orgasmo; satisfação sexual e dor. Esse instrumento mostrou-se eficiente na avaliação da intensidade relativa de cada domínio da resposta sexual feminina, possibilitando a conversão de percepções subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e passíveis de análise. Sua aplicação se mostra

especialmente útil em estudos de natureza epidemiológica, como o presente (Pacagnella *et al.*, 2008).

O cálculo do escore do FSFI, é feito através de 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas, considerando que não serão avaliados através deste questionário os pacientes que não possuírem função sexual ativa. Cada questão apresenta um padrão de respostas, que recebem a pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada, com exceção das questões sobre dor que a pontuação é definida de forma invertida. Sendo que quando a resposta for igual a zero, isso significa que não houve relação nas últimas quatro semanas pela referida entrevistada. Cada domínio possui um escore, e juntos compõem o escore total do FSFI, cada domínio é multiplicado por um fator que homogeneíza a influência de cada um deles no escore total, a pontuação máxima é de 36 pontos, sendo que escores mais altos indicam menor risco de disfunção sexual, enquanto escores mais baixos indicam maior risco. O ponto de corte clínico adotado é de 26,55; pontuações iguais ou inferiores a esse valor sugerem a presença de disfunção sexual (Wiegel *et al.*, 2005).

3.5. ANÁLISE DE DADOS:

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva (frequências, médias, desvio-padrão) e inferencial (testes de correlação de Spearman) e armazenados em arquivos do excel®, e posteriormente inseridos no software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), um pacote estatístico, criado em 1968 pela *International Business Machines Corporation* (IBM), a sua versão mais recente utilizada é 29.0, atualizada em 20 de janeiro de 2025.

O SPSS possui diferentes módulos, desenvolvido para o uso de pesquisadores, auxiliando a analisar, organizar e interpretar informações, e permite melhor gerenciamento de extensas quantidades de dados, tem como principais funções, a preparação e validação de dados; árvores de decisão; modelos de regressão; modelos estatísticos avançados; tabelas; tendências; categorias; análise geoespacial e funções de simulação (Santos, 2018).

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu os aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a realização de pesquisas científicas envolvendo

seres humanos e conforme determinação da CONEP/CNS/MS. O mesmo faz parte da pesquisa intitulada “*Elaboração, validação e avaliação psicométrica de um guia para consulta de enfermagem nas disfunções do assoalho pélvico no contexto da atenção primária à saúde à luz do modelo de promoção à saúde de Nola Pender*” aprovado sob Parecer Nº 7.280.322, CAEE 83701624.9.0000.8124 pelo Comitê de Ética em Saúde (CEP), Campus de Cuiabá (CEP-SAÚDE UFMT).

Os pacientes da lista de espera foram convidados a participar da pesquisa científica através de entrevista estruturada e foram esclarecidos que sua participação é totalmente voluntária, podendo eles recusarem-se a participar, ou mesmo desistirem a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou ao seu tratamento. Foram informados ainda que as informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa e tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, conforme determinado na Resolução CNS nº 466/2012.

4. RESULTADOS

A população-alvo foi composta por 14 pacientes (n=14) que estavam na lista de espera para atendimento especializado do GEDAP, incluídos após relato de sintomas relacionados às DAP. Observa-se que todos os participantes eram do sexo feminino (100,0%). Está evidenciado na Tabela 1 que, em relação à raça, houve predominância de pessoas autodeclaradas pardas, equivalente a 42,9%, seguida pela raça negra, contendo 35,7% e branca com 21,4% das participantes. Quanto à naturalidade, verifica-se uma maior concentração de sujeitos naturais de Cuiabá/MT (57,1%), seguidos de localidades distintas em diferentes estados brasileiros.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se predomínio de participantes que declararam ter ensino médio completo (35,7%), seguido por 28,6% com o ensino fundamental incompleto, 14,3% apresentaram ensino médio incompleto, uma participante alegou apenas ensino superior completo, e 14,3% alegaram serem pós-graduadas. Em relação ao estado civil, metade era casada (50%), enquanto 28,6% eram divorciadas, 14,3% solteiras e 7,1% viviam em união estável.

Quanto ao vínculo trabalhista, os resultados indicam equilíbrio entre as categorias assalariadas (35,7%) e autônomas (35,7%), seguidas por aposentadas (28,6%), demonstrando inserção ocupacional diversificada. As ocupações mais frequentes foram comerciantes, domésticas, faxineiras e trabalhadores rurais, todas representando 14,3% cada, enquanto caixa

e cozinheira corresponderam a 7,1% cada. Observou-se ainda que 14,3% estavam desempregadas.

Tabela 1. Distribuição da frequência (n=14) e proporção (%) do perfil sociodemográfico dos usuários aguardando por atendimento especializado em Disfunções do Assoalho Pélvico, Cuiabá-MT, 2025.

Variáveis	Frequência (n)	Proporção (%)
Sexo		
Feminino	14	100,0
Masculino	0	0,0
Raça		
Branca	3	21,4
Negra	5	35,7
Parda	6	42,9
Naturalidade		
Bonito/MS	1	7,1
Brasília/DF	1	7,1
Cuiabá/MT	8	57,1
Itapajé/CE	1	7,1
Marechal Cândido Rondon/PR	1	7,1
Oliveira dos brejinhos/BA	1	7,1
Tangará/SC	1	7,1
Escolaridade		
Fundamental incompleto	4	28,6
Ensino médio completo	5	35,7
Ensino médio incompleto	2	14,3
Ensino superior	1	7,1
Pós-graduação	2	14,3
Estado civil		
Casado	7	50,0
Divorciado	4	28,6
Solteiro	2	14,3
União estável	1	7,1
Vínculo trabalhista		
Aposentado	4	28,6
Assalariado	5	35,7
Autônomo	5	35,7
Ocupação		
Caixa	1	7,1
Comerciante	2	14,3
Cozinheira	1	7,1
Desempregada	2	14,3
Doméstica	2	14,3
Faxineira	2	14,3
Trabalhador rural	2	14,3

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 2 pode-se verificar que a média de idade da amostra foi de 47,8 anos (DP=16,3; mín=25; máx=73). A renda salarial variou de R\$ 1.500,00 a R\$ 8.000,00, com média de R\$ 3.710,29 (DP=2062,1) e mediana de R\$ 3.268,00. O número médio de filhos foi de 2,5 (DP=1,16; mín=1; máx=5), enquanto o número médio de gestações foi de 2,64 (DP=1,15; mín=1; máx=5). O peso do maior recém-nascido apresentou média de 3,36 kg (DP=0,63), com valores entre 2 e 4 kg. O IMC, avaliado em 12 participantes, apresentou

média de 31,6 kg/m² (DP=3,52; mín=27,1; máx=37,7), indicando predomínio de obesidade entre as participantes.

Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis numéricas idade, renda, IMC, maior peso ao nascer, número de gestações e número de filhos, Cuiabá-MT, 2025

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Min	P25	Mediana	P75	Máx
Idade	14	47,79	16,291	25	31,75	47,00	63,25	73
Renda	14	3710,2	2062,13	1500	2107,75	3268,00	4500,00	8000,00
IMC	12	31,641	3,52044	27,1	28,6250	30,25000	34,8750	37,700
Maior peso ao nascer	14	3,36	6,33	2	3,00	3,00	4,00	4
Número de gestações	14	2,64	1,151	1	2,00	2,50	3,25	5
Número de Filhos	14	2,50	1,160	1	1,75	2,50	3,00	5

Fonte: Dados da pesquisa

Com base na Tabela 3, observa-se que, quanto à via de parto, a maioria das participantes relatou ter tido parto normal (57,1%), seguido por experiências de cesárea e normal (28,6%) e apenas 14,3% realizaram exclusivamente cesáreas. Verificou-se que metade das participantes (50%) foi submetida ao procedimento de episiotomia, enquanto a outra metade não o vivenciou, demonstrando uma distribuição equilibrada. Já em relação à ocorrência de lacerações, 64,3% não apresentaram, ao passo que 35,7% relataram ter sofrido lacerações perineais.

No aspecto da menopausa, evidenciados na Tabela 3, os dados revelam que 50% das participantes já se encontravam nesse período, enquanto as demais ainda não haviam atingido tal fase. Quanto ao uso de terapia de reposição hormonal, apenas uma das participantes fazia uso, enquanto a grande maioria (92,9%) não utilizava esse recurso terapêutico.

Tabela 3. Distribuição da frequência (n=14) e proporção (%) do perfil clínico dos usuários aguardando por atendimento especializado em Disfunções do Assoalho Pélvico, Cuiabá-MT, 2025.

Variáveis	Frequência (n)	Proporção (%)
Via de parto		
Cesária	2	14,3
Cesária e Normal	4	28,6
Normal	8	57,1
Episiotomia		
Não	7	50,0
Sim	7	50,0
Laceração		
Não	9	64,3
Sim	5	35,7

Menopausa		
Não	7	50,0
Sim	7	50,0
Reposição hormonal		
Não	13	92,9
Sim	1	7,1

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4 estão apresentados os dados relativos aos hábitos de vida das usuárias participantes da pesquisa. No que se refere à atividade física, observa-se que mais da metade da amostra praticavam exercícios físicos programados regularmente. Verificou-se que apenas a metade da população declarou ter vida sexual ativa (50%). Em relação ao consumo de álcool, a maioria (78,6%) declarou não consumir, contrastando com 21,4% que referiram uso. Quanto ao tabagismo, 57,1% não eram fumantes, enquanto 42,9% eram ex-fumantes, evidenciando histórico importante de exposição, ainda que cessada.

A análise do consumo de irritantes vesicais mostrou maior prevalência de múltiplos fatores associados: 35,7% relataram consumir um irritante vesical semanalmente, 42,9% consomem dois tipos e 21,4% consomem três tipos, sugerindo exposição considerável a esses elementos. Sendo na maioria sucos e frutas cítricas, café, chás e refrigerantes, os mais relatados eram café, refrigerante e chocolate, a relação completa dos irritantes investigados encontra-se no Apêndice III.

No tocante à busca de cuidados em saúde, mais da metade já haviam procurado atendimento especializado sobre DAP (57,1%), enquanto 42,9% não o fizeram. Entretanto, as orientações mostraram-se escassas: apenas 14,3% receberam orientações, contra a grande maioria (85,7%) que não teve acesso a informações adequadas.

Além disso, destaca-se que nenhuma das participantes havia realizado tratamento para DAP (100%), revelando um cenário de subtratamento e ausência de intervenção formal. De forma semelhante, apenas 14,3% haviam praticado exercícios específicos para o assoalho pélvico, os quais, contudo, não haviam sido indicados por profissionais de saúde, sendo em alguns casos obtidos por meio de pesquisas realizadas na internet.

Tabela 4. Distribuição da frequência (n=14) e proporção (%) dos hábitos de vida dos usuários aguardando por atendimento especializado em Disfunções do Assoalho Pélvico, Cuiabá-MT, 2025.

Variáveis	Frequência (n)	Proporção (%)
-----------	----------------	---------------

Atividade física		
Não	6	42,9
Sim	8	57,1
Vida sexual ativa		
Não	7	50,0
Sim	7	50,0
Consumo de álcool		
Não	11	78,6
Sim	3	21,4
Consumo de irritantes vesicais		
Sim +1	5	35,7
Sim +2	6	42,9
Sim +3	3	21,4
Tabagismo		
Não	8	57,1
Ex-fumante	6	42,9
Procurou serviço saúde sobre DAP		
Não	6	42,9
Sim	8	57,1
Recebeu orientação sobre DAP		
Não	12	85,7
Sim	2	14,3
Realizou tratamento de DAP		
Não	14	100,0
Sim	0	0,0
Praticou exercício para o assoalho pélvico		
Não	12	85,7
Sim	2	14,3

Fonte: Dados da pesquisa

Para avaliar os sintomas relacionados às Disfunções do Assoalho Pélvico foi aplicado o questionário *Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20)* e estão apresentados na tabela 5. Os resultados demonstraram que as manifestações mais frequentes foram a perda de urina durante a sensação de urgência e a perda de urina em pequenas quantidades (em gotas), ambas relatadas por 85,7% das participantes como de bastante incômodo (4). De forma semelhante, a perda urinária durante risadas, tosse ou espirros (aumento da pressão intra-abdominal) também apresentou elevada frequência, sendo mencionada por 71,4% no mesmo grau de incômodo.

Outros sintomas relevantes foram a impressão de esvaziamento incompleto da bexiga e a dificuldade em esvaziá-la, ambos referidos por 50% da amostra no nível (4), além do aumento da frequência urinária, que atingiu 57,1% no maior grau de desconforto.

A necessidade de esforço para evacuar foi apontada por 42,9% das participantes como (4) – incomoda bastante, enquanto a sensação de evacuação incompleta foi assinalada por 35,7% no mesmo nível. Além disso, a urgência evacuatória esteve presente em 28,6%, igualmente percebida como altamente incômoda.

No que se refere aos sintomas de POP, a análise evidenciou que, embora parte das mulheres não apresentem queixas, uma parcela importante relatou incômodo em intensidade elevada. A sensação de “bola” ou abaulamento na região vaginal foi relatada por 28,6% das participantes no nível (4) – incomoda bastante, enquanto 64,3% negaram o sintoma. De modo semelhante, 21,4% relataram incômodo máximo (4) à percepção de pressão na parte baixa do abdome, enquanto 42,9% negaram o sintoma. Já a sensação de peso, endurecimento ou frouxidão abdominal foi apontada por 21,4% como incômodo intenso (4), com predomínio de ausência do sintoma (64,3%). Além disso, a queixa de abaulamento genital durante ou após evacuação foi identificada em 14,3% das mulheres com intensidade máxima (4), enquanto a maioria (78,6%) não relatou o sintoma.

Tabela 5. Distribuição da frequência (n=14) e proporção (%) da escala *Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20)*, Cuiabá-MT, 2025.

Variáveis	Frequência (n)	Proporção (%)
<i>Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?</i>		
0 Não	6	42,9
1 Nada	1	7,1
2 Incomoda um pouco	3	21,4
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
4 Incomoda bastante	3	21,4
<i>Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?</i>		
0 Não	9	64,3
2 Incomoda um pouco	2	14,3
4 Incomoda bastante	3	21,4
<i>Você geralmente tem uma “bola”, ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?</i>		
0 Não	9	64,3
2 Incomoda um pouco	1	7,1
4 Incomoda bastante	4	28,6
<i>Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?</i>		
0 Não	10	7,4
2 Incomoda um pouco	1	7,1
4 Incomoda bastante	3	21,4
<i>Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?</i>		
0 Não	3	21,4
1 Nada	1	7,1
2 Incomoda um pouco	2	14,3
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
4 Incomoda bastante	7	50,0
<i>Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?</i>		
0 Não	13	92,9
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
<i>Você sente que precisa fazer muita força para evacuar/defecar?</i>		
0 Não	7	50,0
1 Nada	1	7,1
4 Incomoda bastante	6	42,9
<i>Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?</i>		
0 Não	8	57,1
2 Incomoda um pouco	1	7,1
4 Incomoda bastante	5	35,7

Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?		
0 Não	11	78,6
2 Incomoda um pouco	1	7,1
4 Incomoda bastante	2	14,3
Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?		
0 Não	12	85,7
4 Incomoda bastante	2	14,3
Você às vezes elimina flatus/gases intestinais, involuntariamente?		
0 Não	11	78,6
4 Incomoda bastante	3	21,4
Você às vezes sente dor durante a evacuação/defecação?		
0 Não	10	71,4
2 Incomoda um pouco	2	14,3
4 Incomoda bastante	2	14,3
Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?		
0 Não	10	71,4
4 Incomoda bastante	4	28,6
Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?		
0 Não	11	78,6
2 Incomoda um pouco	1	7,1
4 Incomoda bastante	2	14,3
Você tem aumento da frequência urinária?		
0 Não	1	7,1
1 Nada	2	14,3
2 Incomoda um pouco	1	7,1
3 Incomoda moderadamente	2	14,3
4 Incomoda bastante	8	57,1
Você geralmente apresenta perda de urina durante a sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?		
1 Nada	1	7,1
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
4 Incomoda bastante	12	85,7
Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?		
0 Não	4	28,6
4 Incomoda bastante	10	71,4
Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?		
0 Não	1	7,1
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
4 Incomoda bastante	12	85,7
Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?		
0 Não	6	42,9
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
4 Incomoda bastante	7	50,0
Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?		
0 Não	9	64,3
2 Incomoda um pouco	1	7,1
3 Incomoda moderadamente	1	7,1
4 Incomoda bastante	3	21,4

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando que o escore total varia de 0 a 300 pontos, sendo que escores mais elevados indicam maior gravidade e impacto dos sintomas. Nesse estudo, como pode ser constatado nos dados apresentados na tabela 6, o PFDI-20 apresentou média de 127,4 pontos (DP=45,8; mín=66,6; máx=208,3). Os escores obtidos no PFDI-20 revelam que a amostra apresenta um nível considerável de sintomas relacionados às Disfunções do Assoalho Pélvico,

variando de quadros leves até casos de grande impacto na QV. Essa dispersão dos valores sugere que, embora alguns participantes tenham sintomas menos intensos, uma parcela significativa enfrenta limitações relevantes.

Na avaliação da sintomatologia relacionada às DAP, verificou-se que todas as participantes ($n=14$) responderam integralmente ao instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20)* e suas subescalas (POPDI-6, CRADI-8 e UDI-6). A análise descritiva evidenciou que a subescala UDI-6, referente aos sintomas urinários, apresentou os maiores escores médios ($69,3 \pm 17,1$), com valores variando entre 50 e 100 pontos, indicando maior frequência e intensidade de queixas nessa dimensão entre as mulheres avaliadas. A subescala POPDI-6, relacionada aos sintomas de prolapsos de órgãos pélvicos, apresentou média de $32,4 \pm 25,5$ (mínimo = 0; máximo = 66,6), demonstrando ampla variabilidade entre ausência de sintomas e presença de queixas mais relevantes. De forma semelhante, a subescala CRADI-8, referente aos sintomas colorretais/anais, apresentou média de $25,7 \pm 22,5$ (mínimo = 0; máximo = 62,5), também evidenciando distribuição heterogênea.

Tabela 6. Estatística descritiva das variáveis numéricas idade, renda, número de filhos, PFDI-20, Cuiabá-MT, 2025

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Min	P25	Mediana	P75	Máx
POPDI-6	14	32,4228	25,5310	0,00	7,265	37,45000	58,33	66,6600
CRADI-8	14	25,6693	22,5410	0,00	0,00	25,0000	50,00	62,50
UDI-6	14	69,3357	17,1133	50,0	54,14	66,6600	83,30	100,00
PFDI-20	14	127,398	45,8146	66,6	83,31	117,6800	166,6	208,3000

Fonte: Dados da pesquisa

A análise de confiabilidade indicou que o PFDI-20, considerando todos os 20 itens, apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,671, classificado como confiabilidade substancial. Nos domínios específicos, o grupo de itens sobre sintomas de prolapsos POPDI-6 apresentou $\alpha=0,704$ (substancial), enquanto o domínio combinado de sintomas intestinais CRADI-8 obteve $\alpha=0,636$ (substancial). Já o domínio de sintomas urinários UDI-6 apresentou $\alpha=0,168$, igualmente classificado como pobre.

Embora os valores gerais sejam aceitáveis, o tamanho reduzido da amostra com dados completos ($n=14$) limita a estabilidade das estimativas e pode ter influenciado a magnitude dos coeficientes. Recomenda-se a aplicação do instrumento em populações maiores para confirmar a consistência interna e, se necessário, revisar itens de menor homogeneidade.

Tabela 7. Coeficiente alfa de Cronbach do instrumento *Pelvic Floor Distress Inventory-20* - PFDI-20 e seus domínios (n = 12), Cuiabá-MT, 2025

Domínio / Itens avaliados	Nº de itens	α de Cronbach	Classificação*
PFDI-20	20	0,671	Substancial
POPDI-6	6	0,704	Substancial
CRADI-8	8	0,636	Substancial
UDI-6	6	0,168	Pobre

Legenda: *Classificação segundo Landis & Koch (1977): <0,00 = pobre; 0,00–0,20 = leve; 0,21–0,40 = razoável; 0,41–0,60 = moderada; 0,61–0,80 = substancial; 0,81–1,00 = quase perfeita.

Fonte: Dados da pesquisa

Na análise da função sexual feminina, mensurada pelo *Female Sexual Function Index (FSFI)*, apresentadas na tabela 7, verificou-se que sete participantes responderam integralmente ao instrumento, constituindo o número amostral reduzido (n=7). No domínio do desejo sexual, verificou-se que 42,9% das mulheres relataram sentir desejo “quase nunca ou nunca” e o mesmo percentual avaliou a intensidade do desejo como muito baixa ou inexistente. Apenas uma pequena parcela (14,3%) referiu desejo elevado.

Quanto à excitação, apesar de 28,6% relatarem quase nunca se sentirem excitadas, a maior parte da amostra afirmou vivenciar excitação com maior frequência, seja na maioria das vezes (28,6%) ou quase sempre (28,6%). O grau de excitação foi predominantemente classificado como moderado (42,9%), enquanto todas as mulheres relataram sentir segurança moderada para se excitar.

Ao domínio da lubrificação vaginal a maioria (57,1%) relatou ocorrência quase sempre durante o ato sexual e não encontrou dificuldade para alcançar ou manter a lubrificação até o final da relação. Ainda assim, 28,6% referiram que quase nunca mantêm a lubrificação até o final da atividade sexual, e igualmente consideram muito difícil ter lubrificação vaginal.

Em relação ao orgasmo, 57,1% afirmaram atingi-lo na maioria das vezes e 28,6% quase sempre. Mais da metade (57,1%) relataram não apresentar dificuldade para alcançar o orgasmo, e a maioria estava moderadamente ou muito satisfeita com sua capacidade de orgasmo, evidenciando que esse domínio foi um dos mais positivos do FSFI.

No que se refere à satisfação, identificou-se maior variabilidade. Enquanto 57,1% estavam muito satisfeitas com a proximidade emocional com o(a) parceiro(a), apenas 28,6%

relataram o mesmo em relação ao relacionamento sexual, e 42,9% se mostraram indiferentes. Quanto à satisfação geral com a vida sexual, os resultados também se distribuíram de forma heterogênea, com presença de insatisfação (14,3%) e indiferença (42,9%), mas também de satisfação moderada (14,3%) e elevada (28,6%).

No domínio da dor ou desconforto, predominou a preservação: 57,1% afirmaram quase nunca sentir dor durante ou após a penetração vaginal, enquanto os demais distribuíram-se entre pouca, moderada ou alta intensidade de incômodo. Ainda assim, 28,6% classificaram a dor como elevada, sugerindo impacto relevante em parte da amostra.

Tabela 8. Distribuição da frequência (n=7) e proporção (%) da escala *Female Sexual Function Index (FSFI)*, Cuiabá-MT, 2025.

Variáveis	Frequência (n)	Proporção (%)
Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?		
1 - Quase nunca ou nunca	3	42,9
3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	2	28,6
5 - Quase sempre ou sempre	2	28,6
Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?		
1 - Muito baixo ou absolutamente nenhum	3	42,9
3 - Moderado	3	42,9
4 – Alto	1	14,3
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?		
1 - Quase nunca ou nunca	2	28,6
2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)	1	14,3
4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	2	28,6
5 - Quase sempre ou sempre	2	28,6
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?		
1 - Muito baixo ou absolutamente nenhum	2	28,6
3 - Moderado	3	42,9
4 – Alto	2	28,6
Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?		
3 - Segurança moderada	7	100,0
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?		
1 - Quase nunca ou nunca	1	14,3
2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)	1	14,3
3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	1	14,3
4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	3	42,9
5 - Quase sempre ou sempre	1	14,3
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?		
1 - Quase nunca ou nunca	1	14,3
2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)	1	14,3
4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	1	14,3
5 - Quase sempre ou sempre	4	57,1

Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividade sexual?

2 - Muito difícil	2	28,6
4 - Ligeiramente difícil	1	14,3
5 - Nada difícil	4	57,1

Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1 - Quase nunca ou nunca	2	28,6
3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	1	14,3
5 - Quase sempre ou sempre	4	57,1

Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

2 - Muito difícil	1	14,3
4 - Ligeiramente difícil	2	28,6
5 - Nada difícil	4	57,1

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

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)	1	14,3
4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	4	57,1
5 - Quase sempre ou sempre	2	28,6

Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

3 - Difícil	1	14,3
4 - Ligeiramente difícil	2	28,6
5 - Nada difícil	4	57,1

Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

2 - Moderadamente insatisfeita	1	14,3
4 - Moderadamente satisfeita	3	42,9
5 - Muito satisfeita	3	42,9

Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

1 - Muito insatisfeita	1	14,3
3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	1	14,3
4 - Moderadamente satisfeita	1	14,3
5 - Muito satisfeita	4	57,1

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

3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	3	42,9
4 - Moderadamente satisfeita	2	28,6
5 - Muito satisfeita	2	28,6

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

1 - Muito insatisfeita	1	14,3
3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	3	42,9
4 - Moderadamente satisfeita	1	14,3
5 - Muito satisfeita	2	28,6

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

1 - Quase sempre ou sempre	1	14,3
3 - Algumas vezes (cerca da metade do tempo)	1	14,3
4 - Pouca vezes (menos da metade do tempo)	1	14,3
5 - Quase nunca ou nunca	4	57,1

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

1 - Quase sempre ou sempre	1	14,3
4 - Pouca vezes (menos da metade do tempo)	2	28,6

5 - Quase nunca ou nunca	4	57,1
<i>Nas últimas 4 semanas, como você classifica seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?</i>		
2 – Alto	2	28,6
3 - Moderado	1	14,3
4 - Baixo	1	14,3
5 - Muito baixo ou absolutamente nenhum	3	42,9

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 9 apresenta a análise descritiva da FSFI. Nela é possível constatar que os escores totais do instrumento variaram entre 17,8 e 32,9 pontos, com mediana de 28,7. Considerando o ponto de corte estabelecido (<26,55) para indicação de disfunção sexual, observa-se que parte das participantes encontra-se abaixo do limiar clínico, caracterizando possível disfunção sexual, enquanto outras apresentam valores acima do ponto de corte, indicando preservação da função sexual.

Entre os domínios do FSFI, os maiores escores medianos foram observados em lubrificação (5,4), orgasmo (5,2) e dor (5,2), sugerindo níveis satisfatórios nesses aspectos para a maioria das mulheres. Por outro lado, os menores valores medianos foram verificados nos domínios excitação (4,2) e satisfação (4,4). Além disso, os menores escores individuais ocorreram nos domínios excitação (mínimo = 2,1) e dor (mínimo = 1,6), evidenciando maior comprometimento nessas dimensões em algumas participantes.

De forma geral, os resultados indicam heterogeneidade no padrão de resposta: enquanto algumas mulheres apresentam escores compatíveis com função sexual preservada, outras encontram-se em faixa sugestiva de disfunção, sobretudo nos domínios relacionados à excitação e à dor.

Tabela 9. Estatística descritiva da escala FSFI, Cuiabá-MT, 2025.

Variável	N	Min	P25	Mediana	P75	Máx
Excitação	7	2,10	2,400	4,200000	4,500	5,1000
Lubrificação	7	3,3	4,500	5,400	6,000	6,0
Orgasmo	7	4,00	4,400	5,200000	5,600	5,6000
Satisfação	7	2,00	4,000	4,400000	6,000	6,0000
Dor	7	1,60	4,000	5,200000	6,000	6,0000
FSFI	7	17,8	18,80	28,700	30,60	32,9

Fonte: Dados da pesquisa

Na amostra analisada ($n = 7$), todas as participantes responderam integralmente ao *Female Sexual Function Index (FSFI)*, não havendo exclusões por dados ausentes. A consistência interna da escala (tabela 10), composta por 19 itens, foi avaliada por meio do coeficiente *Alpha de Cronbach*, obtendo-se valor de 0,931. De acordo com a classificação adaptada de Landis e Koch (1977), esse resultado indica confiabilidade quase perfeita, evidenciando que os itens apresentam elevada correlação entre si e mensuram de forma consistente o construto proposto.

Tabela 10. Coeficiente alfa de Cronbach do instrumento *Female Sexual Function Index FSFI* ($n = 12$), Cuiabá-MT, 2025

Número de itens	19
Alpha de Cronbach	0,931
Classificação segundo Landis & Koch (1977)	Quase perfeita

Legenda: *Classificação segundo Landis & Koch (1977): <0,00 = pobre; 0,00–0,20 = leve; 0,21–0,40 = razoável; 0,41–0,60 = moderada; 0,61–0,80 = substancial; 0,81–1,00 = quase perfeita.

Fonte: Dados da pesquisa

Visando maior robustez diante do tamanho amostral reduzido ($n = 14$, sendo $n = 7$ para FSFI) e da possibilidade de ausência de normalidade nas distribuições, optou-se por utilizar o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) para avaliar as associações entre as variáveis Idade, Renda Salarial, Número de filhos, Número de Gestações, Maior Peso ao Nascer, IMC, PFDI-20 e FSFI. O nível de significância adotado foi de 5%.

A análise de correlação de Spearman foi conduzida para investigar as associações entre variáveis sociodemográficas, obstétricas, antropométricas e funcionais. Os resultados estão apresentados na Tabela 11 e na Figura 1.

Tabela 11. Correlação de Spearman entre as variáveis numéricas, Cuiabá-MT, 2025

Par de Variáveis	ρ (Spearman)	p-valor
Idade x Número de filhos	0,688	0,007
Idade x Número de gestações	0,682	0,007
Renda salarial x Número de filhos	0,72	0,004
Renda salarial x Número de gestações	0,87	0,0
Número de filhos x Número de gestações	0,861	0,0
Número de gestações x PFDI-20	0,497	0,071
Número de filhos x IMC	-0,545	0,067
PFDI-20 x FSFI	-0,685	0,09

Fonte: Dados da pesquisa

A análise de correlação de Spearman revelou associação positiva significativa entre idade e número de filhos ($\rho = 0,688$; $p = 0,007$), bem como entre idade e número de gestações ($\rho = 0,682$; $p = 0,007$). A renda salarial correlacionou-se positivamente tanto com o número de filhos ($\rho = 0,720$; $p = 0,004$) quanto com o número de gestações ($\rho = 0,870$; $p < 0,001$).

Observou-se ainda forte correlação entre número de filhos e número de gestações ($\rho = 0,861$; $p < 0,001$).

Associações em tendência foram identificadas entre número de gestações e escore do PFDI-20 ($\rho = 0,497$; $p = 0,071$), entre número de filhos e IMC ($\rho = -0,545$; $p = 0,067$), e entre PFDI-20 e FSFI ($\rho = -0,685$; $p = 0,090$). O termo “correlação de tendência” foi utilizado para designar resultados com valores de p entre 0,05 e 0,10, os quais não alcançam significância estatística, mas sugerem possível associação que pode se confirmar em amostras maiores.

As demais variáveis, incluindo peso do maior nascido e IMC, não apresentaram correlações estatisticamente significativas com os demais desfechos avaliados.

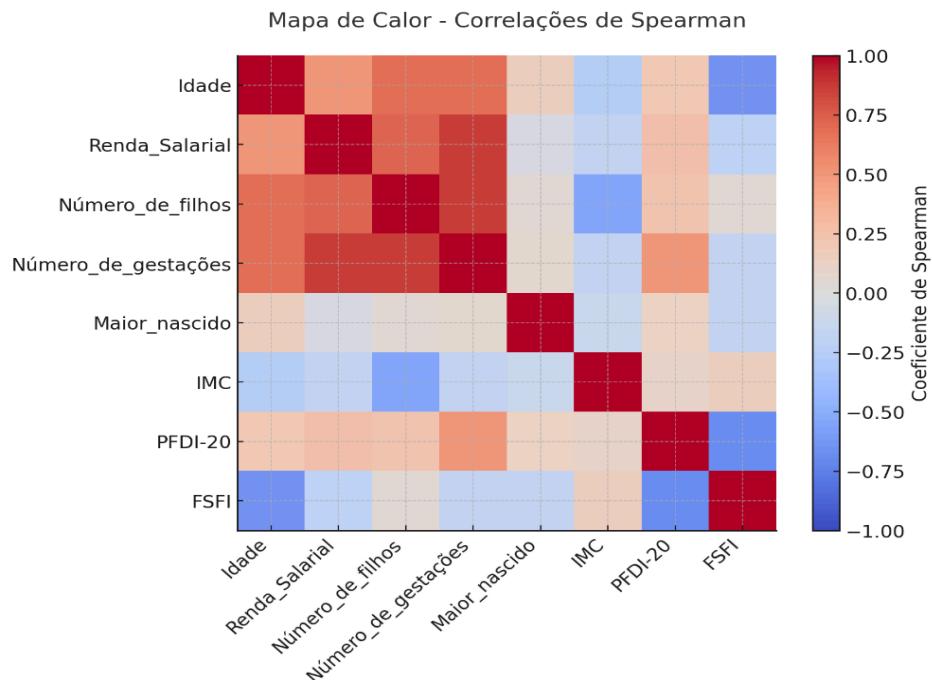


Figura 1. Mapa de correlações de Spearman, evidenciando a magnitude e a direção das associações encontradas.

Legenda: A cor vermelha representa correlações positivas e azul representa correlações negativas. A intensidade da cor reflete a magnitude da correlação, sendo mais intensa quanto mais próxima de +1 ou -1.

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados confirmam associações esperadas entre variáveis sociodemográficas e obstétricas, como idade, número de filhos e número de gestações. Ainda que não estatisticamente significativos, os achados referentes ao PFDI-20 e ao FSFI apontam para uma

tendência clínica relevante: maior número de gestações pode contribuir para sintomas do assoalho pélvico, que por sua vez parecem impactar negativamente a função sexual.

Dessa forma, verificou-se que as variáveis sociodemográficas e obstétricas apresentaram correlações significativas, reforçando sua interdependência. Houve tendência clínica importante entre disfunções do assoalho pélvico (PFDI-20) e pior função sexual (FSFI). Cabe salientar que se faz necessário o aumento da amostra para confirmar essas relações e fornecer maior poder estatístico.

5. DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico das participantes deste estudo revelou fatores de risco importantes para o desenvolvimento de DAP. Observou-se que a maioria das mulheres apresentava idade média de 47,8 anos, multiparidade (média de 2,6 gestações) e obesidade (IMC médio de 31,6 kg/m²), condições amplamente reconhecidas na literatura como predisponentes para DAP e DS. Desse modo, um estudo retrospectivo realizado em Fortaleza/CE com pacientes atendidos em um projeto social, ao longo de 14 anos evidenciou que a faixa etária média de participantes do sexo feminino foi de 41 a 50 anos (Damasceno, Souza e Santos Júnior, 2020). Já a análise transversal de 1.961 mulheres não grávidas realizada nos Estados Unidos afirma que a proporção de pacientes que apresentam pelo menos uma DAP aumenta com a idade, sendo de 9,7% em mulheres entre 20 e 39 anos, 26,5% em pacientes de 40 a 59 anos, 36,8% em mulheres entre 60 e 79 anos e de 49,7% em pacientes com idade igual ou superior a 80 anos.

A diretriz do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados do Reino Unido (NICE, 2021) descreve a paridade como um fator relevante já estabelecido na literatura, destacando a associação entre multiparidade e o surgimento de sintomas relacionados ao assoalho pélvico, assim como entre maior paridade e POP.

Um estudo observacional avaliou prontuários de 312 mulheres com disfunções do AP no período de 2004 à 2010, atendidas no Ambulatório de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Universidade Federal de São Paulo, e verificou que 70% apresentavam sobrepeso ou obesidade, estabelecendo que as mulheres com DAP apresentam o índice de obesidade é maior do que a população feminina nacional (Fitz *et al.*, 2012). Assim como um estudo descritivo observacional mais recentes, realizado na região Centro-Oeste, que correlacionou o aumento do IMC à fraqueza da MAP potencializando as disfunções (Lopes, *et al.*, 2025).

O consumo de irritantes vesicais pela amostra sugere uma exposição considerável a esses elementos, o que está de acordo com a literatura atual, Picioni, *et al.* 2025, descreve em seu estudo a associação de disfunções do assoalho pélvico e consumo de estimulantes vesicais, se tratando de um estudo transversal, com 77 mulheres, demonstrou que consumo de irritantes vesicais, é um fator de agravante de disfunções da MAP, sobretudo em relação a déficits vesical e intestinal.

Esse achado reforça a relevância de investigar a frequência e a gravidade dos sinais e sintomas de DAP em pacientes que aguardam atendimento especializado, uma vez que tais características aumentam a vulnerabilidade clínica dessa população.

Em relação à avaliação dos sintomas por meio do PFDI-20, identificou-se um escore médio de 127,4 pontos, indicando impacto considerável das DAP na QV. Um estudo conduzido na Espanha, afirma que a prevalência de IU repercute negativamente na QV (Santiago et al., 2023). De forma semelhante, Fontenele e colaboradores (2018), em um estudo observacional analítico realizado em Fortaleza/CE com 72 mulheres com IUM, identificaram que a presença e o desconforto dos sintomas do assoalho pélvico impactaram negativamente na QV da amostra, considerando atividades, sentimentos e relacionamentos. Complementarmente Chiu e colaboradores (2018), reforçam que limitações físicas, sociais, ocupacionais e sexuais causadas pelas DAP afetam diretamente a QV.

Os sintomas urinários foram os mais prevalentes e incômodos, especialmente a perda urinária durante esforços ou urgência miccional, o que corrobora com o estudo de Damasceno, Souza e Santos Júnior (2020) que aponta a IU como a manifestação de maior predomínio das DAP em ambos os性os, sendo mais comum no sexo feminino. Esse resultado sugere que a gravidade dos sintomas urinários deve ser considerada como prioridade no planejamento do atendimento especializado, uma vez que interfere tanto nas atividades cotidianas quanto na esfera íntima das pacientes.

A análise da função sexual, mensurada pelo *Female Sexual Function Index (FSFI)*, revelou heterogeneidade nos resultados. Embora domínios como lubrificação, orgasmo e dor tenham apresentado escores relativamente preservados, os domínios de desejo e satisfação sexual mostraram maior comprometimento. Esse contraste indica que, mesmo quando há preservação de respostas fisiológicas, fatores emocionais, relacionais e o impacto dos sintomas pélvicos podem reduzir o desejo e a satisfação global com a vida sexual. Essa constatação dialoga com a literatura, que descreve o desejo sexual hipoativo como a disfunção

mais prevalente entre mulheres, frequentemente associada a condições clínicas e psicossociais. Há relatos de que fatores como depressão, ansiedade, uso de medicamentos, e DAP afetam de forma negativa a saúde sexual feminina. Em um estudo realizado com 212 mulheres residentes no município de Criciúma/SC demonstra que a IU influencia negativamente aspectos como interesse sexual, desejo, excitação, lubrificação e orgasmo (Roque, 2020). O estudo de Burti e colaboradores (2023), conduzido com 70 mulheres apresentou a diminuição da libido como principal queixa relatada, impactando 63% da amostra.

A análise de correlação de Spearman demonstrou associação negativa em tendência entre os escores do PFDI-20 e do FSFI, sugerindo que a maior gravidade dos sintomas pélvicos está relacionada à pior função sexual. Apesar de não alcançar significância estatística, possivelmente em razão do número reduzido da amostra, esse resultado possui relevância clínica, pois reforça o entendimento de que as DAP não apenas comprometem o funcionamento fisiológico do assoalho pélvico, mas também afetam a intimidade sexual, a autoestima e os relacionamentos interpessoais.

Além disso, foram observadas associações entre idade, número de filhos e número de gestações, o que era esperado em razão do perfil da amostra. Importa destacar, entretanto, que maior número de gestações mostrou tendência de associação com maiores escores do PFDI-20, indicando que o histórico obstétrico constitui um fator relevante na gênese e progressão das DAP. Matheus, et al. (2024), aponta que durante a gestação a MAP sofre sobrecarga progressiva, relacionada ao aumento da massa corporal materna e do útero gravídico, ocasionando diminuição da força muscular que pode facilitar o aparecimento de alterações musculoesqueléticas. Além disso, a relaxina, hormônio secretado em maior quantidade durante o segundo trimestre da gestação, atua no remodelamento dos tecidos conectivos, promovendo a redução da sua resistência à tensão, e a longo prazo podem surgir DAP como resultado dessas modificações.

Mariana Cecchi *et al.* (2024), analisou 56 prontuários de mulheres, com 18 a 60 anos, entre os anos de 2020 e 2023, com sintomas de DAP, e concluiu que a maior parte das mulheres do estudo, apresentaram algum tipo de distúrbio relacionados ao assoalho pélvico na gestação ou pós-parto, corroborando que eventos que ocorrem durante a gestação e parto, são fatores preditivos para o desenvolvimento de DAP a longo prazo.

Esses achados reforçam a necessidade de atenção à saúde pélvica das mulheres desde o período pré-gestacional, com estratégias preventivas que minimizem os riscos de complicações futuras.

Dessa forma, os resultados deste estudo evidenciam que mulheres em lista de espera para atendimento especializado em DAP apresentam não apenas sintomas clínicos relevantes, mas também comprometimento da função sexual, sobretudo nos domínios subjetivos de desejo e satisfação. Essa inter-relação confirma que as DAP impactam de forma ampla a saúde feminina, exigindo abordagem integral que contemple não apenas o tratamento físico, mas também suporte psicossocial e sexual.

6. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo indicam que fatores como idade, multiparidade, obesidade e ausência de orientações prévias estão associados ao desenvolvimento e à gravidade das disfunções do assoalho pélvico (DAP), corroborando evidências da literatura que descrevem tais condições como multifatoriais e progressivas. Além disso, observou-se que a maioria das participantes não havia recebido informações adequadas nem realizado tratamento prévio, o que reforça a urgência de estratégias de prevenção e de educação em saúde no âmbito da Atenção Primária, a fim de reduzir a demanda reprimida por atendimentos especializados e promover intervenções precoces, com destaque para medidas conservadoras, como os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica e mudanças comportamentais.

Este estudo, no entanto, apresenta limitações, entre elas o tamanho reduzido da amostra e o recorte local e a ausência do público masculino, o que restringe a generalização dos resultados e limita a compreensão das DAP em diferentes perfis populacionais. Tais limitações foram parcialmente superadas pelo uso de instrumentos sistematizados, pela coleta criteriosa dos dados e pelo alinhamento com a literatura científica atual, o que confere consistência aos achados. Ainda assim, reforça-se a necessidade de ampliar futuras investigações com amostras representativas e multicêntricas, capazes de caracterizar de forma mais abrangente o perfil da população acometida por DAP.

Diante disso, propõe-se como perspectivas de enfrentamento do problema a intensificação de ações educativas e preventivas na Atenção Primária à Saúde, a capacitação contínua de profissionais para identificação precoce dos fatores de risco e a criação de protocolos assistenciais voltados ao cuidado integral e humanizado. Além disso, recomenda-se o

desenvolvimento de políticas públicas que ampliem o acesso às terapias conservadoras e a integração de grupos multiprofissionais para o acompanhamento de mulheres e homens em diferentes fases da vida reprodutiva e pós-reprodutiva. Essas medidas podem contribuir para a qualificação da assistência, o fortalecimento do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com DAP.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Descobrimento sexual do Brasil. São Paulo: Summus, 2004.
- ALEXANDRE, C. S. **Função sexual e autoimagem genital em mulheres com disfunções do assoalho pélvico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Araranguá. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/237792>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, nº. 6, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>. Acesso em: 15 mar. 2025
- ARCHANGELO, I. C. **Conhecimento da prática clínica de ginecologistas e urologistas que atuam nas disfunções do assoalho pélvico:** estudo observacional. 2024. 1 recurso online (57 p.) Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/23308>. Acesso em: 10 fev. 2025
- ARRUDA, G. T. **Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20):** Classificação do desconforto dos sintomas de disfunções do assoalho pélvico pela teoria da resposta ao item. Tese (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina. Araranguá, p. 116. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/219276>. Acesso em: 22 fev. 2025.
- ASSIS, G. M. *et al.* Primary Health Care nurses' role in treating Lower Urinary Tract Dysfunction. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20230146, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0146pt>. Acesso em: 9 mar. 2025.
- BARBER, M. D., *et al.* (2005). Validation of the pelvic floor distress inventory-20 (PFDI-20). *Obstetrics & Gynecology*, 106(4), 769-776.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 229–232, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/article/view/2806>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- BRAGADO, M. J. V.; MOREIRA, K. F. A.; FERNANDES, D. E. R. Conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre as disfunções do assoalho pélvico / Knowledge of family health strategy professionals about pelvic floor dysfunctions. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 25199–25220, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n4-170. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/46275>. Acesso em: 19 fev. 2025.
- BRASIL.** Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 5 mai. 2025.

BO, K. *et al.* Um relatório conjunto da Associação Uroginecológica Internacional (IUGA)/Sociedade Internacional de Continência (ICS) sobre a terminologia para o tratamento conservador e não farmacológico da disfunção do assoalho pélvico feminino. **Neurourology and urodynamics** v. 36, ed. 2, p. 221-244, 2017. PubMed: 27918122. Disponível em:<https://doi.org/10.1002/nau.23107>. Acesso em: 9 mar. 2025.

BURTI, J. S.; SALES, I. M.; SILVA, P. dos S.; MENDES, L. F. Avaliação de Sintomas do Assoalho Pélvico e Sexualidade em Dois Grupos De Mulheres Brasileiras: Indígenas Huni Kuin Residentes em Jordão, Acre, e Urbanas Residentes em São Paulo, Capital. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 34, p. 1124 , 2023. DOI: 10.35919/rbsh.v34.1124. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/1124. Acesso em: 11 set. 2025.

CALDEIRA, M. G. *et al.* Prevalência da incontinência urinária em gestantes. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar** - ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 2, n. 9, p. e29764, 2021. Disponível em:<https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.764>. Acesso em: 10 mar. 2025.

CAMILO, S. N.; DE CONTO, C. L.; CARNEIRO NUNES, E. F.; LATORRE, G. F. S. Alterações sexuais no climatério do ponto de vista cinesiológico-funcional - revisão. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, Brasil, v. 9, n. 4, p. 532–538, 2019. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v9i4.1757. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1757>. Acesso em: 2 out. 2025.

CAVENAGHI, S. *et al.* Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina. **Rev. Pesqui. Fisioter.**, p. 658-665, 2020. DOI: 10.17267/2238-2704rpf. v10i4.3260. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224447>. Acesso em: 18 fev. 2025.

CECCHI SALATA, M. *et al.* A presença de disfunção do assoalho pélvico na gestação e pós-parto é fator preditivo para disfunção do assoalho pélvico a longo prazo em mulheres? Um estudo observacional retrospectivo. **REVISTA DE SAÚDE - RSF**, [S. l.], v. 10, n. 01, 2024. DOI: 10.59370/rsf.v10i01.214. Disponível em: <https://ojs.uniceplac.edu.br/index.php/rsf/article/view/214>. Acesso em: 11 set. 2025.

CHIU, A. *et al.* Effectiveness of two types of incontinence rehabilitation exercises: a pilot study. **International Journal of Urological Nursing**, v. 12, n. 2-3, p. 84-90, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ijun.12172>. Acesso em: 11 set. 2025.

CORREIA, R. R. **Análise entre as modalidades de eletroestimulação versus outras intervenções ou placebo, em pacientes constipados ou com incontinência fecal, na melhora do número de evacuações e qualidade de vida.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. 2022. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/entities/publication/2dc53566-e605-47d7-84cc-b786cc7326b0/ful>. Acesso em: 10 mar. 2025.

COSTA, M. S. C. *et al.* Eficácia do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas: Revisão Narrativa: Revisão Narrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 2, p. e023061, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1422. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1422>. Acesso em: 12 mar. 2025.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17591>. Acesso em: 16 mar. 2025.

DAMASCENO, A.; SOUZA, M.; SANTOS, F. (2020). Disfunções do assoalho pélvico em pacientes de um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE: um estudo retrospectivo de 14 anos. **Fisioterapia Brasil**. 21. 10.33233/fb.v21i4.3235. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v21i4.3235>. Acesso em: 4 set. 2025.

FERREIRA, M. de F.; VAZ MACHADO , A.; SANTOS BORGES , D. Conhecimento e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca das disfunções do assoalho pélvico. **Health Residencies Journal**, [S. l.], v. 4, n. 21, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v4i21.907>. Acesso em: 23 fev. 2025.

FITZ, F. F. *et al.* Qual o índice de massa corporal de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico que procuram tratamento fisioterapêutico?. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 4, p. 309–313, out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000400003>. Acesso em: 4 set. 2025.

FONTENELE, M. Q. S. *et al.* **Impacto dos sintomas do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária**. 2018. Artigo. (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39658>. Acesso em: 11 set. 2025.

FRANÇA, I. D. M.; LIVRAMENTO , R. A. Assoalho Pélvico e Sua Relação com a Incontinência Urinária: Causa e Tratamento Fisioterapêutico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 5, n. 5, p. 4023–4034, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p4023-4034. Disponível em: <https://bjih.seniorweb.org.br/bjih/article/view/970>. Acesso em: 17 fev. 2025.

FREITAS, L. P. G.. Tradução e validação em português do questionário **Impacto do Prolapso de Órgãos Pélvicos, da Incontinência Urinária e da Incontinência Fecal na Função Sexual Feminina**. 2024. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2024. DOI: 10.11606/D.5.2024.tde-16052024-145224. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-16052024-145224/en.php>. Acesso em: 10 fev. 2025.

GRIMES, W. R., STRATTON, M. **Disfunção do assoalho pélvico.** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

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). **Int Urogynecol Journal.** Feb;27(2):165-94, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2932-1>. Acesso em: 17 mar. 2025.

HENTSCHEL, H. *et al.* Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. **Clinical and Biomedical Research,** [S. l.], v. 27, n. 1, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/471>. Acesso em: 20 fev. 2025.

LAZARIN, L. de B. *et al.* Funcionalidade do assoalho pélvico e alterações comportamentais em mulheres nulíparas. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde,** [S. l.], v. 9, n. 15, p. 92–104, 2024. DOI: 10.24281/rremecs2024.9.15.92104. Disponível em: <https://revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/1544>. Acesso em: 16 mar. 2025.

LOPES, J. *et al.* Correlação Entre Funções da Musculatura do Assoalho Pélvico e Índice De Massa Corpórea em Mulheres Jovens Nulíparas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação,** [S. l.], v. 11, n. 3, p. 1968–1978, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i3.18525>. Acesso em: 7 set. 2025.

MACHADO, J. R. F. Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. **Devir Educação,** [S. l.], v. 7, n. 1, p. e–697, 2023. DOI: 10.30905/rde.v7i1.697. Disponível em: <https://devireducacao.ded.ufla.br/index.php/DEVIR/article/view/697>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MALINAUSKAS, A. P.; TORELLI, L. Atuação da fisioterapia na incontinência urinária em mulheres na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública,** v. 46, n. 2, p. 171-183, 2022. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3644>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3644>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MASSARIOL, G. L. **Avaliação da função do assoalho pélvico e postura lombopélvica na peri e pós menopausa.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO, Bauru - SP. 2021. Disponível em: <https://repositorio.unisagrado.edu.br/jspui/handle/handle/304>. Acesso em: 17 mar. 2025.

MATHEUS, A. D.; LIMA, N. M. de F. C.; NICOLI, T. M.; SCHERER, M. M. de C. **Perfil de disfunções do assoalho pélvico e seu impacto na qualidade de vida de puérperas.** 2024. TCC (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Vila Velha, Vila Velha, 2024. Disponível em: <https://repositorio.uvv.br/items/de4c1e55-fff1-4c0e-a601-0012fc0e9096>. Acesso em: 11 set. 2025.

MELO, A. J. O., ANGELIS, G. D. D., FIGUEIREDO JÚNIOR, H. S. Prolapso de órgãos pélvicos e envelhecimento feminino: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico,** v. 20, p. e11311, 17 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reamed.e11311.2022>.

Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/11311>. Acesso em: 12 mar. 2025.

MEUCCI, R. D., et al. Ocorrência de dor combinada na coluna lombar, cintura pélvica e sínfise púbica entre gestantes do extremo sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23 , e200037. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200037>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2020.v23/e200037/#>. Acesso em: 12 mar. 2025.

NICE. National Guideline Alliance (UK). Risk factors for pelvic floor dysfunction: Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management: Evidence review B. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), n. 210, dec. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579611/>. Acesso em: 4 set. 2025.

NYGAARD, I., et al. Prevalência de Distúrbios Sintomáticos do Assoalho Pélvico em Mulheres nos EUA. **JAMA**. 2008;300(11):1311–1316. doi:10.1001/jama.300.11.1311. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182572>. Acesso em: 4 set. 2025.

OLIVEIRA, A., SILVA, M. de M. , PERES, M. G. P. Os Benefícios da Fisioterapia Pélvica Para Mulheres com Incontinência Urinária. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 2, p. 48-55, 5 jun. 2021. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral>. Acesso em: 10 mar. 2025.

OLIVETTO, M. M. S. .; LIMA, B. E. da S. .; ALENCAR, I. de. Physical therapy intervention in the treatment of stress urinary incontinence. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 12, p. e319101220568, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20568. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20568>. Acesso em: 17 feb. 2025.

PACAGNELLA, R. DE C. *et al.* Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 416–426, fev. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>. Acesso em: 4 abr. 2025.

PACHECO, M. C. A.; *et al.* Ansiedade e disfunções do assoalho pélvico em mulheres adultas. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S. l.], n. 2, p. 44, 2023. Disponível em: <https://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/1210>. Acesso em: 16 mar. 2025.

PALMA, P. C. R. **Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. ISBN 978-85-62974-00-7.

PEREIRA, A. G. *et al.* Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, p. e35113, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35113>. Acesso em: 22 fev. 2025.

PICIONI, A. E. R. *et al.* Associação entre disfunções do assoalho pélvico e consumo de estimulantes vesicais em mulheres jovens nulíparas. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S. l.], v. 10, n. 16, p. 135–145, 2025.

Disponível em: <https://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/1913>. Acesso em: 3 out. 2025.

ROQUE, A. Função sexual e desconfortos do assoalho pélvico em mulheres atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC. 2020. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215884>. Acesso em: 11 set. 2025.

ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R, FERGUSON D, D'AGOSTINO R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26(2):191–208. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/009262300278597>. Acesso em: 11 mar. 2025.

ROZIN, Leandro. Em tempos de Covid-19: um olhar para os estudos epidemiológicos observacionais. **Espaço para a Saúde**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 6–15, 2020. DOI: 10.22421/15177130-2020v21n1p6. Disponível em: <https://espacoparaasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaudade/article/view/695>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SAMPAIO, L. R. L. *et al.* Implementation of A Service for People With Pelvic Floor Disorders. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1132>. Acesso em: 10 mar. 2025.

SANTIAGO, Mariana *et al.* A hybrid-telerehabilitation versus a conventional program for urinary incontinence: a randomized trial during COVID-19 pandemic. **International Urogynecology Journal**, v. 34, n. 3, p. 717-727, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05108-6>. Acesso em: 11 set. 2025.

SANTOS, A. **IBM SPSS como ferramenta de pesquisa quantitativa.** 2018. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de estudos pós-graduandos em administração, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/administracao/IBM-SPSS-como-ferramenta%20de-pesquisa-quantitativa-alexandra-santos.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2025.

SHENG, Y., CARPENTER, J. S., ASHTON-MILLER, J. A. *et al.* **Mecanismos de treinamento dos músculos do assoalho pélvico para o manejo da incontinência urinária em mulheres:** uma revisão de escopo. *BMC Women's Health* 22, 161 (2022). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01742-w>. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-01742-w#citeas>. Acesso em: 10 mar. 2025.

SILVA, A. F. da .; LOPES, M. H. B. de M. Pelvic floor muscle training associated with the use of pessaries in the treatment of pelvic organ prolapse: Scope review protocol. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. e2813545704, 2024. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45704>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45704>. Acesso em: 17 feb. 2025.

SILVA, L. A. da., et al. **Nível de Incapacidade da Lombalgia e Desconforto do Assoalho Pélvico em Mulheres Adultas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia), Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/252404?show=full>. Acesso em: 12 mar. 2025.

SOARES, M. T.; et al. Indicações e benefícios da terapia de reposição hormonal no climatério. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 25, p. e18115, 10 jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.25248/reamed.e18115.2025>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/18115>. Acesso em: 2 out. 2025.

SOLOGUREN-GARCÍA, G., et al. Epidemiology of Pelvic Floor Dysfunction in the Tacna Region of Peru, 2023. **International urogynecology journal**, 35(6), 1211–1218, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05792-6>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11245415/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

TIM, S., MAZUR-BIALY, A. I. **Distúrbios Funcionais e Fatores Mais Comuns que Afetam o Assoalho Pélvico Feminino.** *Life*. 2021; 11(12):1397. DOI: <https://doi.org/10.3390/life11121397>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-1729/11/12/1397>. Acesso em: 17 mar. 2025.

SWARD, L. et al. Pelvic Girdle Pain in Pregnancy: A Review. **Obstet Gynecol Surv**. 2023; 78(6):349-357. DOI: 10.1097/OGX.0000000000001140. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37322996/>. Acesso em: 12 mar. 2025.

WIEGEL, M. et al. “The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores.” **Journal of sex & marital therapy** vol. 31,1 (2005): 1-20. doi:10.1080/00926230590475206. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>. Acesso em: 04 mar. 2025.

ZULIANI, C. P. F. ; LIMA, D. M. dos R. Análise de Dissinergias do Assoalho Pélvico em Pacientes com Incontinência Fecal Verificado pela Manometria de Alta Resolução. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, [S. l.], v. 14, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.61164/rmmn.v14i1.2019>. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/2019>. Acesso em: 10 mar. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário Sociodemográfico.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
Data da consulta:	/ /
Nome:	
Sexo:	F () M () Identidade de gênero:
Data de nascimento:	Dia: Mês: Ano: anos completos: Idade em
Naturalidade:	Cidade: Estado:
Raça/ Cor:	
Endereço de moradia:	Cidade: Estado: Bairro: Logradouro: Nº: Complemento: CEP:
Estado civil:	(1) Solteiro (2) Casado (3) Mora junto (4) Viúvo (5) Separado
Escolaridade:	(1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Pós-graduação () 0 a 5 anos - Educação infantil () até 10 anos - Fundamental I () até 14 anos - Fundamental completo () até 17 anos - Médio Completo
Vínculo trabalhista:	(1) Assalariado (2) Autônomo (3) Aposentado (4) Pensionista (5) Servidor Público
Ocupação:	Atividade: Cargo: Função que desempenha: Anos de atuação:
Renda mensal, aproximadamente:	R\$:
Carga horária:	Horas por dia: S() T() Q() Q() S() S() D() Horário de entrada: Horário de saída:

	Tempo de intervalo:
Meio de transporte diário:	(1) Próprio: () Carro () Carona () Moto () Bicicleta () Outros: (2) Transporte Público: () ônibus () Van/fretado () Outros: (3) Oferecido pelo trabalho: especificar que tipo de transporte:
Perfil Clínico	
Número de filhos:	(1) Nenhum (2) Apenas um (3) Dois (4) Três (5) Quatro (6) Cinco ou mais
Número de gestações:	(1) Nenhum (2) Apenas um (3) Dois (4) Três (5) Quatro (6) Cinco ou mais Ano do 1º nascimento:
Via de parto:	(1) Normal Quantidade: (2) Cesáreo Quantidade:
Peso do maior nascido:	Kg
Número de abortos e idade gestacional:	Nº: IG:
Realizou episiotomia:	(1) Sim (2) Não
Apresentou lacerações perineais:	(1) Sim (2) Não
Tem vida sexual ativa:	(1) Sim (2) Não
Está na menopausa: Se sim, a quanto tempo?	(1) Sim Ano: (2) Não
Se sim, faz reposição hormonal?	(1) Sim (2) Não
Diagnóstico Médico de doenças pré-existentes:	() Doenças Crônicas Qual: _____ () Doenças Hematológicas: Qual: _____ () Doenças Respiratórias: Qual: _____ () Doença Autoimune: Qual: _____ () Doenças Cardíacas: Qual: _____ () Doenças osteomusculares: Qual: _____ () Câncer, Local: _____ Outras? _____

Histórico cirúrgico:	<p>Quais: Ano:</p> <p>() Colecistectomia – remoção da vesícula biliar () Apendicectomia – remoção do apêndice inflamado (appendicite). () Hernioplastia/Herniografia – Correção de hérnias () Gastrectomia – remoção parcial ou total do estômago () Cirurgia Bariátrica () Colectomia – remoção de parte ou de todo o cólon () Ressecção Intestinal – remoção de uma parte do intestino () Hepatectomia – remoção parcial do fígado () Pancreatectomia – remoção parcial ou total do pâncreas () Esplenectomia - remoção do baço () Histerectomia – remoção do útero () Ooforectomia – remoção de um ou ambos os ovários () Salpingectomia – remoção de uma ou ambas as trompas de Falópio () Miomectomia – remoção de miomas uterinos preservando o útero. () Cirurgia de endometriose – remoção de tecido ectópico endometrial. () Prostatectomia – remoção parcial ou total da próstata () Cistectomia – remoção parcial ou total da bexiga (câncer de bexiga). () Ureterolitotomia – remoção de cálculos urinários dos ureteres. () Correção de prolapsos pélvicos – reposicionamento dos órgãos pélvicos () Laqueadura tubária / Vasectomia</p>	
Faz uso de medicamentos:	(1) Sim (2) Não Se sim especifique: _____ _____ _____	
Consumo de tabaco:	() Nunca fumou () Ex-fumante - Há Quanto tempo? _____ () Fumante atual - Quantidade por dia: _____	
Consumo de álcool:	() Não () Ocasional () Regular Número de vezes por semana: _____ Quantidade em mL por ocasião: _____ Tipo de bebida: _____	
Consumo de irritantes vesicais:	() Café () Chá preto ou mate	Vezes por semana: _____ Vezes por semana: _____

	() Alimentos apimentados () Refrigerantes () Críticos (laranja, limão...) () Chocolates	Vezeas por semana: _____ Vezeas por semana: _____ Vezeas por semana: _____ Vezeas por semana: _____
Altura e Peso:	Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____	
Pratica atividade física:	(1) Sim Quais: _____ Duração em minutos por prática: _____ Frequência semanal: _____ (2) Não	
Histórico familiar:	DAPs: (1) Sim Grau de parentesco: _____ (2) Não Outros: _____	
Patologias:	Quais: _____	
Serviço De Saúde		
Já procurou algum serviço de saúde referente à DAP?	(1) Sim Qual: _____ Ano: _____ (2) Não	
Recebeu orientação adequada referente à DAP?	(1) Sim Qual: _____ Ano: _____ (2) Não	
Iniciou ou realizou algum tratamento referente a DAP?	(1) Sim Qual: _____ Ano: _____ (2) Não	
Realiza ou já realizou exercícios para o Assoalho Pélvico?	(1) Sim Qual: _____ Ano: _____ (2) Não	
<p>Nota: Para avaliação dos sintomas relacionados à disfunção do assoalho pélvico e seu impacto na qualidade de vida, será utilizado o questionário Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) e FSFI para avaliar as queixas relacionadas às disfunções sexuais.</p> <p>Agradecemos sua participação!</p>		

Fonte: Elaborado pelas autoras.

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



ANÁLISE DOS SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM PACIENTES AGUARDANDO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO



Pesquisador Responsável: Amanda Santos do Nascimento; Gabriela da Silva Gonçalves;
Prof. Dr. Jeane Cristina Anschau Xavier de Oliveira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é investigar os sinais e sintomas relacionados às Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) de mulheres e homens aguardando atendimento especializado. Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em lista de espera para atendimento especializado em DAP. Avaliar a frequência e a gravidade dos sinais e sintomas relacionados à DAP utilizando instrumentos validados, e correlacionar os sinais e sintomas com variáveis sociodemográficas e clínicas. E tem como justificativa entender melhor quem são as pessoas que apresentam queixas relacionadas ao assoalho pélvico, como essas condições afetam sua saúde e quais cuidados são mais adequados. Com essas informações, será possível criar informações que possam melhorar o atendimento oferecido na unidade de saúde e organizar melhor os serviços para quem precisa.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Responder a questionários aplicados pelas pesquisadoras, com duração média de 40 minutos. As respostas serão coletadas na Unidade Básica de Saúde Altos da Serra, de forma confidencial e segura., Este estudo não possui riscos inerentes de nenhum procedimento, as informações coletadas serão armazenadas digitalmente e armazenadas de forma confidencial e segura.

Esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa trazem a oportunidade de conhecer melhor sua própria saúde, por meio da identificação de sinais e sintomas relacionados às Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP). Além disso, ao contribuir com suas respostas, estarão ajudando a melhorar o atendimento na unidade de saúde, possibilitando a organização dos serviços de forma mais eficiente e direcionada às reais necessidades da população. Esses dados também poderão auxiliar na priorização de casos e na definição de cuidados mais adequados.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Amanda S. do Nascimento, pelo e-mail amandasn68@hotmail.com, com a pesquisadora Gabriela S. Gonçalves, pelo e-mail gabrielasgonc@gmail.com.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: "ANÁLISE DOS SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM PACIENTES AGUARDANDO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO".

<p>Nome do participante ou responsável</p> <hr/> <p>Assinatura do participante ou responsável</p>	<p>Data: _____ / _____ / _____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Eu, Amanda Santos do Nascimento, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

<p>Assinatura e carimbo do Pesquisador</p> <hr/>	<p>Data: _____ / _____ / _____</p>
--------------------------------------------------	------------------------------------

Eu, Gabriela da Silva Gonçalves, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

<p>Assinatura e carimbo do Pesquisador</p> <hr/>	<p>Data: _____ / _____ / _____</p>
--------------------------------------------------	------------------------------------

Fonte: Elaborado pelas autoras.

APÊNDICE III - Consumo de Irritantes Vesicais das Participantes do Estudo.

Irritante	Diário	Semanal	Mensal	Não consome
Café	7 (50,0%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)
Chá	3 (21,4%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	7 (50,0%)
Refrigerante	2 (14,3%)	7 (50,0%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)
Cítricos	4 (28,6%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)
Chocolate	1 (7,1%)	6 (42,9%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)

Fonte: Dados da pesquisa

ANEXOS

ANEXO I - Questionário clínico Pelvic Floor Distress Inventory-20.

(0) Não. Se SIM, o quanto isso incomoda: (1) Nada; (2) Incomoda um pouco; (3) Incomoda moderadamente; (4) Incomoda bastante

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?					
2. Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?					
3. Você geralmente tem uma “bola”, ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?					
4. Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?					
5. Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?					
6. Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?					
7. Você sente que precisa fazer muita força para evacuar/defecar?					
8. Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?					
9. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?					
10. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?					
11. Você às vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?					
12. Você às vezes sente dor durante a evacuação/defecação?					
13. Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?					
14. Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?					

15. Você tem aumento da frequência urinária?				
16. Você geralmente apresenta perda de urina durante a sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?				
17. Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?				
18. Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?				
19. Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?				
20. Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?				

Fonte: Arruda, 2020.

ANEXO II - Índice de Função Sexual Feminina

Tabela 1 - Female Sexual Function Index versão em português.

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual ?	5 -Quase sempre ou sempre 4 -A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 -Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 -Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual ?	5 -Muito alto 4 -Alto 3 -Moderado 2 -Baixo 1 - Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Quase sempre ou sempre 4 -A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 -Poucas vezes (menos que a metade do tempo) 1 -Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Muito alto 4 -Alto 3 -Moderado 2 -Baixo 1 -Muito baixo ou absolutamente nenhum

5 -Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Segurança muito alta 4 -Segurança alta 3 -Segurança moderada 2 -Segurança baixa 1 -Segurança muito baixa ou Sem segurança
6 -Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Quase sempre ou sempre 4 -A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 -Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 -Quase nunca ou nunca
7 -Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Quase sempre ou Sempre 4 -A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 -Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 -Quase nunca ou nunca
8 -Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividade sexual ?	0 -Sem atividade sexual 1 -Extremamente difícil ou impossível 2 -Muito difícil 3 -Difícil 4 -Ligeiramente difícil 5 -Nada difícil
9 -Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Quase sempre ou sempre 4 -A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 -Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 -Quase nunca ou nunca
10 -Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 1 -Extremamente difícil ou impossível 2 -Muito difícil 3 -Difícil 4 -Ligeiramente difícil 5 -Nada difícil
11 -Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozo”)?	0 -Sem atividade sexual 5 -Quase sempre ou sempre 4 -A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 -Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 -Quase nunca ou nunca
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?	0 -Sem atividade sexual 1 -Extremamente difícil ou impossível 2 -Muito difícil 3 -Difícil 4 -Ligeiramente difícil 5 -Nada difícil

13 -Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Muito satisfeita 4 -Moderadamente satisfeita 3 -Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 -Moderadamente insatisfeita 1 -Muito insatisfeita
14 -Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Muito satisfeita 4 -Moderadamente satisfeita 3 -Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 -Moderadamente insatisfeita 1 -Muito insatisfeita
15 -Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a) ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Muito satisfeita 4 -Moderadamente satisfeita 3 -Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 -Moderadamente insatisfeita 1 -Muito insatisfeita
16 -Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral ?	0 -Sem atividade sexual 5 -Muito satisfeita 4 -Moderadamente satisfeita 3 -Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 -Moderadamente insatisfeita 1 -Muito insatisfeita
17 -Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal ?	0 -Não tentei ter relação 1 -Quase sempre ou sempre 2 -A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca da metade do tempo) 4 -Pouca vezes (menos da metade do tempo) 5 -Quase nunca ou nunca
18 -Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal ?	0 -Não tentei ter relação 1 -Quase sempre ou sempre 2 -A maioria das vezes (mais que a metade do tempo) 3 -Algumas vezes (cerca da metade do tempo) 4 -Pouca vezes (menos da metade do tempo) 5 -Quase nunca ou nunca
19 -Nas últimas 4 semanas, como você classifica seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal ?	0 -Não tentei ter relação 1 -Muito alto 2 -Alto 3 -Moderado 4 -Baixo 5 -Muito baixo ou absolutamente nenhum

Fonte: PACAGNELLA, R. DE C. *et al.* Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 416–426, fev. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>.