

PUCRS

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
CURSO DE DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

BRUNA RIOS RAUBER

SEXUALIDADE EM MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP):

Porto Alegre
2025

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

BRUNA RIOS RAUBER

SEXUALIDADE EM MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

Porto Alegre

2025

BRUNA RIOS RAUBER

SEXUALIDADE EM MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), como requisito para obtenção do título de doutora em Gerontologia Biomédica.
Linha de Pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais do envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Schreiner

Porto Alegre

2025

Ficha Catalográfica

R239s Rauber, Bruna Rios

Sexualidade em mulheres com Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP)
/ Bruna Rios Rauber. – 2025.

101.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Schreiner.

Coorientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós.

1. Prolapso de Órgãos Pélvicos. 2. Saúde da Mulher. 3.
Sexualidade. 4. Envelhecimento. 5. Saúde Pública. I. Schreiner,
Lucas. II. Gonçalves Bós, Ângelo José. III. , . IV. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

BRUNA RIOS RAUBER

SEXUALIDADE EM MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), como requisito para obtenção do título de doutora em Gerontologia

Biomédica. Linha de Pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais do envelhecimento.

Aprovada em: _____ de _____ de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Patrícia Grossi

Prof^a Dra. Mara Knorst

Prof^a Dra. Ana Selma Picoloto

Porto Alegre

2025

RESUMO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) modifica a anatomia e a função das estruturas pélvicas, causando sintomatologias diversas e repercussões funcionais no compartimento vaginal. Os sintomas mais comumente descritos são relacionados às incontinências urinária e fecal e disfunções sexuais, podendo afetar o bem-estar biopsicossocial. Desta forma, o presente estudo avaliou o impacto do POP na sexualidade de mulheres sexualmente ativas. Estudo transversal, descritivo e analítico de caso-controle (CAAE: 67994123.0.0000.5336) que avaliou 34 mulheres acometidas por POP (grupo estudo) e 42 mulheres sem a disfunção (grupo controle), acompanhadas pelo Ambulatório de Uroginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Foram analisados dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, atividade laboral e religião) e aspectos clínicos (exame clínico, história ginecológica e sexual), ambos forma testados pelo teste Qui-quadrado. A sexualidade foi avaliada através do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e do Questionário Sexual de Prolapso de Órgãos Pélvicos/Incontinência Urinária (PISQ-12). As médias dos scores do FSFI e do PISQ-12 foram comparadas pelo teste T não pareado. Não houve associação significativa entre os dados demográficos e a presença ou ausência de POP. O POP predominante foi no compartimento anterior (61,76%), seguido do compartimento posterior (23,5%) e compartimento apical (14,7%). A prevalência de depressão autoreferida (23,52%) e o uso regular de álcool (14,70%) foi significativamente maior no grupo POP, quando comparado ao grupo controle ($p=0,032$ e $0,015$, respectivamente). Mulheres com POP apresentaram piores escores nos domínios do FSFI, sem diferença significativa ($p=0,288$). O domínio “desejo” apresentou pior desempenho nas mulheres com POP em relação às sem POP, com tendência à significância estatística ($p=0,076$). O resultado do PISQ-12 entre os grupos com e sem POP revelou maior satisfação sexual nas mulheres sem POP, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$). O presente estudo demonstrou que a função sexual de mulheres sexualmente ativas com POP é pior do que a de mulheres sem a disfunção, demonstrando o impacto do POP na função sexual, que é um fator importante na qualidade de vida. Inferimos que mulheres sexualmente ativas com prolapso genital podem melhorar sua função sexual após seu tratamento.

Palavras chaves: Prolapso de órgãos pélvicos. Saúde da mulher. Sexualidade.

ABSTRACT

Pelvic organs prolapse (POP) modifies pelvis's structures anatomy, causing different symptoms and functional repercussions in the vaginal compartment. The most reported symptoms are urinary and fecal incontinence and sexual dysfunctions, significantly affecting biopsychosocial well-being. Thus, the present study evaluated the impact of POP on the sexuality of sexually active women. This is a cross-sectional, descriptive and analytical case-control study (CAAE: 67994123.0.0000.5336) that evaluated 34 women affected by POP (study group) and 42 women without the dysfunction (control group), assisted by the Urogynecology Clinic of Hospital São Lucas at PUCRS. Sociodemographic data (age, marital status, education, work activity, and religion) and clinical aspects (clinical examination, gynecological and sexual history) were analyzed through the Chi-square test. Sexuality was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI) and the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). FSFI and PISQ-12 means scores were compared using the unpaired T test. There was no significant association between demographic data and the occurrence of POP. Most POP cases were found in the anterior compartment (61.76%), followed by the posterior (23.5%) and the apical compartment (14.7%). The prevalence of self-reported depression (23.52%) and regular alcohol use (14.70%) was significantly higher in the POP group when compared to the control group ($p=0.032$ and 0.015 , respectively). Women with POP exhibited lower scores across the FSFI domains, although the difference was not statistically significant ($p=0.288$). The "desire" domain was notably lower in women with POP, approaching statistical significance ($p=0.076$). PISQ-12 results revealed greater sexual satisfaction in women without POP ($p=0.012$). Results of this study demonstrated that sexual function of sexually active women with POP is worsened, reinforcing its impact on sexual function and in quality of life. It is suggested that sexually active women with POP may improve their sexual function after treating the condition.

Keywords: Pelvic organ prolapse. Women's health. Sexuality.

LISTA DE SIGLAS

AP Assoalho Pélvico

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 Coronavírus SARS-CoV-2

CP Comprimento Perineal

CVT Comprimento Vaginal Total

DAP Disfunções do Assoalho Pélvico

DYSQ Questionário de Disfunção Sexual

FGSIS Female Genital Self-Image Scale

FSFI *Female Sexual Function Index/ Questionário de função sexual*

HG Hiato Genital

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC Índice de Massa Corporal

IST'S Infecções Sexualmente Transmissíveis

IU Incontinência Urinária

IUE Incontinência Urinária de Esforço

IUM Incontinência Urinária Mista

IUU Incontinência Urinária de Urgência

MAP Músculos do Assoalho Pélvico

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PFDI-20 Pelvic Floor Distress Inventory

PISQ-12 *Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*

POP Prolapso de Órgãos Pélvicos

POP-Q *Pelvic Organ Prolapse Quantification*

PUCRS Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QV Qualidade de Vida

RN Recém-nascido

SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD Termo de Consentimento de Uso de dados

TMAP Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	14
ENVELHECIMENTO DO SISTEMA GENITAL FEMININO	15
PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP).....	16
CLASSIFICAÇÃO DAS ESTRUTURAS ANATÔMICAS PROLAPSADAS	21
CLASSIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ACORDO COM O GRAU DE DESCIDADAS ESTRUTURAS	21
DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E SEXUALIDADE.....	22
3 HIPÓTESES	28
HIPÓTESE NULA	28
HIPÓTESE ALTERNATIVA	28
4 OBJETIVOS.....	29
OBJETIVO GERAL	29
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	29
5 METODOLOGIA.....	30
DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	30
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	30
CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	31
VARIÁVEIS DO ESTUDO	31
PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS	31
Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	31
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
ANÁLISE ESTATÍSTICA DE DADOS	34
6 RESULTADOS.....	35
7 DISCUSSÃO.....	42
8 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	73
APÊNDICE B – Questionário Avaliativo.....	77
APÊNDICE C - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).....	79

ANEXO A – REGISTRO E APROVAÇÃO SIPESQ	96
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS	97
ANEXO C – QUESTIONÁRIO PISQ-12.....	98
ANEXO D – FSFI (Female Sexual Function Index).....	100

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, historicamente mais comum em países desenvolvidos, porém tem se tornado mais evidente em nações em desenvolvimento, como o Brasil. Esse processo de transição demográfica impulsionado pela melhoria nas condições de vida, avanços na medicina e melhor acesso à saúde, trazem implicações socioeconômicas e nas políticas públicas de saúde (Souza, Elza Maria et al. 2021).

Desde o início da sua transição demográfica, a partir da década de 1960, a fecundidade declinou de 6,0 filhos por mulher para 1,78 filho por mulher, em meados de 2010, representando um declínio acentuado de 70% no nível de fecundidade (UN, 2017). Segundo o IBGE (2018), a projeção até 2060, o nível de fecundidade diminuirá para 1,66 filho por mulher e o padrão de fecundidade estimado mostra a tendência de envelhecimento, e a estrutura etária chegará ao padrão mais envelhecido (IBGE, 2018).

Ao longo das décadas de 2000 e 2010, o aumento do total de óbitos registrados no Brasil foi gradual. Em decorrência da pandemia de COVID-19 em 2020 e 2021, o Brasil vivenciou uma grave crise de saúde pública ocorrendo um aumento significativo no número absoluto de óbitos registrados. Já no ano de 2022 e 2023 ocorreu diminuição nos óbitos, mesmo tendo o nível elevado em relação a tendência pré pandemia, isso é explicado tanto pelo envelhecimento da estrutura etária da população quanto pela melhoria na cobertura dos óbitos registrados nas últimas décadas (IBGE, 2024).

A diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade são tendências comuns entre os países desenvolvidos e que já finalizaram o período de transição demográfica. Atualmente no Brasil, são observadas reduções dessas taxas apontando para um cenário de uma população com maior número de pessoas longevas, tal como em nações desenvolvidas. (Vieira, Mieléia et al. 2023).

Segundo o IBGE (2023) a população brasileira representa um percentual de 15,8% de pessoas idosas, sendo o maior número encontrado entre os censos realizados até o momento. Com relação a proporção entre os sexos na população geral, a predominância de mulheres é representada por um percentual de 51,5% e na população masculina um percentual de 48,5%. Em relação a população de 60 anos ou mais, do total de 32.113.490 pessoas, 17.887.737 (55,7%) são mulheres e 14.225.753 (44,3%) são homens (IBGE, 2023).

Sob essa perspectiva, as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, diz-se que ocorre uma feminização do envelhecimento (Souza, Mônica et al. 2018). Neri A. L. (2001), cita que a feminização da velhice vem acompanhada de várias modificações sociodemográficas, médico-social e sociológicas, afetando diretamente a vida cotidiana das idosas.

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma condição ginecológica comum, que tem relação com o comprometimento dos mecanismos de suporte dos órgãos pélvicos. A falha desses mecanismos de suporte ocorre secundariamente à interação de múltiplos fatores capazes de comprometer a integridade das fibras musculares e dos tecidos conjuntivos, e inúmeras situações são reconhecidas como potenciais fatores de risco, dentre eles, idade avançada, tipo de parto e predisposição genética (Tunn, Half et al., 1998).

O POP pode apresentar manifestações clínicas heterogêneas, podendo ser assintomáticas ou levar ao surgimento de diversos sintomas, como: sensação de peso/protuberância na pelve; sintomas urinários (por exemplo, IU, mudanças no jato urinário, esvaziamento vesical incompleto), alterações intestinais (por exemplo, constipação, evacuação incompleta, necessidade de auxílio digital para evacuação) e sintomas/disfunção sexual (Horst, Wagner et al., 2017).

A relação entre o POP e a satisfação sexual é controversa. A satisfação sexual depende de muitos fatores, tais como, bem-estar emocional, autoestima, intimidade com o parceiro, boas condições de saúde em geral e de qualidade de vida, além da própria sexualidade do indivíduo (Barber, Matthew et al., 2002).

Nesse sentido, o presente estudo teve a intenção de verificar a sexualidade das mulheres com POP. É de suma importância a pesquisa científica sobre esse tema e frente ao envelhecimento da população e é fundamental estabelecer a influência do impacto do POP na sexualidade da mulher idosa, tendo em vista, que muitas vezes essa temática é tratada como tabu ou até mesmo, negligenciada. Este estudo apresenta potencial de contribuir para melhor compreensão da sexualidade em mulheres com POP, assim como entendimento da sexualidade no envelhecimento, abrindo uma perspectiva de pesquisas futuras.

2 REVISÃO DA LITERATURA

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente no Brasil e no mundo nas últimas décadas. De acordo com o IBGE (2022), a população feminina brasileira está aumentando de forma constante no país nas últimas décadas. Nesse universo, o Brasil tem uma população total de 203 milhões de habitantes, sendo 104,5 milhões de mulheres e 98,5 milhões de homens. (IBGE, 2022).

Observa-se que a feminização do envelhecimento é justificada pelo aumento da expectativa de vida e é justificada pelo fato de que as mulheres têm um cuidado maior com a saúde, entretanto, considera-se que a qualidade de vida do envelhecimento feminino vem sendo comprometida pelas desigualdades e desvantagens que elas enfrentam nos ambientes em que convivem ao longo da vida, como o seu papel no núcleo familiar e no âmbito profissional (BRASIL, 2015; Crema, I. et. al., 2017).

As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (Maximiano-Barreto, M. et al., 2019). Dados recenseados do Brasil mostram que o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 e, em 2050 as mulheres continuarão sendo maioria, com estimativa de população com 7 milhões de mulheres a mais do que homens. A proporção de mulheres idosas que alcança idades mais avançadas também é superior à dos homens (WHO, 2015).

A fase do climatério é caracterizada por várias alterações hormonais e suas respectivas implicações biológicas, psicossociais, familiares e culturais, podendo repercutir na saúde física, no bem-estar emocional e psicossocial da mulher que está envelhecendo. A relação estabelecida entre mulher-beleza-juventude no imaginário da sociedade ocidental, está associada à saúde. Além do fato da interrupção dos ciclos menstruais, as mulheres nessa fase podem apresentar aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias benignas e malignas, obesidade, distúrbios urinários, osteoporose e doenças autoimunes. Estes agravos, que não apresentam relação direta com a diminuição da função ovariana, podem, no entanto,

provocar uma mudança na imagem que a mulher tem de si, levando-a à insegurança e ansiedade. Tais fatores, aliados a predisposições biológicas, problemas de ordem subjetiva e social, podem evoluir gradualmente para um processo de depressão (Souza, M. et. al., 2016).

Os profissionais de saúde exercem importante função no atendimento dessas mulheres, sendo necessário que tenham esses aspectos em mente, qualifiquem sua escuta, acolham as queixas e estimulem a mulher a investir em si própria, no seu autocuidado e a valorizar-se. A sexualidade das mulheres ainda é, em parte, desconhecida, não somente para os homens, mas sobretudo, para as próprias mulheres. Durante anos, o modelo de sexualidade dominante, normativo, aceito socialmente, é o que corresponde à sexualidade masculina. A desinformação e os tabus que ainda rodeiam a sexualidade durante o climatério trazem como consequência que, as diversas mudanças que acontecem no corpo e nas relações sexuais nesse período da vida, são frequentemente atribuídas, muitas vezes indevidamente, à menopausa (Freitas, Barbosa et al. 2016).

ENVELHECIMENTO DO SISTEMA GENITAL FEMININO

As alterações causadas pelo envelhecimento feminino envolvem, além das mudanças psicológicas, mudanças hormonais e físicas do aparelho reprodutor feminino. O climatério é o período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher em que há um declínio gradual da produção de estrogênio e progesterona pelos ovários, que ocorre entre os 35 e 65 anos de idade. A menopausa caracteriza-se pela cessação permanente dos períodos menstruais por 12 meses consecutivos, devido à falência fisiológica dos ovários (Freitas, Barbosa et al. 2016).

As manifestações induzidas pela carência de estrogênios causam repercussões sistêmicas, manifestando-se em: fogachos, suores, palpitações, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças de humor, perda de memória, distúrbios do sono, falta de concentração e diminuição da massa óssea (Selbac, Fernandes et al. 2018). Os sintomas vasomotores, como os fogachos, decorrem devido à instabilidade vasomotora acarretada por variações no centro termorregulador hipotalâmico e constituem a sintomatologia mais frequente da mulher menopáusicas, atingindo cerca de 60-80% das mulheres (Freitas, Barbosa et al. 2016).

Os sintomas psicológicos relacionados ao climatério, como dificuldades cognitivas, instabilidade emocional e humor depressivo, são controversos, se estes são decorrentes somente da carência estrogênica ou de fatores psicossociais, em especial a percepção de envelhecimento. Possivelmente, os fatores socioculturais e psicológicos atuariam influenciando a aceitação e modulação da resposta dos sintomas climatéricos (Antunes, Marcelino et al. 2003).

As perturbações geniturinárias, ocorrem devido às alterações da mucosa da vagina, da uretra e do terço inferior da bexiga, mudanças estas, sendo influenciadas diretamente pela diminuição dos estrogênios circulantes, levando a atrofia da mucosa vaginal, aumento do pH e diminuição da secreção vaginal. Tais repercussões, explicam as queixas frequentes apresentadas pelas mulheres: irritação local, dispareunia, aumento da frequência de infecções urinárias e incontinência urinária. Essas sintomatologias, muitas vezes, interferem na atividade sexual da mulher, diminuindo a libido, a autoestima e influenciando na qualidade de vida (Antunes, Marcelino et al. 2003).

PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição ginecológica comum, caracterizado pela descida ou decaimento de estruturas pélvicas, levando a alteração do seu local anatômico normal podendo atravessar ou não o hiato genital, causando impacto psicológico, social, financeiro, afetando intensamente a qualidade de vida das pacientes acometidas (Jelovsek and Barber 2006).

Os sintomas de POP podem ocorrer em qualquer idade, mas tem seu pico entre os 70-79 anos (Luber, Boero et al. 2001). Com o envelhecimento populacional, prevê-se que até 2050, a prevalência de mulheres com POP sintomático aumentará em aproximadamente 50% (Raju and Linder 2021). O POP é considerado um problema de saúde pública global e afeta 50% das mulheres com idade superior a 50 anos de idade. De acordo com o exame pélvico a prevalência do POP varia entre 2,9% e 40% (Giarenis and Robinson 2014).

No entanto, é difícil mensurar a real prevalência, pois os estudos envolvendo essa doença não possuem homogeneidade quanto a metodologia utilizada e os métodos de

diagnóstico adotados (sintomas e/ou exame físico). Além disso, existem diferenças na epidemiologia do POP nas diferentes regiões geográficas (Friedman, Eslick et al. 2018).

O POP resulta em mudanças físicas na genitália feminina e podem afetar negativamente a imagem corporal das mulheres, e por sua vez, induzir mudanças negativas nos parâmetros da função sexual, como perda da libido ou diminuição da percepção da genitália (Verbeek and Hayward 2019). Essas mudanças são variáveis e são vivenciadas de forma diferente por mulheres diferentes. Estudos identificaram que a presença de DAP e o impacto dos seus sintomas reduzem a qualidade de vida relacionada à saúde, afetando negativamente a saúde física, psicológica, sexual e social das mulheres (Fialkow, Melville et al. 2003, Good and Solomon 2019). Brandt discutiu, em seu estudo publicado em 2021, abordagens da DAP inseridas em um modelo biopsicossocial contemporâneo de cuidado e concluiu que os aspectos relacionados à saúde pélvica são, em sua maioria, bem estabelecidos na literatura. Entretanto, fatores psicológicos, cognitivos, comportamentais, sociais e ocupacionais, bem como cuidados individualizados, comunicação e vínculos terapêuticos, ainda necessitam de aprofundamento científico para um cuidado integral da mulher e para que haja evidências suficientes para embasar a pesquisa, educação e prática clínica.

O POP é acompanhado por sentimentos negativos de inferioridade, medo, raiva, ansiedade e depressão, sentimentos estes que afetam relacionamentos interpessoais com familiares, cônjuges e amigos. Na mulher, a sexualidade é um aspecto central da qualidade de vida e é reflexo de seu bem-estar físico, psicológico e social. A sexualidade humana é resultado da integração de quatro potencialidades humanas que dão origem a quatro subsistemas sexuais: a reprodutividade, o gênero, o erotismo (o prazer sexual e sensual) e a vinculação afetiva interpessoal (Lieberman, Hunt et al. 2001).

O POP é um importante problema emergente de saúde pública, pois é uma condição prevalente em todo o mundo e estudos de prevalência entre grandes populações são escassos (Horst, Do Valle et al. 2017). Apesar de ser um problema de saúde prevalente, alguns pacientes podem não se voluntariar a falar sobre o problema, a menos que sejam solicitadas, levando ao subtratamento ou ao acesso tardio ao atendimento. Estima-se que quase metade das mulheres com idade superior a 50 anos têm POP, porém, nem todas apresentam sintomas e, em muitas dessas mulheres, nenhum tratamento específico é garantido. No entanto, o POP pode afetar a qualidade de vida e, em particular, a sexualidade (Nygaard, Barber et al. 2008).

A causa do POP é complexa e multifatorial, sendo idade avançada, partos vaginais, episiotomia, obesidade, distúrbios de colágeno, peso do RN, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de POP (Dietz 2015).

O suporte pélvico normal é fornecido principalmente pelos músculos levantadores do ânus e pelas ligações do tecido conjuntivo da vagina às paredes laterais e pelve. Com o suporte pélvico normal, a vagina fica horizontalmente sobre os músculos levantadores do ânus. Quando danificados, os músculos levantadores do ânus tornam-se mais verticais na orientação e a abertura da vagina se alarga, deslocando o suporte para as fixações do tecido conjuntivo. A modelagem biomecânica demonstrou que durante o segundo estágio do trabalho de parto, os músculos elevadores do ânus são alongados mais de 200% além do limite, favorecendo lesões por estiramento (Lien, Mooney et al. 2004).

Pesquisas indicam que ter bebês com alto peso ao nascer é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de POP, uma vez que o assoalho pélvico sofre maior estresse e tensão mecânica, resultando em lesões nas estruturas de suporte (Swift, Woodman et al. 2005, Aytan, Ertunç et al. 2014, Martinho, Friedman et al. 2019, Schulten, Claas-Quax et al. 2022, Zhu, Si et al. 2023).

Mulheres que apresentam distúrbios do tecido conjuntivo são associadas a taxas mais altas de POP e IUE, sugerindo que essas disfunções compartilham a mesma base fisiológica relacionada à integridade do colágeno e ao suporte do assoalho pélvico (Patel, Amrute et al. 2007). Um estudo comparou biópsias do assoalho pélvico de mulheres com POP e IUE, mulheres com POP sem IUE e mulheres não acometidas por nenhuma dessas disfunções: no grupo com POP e IUE, as mulheres apresentaram uma redução significativa do colágeno III em comparação aos outros grupos (Liapis, Bakas et al. 2001).

As alterações no colágeno e no tecido conjuntivo desempenham um papel fundamental na etiologia do prolapso de órgãos pélvicos (POP), uma vez que a integridade estrutural e a resistência do assoalho pélvico dependem da composição e funcionalidade dessas fibras. Estudos indicam que variações na síntese, degradação e remodelação do colágeno podem comprometer a sustentação dos órgãos pélvicos, tornando o tecido mais susceptível à frouxidão e ao deslocamento. Além disso, algumas doenças do tecido conjuntivo, como a síndrome de Ehlers-Danlos e a síndrome de Marfan, têm sido associadas a um risco aumentado de POP devido a alterações genéticas que afetam a matriz extracelular (Nazemi, Shapiro et al. 2023, Tanus Rocha, De Moraes

Soares et al. 2024). No entanto, no presente estudo, não foram coletadas informações específicas sobre a presença de doenças do tecido conjuntivo relacionadas ao POP, o que limita a análise desse fator na população estudada. Ainda assim, a compreensão do papel do colágeno na fisiopatologia do prolapso reforça a importância de investigar biomarcadores e predisposições genéticas que possam contribuir para um melhor entendimento e manejo dessa condição.

O tratamento do POP sintomático é baseado em métodos não invasivos, como aconselhamento sobre o estilo de vida, treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) e/ou dispositivos intravaginais (pessário) ou tratamento cirúrgico (Robinson and Linder 2023). As opções de tratamento conservador incluem a mudança no estilo de vida, como, por exemplo, evitar levantamento de peso, exercícios de alto impacto, tratamento da constipação e cessação do tabagismo, tais indicações não têm evidências fidedignas, porém podem ajudar eventualmente, a reduzir sintomas (Iglesia and Smithling 2017).

As opções de manejo conservador não cirúrgico recomendadas como terapia de primeira linha para POP incluem a fisioterapia pélvica, como o TMAP e uso de pessários, podendo ser oferecidos em combinação de manejo de fatores de risco modificáveis. Diversos estudos demonstraram que TMAP é eficaz e melhora os sintomas em mulheres com POP leve a moderado (Hagen, Stark et al. 2014). O TMAP atua no fortalecimento da musculatura pélvica, tendo um efeito positivo no alívio dos sintomas, melhorando a sustentação e suporte dessa região, porém é eficaz apenas para os prolapso iniciais, graus I e II (Horst; Do Valle et al. 2016).

Os pessários são dispositivos mecânicos intravaginais para dar suporte à estrutura prolapsada e manter os órgãos de volta a uma posição anatômica normal (Raju and Linder 2021). É indicado em mulheres com POP sintomático e que não desejam tratamento cirúrgico ou não são clinicamente aptas para tal intervenção (Cundiff, Amundsen et al. 2007). É uma opção viável e efetiva, visto que às usuárias à longo prazo (superior a 12 meses) referiram altos índices de satisfação e controle da condição com o dispositivo (Tenfelde, Tell et al. 2015).

Atualmente, existem diferentes tipos de pessários, sendo a maioria de silicone médico e estão disponíveis em diferentes tipos e tamanhos. Podem ser classificados em pessários de suporte (por exemplo, pessário de anel ou pessário de anel com suporte) ou

de preenchimento (por exemplo, Gellhorn ou cubo) (Oliver, Thakar et al. 2011, Dwyer, Kearney et al. 2019).

Todos os tipos de pessários são oferecidos em diferentes tamanhos. Ao testar o pessário, alguns fatores devem ser levados em consideração como a natureza e extensão do POP, estado cognitivo da paciente, destreza manual e manutenção da atividade sexual, por exemplo (Jelovsek, Maher et al. 2007).

As complicações mais frequentes após o uso do pessário foram corrimento vaginal, irritação, ulceração, sangramento, dor e odor (Coelho, Giraldo et al. 2017). As complicações sérias descritas, foram relatadas, no entanto, há pouca evidência científica, como fístulas vesico vaginais e retovaginais, impactação vaginal, evisceração vaginal do intestino delgado através da cúpula vaginal (Dabic, Sze et al. 2022). Existem poucos estudos de revisão sistemática e meta análise sobre o assunto e a boa parte dos dados sobre a utilização de pessários são restritos a relatos de casos relacionados a complicações em sua utilização.

Os tratamentos cirúrgicos são indicados para mulheres com POP sintomático que não se adaptaram ou não aceitam o uso do pessário e podem ser separadas entre as técnicas obliterativas e reconstrutivas. A decisão pela cirurgia deve pautar objetivos e expectativas da paciente com base em pontos de vista culturais, como imagem corporal e desejo de função sexual futura, incluindo relações vaginais (Jelovsek and Barber 2006).

A obliteração vaginal (colpocleise) tem maior taxa de cura e a menor taxa de morbidade sendo tradicionalmente reservado para mulheres mais velhas que não desejam ter qualquer relação sexual ou para mulheres que possuem comorbidades médicas graves (Coleman, Bonasia et al. 2024). A colpocleise tem sido usada como um tratamento eficaz para o tratamento do POP avançados e fornece uma alternativa cirúrgica à reconstrução tradicional, oferecendo uma taxa de sucesso entre 90 e 100% e com baixo risco de complicações (Fitzgerald, Richter et al. 2008). O sucesso do tratamento é avaliado pela regressão do estágio do POP, complicações pós-operatórias, internações pós-operatórias, QV e satisfação do paciente. Um estudo prospectivo mostrou que a colpocleise melhora a imagem corporal e alivia os sintomas do assoalho pélvico. As opções de tratamento definitivas resultaram em alta satisfação do paciente e pouco arrependimento. A literatura contemporânea, no entanto, fornece poucas informações sobre a QV do paciente após a colpocleise (Crisp, Book et al. 2013).

Para mulheres que preferem manter a função coital, a cirurgia reconstrutiva deve ser realizada e o ápice vaginal pode ser suspenso usando os próprios tecidos e suturas da mulher (reparo de tecido nativo), ou a tela pode ser colocada via abdominal, para suspender a parte superior da vagina ao sacro (sacrocolpopexia) ou transvaginal (malha transvaginal) (Iglesia and Smithling 2017). A sacrocolpopexia é uma cirurgia comprovada e eficaz para o tratamento de POP. Esse procedimento envolve a colocação de uma tela sintética ou enxerto biológico do ápice da vagina ao ligamento longitudinal anterior do sacro. Mulheres que podem ser candidatas à sacrocolpopexia incluem aquelas que têm comprimento vaginal encurtado, patologia intra-abdominal ou fatores de risco para POP recorrente (Whiteside, Weber et al. 2004).

CLASSIFICAÇÃO DAS ESTRUTURAS ANATÔMICAS PROLAPSADAS

A classificação do POP é feita de acordo com a estrutura pélvica prolapsada, podendo dividir-se em prolapso de parede anterior da vagina (cistocele e uretrocele) de parede posterior (enterocele e retocele) e prolapso apical (prolapso uterino). A cistocele ocorre há o afrouxamento dos tecidos que sustentam a parede entre a bexiga e a vagina. Uretrocele ocorre com a exteriorização da uretra, onde na maioria dos casos está acompanhada de cistocele. Dentre os defeitos da parede posterior da vagina temos a enterocele (prolapso do intestino delgado) e a retocele, prolapso do reto (Araujo, Takano et al. 2009).

CLASSIFICAÇÃO DO POP DE ACORDO COM GRAU

Existem várias classificações para POP e as mais utilizadas são a classificação de Baden-Walker e o sistema de quantificação do POP, chamada de POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*) estes sistemas permitem descrever a localização e a extensão do deslocamento das paredes vaginais (Persu, Chapple et al. 2011).

A classificação de Baden Walker é um sistema projetado para fornecer um método padronizado para avaliar o grau de prolapso com base na posição de pontos anatômicos específicos dentro da vagina, que são divididos em regiões anterior, posterior e apical.

Cada local recebe uma nota com base em sua descida em relação ao hímen sendo quantificada em quatro graus: Grau 0, posição anatômica do órgão, prolapso; Grau 1, descida até a metade do hímen; Grau 2, descida até o hímen; Grau 3, descida até a metade do hímen e Grau 4, descida máxima, eversão essencialmente completa do órgão (Persu, Chapple et al. 2011)

O POP-Q é utilizado no exame físico e avalia seis pontos divididos entre os compartimentos pélvicos, tendo estes como ponto de referência ou marco zero a carúncula himenal, temos os pontos Aa e o Ba (localizados na parede vaginal anterior, os pontos C e D (localizados no ápice vaginal)), os pontos Ap e Bp (localizados na parede vaginal posterior), fora estes temos também o hiato genital (HG), o comprimento vaginal total (CVT) e o comprimento perineal (CP). O exame é feito através da medição com uma régua graduada a partir desses pontos, pedindo que a paciente realize a manobra de Valsalva, com o objetivo de aumentar a pressão intra-abdominal e quantificar o prolapso, quando ocorre a exteriorização a quantificação é positiva (+1, +2, +3), quando ainda se mantém interno a quantificação é negativa (-1, -2, -3). Após a determinação da quantificação dos pontos é feito o estadiamento: estágio 0: sem prolapso evidente; estágio I: a porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm acima do nível do hímen; estágio II: a porção mais distal do prolapso está a 1,0 cm acima ou abaixo do plano do hímen; estágio III: a porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm abaixo do plano do hímen; estágio IV: eversão completa do comprimento total do trato genital inferior (Persu, Chapple et al. 2011).

DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E SEXUALIDADE

A função sexual é comumente afetada em mulheres que sofrem com as DAP, incluindo POP e IU. As associações entre atividade sexual e satisfação sexual na população feminina idosa ainda são complexas, e faltam relatos na literatura sobre essa relação. Mulheres com POP frequentemente sofrem de disfunção sexual, e a literatura mostra que a maioria das mulheres sexualmente ativas sofrem de algum tipo de disfunção sexual (Pauls, Segal et al. 2006, Zietarska Cisak, Zwierzchowska et al. 2023). As DAP englobam uma ampla gama de sintomas e alterações anatômicas relacionadas à função anormal da musculatura do assoalho pélvico. A função desordenada pode corresponder ao aumento (hipertonicidade) ou à diminuição (hipotonicidade) da atividade, ou à

coordenação inadequada dos músculos do assoalho pélvico, ocasionando sintomas urológicos, ginecológicos ou colorretais, geralmente interrelacionados (Grimes and Stratton 2025). Apesar disso, muitos profissionais de saúde ao redor do mundo que atendem mulheres com DAP sentem-se despreparados para abordar sobre sexualidade (Pauls, Segal et al. 2006).

A disfunção sexual pode afetar qualquer fase do funcionamento sexual, incluindo desejo, excitação, orgasmo, satisfação, lubrificação e dor (Wiegel, Meston et al. 2005). Esses fatores influenciam negativamente nos relacionamentos interpessoais, capacidade reprodutiva, bem-estar psicológico e, portanto, na qualidade de vida (Gabr, Omran et al. 2017). Além disso, sintomas de DAP que envolvem IU, bexiga hiperativa, POP e incontinência fecal, podem afetar adversamente a função sexual e a satisfação das mulheres (Varghese, Bansal et al. 2012). Além do efeito físico, as DAP influenciam na baixa autoestima, autoimagem negativa, especialmente sobre seus corpos e depressão afetando diretamente o relacionamento das mulheres com seus parceiros, agravando nelas as disfunções sexuais (Lowder, Ghetti et al. 2011).

Dheresa M., et al. (2018), ao analisarem DAP associadas à disfunção sexual em mulheres etíopes, relataram uma prevalência de 47% de disfunção sexual relacionada à alta prevalência de DAP. Nesse mesmo estudo, os autores citam alta prevalência de transtorno de desejo sexual (72,0%) e transtorno de excitação (52,0%), que poderia ser explicado pelo fato de que as mulheres inseridas em sociedades tradicionais não devem demonstrar desejo sexual, pois é considerado um tabu. Em relação aos transtornos de satisfação (39,0%) e orgasmos (22,0%), possivelmente esses resultados seriam explicados pela falta de vivência e educação sexual limitada, falta de consciência sobre anatomia e função genital e relacionamento sexual ruim. Em relação ao POP e à IUE, os autores citam que os sintomas interferem na função sexual devido às mulheres perderem seu desejo sexual e não conseguirem atingir o orgasmo, além de sentirem dor durante a relação sexual, justificando o fato de que a DAP é um problema subjacente, influenciando na autoimagem negativa e falta de atratividade sexual devido às mudanças em seus corpos (MCCOOL, M. et al. 2016).

Arruda GT. et al (2023) avaliaram a relação entre a função sexual e o incômodo provocados pelos sintomas de DAP e autoimagem genital feminina através da escala que avaliava a autoimagem genital (Female Genital Self-Image Scale (FGSIS)), juntamente com o Female Sexual Function Index (FSFI) e o Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI20)

e sugerem que a função sexual e o incômodo causado pelos sintomas do POP devem ser investigados juntamente com a escala de autoimagem genital. Um estudo anterior que buscou determinar a relação da função sexual, POP e imagem corporal autorreferida, citou que a função sexual está relacionada à autopercepção da imagem corporal e ao grau do incômodo causado pelo POP, independentemente das mudanças topográficas reais causadas pelo POP (Lowenstein, Gamble et al. 2009). As alterações físicas associadas ao POP levam a uma autoimagem negativa e sentimentos de falta de atratividade, que estão intimamente ligados à redução do desejo sexual e da confiança (Zietarska Cisak, Zwierzchowska et al. 2023).

A sexualidade durante o processo de envelhecimento ainda é cercada por muitos tabus e preconceitos, com uma visão equivocada de que o desejo sexual frequentemente deixa de existir no extremo etário. No entanto, a sexualidade é uma dimensão que se mantém presente em todas as fases da vida, embora possa assumir diferentes formas prioridades (Custódio, Carla Maria. 2008). A percepção da sexualidade nessa faixa etária pode ser expressa de diversas maneiras, onde o sexo nem sempre necessita de penetração, havendo a necessidade de distinguir a genitalidade da sexualidade (Coelho, Giraldo et al. 2017).

Durante o envelhecimento, as mudanças fisiológicas podem influenciar na resposta sexual, como alterações na lubrificação vaginal, dispareunia e orgasmos de menor duração devido às contrações vaginais mais fracas e em menor número. A masturbação pode ser uma prática saudável dentro de um relacionamento afetivo-sexual ou até mesmo uma forma de experienciar a sensação de prazer e autoconhecimento do próprio corpo (Gradim, C.; Souza, A. & Lobo, J., 2007).

A masturbação é um comportamento sexual praticado com outras pessoas (um parceiro) ou individualmente. A prática da masturbação solitária, que envolve autoestimulação erótica, está presente desde as fases iniciais do desenvolvimento até a velhice (Vitiello and Conceição 1993). Sabendo que a satisfação sexual é um importante indicador de saúde sexual, a masturbação tem sido associada ao desejo sexual, excitação sexual e orgasmo, evidenciando implicações positivas no comportamento de resposta sexual (Cervilla, Álvarez-Muelas et al. 2024).

A masturbação permite a descoberta do próprio corpo e pode ser uma forma de manter a saúde sexual e proporcionar bem-estar. Ainda assim, quando os profissionais

abordam a sexualidade com suas pacientes, é possível observar repressão, falta de informação e insegurança em relação à própria sexualidade e aos seus corpos, geralmente associados à coibição cultural. Desde cedo, as meninas são condicionadas a não exercerem sua sexualidade de forma autônoma, sendo desencorajadas a explorar seus corpos, sentir prazer ou expressar seus desejos e vontades (Cervilla, Álvarez-Muelas et al. 2024). Enquanto a masturbação é frequentemente incentivada entre os meninos, é vista como algo inaceitável para meninas, sendo frequentemente punida ou reprimida. Dessa forma, em diversos contextos sociais, as mulheres são ensinadas ao longo de suas vidas que sentir e expressar sua sexualidade é algo errado (Ressel, 2011). Bell et al. (2017) citam que, ainda que haja um interesse crescente no comportamento sexual dos indivíduos mais velhos, as pesquisas atuais se concentram na atividade sexual em parceria e não no comportamento sexual solitário. Alguns autores relatam que há uma redução na frequência da prática da masturbação à medida que as pessoas envelhecem (Lindau, Schumm et al. 2007, Schick, Herbenick et al. 2010, Palacios-Ceña, Carrasco-Garrido et al. 2012, Mercer, Tanton et al. 2013, Lee, Nazroo et al. 2016). Além da idade, Corona et al., (2010) citaram que existe uma diferença importante da prática de masturbação entre gêneros, na qual as mulheres geralmente têm uma prática de masturbação menor do que os homens.

A Pesquisa Nacional Britânica de Atitudes Sexuais e Estilos de Vida, baseada na população, citou que mais do que o dobro de homens (53%) na faixa de etária de 55 a 64 anos relataram se masturbar, enquanto poucas mulheres (19%) referiram tal atividade (Mercer, Tanton et al. 2013). Uma revisão recente que investigou a atividade sexual após os 60 anos de idade, mostrou que, de todos os estudos incluídos, 74% investigaram a atividade de relação sexual, porém apenas 30% avaliaram a masturbação (BELL et al., 2017). Com o envelhecimento, torna-se mais comum que as pessoas percam seus cônjuges ou que a diminuição da saúde e da função sexual de um parceiro restrinja a atividade sexual, a satisfação e o desejo. A atividade sexual solitária tem a vantagem de proporcionar prazer sexual independente da disponibilidade de parceiros (Fischer, Graham et al. 2022).

Mohktar, Ibrahim et al. (2013), relataram que as alterações no assoalho pélvico interferem no padrão da resposta sexual e a MAP saudável em mulheres é considerada crucial para a excitação genital satisfatória e a obtenção do orgasmo. Os músculos fracos podem fornecer estimulação e excitação inadequadas, impedindo assim o potencial

orgásmico, uma vez que a presença do POP durante a atividade sexual, reduz as sensações genitais podendo causar desconfortos.

Estudos relatam que as queixas sexuais são comuns entre mulheres com DAP, existindo uma estreita relação entre a MAP e a função sexual (Handa, Harvey et al. 2004, Lukacz, Whitcomb et al. 2007). De acordo com Rogers, Kammerer-Doak et al. (2006), pacientes com distopia genital e incontinência urinária (IU) queixam-se frequentemente de dispareunia e ressecamento vaginal, realizando menos atos sexuais quando comparadas a mulheres sem prolapso.

De acordo com Roos, Thakar et al. (2014), além de problemas físicos, deve-se levar em consideração os problemas psíquicos, relacionados à autoestima, autoconfiança e autoaceitação. A imagem corporal desempenha um papel fundamental no funcionamento sexual de mulheres com POP ou IU, com maior impacto na motivação dessas.

O POP é um problema significativo na saúde da mulher e a paciente deve ser examinada com atenção especial aos sintomas e correlação anatômica. Fatores de risco para o desenvolvimento da doença devem ser explorados como forma de atuar na história natural da doença, bem como na prevenção e melhora da qualidade de vida. Devem-se estabelecer mais estudos científicos a fim de esclarecer o papel da prevenção, tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos, bem como a sua influência na sexualidade feminina.

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional está aumentando no mundo todo e a proporção de mulheres idosas também vem crescendo em comparação com a de homens na mesma faixa etária. No entanto, apesar de serem maioria na população, ainda temos carência de informações em relação a alguns aspectos das mulheres idosas como no tema de sua função sexual. Considerando os benefícios decorrentes da saúde sexual, inclusive no aumento da longevidade, os profissionais da área da saúde devem conhecer as peculiaridades dessa população para auxiliar no desenvolvimento de uma boa saúde sexual, inclusive em mulheres com POP – que é uma condição muito prevalente neste grupo de mulheres. Nesta conjuntura, o presente trabalho buscou verificar a sexualidade nas mulheres com POP, justificando sua relevância para futuras pesquisas científicas relacionadas ao tema.

3 HIPÓTESES

Em relação ao prolapso de órgãos pélvicos (POP):

HIPÓTESE NULA

- O POP não impacta na sexualidade das mulheres.

HIPÓTESE ALTERNATIVA

- O POP impacta negativamente na sexualidade das mulheres.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Comparar a sexualidade das mulheres com e sem POP.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- 1) Comparar fatores socioeconômicos, de estilo de vida e de saúde com a sexualidade das mulheres com e sem POP;
- 2) Observar o impacto dos fatores de risco do POP sobre a sexualidade;
- 3) Estudar a possível relação entre o grau do POP e a sexualidade.

5 METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo tem caráter quantitativo, caso controle, descritivo e analítico.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa serão 78 mulheres referenciadas para atendimento no Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS, 39 encaminhadas por prolapso de órgãos pélvicos ao Ambulatório de Uroginecologia e outras 39 encaminhadas para revisão ginecológica de rotina no Ambulatório de Ginecologia Geral do Hospital São Lucas da PUCRS.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As mulheres selecionadas para o grupo estudo tinham idade igual ou superior a 18 anos, se autodenominavam sexualmente ativas, tinham diagnóstico clínico de prolapso de órgãos pélvicos (POP) e haviam sido encaminhadas para o Ambulatório de uroginecologia do Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

O grupo controle foi formado por mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, autodenominadas sexualmente ativas, e encaminhadas para o Ambulatório de Ginecologia Geral do Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS para revisão ginecológica de rotina.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Em ambos os grupos foram excluídas mulheres com histórico de doença maligna no trato genitourinário atual ou pregressa, antecedentes de radioterapia pélvica, analfabetas e aquelas que não tiveram atividade sexual com penetração nos últimos 90 dias. No grupo estudo foram excluídas as mulheres com POP Grau 4 e no grupo controle foram excluídas as mulheres com qualquer grau de prolapso.

CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

O cálculo amostral foi baseado no estudo de Stavroset al. (2012) que observaram a disfunção sexual em mulheres com e sem POP. O grupo com POP tinha um nível médio de DYSQ (Questionário de Disfunção Sexual) de $54,6 \pm 14,5$. Já o grupo sem POP a média foi de $45,4 \pm 14,6$. Para se observar a diferença desses dois grupos seriam necessárias 39 participantes em cada grupo usando a calculadora amostral disponibilizada pelo link <https://www.stat.ubc.ca/~rollin/stats/ssize/n2.html> usando um erro tipo alfa de 5% e um poder de estatístico de 80%.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

- SOCIODEMOGRÁFICAS – idade, estado civil, escolaridade, profissão, religião, renda mensal, moradia;
- CLÍNICAS – Questionário Avaliativo: perfil socioeconômico, estilo de vida, clínico, história ginecológica, história sexual e exame físico (APÊNDICE A);
- PISQ-12 – Questionário Sexual para IU/POP (ANEXO A);
- FSFI – Escala de Satisfação Sexual (ANEXO B).

PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS

Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Inicialmente foram convidadas mulheres encaminhadas por POP e para rotina ginecológica em avaliação inicial no Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS e que estejam aguardando o momento da consulta. As mulheres que manifestaram interesse e preencheram os critérios de inclusão participaram do processo de consentimento e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) sobre o projeto de pesquisa e informações referentes à mesma (APÊNDICE A).

As participantes responderam inicialmente um Questionário de Avaliação com informações que possibilitaram a construção do perfil socioeconômico e cultural das mulheres, esse questionário composto por dados que se referiam a idade, nível de escolaridade, estado civil, profissão/ocupação, religião, renda mensal, moradia. Alguns

dados clínicos e de relacionamento (comorbidades, medicamentos, antecedentes obstétricos, sintomas urinários, história sexual, autoconhecimento corporal), de autopercepção de saúde, de hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo e etilismo). Essas informações foram coletadas no Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS no mesmo dia em que as mulheres forem submetidas ao exame físico (APÊNDICE A).

Para avaliar a função sexual, foram utilizadas duas escalas avaliativas: o FSFI e o PISQ-12, ambos aplicada pela pesquisadora e/ou pesquisadora auxiliar. A Escala de Satisfação Sexual (FSFI), que foi traduzida e validado no Brasil através de um grupo piloto de mulheres bilíngues, não pacientes, para validar a tradução e a inteligibilidade das questões e após em pacientes que procuraram espontaneamente o Setor de Infertilidade do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Serviço de Orientação e Planejamento Familiar (SERPLAN) (HENTSCHEL et. al., 2007).

O questionário foi desenvolvido para ser auto aplicado, e que propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, são apresentadas 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação a presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. A pontuação é a soma das respostas de cada pergunta de um domínio específico, multiplicado por um fator que potencializa a influência do domínio sobre a pontuação total (ROSEN et al., 2000). O resultado (2-36 pontos) é a soma de todos os domínios e, quanto maior a pontuação, melhor a função sexual. Os escores totais de 26,5 ou menos caracterizam a deficiência da função sexual feminina (WEIGEL, MESTON, ROSEN, 2005) (ANEXO B).

O PISQ-12, que é um questionário que avalia a função sexual em mulheres com IU e POP, através de 12 perguntas. A versão foi traduzida e adaptada para o português do Brasil e foi realizada no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Casa de São Paulo (SANTANA et. al., 2012). A tradução do PISQ-12 foi realizada por dois professores bilíngues, sendo que um dos tradutores estava ciente do estudo e o outro o desconhecia. As traduções foram comparadas e obteve-se uma tradução final realizada

por um comitê constituído dos dois tradutores da primeira versão e cinco profissionais da área de saúde, que analisaram os resultados (SANTANA et. al., 2012).

A versão final foi, então, vertida para o Inglês por outro tradutor fluente em Inglês, para confirmar sua equivalência ao instrumento original. A tradução final foi pré-testada em 25 mulheres do Ambulatório de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de São Paulo. Nesta etapa, foram identificadas dificuldades de entendimento com os termos EREÇÃO (questão 10) e EJACULAÇÃO PRECOCE (questão 11) e foi sugerida a alteração da resposta “Usually”, que na primeira versão havia sido traduzida para “Habitualmente”, para “Frequentemente” (SANTANA et. al., 2012). Após análise e adaptação cultural de itens discrepantes, outro pré-teste foi aplicado a 11 mulheres. Posteriormente, a versão em português foi considerada pronta para aplicação (SANTANA et. al., 2012).

O PISQ-12 é composto de 12 questões dividido em três domínios: Emotivo-Comportamental (questões de 1 a 4); Físico (questões de 5 a 9) e Relacionamento afetivo (Questões de 10 a 12). As respostas são graduadas em escala de Likert que variam de sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca. Os escores do PISQ-12 variam de 0 a 48 pontos, onde para cada resposta é determinado um valor de 0 a 4: Sempre= 0; frequentemente = 1; as vezes= 2; raramente= 3; nunca= 4. Para questões 1, 2, 3 e 4, as pontuações são inversas e para cada questão apenas uma resposta é aceita. A pontuação final é obtida pela soma de cada resposta dada. O questionário pode ser válido se houver até duas questões sem resposta, porém para calcular torna-se necessário multiplicar o número de itens pelo significado dos itens respondidos. Portanto, quanto maior o escore, melhor a função sexual (SANTANA et. al., 2012).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com base na resolução 466/12 e na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto de pesquisa será submetido à apreciação da Comissão Científica da Escola de Medicina da PUCRS e do CEP da PUCRS (CAAE: 67994123.0.0000.5336). Todas as participantes participaram de forma voluntária, tendo o direito de desistir da pesquisa caso achassem necessário. Os dados de coleta são confidenciais, usados apenas para fins científicos e a identidade das

participantes são mantidas em sigilo (TCUD – APÊNDICE C). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), no qual incluiu a identificação dos responsáveis pela pesquisa, os objetivos, os riscos e os benefícios da participação, manejo dos dados e o sigilo da identidade das participantes.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DE DADOS

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva comparando o grupo controle e o grupo POP. A distribuição por faixa etária, escolaridade, raça, estado civil, religião, profissão/ocupação, faixa de renda mensal, autopercepção de saúde, comorbidades, foram calculadas para ambos os grupos e testadas pelo Qui-quadrado e as médias dos escores do FSFI e PISQ-12 foram comparadas entre os dois grupos pelo teste T não pareado. Ambas foram calculadas através do Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), versão 17, licenciado à PUCRS.

6 RESULTADOS

Foram selecionadas para o estudo 93 mulheres, das quais 17 do grupo estudo foram excluídas por ausência de atividade sexual nos 90 dias que antecederam a avaliação, finalizando, assim, 76 mulheres sendo 34 com POP e 42 sem POP.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas das participantes conforme presença de prolapso

	POP n=34	SEM POP n=42	TOTAL n=76	p*
Estado civil				0,574*
Solteira	7 (20,58%)	8 (19,04%)	15 (19,73%)	
Casada	22 (64,70%)	30 (71,42%)	52 (68,42%)	
Viúva	3 (8,82%)	1 (2,38%)	4 (5,26%)	
Divorciada	2 (5,88%)	3 (7,14%)	5 (6,57%)	
Escolaridade				0,718*
Fundamental incompleto	11 (32,35%)	9 (21,42%)	20 (26,31%)	
Fundamental completo	2 (5,88%)	6 (14,28%)	8 (10,52%)	
Médio incompleto	2 (5,88%)	1 (2,38%)	3 (3,94%)	
Médio completo	11 (32,35%)	16 (38,09%)	27 (35,52%)	
Superior incompleto	3 (8,82%)	4 (9,52%)	7 (9,21%)	
Superior completo	5 (14,70%)	6 (14,28%)	11 (14,47%)	
Religião				0,298*
Católica	24 (70,58%)	23 (54,76%)	47 (61,84%)	
Evangélica	5 (14,70%)	7 (16,66%)	12 (15,78%)	
Outras	5 (14,70%)	12 (28,57%)	17 (22,36%)	
Atividade laboral				0,765*
Ativa	22 (64,70%)	24 (57,14%)	46 (60,52%)	
Aposentada	11 (32,35%)	17 (40,47%)	28 (36,84%)	
Desempregada	1 (2,94%)	1 (2,38%)	2 (2,63%)	
Reside				0,399*
Filhos	8 (23,52%)	11 (26,19%)	19 (25,0%)	
Sozinha	2 (5,88%)	5 (11,90%)	7 (9,21%)	
Cônjuge	24 (70,58%)	24 (57,14%)	48 (63,15%)	
Outro	0 (0,00%)	2 (4,76%)	2 (2,63%)	
Idade	57,67±8,30	54,73±8,43	56,05±8,45	0,133**

*p calculado pelo Teste Qui-quadrado. **p calculado pelo Teste T.

**p calculado pelo Teste T de comparação entre as médias

A tabela 1 mostra a distribuição das características sociodemográficas das participantes. A maioria das pacientes da amostra eram casadas, 64,42%, sendo o grupo POP representando um percentual de 64,70% e o grupo sem POP 71,42% (p=0,574). Em relação ao nível de escolaridade a maior parte das pessoas com ensino médio completo 35,52% e um número importante de pessoas com ensino fundamental incompleto 26,31% (p=0,718). A maioria das mulheres eram católicas 61,84%, as mulheres que apresentavam

POP 70,58% e as sem POP 54,76% ($p=0,298$). A maioria das mulheres que tinham algum tipo de prática religiosa, com o percentual maior nas pessoas sem POP, 69,04%, e nas pessoas sem prolapso 61,76%, ($p=0,506$). A maioria da amostra possui alguma atividade de trabalho, 60,52%, sendo um percentual maior nas mulheres que apresentam POP 64,70% ($p=0,765$). Em relação à moradia, a maioria das mulheres residiam com seus cônjuges 63,15%, sendo o percentual nas mulheres que não apresentavam POP 57,14% ($p=0,399$).

Tabela 2. Distribuição dos participantes quanto à autopercepção de saúde e estilo de vida.

	POP	SEM POP	TOTAL	p*
Autopercepção de saúde				0,418*
Ótima	3 (9,09%)	8 (19,04%)	11 (14,66%)	
Boa	18 (54,54%)	14 (33,3%)	32 (42,66%)	
Regular	9 (27,27%)	16 (38,09%)	25 (33,33%)	
Ruim	2 (6,06%)	3 (7,14%)	5 (6,67%)	
Péssima	1 (3,03%)	1 (2,38%)	2 (2,66%)	
Atividade física regular	14 (41,17%)	14 (33,33%)	28 (36,84%)	0,481*
Tabagismo	3 (8,82%)	2 (4,76%)	5 (6,57%)	0,478**
Uso regular de álcool	5 (14,70%)	0 (0%)	5 (6,57%)	0,015**

*p calculado pelo Teste Qui-quadrado, **p calculado pelo Teste exato de Fischer.

A tabela 2 representa a distribuição das participantes quanto à autopercepção de saúde e estilo de vida. Em relação a autopercepção de saúde, a maioria das participantes declararam ter uma autopercepção de saúde boa, 42,66%, sendo as mulheres com POP representando um percentual de 54,54% e um percentual de 33,3% sem POP ($p=0,418$).

Em relação à prática de atividade física, o percentual total da amostra foi de 36,84% sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,481$). Em relação a estilo de vida, 6,57% relataram ser tabagistas e 6,57% faziam uso regular de álcool. Somente as mulheres com prolapso referiram fazer uso regular de álcool, sendo significativa a associação uso de álcool e presença de POP pelo teste exato de Fischer ($p=0,015$).

Tabela 3. Distribuição das participantes quanto às comorbidades

	POP	SEM POP	TOTAL	p*
Comorbidades	25 (73,52%)	28 (66,66%)	53 (69,73%)	0,517
Hipertensão	8 (23,52%)	10 (23,81)	18 (23,68)	0,977
Diabetes	3 (8,82%)	4 (9,52%)	7 (9,21%)	0,916
Depressão	8 (23,52)	3 (7,14%)	11 (14,47%)	0,032
Uso de antidepressivos	12 (35,29%)	14 (33,33%)	26 (34,21%)	0,858

*p calculado pelo teste Qui-quadrado.

Em relação às comorbidades, a maioria das mulheres apresentavam algum tipo de comorbidades, representando um total de 69,73%, sendo maior o percentual em mulheres que apresentavam POP 73,52%, ($p=0,517$). O percentual de hipertensão arterial sistêmica foi discretamente menor nas mulheres com prolapso, 23,52%, em relação às mulheres sem prolapso, 23,81% ($p=0,977$). Em relação a presença de diabetes, a maioria das participantes não apresentavam esse tipo de comorbidade representando um percentual de 76,32% ($p=0,916$).

O percentual de pacientes com diagnóstico de depressão foi de 14,5% sendo esse percentual maior entre as mulheres com prolapso, 23,5%, sendo estatisticamente significativo ($p=0,032$) mas em relação ao uso de antidepressivos não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,858$).

Tabela 4. Distribuição das participantes quanto aos aspectos ginecológicos e obstétricos.

	POP	SEM POP	TOTAL	p*
Gestação prévia	34 (100,0%)	34 (80,95%)	68 (89,47%)	0,007*
Gestação prévia (média)	3,00±2,08	2,31±1,86	2,61±1,98	0,133**
Peso do maior RN	3,57±0,64	3,15±1,08	3,35±0,91	0,055**
Parto cesáreo	12 (35,29%)	16 (38,09%)	28 (36,84%)	0,801*
Parto vaginal	33 (97,05%)	23 (54,76%)	56 (73,68%)	<0,001*
Fórceps	5 (14,70%)	2 (4,76%)	7 (9,21%)	0,136*
Episiotomia	30 (90,90%)	21 (50,0%)	51 (68,0%)	<0,001*
TH sistêmico	2 (5,88%)	3 (7,31%)	5 (6,66%)	0,804*
TH tópico	12 (35,29%)	7 (17,07%)	19 (25,33%)	0,071*

*p calculado pelo Teste Qui-quadrado. **p calculado pelo Teste T.

Os aspectos ginecológicos e obstétricos são observados na Tabela 4. Em relação ao histórico de gestações, a maioria da amostra teve ao menos uma gestação representando um percentual de 89,47%. Esse percentual foi maior nas mulheres com POP, 100,0%, em relação às mulheres sem POP 80,95% ($p=0,007$), com diferença estatisticamente significativa.

A maioria das mulheres tiveram parto vaginal, 73,68%, com percentual significativamente maior nas mulheres com POP 97,05% ($p < 0,001$). O percentual de parto cesáreo foi semelhante, com 35,29% nas mulheres com POP e 38,09% sem POP ($p = 0,801$). O uso de fórceps durante o parto teve um percentual pequeno, 9,21%, mas foi maior nas mulheres com POP 14,70% ($p = 0,136$). A maioria das mulheres foram submetidas a episiotomia, 68,00%, sendo esse percentual significativamente maior nas mulheres com POP, onde quase todas fizeram o procedimento 90,90% ($p < 0,001$). Poucas mulheres utilizavam reposição hormonal sistêmica 93,34% ($p = 0,804$) nas POP e 74,67% ($p = 0,071$) nas não POP.

Tabela 5. Distribuição das participantes em relação ao cônjuge e hábitos sexuais.

	POP n=34	SEM POP n=42	TOTAL n=76	p*
Início da atividade sexual (anos)	17,76±2,79	17,90±3,75	17,84±3,33	0,857
Idade do parceiro (anos)	59,76±8,72	55,85±10,25	57,60±9,73	0,082
Frequência masturbação (mês)	0,44±1,52	1,07±2,13	0,78±1,90	0,152
Frequência atividade sexual (mês)	4,08±3,32	3,57±2,93	3,80±3,10	0,474

*p calculado pelo Teste T

A média de idade da primeira relação sexual foi de 17,84 anos, não tendo diferença significativa entre o grupo POP e o grupo sem POP. Em relação a idade dos cônjuges, a média de idade foi maior no grupo POP 59,76±8,72 anos ($p = 0,082$). A frequência de masturbação foi menor 0,44±1,52 ($p = 0,152$) e a frequência sexual mensal maior nas mulheres com prolapso 4,08±3,32 ($p = 0,474$).

Tabela 6. Distribuição das participantes quanto às características da incontinência urinária e histórico cirúrgico no assoalho pélvico

	POP	SEM POP	Total	p*
Cirurgia IU prévia	5 (14,70%)	5 (11,90%)	10 (13,15%)	0,719
IU atualmente	19 (55,88%)	14 (33,33%)	33 (43,42%)	0,049
IUU	12 (35,29%)	10 (23,81%)	22 (28,94%)	0,272
IUE	18 (52,94%)	10 (23,81%)	28 (36,84%)	0,009
IUM	9 (26,47%)	6 (14,28%)	15 (19,73%)	0,184
Cirurgia POP prévia	10 (29,41%)	2 (4,76%)	12 (15,78%)	0,003

*p calculado pelo Teste Qui-quadrado

A tabela 6 refere-se à distribuição das participantes quanto às características da incontinência urinária e histórico cirúrgico. Cirurgia para Incontinência Urinária (IU)

prévia, 14,7% das mulheres com POP já haviam realizado e 11,9% do grupo sem POP ($p=0,719$). Em relação a presença de IU atualmente, 55,88% das mulheres com POP apresentavam IU ($p=0,049$), sendo 35,29% ($p=0,272$) com Incontinência Urinária de Urgência (IUU), 52,94% ($p=0,009$) com Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e 26,47% ($p=0,184$) com Incontinência Urinária Mista (IUM). A história de cirurgia de POP prévia assim como a presença de IUE atualmente foram significativamente mais frequentes no grupo POP quando comparadas a pacientes sem POP ($p=0,003$ e $p=0,009$).

Tabela 7. Distribuição das participantes quanto à atividade sexual

	POP	SEM POP	Total	p*
Parceiro fixo	34 (100,0%)	41 (97,61%)	75 (98,68%)	0,365
Masturbação	5 (14,70%)	11 (26,19%)	16 (21,05%)	0,222
Preservativo	4 (11,76%)	8 (19,04%)	12 (15,78%)	0,387
IST prévia	5 (14,70%)	11 (26,19%)	16 (21,05)	0,222
Informações sobre sexualidade				0,195
Não busca	22 (64,70%)	19 (45,23%)	41 (53,94%)	
Internet	7 (20,58%)	16 (38,09%)	23 (30,26%)	
Parceiro	5 (14,70%)	7 (16,66%)	12 (15,78%)	

*p calculado pelo Teste Qui-quadrado.

A tabela 7 refere-se à distribuição das participantes quanto à atividade sexual. A frequência de masturbação nos últimos 30 dias foi menor no grupo POP, 14,70% do que nas sem POP 26,19%, embora não significativa ($p=0,222$). A frequência de relação sexual mensal foi semelhante nas mulheres com POP $3,8 \pm 2,86$ e nas mulheres sem POP $3,5 \pm 2,88$ ($p=0,683$). A maioria das participantes tinha parceiro fixo, num percentual de 98,6% ($>0,999$). O uso de preservativo durante a atividade sexual foi de 16,4% nas participantes, sendo maior nas mulheres sem POP 17,8% ($p=0,757$).

A busca sobre informações sobre sexualidade, 42,9% das mulheres com POP buscavam informações para 51,1% das mulheres sem POP ($p=0,492$). A Internet foi o meio mais usado de informação pelas mulheres sem POP 35,6%, o parceiro foi a fonte de informação maior com POP 32,1%. Não houve relação significativa entre POP e a fonte de informação sobre sexualidade (internet, parceiro ou outro).

Tabela 8. Distribuição das participantes quanto às respostas ao questionário FSFI e PISQ-12

	POP	SEM POP	p*
FSFI - Desejo	3,22±1,57	3,85±1,45	0,076
FSFI – Excitação	3,78±1,42	3,97±1,30	0,504
FSFI – Lubrificação	4,04±1,67	4,44±1,57	0,287
FSFI - Orgasmo	4,03±1,61	4,43±1,39	0,248
FSFI - Satisfação	4,58±1,30	4,55±1,38	0,909
FSFI – Dor	4,77±1,43	4,76±1,49	0,966
FSFI - Total	24,43±6,14	26,03±6,67	0,288
PISQ-12 - Score	33,08±7,79	37,26±6,29	0,012

*p calculado pelo Teste T.

No questionário FSFI não houve diferença significativa na pontuação média total e na pontuação dos domínios avaliados entre as pacientes com POP e sem POP, entretanto, as participantes com POP apresentaram piores escores na maioria dos domínios do questionário. O domínio “Desejo” apresentou o pior desempenho entre as mulheres com POP quando comparada às sem POP, com o uma tendência à significância estatística ($p=0,076$). A diferença entre os scores total do PISQ-12 entre os grupos com e sem POP mostrou uma melhor satisfação sexual nas mulheres sem POP quando comparadas às com POP sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$).

De acordo com o ponto de corte de 26,5 do FSFI, 61,76% das pacientes com POP tinham comprometimento da sua função sexual, enquanto 45,23% das pacientes sem POP também apresentavam comprometimento ($p=0,151$).

Tabela 9. Distribuição das características das participantes com prolapso (34 mulheres)

	Grau POP	
POP predominante	n	%
Anterior	21	61,76
Posterior	8	23,53
Apical	5	14,71
GRAU POP ANTERIOR		
Ausente	7	20,59
Grau 1	6	17,65
Grau 2	16	47,06
Grau 3	5	14,71
GRAU POP POSTERIOR		
Ausente	9	26,47
Grau 1	3	8,82
Grau 2	21	61,76
Grau 3	1	2,94

GRAU POP APICAL		
Ausente	20	58,82
Grau 1	7	20,59
Grau 2	6	17,65
Grau 3	1	2,94

Entre às 34 pacientes com prolapso estudadas, o compartimento que foi predominante na maior parte das vezes foi o prolapso de compartimento anterior, com 21 mulheres, 61,76%, seguido por 8 mulheres, 23,53 no compartimento posterior e 5, 14,71% no compartimento apical.

Entre as participantes 34 apresentavam prolapso, 27 mulheres apresentaram prolapso de parede anterior, sendo 6, 17,65% de grau I, 16, 47,06% de grau 2 e 5, 14,71% de grau III. O prolapso de parede posterior foi mais prevalente no grau 2 representando um percentual de 61,76% e, quando presente o prolapso apical, grau 1 deste compartimento foi o mais frequente, com 20,59% das pacientes acometidas.

7 DISCUSSÃO

O POP é caracterizado pela descida de uma ou mais estruturas do assoalho pélvico, incluindo a parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, colo do útero ou cúpula da vagina. A incidência de POP aumenta com o envelhecimento, estima-se que entre 41% e 50% das mulheres podem apresentar algum grau de POP ao longo da vida. (Wu JM et al. 2014; Barber MD; Maher C 2013). Diversos fatores de risco para o desenvolvimento de POP são bem documentados na literatura, como obesidade, parto vaginal, paridade, tabagismo, esforço crônico e peso do recém-nascido, assim como idade, raça, menopausa/deficiência de estrogênio e distúrbios do tecido conjuntivo, todos contribuindo para danos no suporte do assoalho pélvico (Chow D, Rodríguez LV, 2013).

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) ocorrem devido a alterações nas estruturas da região pélvica, resultando em modificações nas suas características anatômicas e funcionais, como incontinência urinária e fecal, distúrbios de esvaziamento vesical, prolapso de órgãos pélvicos (POP) e disfunções sexuais (Berghmans et al. 2016). Embora prevalente na população, as DAP não são consideradas como doenças associadas à mortalidade (Peinado-Molina RA et al. 2023).

A associação entre prolapso e depressão observada no presente estudo é corroborada pela literatura (Drage, Aghera et al. 2022). Os sintomas decorrentes das DAP reduzem a qualidade de vida em diversos aspectos, podendo impactar negativamente a saúde mental e estando associados a depressão, ansiedade e distúrbios do sono (Kalata, Jarkiewicz et al. 2023). Vrijens, Berghmans et al. (2017) demonstram que pacientes com DAP, incluindo queixas urinárias, incontinência urinária e fecal, e POP, apresentam redução na qualidade de vida, com 30,9% desenvolvendo ansiedade e 20,3% depressão. Esses achados também foram relatados por Ossa, Paternina De La (2020), que identificou maior prevalência de baixa autoestima, ansiedade e depressão em mulheres com DAP.

Ghetti, Lowder et al. (2010) observaram remissão dos sintomas depressivos após o tratamento cirúrgico de pacientes que apresentavam POP. De forma semelhante, Larouche Brotto. et al. (2020) concluíram que os níveis de depressão e ansiedade diminuíram após a cirurgia para correção de POP. Ambos os estudos reforçam a relação causa efeito entre POP e saúde mental. Esses resultados sugerem uma associação entre a ocorrência de POP e a piora da saúde mental, indicando que a correção cirúrgica pode ser uma intervenção eficaz para melhora da função física e psicossocial; ainda, reforçam a importância de considerar a saúde mental ao tratar pacientes com POP, destacando a

necessidade de uma abordagem multidisciplinar que contemple a condição em toda a sua complexidade.

O National Institute of Care Excellence (NICE) descreve que mulheres com DAP sofrem com distúrbios de humor e sofrimento emocional, apresentando alta prevalência de depressão e ansiedade, o que repercute negativamente na qualidade de vida das acometidas (Thompson and Group 2021). Ainda, de acordo com os autores, a presença de sintomas psicológicos reduz a probabilidade de adesão ao tratamento conservador, como o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), dificultando a melhora da sintomatologia associada ao POP. Nesse contexto, Reed, Whittall et al. (2023) afirmam que comorbidades psicológicas, como depressão e ansiedade, estão associadas à baixa adesão ao TMAP e ao envolvimento insuficiente no tratamento conservador para DAP. Peinado, Molina et al. (2023), ainda, concluíram que mulheres com DAP apresentam pior qualidade de vida em todas as dimensões, com maior impacto no componente emocional do Questionário de Qualidade de Vida da OMS. Mazi, Kaddour et al. (2019) avaliando a prevalência de sintomas de depressão em mulheres com DAP, acessaram também dados qualidade de vida, demonstrando uma prevalência três vezes maior de sintomas de depressão em mulheres cometidas, com o grupo apresentando escores maiores nos questionários de qualidade de vida.

No presente estudo, foi possível observar uma relação significativamente positiva entre POP e o consumo de álcool, um dado que, embora também possa ser considerado um problema de saúde mental, ainda não havia sido descrito na literatura revisada. Este achado destaca um importante aspecto identificado neste estudo, sugerindo que o POP pode estar associado a desfechos adversos significativos na saúde mental e na qualidade de vida (Reed, Whittall et al. 2023). À luz dessas informações, parece razoável inferir que o tratamento adequado do POP influencia desfechos para além dos previamente relatados na literatura, como função sexual, repercutindo em esferas que transcendem o cuidado clínico médico e atingindo cada vez mais a multidisciplinaridade. Entretanto, por não ser desfecho primário deste estudo, a ingestão de álcool não foi quantificada, aspecto que pode ser aprofundado em pesquisas futuras.

O parto vaginal é amplamente reconhecido como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de POP em mulheres, conforme confirmado pelo presente estudo (Vergeldt, Weemhoff et al. 2015). Durante o parto vaginal, a passagem do bebê pelo canal vaginal exerce uma pressão intensa e prolongada sobre as estruturas de suporte do

assoalho pélvico, o que pode provocar lesões no tecido conjuntivo e danos neuromusculares, resultando no enfraquecimento ou até mesmo na ruptura dessas estruturas de suporte. Estudos indicam que mulheres que tiveram múltiplos partos vaginais apresentam um risco significativamente maior de desenvolver POP em comparação com aquelas que tiveram partos cesáreos ou que não deram à luz ((Nygaard, Barber et al. 2008, Ugurlucan, Evruke et al. 2020, Schulten, Claas-Quax et al. 2022). Além disso, fatores como o peso do bebê, o uso de intervenções instrumentais (como fórceps) e o tempo de expulsão também contribuem para o risco de POP.

No presente estudo, as mulheres com POP apresentaram uma maior prevalência de histórico de episiotomia e partos vaginais. Corroborando com esse achado, Tunn R et al. (2023) relataram que o parto vaginal aumenta o risco de POP no período pós-menopausa em comparação ao parto cesárea nas duas primeiras gestações, com o risco diminuindo em partos subsequentes. Frigerio et al. (2019) não encontraram evidências de um efeito benéfico de longo prazo da episiotomia na prevenção de sintomas de IU e POP, nem efeitos protetores em relação à gravidade e prevalência do desenvolvimento de POP. Rortveit G., Hannestad Y. (2014), ao analisarem o tipo de parto e as DAPs, concluíram que a prevalência de IU e POP é menor em mulheres que tiveram apenas partos cesáreo em comparação àquelas que tiveram partos vaginais. Os autores não identificaram alto risco de lesão no assoalho pélvico, concluindo que a cesárea pode ter um efeito preventivo primário limitado na DAP, exceto em mulheres que tiveram ruptura do esfíncter anal previamente.

Larsson, Kallen et al. (2009) investigaram a associação entre histórico obstétrico e POP e concluíram que mulheres que tiveram apenas partos vaginais apresentaram uma forte associação entre paridade e risco de cirurgia para prolapso. Quiroz, Muñoz et al (2010), ao investigarem a ocorrência do POP e a sua relação com o número de partos vaginais, observaram que as mulheres têm uma chance maior de desenvolver POP com um único parto vaginal, e que o número adicional de partos vaginais teria um impacto estatisticamente significativo. Assim, os achados desta tese contribuem para a compreensão dos fatores de risco envolvidos e ressaltam a importância de medidas que possam minimizar os impactos dessa condição na qualidade de vida das pacientes.

A fisioterapia pélvica desempenha um papel fundamental na prevenção das DAP e possíveis agravos que venham ocorrer durante a gestação, parto e puerpério. A redução do risco de lesão do assoalho pélvico em partos vaginais, pode garantir a preservação da

musculatura do AP e conseqüentemente redução de DAP. Assim, a fisioterapia dispõe de técnicas para este fim, como cinesioterapia, fortalecimento e preparação da musculatura abdominal e perineal, TMAP, biofeedback, eletroestimulação, massagem perineal para aumentar a flexibilidade, além de técnicas de relaxamento que são de extrema importância para o sucesso do parto das pacientes, bem como a recuperação do pós-parto (Andrade, Pontes et al. 2022). Álvarez-González, Maria et al. (2021) determinaram a eficiência da massagem na prevenção de ruptura perineal e identificaram que a massagem perineal reduz a dor perineal pós-parto, a prevalência e gravidade da ruptura perineal durante o parto. Leon-Larios, Fatima et al. (2017) concluíram em seu estudo que um programa de treinamento composto por exercícios do assoalho pélvico e massagem perineal pode prevenir episiotomias e lacerações em mulheres primíparas, associando a taxas significativamente menores de episiotomia e trauma perineal grave, além de maior probabilidade da preservação intacta da musculatura perineal quando comparado a mulheres que não foram submetidas a essas técnicas. O TMAP tem resultados promissores na prevenção de POP e DAP, incluindo o tratamento de estágios iniciais dessas condições (Romeikienė and Bartkevičienė 2021).

Segundo Blomquist, Carroll et al. (2020), a força da musculatura do assoalho pélvico pode prever a probabilidade de POP e IUE nas primeiras duas décadas após o parto natural. Zhu, Si et al. (2023), ao avaliarem a relação entre o parto de bebês mais pesados e a força dos MAP, concluíram que as forças mecânicas envolvidas em partos de bebês maiores podem levar ao estiramento excessivo ou à ruptura dos tecidos do assoalho pélvico, aumentando o risco de POP. Rodgers, Tugume et al. (2022), ao determinarem a prevalência, o estágio clínico e os fatores associados ao POP, relataram que 27,5% das mulheres apresentavam POP, citando como fatores de risco a multiparidade, peso do bebê ao nascer maior que 3,5 kg, lacerações perineais e duração do trabalho do primeiro parto maior que 24 horas. Martinho N et al (2019) analisaram o peso do bebê nascido por via vaginal e o trauma do assoalho pélvico, concluindo que o peso do primeiro bebê ao nascer por via vaginal está associado à avulsão do músculo levantador do ânus e subsequente POP. Em consonância com estudos anteriores, Shulten S et al. (2022) identificaram como fatores de risco para POP o parto vaginal, paridade, peso ao nascer, IMC e avulsão do músculo elevador do ânus. Os achados do presente estudo reforçam a influência de fatores obstétricos e o peso do recém-nascido via vaginal, destacando a relevância do trauma

causado na MAP, como avulsão do levantador do ânus, lacerações perineais e fatores de riscos evidenciando a complexidade multifatorial do POP.

Os sintomas de POP e da IU podem se sobrepor devido a fatores etiológicos comuns, apresentando uma relação de causa e efeito e que no presente estudo as pacientes com POP apresentaram um índice maior de IUE corroborando com os achados da literatura conforme descrito por Smith P. e Apeell R. (2006). As alterações anatômicas associadas ao POP podem comprometer os mecanismos de suporte da uretra, afetando sua capacidade de manter o fechamento durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, levando à IUE. Estima-se que entre 37% e 54% das mulheres com POP relatam sintomas concomitantes de IUE (Kim S., Harvey MA., Johnston S., 2005). Esses resultados reforçam a importância da avaliação abrangente das disfunções do pavimento pélvico que englobam um conjunto de condições que afetam a sustentação e funcionamento dos órgãos pélvicos incluindo não somente o POP, mas também disfunções do trato urinário e disfunções anorretais que podem estar associadas.

A coexistência entre incontinência urinária de esforço (IUE) e prolapso de órgãos pélvicos (POP) é amplamente documentada na literatura científica, sugerindo uma inter-relação fisiopatológica entre essas condições. A disfunção do suporte do assoalho pélvico pode comprometer a integridade do mecanismo esfinteriano uretral, predispondo ao escape involuntário de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal.

Estudos prévios demonstram que uma proporção significativa de mulheres com POP apresenta sintomas de IUE, reforçando a hipótese de fatores etiológicos comuns. A IUE e a IUU podem estar presentes simultaneamente, porém, em prolapsos em grau acentuados, tendem a ser acompanhados por distúrbios de micção com altos volumes residuais, levando à frequência, urgência e infecções recorrentes no trato urinário (Baessler K, et al. 2016). Bai, Jeon et al. (2002) investigaram a taxa coexistente de IUE e POP e os resultados do tratamento em pacientes com ambas as condições que foram submetidas a uma avaliação pré-operatória. A maioria das mulheres apresentavam ambas as condições num período de 12 meses pós-operatório, com taxas de recorrência de IUE e POP de 3,3% e 18,0% respectivamente, indicando a coexistência das condições nas pacientes. Hakimi, Aminian et al (2020), ao analisarem os fatores de risco para IU, incontinência fecal e POP, citaram que aproximadamente 50% das mulheres apresentaram POP e IU, e 16% relataram incontinência fecal. No presente estudo, os achados corroboram essa associação, evidenciando uma taxa elevada de IUE entre as pacientes

com POP, em consonância com os dados previamente descritos na literatura. Esses resultados destacam a importância da avaliação integrada das disfunções do assoalho pélvico para um diagnóstico mais preciso e um planejamento terapêutico adequado.

Verificou-se que as mulheres com POP apresentaram uma maior taxa de episiotomia em comparação ao grupo sem prolapso nesta coorte, o que sugere uma possível relação entre essa intervenção obstétrica e o enfraquecimento estrutural do assoalho pélvico. A episiotomia, embora amplamente utilizada para facilitar o parto vaginal e reduzir lacerações perineais graves, tem sido alvo de debates quanto aos seus efeitos a longo prazo na integridade do assoalho pélvico. Estudos sugerem que embora a episiotomia medial possa aumentar o risco de lesões perineais extensas, a episiotomia medial pode oferecer algum grau de proteção contra rupturas severas do músculo levantador do ânus (Ramar, Vadakekut et al. 2025). No entanto, a literatura aponta que independente da técnica utilizada, a episiotomia pode contribuir para as DAP, predispondo ao desenvolvimento do POP (Çetindağ, Dökmeci et al. 2021, Hagen, Sellers et al. 2024).

A Pesquisa Nacional Britânica de Atitudes Sexuais e Estilos de Vida, baseada na população, citou que mais do que o dobro de homens (53%) na faixa de etária de 55 a 64 anos relataram se masturbar, enquanto poucas mulheres (19%) referiram tal atividade (Mercer, Tanton et al. 2013). Na amostra incluída no presente estudo, com média de idade de 56 anos, 21,05 % das mulheres relataram que se masturbavam regularmente, similar aos dados britânicos e em um percentual muito inferior à estimativa de homens que praticam a masturbação.

Uma revisão recente que investigou a atividade sexual após os 60 anos de idade, mostrou que, de todos os estudos incluídos, 74% investigaram a atividade de relação sexual, porém apenas 30% avaliaram a masturbação (BELL et al., 2017). Com o envelhecimento, torna-se mais comum que as pessoas percam seus cônjuges ou que a diminuição da saúde e da função sexual de um parceiro restrinja a atividade sexual, a satisfação e o desejo. A atividade sexual solitária tem a vantagem de proporcionar prazer sexual independente da disponibilidade de parceiros (Fischer, Graham et al. 2022).

No presente estudo, a maioria das mulheres (53,94%) referiu não buscar informações sobre sexualidade, o que demonstra um menor interesse sobre o tema. No entanto, entre as que buscavam informação sobre sexo, a maioria (30,26%) utilizava a

internet como fonte de pesquisa, destacando a importância desta ferramenta e a necessidade da disponibilidade de materiais de boa qualidade com informações sobre sexualidade voltado para este público específico. Os parceiros, todos eles do sexo masculino, também foram fonte de busca de informações para as participantes do estudo.

Paiva, Aranha e Bastos (2006) apontam que a sexualidade das mulheres está sempre um passo atrás da liberdade sexual dos homens. A sexualidade deve ser experienciada de forma igualitária, independentemente do gênero e o desfrutar de uma vida sexual saudável e prazerosa propicia felicidade e bem-estar. Observamos que as participantes assumiram um posicionamento bastante machista, em que quase todas contavam com a opinião masculina em relação à sexualidade, assumindo um papel submisso em relação aos homens.

Na literatura revisada, não foi encontrado nenhum artigo científico sobre educação sexual em mulheres pós-menopáusicas. A busca por informações sobre educação sexual e sexualidade nas mídias digitais tornou-se uma prática comum, especialmente com a popularização da internet e das redes sociais. Essas plataformas, quando bem utilizadas, oferecem um vasto acesso a conteúdo que podem contribuir para o esclarecimento de dúvidas e para promoção de uma sexualidade saudável. Por outro lado, informações incorretas ou distorcidas podem gerar desinformação, perpetuar preconceitos e mitos, além de impactar negativamente na qualidade da saúde e no bem-estar da população.

De acordo com o ponto de corte de 26,5 do FSFI, 61,76% das pacientes com POP tinham comprometimento da sua função sexual, enquanto 45,23% das pacientes sem POP também apresentavam comprometimento, dado semelhante ao estimado na literatura, cerca de 30-50% na população principais em geral; em mulheres com DAP, a incidência relatada sobe para 50-83%. Os fatores citados para a redução na experiência sexual de uma mulher incluem preocupações com a imagem de sua vagina (em mulheres com POP), dispareunia e IU coital (em mulheres com IU), e medo ter incontinência também fecal durante o ato (Verbeek and Hayward 2019).

As participantes com POP no nosso estudo apresentaram desempenho pior nas questões relacionadas à satisfação sexual. Lowder, Ghetti et al. (2011) analisaram as percepções da imagem corporal em mulheres com POP e concluíram que as mulheres que vivem com POP eram mais propensas a se sentirem constrangidas, isoladas, “diferentes”, menos femininas e atraentes e frequentemente mudavam as práticas de intimidade sexual

por causa do constrangimento ou desconforto, e muitas vezes evitam a intimidade completamente. Jelovsek J & Barbeiro M (2006) demonstraram que a imagem corporal é um componente importante na qualidade de vida em mulheres com POP. As mulheres com POP eram mais propensas a se sentirem constrangidas e com uma imagem corporal diminuída, além de se sentirem menos atraentes sexualmente com comparação com as mulheres que não apresentam DAP. Handa, Cundiff et al. (2008) mencionam que mulheres com DAP são mais propensas a relatarem diminuição da libido, diminuição da excitação, orgasmo infrequente e dispareunia e o POP em estágio avançado, foi significativamente associado ao orgasmo infrequente. Barber, Visco et al. (2002), ao estudarem a função sexual em mulheres com IU e POP, concluiu que as mulheres com POP tem maior probabilidade em desenvolver inatividade sexual do que mulheres incontinentes, porém, em relação a satisfação sexual geral, não há diferença em relação ao diagnóstico.

Tok et al. (2010), assim como no nosso estudo, demonstraram que as mulheres com POP tiveram pontuações mais baixas de desejo sexual e excitação sexual em relação ao questionário PISQ-12. Os autores também observaram pontuações mais baixas de desejo sexual e excitação sexual, em relação aos scores nas mulheres saudáveis, corroborando com o nosso estudo.

É sabido que o POP impacta significativamente a saúde sexual das mulheres, como evidenciado por vários estudos que utilizam o Questionário de Função Sexual (FSFI). No presente estudo, o Grupo POP apresentou as médias dos domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e dor do FSFI menor do que nas mulheres sem POP. Corroborando com nosso estudo, Zielinski R. et al (2012), analisaram a imagem genital e mulheres com e sem POP e as mulheres com POP obtiveram tinham pontuações mais baixas no FSFI, particularmente nos domínios de desejo e satisfação sexual, evidenciando que a disfunção sexual experimentada por algumas mulheres pode ser em parte devido à insatisfação com a imagem genital associada ao POP (Zielinski, Miller et al. 2012).

Handa V. et al. (2008) também citaram que os distúrbios do assoalho pélvico, como o POP, além da qualidade de vida, também influenciam na saúde sexual, como diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação, bem como o aumento do potencial de dor durante a relação sexual e o medo de IU ou fecal. Ryan J. et al. (2017) ao investigarem os preditores da função sexual em mulheres com DAP, incluindo POP, IUE, bexiga hiperativa e sintomas de incontinência fecal, concluíram que as participantes

relataram um baixo nível de desejo e prazer sexual e níveis moderados de excitação sexual e orgasmo, além disso, mulheres com POP e sintomas de incontinência fecal foram associados a não gostar de sexo. Djusad S. et al. (2021) citam que existe uma relação entre a função sexual e autoimagem genital com a gravidade do POP na qual a preocupação em mostrar a genitália prolapsada ao parceiro sexual durante a atividade sexual envolvendo penetração e sexo oral gera medo e insegurança na mulher, contribuindo para uma pior função sexual, principalmente nos scores de desejo e satisfação sexual. Quanto mais grave o POP, pior o score do questionário “Female Genital Self-Image Scale”, pois a imagem de um órgão saindo da vagina pode ser desconfortável, tanto para a mulher, quanto para o parceiro sexual, podendo interferir no relacionamento íntima e na função sexual (Handelzalts, Yaakobi et al. 2017).

No presente estudo, os escores do questionário FSFI, como o desejo, a excitação, a lubrificação e o orgasmo tiveram média mais baixa quando comparadas ao grupo sem POP, demonstrando associação do POP influenciando negativamente a satisfação sexual das mulheres. Corroborando com essa afirmação, um estudo realizado na Indonésia avaliou a autoimagem genital como preditor de disfunção sexual em mulher com POP, demonstrando que a pontuação do FSFI por domínio e a pontuação total do FSFI foram maiores no grupo de autoimagem genital alta em relação ao grupo de autoimagem genital baixa, encontrando uma correlação estatisticamente significativa entre a autoimagem genital e a incidência de disfunção sexual em mulheres com POP (Djusad, Meutia et al. 2021). A autoimagem genital positiva está associada a maior autoconfiança, melhor qualidade das relações sexuais, saúde sexual, prazer sexual, redução do sofrimento sexual e menor ansiedade (Najarpourian and Samavi 2024). A gravidade do POP tem uma correlação importante com a função sexual das mulheres em consequência do aumento de sintomas como desconforto, constrangimento, IU coital que contribuem para pontuações mais baixas em vários domínios da função sexual, incluindo desejo, excitação e satisfação, corroborando com o presente estudo onde as mulheres com POP apresentavam scores mais baixos do FSFI nos domínios de desejo, excitação, lubrificação e orgasmo quando comparados as mulheres sem POP (Arruda, Paines et al. 2023).

Em contrapartida, Moroni RM. et al (2019) ao avaliarem a função sexual e a imagem corporal em mulheres com POP observaram que entre às mulheres com POP, às características anatômicas do POP não parecem interferir na imagem genital ou na função sexual, além disso, a presença de POP não foi associada a mulher ser sexualmente ativa.

A ausência de diferença significativa pode estar relacionada ao uso de um instrumento para avaliar a atratividade relacionada à aparência de todo o corpo, do rosto e à impressão dos outros sobre a aparência do entrevistado. Nesse sentido, as mulheres em nossa coorte não consideraram a presença de prolapso genital em si como tendo um impacto significativo em tais características gerais.

Ugurculan F. G. et al. (2020) ao avaliarem os efeitos dos sintomas do trato urinário inferior, IU, incontinência coital e/ou POP, nas funções sexuais e na qualidade de vida de mulheres com mais de 50 anos de idade citaram que o grupo das mulheres que tinham idade mais avançada, assim como IU e incontinência coital tinham efeitos prejudiciais nas funções sexuais e na qualidade de vida do que o POP.

A função sexual feminina é definida pela ciência como um conjunto de processos fisiológicos, emocionais, cognitivos e comportamentais que permitem que o indivíduo experimente e expresse sua sexualidade de maneira satisfatória (VIEIRA K. et al. 2016). É uma dimensão complexa e essencial para a saúde e qualidade de vida, envolvendo diferentes fases interdependentes como o desejo, excitação, orgasmo e resolução que são mediadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais, no entanto, qualquer alteração dessas fases pode resultar em dificuldades sexuais, refletindo diretamente na saúde sexual (SANTOS C.; MENESES, R. 2019).

Estudos epidemiológicos e pesquisas focadas na avaliação pré-operatória fornecem informações sobre os tipos de POP e os compartimentos mais acometidos e a prevalência variam significativamente. Uma revisão sistemática descobriu que aproximadamente 39,3% das mulheres tinham POP anterior, enquanto 16,1% tinham POP posterior e 14,9% tinham prolapso apical (Hadizadeh-Talasaz, Khadivzadeh et al. 2024). Corroborando com nosso estudo, a literatura cita que o POP anterior ocorre mais frequentemente e é duas vezes mais prevalente que o POP posterior e três vezes mais prevalente que o POP apical (Summers, Winkel et al. 2006). No presente trabalho o prolapso anterior foi três vezes mais predominante que o posterior e quatro vezes mais predominante que o apical.

A heterogeneidade da prevalência varia por ser uma patologia silenciosa e as mulheres não relatam por vergonha ou pelo fato de que muitas delas são assintomáticas. Segundo a literatura, aproximadamente 50% das mulheres podem apresentar algum grau de POP ao longo da vida, porém esse número se refere principalmente a alterações

anatômicas e não a casos sintomáticos(Weintraub, Gliner et al. 2020). Há discrepância na literatura quanto aos estudos que relatam POP durante o exame ginecológico, representando um total de 50% e outros estudos que envolvem questionários relacionados a sintomas descrevendo uma prevalência inferior (Nygaard, Barber et al. 2008). Informações precisas, como condições clínicas e diagnóstico precoce sobre POP podem ajudar na formulação de políticas públicas e planejamento de intervenções adequadas, bem como na redução da prevalência e na eficácia do tratamento conservador e medidas preventivas para agravamentos do grau de POP. O nosso estudo não foi realizado em uma abordagem epidemiológica porque as pacientes foram avaliadas em um ambulatório de atenção secundária, ou seja, foram encaminhadas pelos profissionais de saúde da atenção primária. Mesmo assim, a maior parte das pacientes com POP eram assintomáticas.

8 CONCLUSÃO

A sexualidade é um aspecto fundamental para a qualidade de vida sendo influenciada por fatores físicos, psicológicos e socioculturais. Entre as mulheres, o envelhecimento traz mudanças hormonais e anatômicas que podem impactar na função sexual, especialmente na presença de condições como o POP. Os resultados desta tese evidenciam que o POP exerce impacto na sexualidade feminina, demonstrando que a função sexual das mulheres com POP tende a ser inferior à das mulheres não afetadas pela disfunção, principalmente influenciando no desejo, excitação, lubrificação e orgasmo. Essas alterações podem estar relacionadas pela presença dos sintomas do POP que geram sentimentos negativos relacionados a sexualidade, causando constrangimento, desconforto e alterações na libido.

Embora tenhamos muitas pesquisas sobre DAP, ainda há escassez na literatura sobre estudos que foquem uma abordagem integral sobre a sexualidade e disfunção, principalmente pesquisas relacionadas ao envelhecimento e aos prolapso de órgãos pélvicos. Os estudos são compartimentados e isolados nas características fisiológicas e clínicas, raramente abordando as interações entre os aspectos psicossociais como fatores contextuais, interpessoais, pessoais, biológicos e psicológicos.

A prevalência de diagnóstico de depressão, bem como o uso regular de álcool, foi maior entre as pacientes com POP, quando comparada as mulheres sem POP. Este dado sugere uma associação significativa entre POP e saúde mental. É possível que a depressão em mulheres com POP esteja subdiagnosticada ou subtratada, indicando a necessidade de uma abordagem clínica mais integrada que inclua avaliações rotineiras de saúde mental. Além disso, o impacto do POP na qualidade de vida pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de sintomas depressivos, reforçando a importância de estratégias terapêuticas que abordem tanto os aspectos físicos quanto psicológicos dessa condição. Portanto, é imperativo que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de depressão em pacientes com POP, garantindo um tratamento abrangente incluindo aspectos psicológicos.

Os fatores de risco, como, partos vaginais e episiotomia, mostraram-se relacionados a uma maior prevalência de POP, corroborando com dados pré-existent na literatura como fatores de risco significativos para seu desenvolvimento. Esses achados

reforçam a necessidade de práticas obstétricas que incluam apenas intervenções embasadas cientificamente e medidas preventivas a fim de promover a integridade do assoalho pélvico, visando reduzir a incidência de POP e demais DAP. Técnicas fisioterapêuticas pré-parto fazem parte da abordagem multidisciplinar na prevenção das DAP. O acesso ao conhecimento das mulheres sobre a atuação da fisioterapia pélvica vem sendo disseminado cada vez mais, porém ainda não é uma realidade nos serviços de atenção primária.

A sexualidade na terceira idade ainda é cercada de muitos tabus, que frequentemente reforçam estigmas sobre o envelhecimento e a intimidade. A sociedade muitas vezes desconsidera ou minimiza a importância da sexualidade para pessoas mais velhas, o que pode afetar a identidade, a orientação sexual, as relações afetivas e até mesmo a forma como a imaginação e os desejos são vivenciados. A prática da masturbação feminina, especialmente entre mulheres idosas, permanece um tema pouco discutido, perpetuado por preconceitos que podem inibir essa prática. Poucas mulheres relataram a masturbação no estudo, porém as mulheres sem POP relataram se masturbarem mais.

Intervenções direcionadas por profissionais da saúde podem ser benéficas para mitigar os efeitos negativos do POP na sexualidade feminina. Além disso, destaca-se a necessidade de maior conscientização e desestigmatização da sexualidade no envelhecimento, bem como a adoção de uma abordagem multidisciplinar que contemple não somente o tratamento anátomo-clínico do POP, mas também o suporte psicossocial, incentivando diálogos mais abertos e humanizados referentes ao tema. A adoção de intervenções psicossociais, como suporte psicológico podem contribuir para ajudar as mulheres lidarem com as mudanças corporais e emocionais decorrentes do POP, promovendo maior autoestima e satisfação sexual. Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para aprimorar a assistência à saúde da mulher, fomentando políticas e práticas inclusivas e eficazes no manejo do POP e sexualidade no envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ-GONZÁLEZ, María et al. Prevalência de laceração perineal periparto após duas técnicas de massagem perineal anteparto: um ensaio controlado não randomizado. **Journal of clinical medicine**, v. 10, n. 21, p. 4934, 2021.
- ANDRADE, Ângela Roberta Lessa de et al. Effectiveness of pelvic floor muscles strengthening exercises in the prevention of urinary incontinence: a systematic review. 2022.
- ANTUNES, Susana; MARCELINO, Ofélia; AGUIAR, Tereza. Fisiopatologia da menopausa. **Revista Portuguesa de medicina geral e familiar**, v. 19, n. 4, p. 353-7, 2003.
- ARAÚJO, Maíta Poli de et al. A história da classificação do prolapso genital. **Femina**, p. 273-276, 2009.
- ARRUDA, Guilherme Tavares de et al. Relationship Involving Sexual Function, Distress Symptoms of Pelvic Floor Dysfunction, and Female Genital Self-Image. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 9, p. 542-548, 2023.
- ATHANASIOU, Stavros et al. Pelvic organ prolapse contributes to sexual dysfunction: a cross-sectional study. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 6, p. 704-709, 2012.
- AYTAN, Hakan et al. Prevalence of pelvic organ prolapse and related factors in a general female population. **Turkish journal of obstetrics and gynecology**, v. 11, n. 3, p. 176, 2014.
- BAEßLER, K. et al. Diagnosis and therapy of female pelvic organ prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-level, AWMF registry number 015/006, April 2016). **Geburtshilfe und Frauenheilkunde**, v. 76, n. 12, p. 1287-1301, 2016.
- BAI, S. W. et al. Relationship between stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **International urogynecology journal**, v. 13, p. 256-260, 2002.
- BARBER, Matthew D. et al. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **Obstetrics & Gynecology**, v. 99, n. 2, p. 281-289, 2002.
- BARBER, Matthew D.; MAHER, Christopher. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. **International urogynecology journal**, v. 24, p. 1783-1790, 2013.

BELL, Suzanne et al. Sexual activity after 60: A systematic review of associated factors. **Sexual Medicine Reviews**, v. 5, n. 1, p. 52-80, 2017.

BERGHMANS, Bary et al. Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a pelvic care centre. **Neurourology and Urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 2016.

BLOMQUIST, Joan L. et al. Pelvic floor muscle strength and the incidence of pelvic floor disorders after vaginal and cesarean delivery. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 222, n. 1, p. 62. e1-62. e8, 2020.

BRANDT, Corlia. Physiotherapy and pelvic floor health within a contemporary biopsychosocial model of care: From research to education and clinical practice. **The South African Journal of Physiotherapy**, v. 77, n. 1, 2021.

BRASIL. Centro Internacional de Longevidade. Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta a revolução da longevidade/ Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015. ISBN 978-85-69483-01-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9) ISBN 978-85-334-1486-01.

BRAUN, Hernán et al. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 69, n. 2, p. 149-156, 2004.

BROWN, Jeanette S. et al. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 186, n. 4, p. 712-716, 2002.

CERVILLA, Oscar; ÁLVAREZ-MUELAS, Ana; SIERRA, Juan Carlos. Relationship between Solitary Masturbation and Sexual Satisfaction: A Systematic Review. In: **Healthcare**. MDPI, 2024. p. 235.

ÇETINDAĞ, Elif Nazlı et al. Alterações no prolapso de órgãos pélvicos e disfunção do assoalho pélvico durante a gravidez em primigestas únicas: um estudo de coorte

prospectivo. **Revista europeia de obstetrícia e ginecologia e biologia reprodutiva** , v. 264, p. 141-149, 2021.

CHOW, Denise; RODRÍGUEZ, Larissa V. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. **Current opinion in urology**, v. 23, n. 4, p. 293-298, 2013.

CISAK, Magdalena Zietarska et al. Sexual function in women with pelvic organ prolapse and surgery influence on their complaints. **Ginekologia Polska**, v. 94, n. 11, p. 939-943, 2023.

COELHO, Daniella Nunes Paschoal et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 163-173, 2010.

COLEMAN, Charlotte Elizabeth Mahon et al. Complicações da cirurgia vaginal obliterativa versus reconstrutiva para prolapso de órgãos pélvicos em octogenários: Um estudo de coorte retrospectivo. **Neurourology and Urodynamics** , 2024.

CREMA, Izabella Lenza; TILIO, Rafael De; CAMPOS, Maria Teresa de Assis. Repercussões da menopausa para a sexualidade de idosas: revisão integrativa da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 753-769, 2017.

CRISP, Catrina C. et al. Body image, regret, and satisfaction following colpocleisis. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 209, n. 5, p. 473. e1-473. e7, 2013.

CUNDIFF, Geoffrey W. et al. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. **Obstetrics & Gynecology**, v. 95, n. 6, p. 931-935, 2000.

CUNDIFF, Geoffrey W. et al. O estudo PESSRI: resultados de alívio de sintomas de um ensaio randomizado cruzado dos pessários de anel e Gellhorn. **American journal of obstetrics and gynecology** , v. 196, n. 4, p. 405. e1-405. e8, 2007.

CUSTÓDIO, Carla Maria de Faria. **Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado**. 2008. Dissertação de Mestrado.

DA MATA SILVA, Wanielly Dayane; DA SILVA, Raphael Henrique; DA PAIXÃO SIQUEIRA, Lidiany. Análise do perfil de envelhecimento populacional versus pacientes idosos polimedicamentosos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 94941-94955, 2020.

DABIC, Stefan et al. Complicações raras do uso de pessário: uma revisão sistemática de relatos de casos. **BJUI compass** , v. 3, n. 6, p. 415-423, 2022.

DE ALBUQUERQUE COELHO, Suelene Costa et al. O uso do pessário pode modificar a flora microbiológica vaginal? Um estudo transversal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Ginecologia e Obstetrícia** , v. 04, pág. 169-174, 2017.

DE ALBUQUERQUE COELHO, Suelene Costa; DE CASTRO, Edilson Benedito; JULIATO, Cássia Raquel Teatin. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. **International urogynecology journal**, v. 27, p. 1797-1803, 2016.

DE ARAUJO, Maíta Poli et al. Pelvic floor disorders among indigenous women living in Xingu Indian Park, Brazil. **International Urogynecology Journal**, v. 20, p. 1079-1084, 2009.

DELANCEY, John OL et al. O aparecimento de anormalidades do músculo levantador do ânus em imagens de ressonância magnética após parto vaginal. **Obstetrics & Gynecology** , v. 101, n. 1, p. 46-53, 2003.

DHERESA, Merga et al. Pelvic floor disorders associated with higher-level sexual dysfunction in the Kersa district, Ethiopia. **Turkish journal of obstetrics and gynecology**, v. 15, n. 4, p. 210, 2018.

DIETZ, Hans Peter. Pelvic organ prolapse-a review. **Australian family physician**, v. 44, n. 7, p. 446-452, 2015.

DJUSAD, Suskhan et al. Genital self-image as predictor of sexual dysfunction in women with pelvic organ prolapse in Indonesia. **Women's Health**, v. 17, p. 17455065211066019, 2021.

DRAGE, Katie-Jay et al. The relationship between symptom severity, bother and psychological factors in women with pelvic organ prolapse: A cross-sectional observational study. **Neurourology and urodynamics**, v. 41, n. 1, p. 423-431, 2022.

DWYER, Lucy; KEARNEY, Rohna; LAVENDER, Tina. Uma revisão do pessário para treinamento de profissionais de prolapso. **British Journal of Nursing** , v. 28, n. 9, p. S18-S24, 2019.

EGGEBØ, Torbjørn Moe; VOLLØYHAUG, Ingrid. The pelvic floor during pregnancy and delivery: Can pelvic floor trauma and disorders be prevented?. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 103, n. 6, p. 1012, 2024.

ELLERKMANN, R. Mark et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 185, n. 6, p. 1332-1338, 2001.

FIALKOW, M. F. et al. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 189, n. 1, p. 127-129, 2003.

FISCHER, Nantje et al. Prevalence of masturbation and associated factors among older adults in four European countries. **Archives of Sexual Behavior**, v. 51, n. 3, p. 1385-1396, 2022.

FITZGERALD, M. P. et al. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpocleisis. **International urogynecology journal**, v. 19, p. 1603-1609, 2008.

FREITAS, Eduarda Rezende et al. Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. **Reprodução & Climatério**, v. 31, n. 1, p. 37-43, 2016.

FRIEDMAN, Talia; ESLICK, Guy D.; DIETZ, Hans Peter. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. **International urogynecology journal**, v. 29, p. 13-21, 2018.

FRIGERIO, Matteo et al. Long-term effects of episiotomy on urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 299, p. 317-325, 2019.

GABR, Amir A. et al. Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 217, p. 38-43, 2017.

GHETTI, Chiara et al. Depressive symptoms in women seeking surgery for pelvic organ prolapse. **International urogynecology journal**, v. 21, p. 855-860, 2010.

GIARENIS, Ilias; ROBINSON, Dudley. Prevention and management of pelvic organ prolapse. **F1000prime reports**, v. 6, 2014.

GOOD, Meadow Maze; SOLOMON, Ellen R. Pelvic floor disorders. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 46, n. 3, p. 527-540, 2019.

GRADIM, C., Sousa, A. & Lobo, J. (2007). A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm.** 12(2), p. 204-213

GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SOUSA, Ana Maria Magalhães; LOBO, Juliana Magalhães. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2007.

GRIMES, W. R.; STRATTON, Michael. Pelvic floor dysfunction. 2020.

HADIZADEH-TALASAZ, Zahra et al. Worldwide Prevalence of Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Iranian Journal of Public Health**, 2024.

HAGE-FRANSEN, Monique AH et al. Pregnancy-and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: a systematic review and meta-analysis. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 100, n. 3, p. 373-382, 2021.

HAGEN, Suzanne et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 383, n. 9919, p. 796-806, 2014.

HAGEN, Suzanne et al. Urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse symptoms 20–26 years after childbirth: A longitudinal cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 131, n. 13, p. 1815-1823, 2024.

HAKIMI, Sevil et al. Prevalence and risk factors of urinary/anal incontinence and pelvic organ prolapse in healthy middle-aged Iranian women. **Journal of menopausal medicine**, v. 26, n. 1, p. 24, 2020.

HANDA, Victoria L. et al. Female sexual function and pelvic floor disorders. **Obstetrics & gynecology**, v. 111, n. 5, p. 1045-1052, 2008.

HANDELZALTS, Jonathan E. et al. The impact of genital self-image on sexual function in women with pelvic floor disorders. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 211, p. 164-168, 2017.

HENDRIX, Susan L. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 186, n. 6, p. 1160-1166, 2002.

HENTSCHEL, Heitor et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. **Clinical and Biomedical Research**, v. 27, n. 1, 2007.

HEWITT, John H. Homem e mulher, menino e menina. **Hospital Practice**, v. 8, n. 10, p. 165-170, 1972.

HOFFMAN, Barbara L. et al. **Ginecologia de WILLIAMS**. Artmed Editora, 2014.

HORST, Wagner et al. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. **International urogynecology journal**, v. 28, p. 1165-1170, 2017.

HORST, Wagner; SILVA, Jean Carl. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 2, p. 91-101, 2016.

IBGE. Projeções da população 2018: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. Rio De Janeiro. 56p.

IBGE. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070. Rio de Janeiro. 2024. Disponível em: <
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>> Acesso 10 jan 2023.

IBGE. Projeções da população: notas metodológicas 01/2024: Brasil e unidades da federação: estimativas e projeções: revisão 2024. Rio de Janeiro. 46p.

IGLESIA, Cheryl B.; SMITHLING, Katelyn R. Pelvic organ prolapse. **American family physician**, v. 96, n. 3, p. 179-185, 2017.

JELOVSEK, J. Eric; BARBER, Matthew D. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 194, n. 5, p. 1455-1461, 2006.

JELOVSEK, J. Eric; MAHER, Christopher; BARBER, Matthew D. Pelvic organ prolapse. **The Lancet**, v. 369, n. 9566, p. 1027-1038, 2007.

KALATA, Urszula; JARKIEWICZ, Michal M.; BARCZ, Ewa M. Depression and anxiety in patients with pelvic floor disorders. **Ginekologia Polska**, v. 94, n. 9, p. 748-751, 2023.

KIM, Shunaha; HARVEY, Marie-Andrée; JOHNSTON, Shawna. A review of the epidemiology and pathophysiology of pelvic floor dysfunction: do racial differences matter? **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 27, n. 3, p. 251-259, 2005.

KUNCHARAPU, Indumathi; MAJERONI, Barbara A.; JOHNSON, Dallas W. Pelvic organ prolapse. **American family physician**, v. 81, n. 9, p. 1111-1117, 2010.

LAMERS, Babet HC; BROEKMAN, Bart MW; MILANI, Alfredo L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **International urogynecology journal**, v. 22, p. 637-644, 2011.

LAROUCHE, Maryse et al. Depression, anxiety, and pelvic floor symptoms before and after surgery for pelvic floor dysfunction. **Urogynecology**, v. 26, n. 1, p. 67-72, 2020.

LARSSON, Christina; KÄLLEN, Karin; ANDOLF, Erika. Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case-control study. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 200, n. 3, p. 243. e1-243. e4, 2009.

LEE, David M. et al. Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. **Archives of sexual behavior**, v. 45, n. 1, p. 133-144, 2016.

LEON-LARIOS, Fatima et al. Influência de um programa de treinamento do assoalho pélvico para prevenir trauma perineal: Um ensaio controlado quase randomizado. **Midwifery**, v. 50, p. 72-77, 2017.

LIAPIS, A. et al. Changes of collagen type III in female patients with genuine stress incontinence and pelvic floor prolapse. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 97, n. 1, p. 76-79, 2001.

LIBERMAN, Joshua N. et al. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a US community-based survey. **Urology**, v. 57, n. 6, p. 1044-1050, 2001.

LIEN, Kuo-Cheng et al. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 103, n. 1, p. 31-40, 2004.

LINDAU, Stacy Tessler et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 8, p. 762-774, 2007.

LI-YUN-FONG, Ryan J. et al. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. **The journal of sexual medicine**, v. 14, n. 2, p. 226-237, 2017.

LOWDER, Jerry L. et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 204, n. 5, p. 441. e1-441. e5, 2011.

LOWENSTEIN, Lior et al. Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. **The journal of sexual medicine**, v. 6, n. 8, p. 2286-2291, 2009.

LUBER, Karl M.; BOERO, Sally; CHOE, Jennifer Y. A demografia dos distúrbios do assoalho pélvico: observações atuais e projeções futuras. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 184, n. 7, p. 1496-1503, 2001.

LUKACZ, Emily S. et al. A atividade e a satisfação sexual são afetadas por distúrbios do assoalho pélvico? Análise de uma pesquisa baseada na comunidade. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 197, n. 1, p. 88. e1-88. e6, 2007.

MAITO, Jennifer M. et al. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. **The Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 51, n. 2, p. 78-84, 2006.

MARTINHO, Natalia et al. Birthweight and pelvic floor trauma after vaginal childbirth. **International urogynecology journal**, v. 30, p. 985-990, 2019.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. Human sexual response, Boston (Little, Brown and Company) 1966.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019.

MAZI, Baraa; KADDOUR, Ouhoud; AL-BADR, Ahmed. Depression symptoms in women with pelvic floor dysfunction: a case-control study. **International journal of women's health**, p. 143-148, 2019.

MCCOOL, Megan E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Sexual medicine reviews**, v. 4, n. 3, p. 197-212, 2016.

MERCER, Catherine H. et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and overtime: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). **The Lancet**, v. 382, n. 9907, p. 1781-1794, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Caderno, n. 9. 1ª edição – 2008.

MOHKAR, Mas Sahidayana et al. A quantitative approach to measure women's sexual function using electromyography: A preliminary study of the Kegel exercise. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 19, p. 1159, 2013.

MORONI, Rafael M. et al. Assessment of body image, sexual function, and attractiveness in women with genital prolapse: a cross-sectional study with validation of the Body Image in the Pelvic Organ Prolapse (BIPOP) Questionnaire. **The journal of sexual medicine**, v. 16, n. 1, p. 126-136, 2019.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; DOMINGOS, Ana Maria; RASSY, Maria Elizabete de Castro. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 848-855, 2010.

MUELLER, Margaret G. et al. Colpocleise: uma opção segura e minimamente invasiva para prolapso de órgãos pélvicos. **Urogynecology**, v. 21, n. 1, p. 30-33, 2015.

NAJARPOURIAN, Samaneh et al. Female Sexual Functioning, Self-genital Image and Sexual Anxiety: Mediating Role of Awareness the Moment. **Authorea Preprints**, 2024.

NAZEMI, Azadeh et al. Prolapso de Órgãos Pélvicos na Síndrome de Ehlers-Danlos. **Case Reports in Urology**, v. 2023, n. 1, p. 6863711, 2023.~

NYGAARD, Ingrid et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **Jama**, v. 300, n. 11, p. 1311-1316, 2008.

OLIVER, Reeba; THAKAR, Ranee; SULTAN, Abdul H. A história e o uso do pessário vaginal: uma revisão. **Revista europeia de obstetrícia e ginecologia e biologia reprodutiva**, v. 156, n. 2, p. 125-130, 2011.

OLSEN, Ambre L. et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. **Obstetrics & Gynecology**, v. 89, n. 4, p. 501-506, 1997.

OMS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia Global Cidade Amiga do Idoso. Biblioteca da OMS. Suíça, 2008.

OPAS/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. –Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OSSA, Aura Maria Paternina de La. **Sintomas de disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes em atendimento no centro de reabilitação do hospital das clínicas de Ribeirão Preto**. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PAIVA, Vera; ARANHA, Francisco; BASTOS, Francisco I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 54-64, 2008.

PALACIOS-CEÑA, Domingo et al. Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. **The journal of sexual medicine**, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2012.

PASCUAL, Cosme Puerto. **A sexualidade do idoso vista com novo olhar**. Edicoes Loyola, 2002.

PATEL, Payal D.; AMRUTE, Kaytan V.; BADLANI, Gopal H. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: a review of etiological factors. **Indian Journal of Urology**, v. 23, n. 2, p. 135-141, 2007.

PAULS, Rachel N. et al. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. **International Urogynecology Journal**, v. 17, p. 576-580, 2006.

PEINADO-MOLINA, Rocío Adriana et al. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. **BMC public health**, v. 23, n. 1, p. 2005, 2023.

PERSU, Cristian et al. Sistema de Quantificação de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP–Q)—uma nova era no estadiamento do prolapso pélvico. **Journal of medicine and life**, v. 4, n. 1, p. 75, 2011.

PESSOA, Patrícia; CARVALHO, Andreia; MOTA, Patrícia. Prevalence of levator ani muscle injuries in primiparous women after delivery and their influence on pelvic floor disorders-systematic review. **Neurourology and Urodynamics**, v. 43, n. 8, p. 1962-1969, 2024.

PONHOLZER, Anton et al. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. **European urology**, v. 47, n. 3, p. 366-375, 2005.

PORTS, Katie A. et al. Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams. **The journal of sexual medicine**, v. 11, n. 4, p. 901-908, 2014.

QUIROZ, Lieschen H. et al. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. **The Journal of reproductive medicine**, v. 55, n. 3-4, p. 93, 2010.

RA, Peinado Molina et al. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1180907-1180907, 2023.

RAJU, Rubin; LINDER, Brian J. Avaliação e tratamento do prolapso de órgãos pélvicos. Em: **Mayo Clinic Proceedings** . Elsevier, 2021. p. 3122-3129.

RAMAR, Cassandra N.; VADAKEKUT, Elsa S.; GRIMES, WR Lacerações perineais. In: **StatPearls [Internet]** . Publicação StatPearls, 2024.

RATNER, Elena S. et al. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. **Maturitas**, v. 70, n. 3, p. 210-215, 2011.

REED, Phil et al. Relationship between depression, anxiety, and attendance at pelvic-floor muscle training sessions. **Physiotherapy**, v. 120, p. 10-16, 2023.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 245-250, 2011.

ROBINSON, Maraika O.; LINDER, Brian J. Evaluation and treatment of pelvic organ prolapse. **Minerva Medica**, 2023.

ROCHA, Rafaela Tanus et al. Associação entre a Síndrome de Marfan e o Prolapso Urogenital. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 971-984, 2024.

ROGERS, Rebecca G. et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 195, n. 5, p. e1-e4, 2006.

ROMEIKIENĖ, Karolina Eva; BARTKEVIČIENĖ, Daiva. Prevenção de disfunções do assoalho pélvico no pré e pós-parto. **Medicina**, v. 57, n. 4, pág. 387, 2021.

ROOS, Anne-Marie et al. Pelvic floor dysfunction: women's sexual concerns unraveled. **The Journal of sexual medicine**, v. 11, n. 3, p. 743-752, 2014.

RØRTVEIT, Guri; HANNESTAD, Yngvild S. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. **Tidsskrift for Den norske legeforening**, 2014.

ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIBLUM, C. MESTON, R. SHABSIGH, D. FERGUSON, R. 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**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

SANTANA, Gulnara Waleska Rubio Martinez; AOKI, Tsutomu; AUGE, Antonio Pedro Flores. The Portuguese validation of the short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). **International urogynecology journal**, v. 23, p. 117-121, 2012.

SANTOS, Carla Bernardett; MENESES, Rute F. Perspetivando a satisfação sexual: Da delimitação do conceito à síntese de evidências. **Interação, interdependência e interseccionalidade em sexualidade e educação sexual:(In) visibilidades e desafios em investigação e prática**, p. 103-114, 2019.

SCHENSUL, Jean J.; LEVY, Judith A.; DISCH, William B. Individual, contextual, and social network factors affecting exposure to HIV/AIDS risk among older residents living in low-income senior housing complexes. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 33, p. S138-S152, 2003.

SCHICK, Vanessa et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. Supplement_5, p. 315-329, 2010.

SCHOENAKER, Danielle AJM et al. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. **International journal of epidemiology**, v. 43, n. 5, p. 1542-1562, 2014.

SCHULTEN, Sascha FM et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 227, n. 2, p. 192-208, 2022.

SELBAC, Mariana Terezinha et al. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino-climatério à menopausa. **Aletheia**, v. 51, n. 1 e 2, 2018.

SIDDIQUI, Nazema Y.; EDENFIELD, Autumn L. Clinical challenges in the management of vaginal prolapse. **International Journal of Women's Health**, p. 83-94, 2014.

SLIEKER-TEN HOVE, Marijke et al. Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. **International urogynecology journal**, v. 21, p. 311-319, 2010.

SMITH, Phillip P.; APPELL, Rodney A. Pelvic organ prolapse and the lower urinary tract: the relationship of vaginal prolapse to stress urinary incontinence. **Current Bladder Dysfunction Reports**, v. 1, n. 1, p. 19-26, 2006.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00173317, 2018.

SOUZA, Elza Maria de; SILVA, Daiane Pereira Pires; BARROS, Alexandre Soares de. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1355-1368, 2021.

SOUZA, Mônica et al. Prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis em mulheres na fase do climatério. In: **Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde**. 2016.

DE SOUZA SANTOS, Adrielle; MOREIRA, Amanda Brito; DE SOUZA, Marcio Leandro Ribeiro. Prevalência e severidade de sintomas em mulheres na menopausa: um estudo descritivo. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 18, p. e72182-e72182, 2023.

SULAK, P. J.; KUEHL, T. J.; SHULL, B. L. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. **The Journal of reproductive medicine**, v. 38, n. 12, p. 919-923, 1993..

SUMMERS, Aimee et al. The relationship between anterior and apical compartment support. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 194, n. 5, p. 1438-1443, 2006.

SWIFT, Steven E. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 183, n. 2, p. 277-285, 2000.

SWIFT, Steven et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 192, n. 3, p. 795-806, 2005.

TENFELDE, Sandi et al. Quality of life in women who use pessaries for longer than 12 months. **Urogynecology**, v. 21, n. 3, p. 146-149, 2015.

THOMAS, Holly N.; HESS, Rachel; THURSTON, Rebecca C. Correlates of sexual activity and satisfaction in midlife and older women. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 4, p. 336-342, 2015.

THOMPSON, Wendy et al. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) (2021) Tomada de decisão compartilhada NG197. 2021.

TOK, Ekrem C. et al. The effect of pelvic organ prolapse on sexual function in a general cohort of women. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 12, p. 3957-3962, 2010.

TRÆEN, Bente et al. Sexual activity and sexual satisfaction among older adults in four European countries. **Archives of sexual behavior**, v. 48, p. 815-829, 2019.

TUGUME, Rodgers et al. Pelvic organ prolapse and its associated factors among women attending the gynecology outpatient clinic at a tertiary hospital in Southwestern Uganda. **International Journal of Women's Health**, p. 625-633, 2022.

TUNN, Ralf et al. Static magnetic resonance imaging of the pelvic floor muscle morphology in women with stress urinary incontinence and pelvic prolapse. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 17, n. 6, p. 579-589, 1998.

TUNN, Ralf et al. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women: Prevention and Treatment. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 120, n. 5, p. 71, 2023.

UGURLUCAN, Funda Gungor et al. Sexual functions and quality of life of women over 50 years with urinary incontinence, lower urinary tract symptoms and/or pelvic organ prolapse. **International journal of impotence research**, v. 32, n. 5, p. 535-543, 2020.

UK, National Guideline Alliance et al. Psychological therapy for women with pelvic floor dysfunction. 2021.

UN – UNITED NATIONS. World Population Prospects: the 2017 revision. New York: Department of Economic and Social Affairs, 2017.

VARGHESE, Karuna Mary et al. Sexual dysfunction among young married women in southern India. **International urogynecology journal**, v. 23, p. 1771-1774, 2012.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VERBEEK, Michelle; HAYWARD, Lynsey. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. **Sexual medicine reviews**, v. 7, n. 4, p. 559-564, 2019.

VERGELDT, Tineke FM et al. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. **International urogynecology journal**, v. 26, p. 1559-1573, 2015.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, p. 196-209, 2016.

VIEIRA, Micléia Nascimento; DO NASCIMENTO LOPES, Elfany Reis. Projeções demográficas e sanitárias e suas implicações na gestão sustentável do Parque Nacional Histórico do Monte Pascoal. **Scientific Journal ANAP**, v. 1, n. 4, 2023.

VITIELLO, Nelson; CONCEIÇÃO, Isméri Seixas Cheque. Manifestações da sexualidade das diferentes fases da vida. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 4, n. 1, 1993.

VOLLØYHAUG, I. et al. Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16–24 years after first delivery. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 46, n. 4, p. 487-495, 2015.

VRIJENS, Desiree et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions—A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and urodynamics**, v. 36, n. 7, p. 1816-1823, 2017.

WARD, Russell A. The impact of subjective age and stigma on older persons. **Journal of gerontology**, v. 32, n. 2, p. 227-232, 1977.

WEBER, Anne M.; RICHTER, Holly E. Pelvic organ prolapse. **Obstetrics & Gynecology**, v. 106, n. 3, p. 615-634, 2005.

WEINTRAUB, Adi Y.; GLINTER, Hannah; MARCUS-BRAUN, Naama. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. **International braz j urol**, v. 46, p. 5-14, 2019.

WHITESIDE, James L. et al. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 191, n. 5, p. 1533-1538, 2004.

WIEGEL, Markus; MESTON, Cindy; ROSEN, Raymond. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of sex & marital therapy**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **World Report on Ageing and Health**. 2015.

WU, Jennifer M. et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 1, p. 141-148, 2014.

ZELEKE, Berihun M. et al. Symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling older Australian women. **Maturitas**, v. 85, p. 34-41, 2016.

ZHU, Junyan *et al.* Association between infant birthweight and pelvic floor muscle strength: a population-based cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 266, 2023.

ZIELINSKI, Ruth et al. The relationship between pelvic organ prolapse, genital body image, and sexual health. **Neurourology and urodynamics**, v. 31, n. 7, p. 1145-1148, 2012.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nós, Rodolfo Herberto Schneider, Lucas Schreiner, Bruna Rios Rauber, responsáveis pela pesquisa “Sexualidade em mulheres em processo de envelhecimento com prolapso de órgãos pélvicos (POP)” estamos fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar a sexualidade das mulheres com “bexiga caída, útero caído”.

Acreditamos que ela seja importante para a contribuição dos tratamentos desse problema comum entre as mulheres que pode afetar diretamente a sexualidade feminina.

Para sua realização será feito o seguinte: caso a Sra. se enquadre nos critérios de inclusão do presente estudo você será questionada quanto ao seu sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, profissão/ocupação, religião, renda mensal, moradia. Alguns dados clínicos e de relacionamento (comorbidades, medicamentos, antecedentes obstétricos, sintomas urinários, história sexual, autoconhecimento corporal), de autopercepção de saúde, de hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo e etilismo). Da mesma forma, você será questionada sobre questões emotivo-comportamental, físico, relacionamento afetivo e resposta sexual (desejo, lubrificação, orgasmo, nível de satisfação, dor/desconforto) que tem como objetivo avaliar a função sexual. Durante toda a aplicação dos questionários, haverá a presença da pesquisadora que irá realizar as perguntas, totalizando aproximadamente 40 minutos. Sua participação constará no comparecimento às consultas e na resposta a questionários.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: constrangimento, timidez e/ou mal-estar psicológico. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que, comprovadamente, resulte da sua participação no estudo.

Os benefícios que esperamos do estudo são a melhoria do entendimento sobre o prolapso de órgãos pélvicos (“bexiga caída”, “útero caído”) e da sua influência na sexualidade da mulher para a construção de futuros estudos científicos relacionados a esse tema.

É importante esclarecer que, caso você decida não participar, não haverá prejuízo algum ao seu tratamento.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer informação sobre o estudo, bastando para isso entrar em contato, com o pesquisador responsável Rodolfo Herberto Schneider (51 3353 6031) ou com os pesquisadores Lucas Schreiner (51 3320 3000) ou Bruna Rios Rauber (51 99267 7205) a qualquer hora.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@puhrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento.

Ao assinar e rubricar todas as páginas deste documento, você de forma voluntária e esclarecida, nos autoriza a utilizar todas as informações de natureza pessoal que constam em seu prontuário de atendimento, imagens, resultados de exames e diagnóstico, material biológico se for o caso, para finalidade de pesquisa e realização deste estudo. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____,
após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo, autorizando o uso, compartilhamento e publicação dos meus dados e informações de natureza pessoal para essa finalidade específica.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE OBTEVE O CONSENTIMENTO

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante ou ao seu cuidador. Na minha opinião e na opinião do participante e do cuidador, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Porto Alegre, ____ de ____ de 20 ____.

Nome do Investigador

APÊNDICE B – Questionário Avaliativo

QUESTIONÁRIO AVALIATIVO

Data da avaliação: ___ Prontuário: ___

Nome: _____ Data de nascimento: ___ Idade: _____

Estado civil: () solteira () casada () viúva () divorciada/desquitada () outros ___

Nível de escolaridade: () ensino fundamental (primário e ginásio) () completo () incompleto () médio (colegial) () completo () incompleto () superior () completo () incompleto

Religião: () católica () espírita () budista () umbandista () islâmica () batista/ protestante/ evangélica () ateu () outros ___ É praticante? () sim () não

Profissão/ ocupação atual: () aposentada – Profissão: ___ () desempregada () trabalhando, mas já é aposentada – Atividade atual: _____ () desenvolve atividades diárias

Renda mensal (número de salários mínimos) – Atual: _____

Com quem mora atualmente: () esposa/marido – idade do cônjuge () filhos (sexo/idade) _____ () netos (sexo/idade) () outras pessoas ou parentes () sozinha

Autopercepção de saúde: () ótima () boa () regular () ruim () péssima

Prática de atividade física: () sim () não

Tabagismo: () sim () não Quant.: ___ Etilismo: () sim () não

COMORBIDADES () DM () dislipidemia () HAS () arritmia cardíaca () outras cardiopatias () hipotireoidismo () outra _____

MEDICAMENTOS

HISTÓRIA GINECOLÓGICA

Idade de menarca: ___ Idade da menopausa: _

() Utilização de TH () Utilização de estrogênio tópico vaginal

Nº de filhos: ___ Nº de gestações: ___ Abortamento: () sim () não

Gravidez ectópica: () sim () não

Tipo de parto: () Vaginal () Cesária () Fórceps Episiotomia: () sim () não

Peso do maior RN: _____

Cirurgia para POP anterior: () sim () não **Cirurgia para IU anterior:** () sim () não

Incontinência urinária atualmente: () sim () não **Incontinência urinária de esforço:**

() sim () não **Incontinência urinária de urgência:** () sim () não **Duração dos**

sintomas: () Menos de 5 anos () Mais de 5 anos () Mais de 10 anos

HISTÓRIA SEXUAL

Início da atividade sexual (idade): ___

Quando foi a última relação sexual (dias/meses): ___

Na relação sexual, ocorre penetração vaginal? () sim () não

Você possui parceiro(a) fixo? () sim () não Idade do parceiro(a): _ Você se toca/se masturba? () sim () não Com qual a frequência? () Diariamente - quantas vezes? _____

() Semanalmente - quantas vezes? _____ () Mensalmente - quantas vezes? _____

Qual a frequência da atividade sexual? () Diariamente - quantas vezes? _____ ()

Semanalmente - quantas vezes? _____ () Mensalmente - quantas vezes? _____

Esta frequência a satisfaz? () sim () não

Faz uso de preservativo? () sim () não () às vezes

Já teve alguma DST (doença sexualmente transmissível)? () sim () não

Se sim, qual? () sífilis () gonorréia () HPV (papilomavírus humano) () herpes genital () HIV () clamídia Outros: ___

Você busca informações sobre sexualidade ou sexo? () revistas/ livros () na televisão () no cinema () na internet () em conversa com amigos () em conversa com o (a) companheiro (a) () em conversa com parentes () em outras situações? Quais: __

EXAME FÍSICO

Peso/Altura: __

Trofismo Vaginal (TV): ____ EXTENSÃO DO PROLAPSO (POP-Q)

Anterior: ____ Apical : ____ Posterior: ____ Hiato Genital (HG):

Comprimento Vaginal Total (CVT):

Corpo Perineal (CP): _ Perda De Urina (+) (-)

Capacidade De Contração Do Assoalho Pélvico (OXFORD)

0	Ausência de resposta muscular
1	Esboço de contração não sustentada.
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal.
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.
5	Contração forte, compreensão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

APÊNDICE C - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

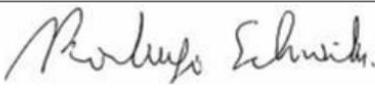
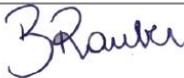
Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, abaixo assinado(s), pesquisadores envolvidos no projeto de título: "Sexualidade em mulheres em processo de envelhecimento com prolapso de órgãos pélvicos (POP)", nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito a avaliar a sexualidade das mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP) ocorridas entre as o segundo semestre de 2022 e o primeiro semestre de 2023.

Porto Alegre, 5 de abril de 2022.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

NOME COMPLETO	CPF	ASSINATURA
Rodolfo Herberto Schneider	626.342.080-49	
Lucas Schreiner	959.983.300-72	
Bruna Rios Rauber	008.012.810-67	

Contemporânea
Contemporary Journal
Vol.4 No.4: 01-19, 2024
ISSN: 2447-0961

Artigo

ANÁLISE DO IMPACTO DA HISTERECTOMIA SOBRE A SEXUALIDADE DAS MULHERES BRASILEIRAS: DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2019)

ANALYSIS OF THE IMPACT OF HYSTERECTOMY ON THE SEXUALITY OF BRAZILIAN WOMEN: DATA FROM THE NATIONAL HEALTH SURVEY (2019)

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA EN LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES BRASILEÑAS: DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (2019)

DOI: 10.56083/RCV4N4-031
Originals received: 03/01/2024
Acceptance for publication: 03/29/2024

Bruna Rios Rauber

Mestre em Gerontologia Biomédica
Instituição Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)
Endereço: Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: bruna.rauber@edu.pucrs.br

Yolanda Aquino de Souza

Graduanda em Medicina
Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)
Endereço: Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: yoyo.aquino16@gmail.com

Ângelo José Gonçalves Bós

Doutor em Medicina
Instituição Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)
Endereço: Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: angelo.bos@pucrs.br

RESUMO: A histerectomia pode causar prejuízos na qualidade de vida sexual da mulher. O presente estudo é uma análise secundária dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 realizada pelo IBGE. Foram analisadas como possíveis fatores relacionados à atividade sexual (relação sexual nos últimos 12 meses): causa da histerectomia e variáveis sociodemográficas e





clínicas. As tabelas de cruzamento foram testadas pelo Qui-quadrado e a comparação das médias testadas pelo t de Student (significativos se $p < 0,05$). Depois da análise descritiva, foi realizada a análise da chance de relação sexual pelas regressões logísticas simples e ajustadas por todas as variáveis que apresentaram relação significativa com a relação sexual. Participaram da análise 1857 mulheres hysterectomizadas, 76% relataram relação sexual nos últimos 12 meses. Foram significativas as variáveis idade ($p < 0,001$), nível de escolaridade, moradia ($p = 0,045$), número de multimorbidades ($p < 0,001$), tempo de hysterectomia ($p < 0,001$) e causa da hysterectomia ($p < 0,001$), sendo o prolapso com o menor percentual de atividade sexual. Na análise ajustada sem idade manteve-se significativa morar no interior ($p < 0,001$), ser analfabeta ($p < 0,001$), endometriose ($p < 0,001$), mioma ($p < 0,001$), outro motivo ($p < 0,001$) e tempo de hysterectomia ($p < 0,001$). Ao ajustar também por idade somente manteve-se significativo morar no interior ($p < 0,001$) e ser analfabeta ($p = 0,009$). Observamos que a causa da hysterectomia foi um fator importante para a manutenção da atividade sexual sendo o prolapso o fator com maior prejuízo da função. Entretanto, na amostra analisada essa associação foi dependente da idade da participante. Atividade sexual deve ser sempre questionada nas consultas de rotina na mulher hysterectomizada.

PALAVRAS-CHAVE: hysterectomia, sexualidade, envelhecimento, saúde pública, prolapso uterino.

ABSTRACT: Hysterectomy can cause harm to a woman's quality of sexual life. The present study is a secondary analysis of data from the 2019 National Health Survey carried out by IBGE. Possible factors related to sexual activity (sexual intercourse in the last 12 months) were analyzed: cause of hysterectomy and sociodemographic and clinical variables. Crossing tables were tested using Chi-square and comparison of means tested using Student's t (significant if $p < 0.05$). After the descriptive analysis, the chance of sexual intercourse was analyzed using simple logistic regressions and adjusted for all variables that showed a significant relationship with sexual intercourse. Participated in this study 1857 hysterectomized women, 76% reported sexual intercourse in the last 12 months. The variables age ($p < 0.001$), level of education, housing ($p = 0.045$), number of multimorbidities ($p < 0.001$), time since hysterectomy ($p < 0.001$) and cause of hysterectomy ($p < 0.001$) were significant in the descriptive analysis, with prolapse with the lowest percentage of sexual activity. In the adjusted analysis without age, living in the countryside ($p < 0.001$), being illiterate ($p < 0.001$), endometriosis ($p < 0.001$), myoma ($p < 0.001$), another reason ($p < 0.001$) and length of stay remained significant. hysterectomy ($p < 0.001$). When also adjusting for age, only living in the countryside ($p < 0.001$) and being illiterate ($p = 0.009$) remained significant. We observed



that the cause of hysterectomy was an important factor in maintaining sexual activity, with prolapse being the factor with the greatest impairment of function. However, in the sample analyzed, this association was dependent on the participant's age. Sexual activity should always be questioned during routine consultations in hysterectomized women.

KEYWORDS: hysterectomy, sexuality, aging, public health, uterine prolapse.

RESUMEN: La histerectomía puede causar daño a la calidad de vida sexual de una mujer. El presente estudio es un análisis secundario de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2019 realizada por el IBGE. Se analizaron posibles factores relacionados con la actividad sexual (relaciones sexuales en los últimos 12 meses), causa de histerectomía y variables sociodemográficas y clínicas. Las tablas de cruce se probaron utilizando Chi-cuadrado y la comparación de medias se probó utilizando t de Student (significativo si $p < 0,05$). Después del análisis descriptivo, se analizó la probabilidad de relaciones sexuales mediante regresiones logísticas simples y se ajustó para todas las variables que mostraron una relación significativa con las relaciones sexuales. 1.857 mujeres histerectomizadas, 76% reportó relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Las variables edad ($p < 0,001$), nivel de educación, vivienda ($p = 0,045$), número de multimorbilidades ($p < 0,001$), tiempo desde la histerectomía ($p < 0,001$) y causa de la histerectomía ($p < 0,001$) fueron significativas en el análisis descriptivo, siendo el prolapso con menor porcentaje de actividad sexual. En el análisis ajustado sin edad, vivir en el campo ($p < 0,001$), ser analfabeto ($p < 0,001$), endometriosis ($p < 0,001$), mioma ($p < 0,001$), otra razón ($p < 0,001$) y el tiempo de estadía permanecieron significativos. La histerectomía ($p < 0,001$). Al ajustar también por edad, sólo se mantuvo significativo vivir en el campo ($p < 0,001$) y ser analfabeto ($p = 0,009$). Se observó que la causa de la histerectomía fue un factor importante para mantener la actividad sexual, siendo el prolapso el factor con mayor deterioro de la función. Sin embargo, en la muestra analizada, esta asociación fue dependiente de la edad del participante. La actividad sexual siempre debe cuestionarse durante las consultas de rutina en mujeres histerectomizadas.

PALABRAS CLAVE: histerectomía, sexualidad, envejecimiento, salud pública, prolapso uterino.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.





1. Introdução

A histerectomia é um procedimento cirúrgico ginecológico no qual é realizada a remoção do útero, podendo ser realizada por diferentes abordagens, atualmente por via laparoscópica, transabdominal ou transvaginal (Ramdhan; Loukas; Tubbs, 2017). É uma cirurgia realizada frequentemente no Brasil e no mundo, ficando em terceiro lugar entre as principais cirurgias eletivas, no Brasil (Cardoso *et al.*, 2017). As principais indicações frequentemente citadas na literatura são relacionadas com doenças benignas, como miomas uterinos sintomáticos, sangramento uterino anormal, endometriose e prolapso de órgãos pélvicos, enquanto 10% do percentual ocorre por neoplasias malignas (Mesquita *et al.*, 2021).

No Brasil, anualmente, 300 mil mulheres recebem a indicação de histerectomia. Segundo dados do DATASUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde do Brasil), em 2015, foram realizadas 53.753 histerectomias totais pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

De acordo com Danesh *et al.* (2015), há evidências de que a histerectomia pode levar a alterações na função sexual, com efeitos diferentes dependendo da condição subjacente a ser tratada (benigna ou maligna). Tozo *et al.* (2009), cita que a retirada do útero pode acarretar diversos resultados negativos na vida das mulheres, interferindo na sexualidade e na saúde psicológica (Tozo *et al.*, 2009). Silva; Santos; Vargens (2010), descreveram em seu estudo que a histerectomia pode cursar com modificações do tamanho e/ou formato dos órgãos genitais, dificuldade de penetração, dispareunia, redução da libido, interferindo na obtenção da satisfação e desejo sexual podendo, em alguns casos, ocasionar disfunções sexuais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biopsicossociais (OMS, 2019). Carvalho, *et al.* (2017), cita que os fatores que podem interferir no desempenho/satisfação sexual decorrem de aspectos individuais,



fisiológicos, sociais e das limitações que podem ocorrer com o avanço da idade.

Não há relato na literatura da relação existente entre histerectomia e atividade sexual em uma amostra populacional representativa. Sendo assim, é de interesse para a saúde pública elucidar a sexualidade em mulheres histerectomizadas. Apesar dos artigos referirem que há alteração na sexualidade em mulheres histerectomizadas há poucos estudos relacionados a essa temática.

2. Métodos

Análise secundária do banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 realizada pelo IBGE. Foram selecionadas as mulheres que referiram ter tido histerectomia em algum momento da vida. Foram analisadas, como possíveis fatores relacionados à histerectomia e à atividade sexual, as variáveis idade, cor autorreferida (branca, amarela, indígena, parda e preta), saber ler/escrever, nível educacional (alfabetizada, analfabeta, básico incompleto, básico completo, médio completo, superior completo), região onde mora (centro-oeste, nordeste, norte, sudeste, sul), característica da cidade onde reside (capital, interior e região metropolitana) e local da moradia (rural ou urbano). As variáveis clínicas analisadas foram o número de doenças crônicas autorreferidas (multimorbidades), índice de massa corporal (IMC), nível de obesidade (baixo peso, normal, sobrepeso, obeso), tempo de histerectomia e idade da primeira relação. As análises descritivas foram realizadas por tabelas de cruzamento entre as variáveis categóricas, testadas pelo Qui-quadrado, e pela comparação das médias, testadas pelo t de Student. Depois da análise descritiva, foi realizada a análise da chance de ter tido relação sexual nos últimos 12 meses pela regressão logística modelos simples e ajustados por todas as variáveis que apresentaram relação significativa com o fato de ter tido ou não relação sexual nos últimos

12 meses e ter sido hysterectomizadas por prolapso de órgãos pélvicos ou outra causa. Foram considerados significativos os testes estatísticos que obtiveram um $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas pelo programa Epi Info versão 7.2.4, um programa gratuito disponibilizado pelo *Center for Disease Control and Prevention (CDC.gov)*.

3. Resultados

Tabela 1. Distribuição das participantes da PNS que referiram ter realizado hysterectomia pelo fato de terem ou não tido relação sexual nos últimos 12 meses.

	Não	Sim	Total	p
IDADE	66,0±9.61	53.9±9.56	56.8±9.59	<0.001
COR				
Branca	173(38.88%)	561(39.73%)	734(39.53%)	0.987
Amarela	3(0.67%)	10(0.71%)	13(0.7%)	
Indígena	2(0.45%)	9(0.64%)	11(0.59%)	
Parda	222(49.89%)	694(49.15%)	916(49.33%)	
Preta	45(10.11%)	138(9.77%)	183(9.85%)	
SABE LER				
Não	89(20%)	116(8.22%)	205(11.04%)	<0.001
Sim	356(80%)	1296(91.78%)	1652(88.96%)	
NÍVEL EDUCACIONAL				
Alfabetizada	17(3.82%)	73(5.17%)	90(4.85%)	<0.001
Analfabeta	71(15.96%)	73(5.17%)	144(7.75%)	
Básico incompleto	143(32.13%)	206(14.59%)	349(18.79%)	
Básico completo	103(23.15%)	375(26.56%)	478(25.74%)	
Médio completo	64(14.38%)	394(27.9%)	458(24.66%)	
Superior completo	47(10.56%)	291(20.61%)	338(18.2%)	
REGIÃO				
Centro-oeste	56(12.58%)	183(12.96%)	239(12.87%)	0.140
Nordeste	194(43.6%)	521(36.9%)	715(38.5%)	
Norte	66(14.83%)	251(17.78%)	317(17.07%)	
Sudeste	75(16.85%)	266(18.84%)	341(18.36%)	
Sul	54(12.13%)	191(13.53%)	245(13.19%)	
ZONA				
Rural	91(20.45%)	300(21.25%)	391(21.06%)	0.719
Urbano	354(79.55%)	1112(78.75%)	1466(78.94%)	
CIDADE				
Capital	190(42.7%)	512(36.26%)	702(37.8%)	0.026
Interior	197(44.27%)	726(51.42%)	923(49.7%)	
Região Metropolitana	58(13.03%)	174(12.32%)	232(12.49%)	
IMC (Kg/m²)	28±5.26	27.7±4.79	27.8±5.02	0.381
OBESIDADE				
Normal	130(29.21%)	435(30.81%)	565(30.43%)	0.830
Baixo peso	5(1.12%)	15(1.06%)	20(1.08%)	
Obeso	138(31.01%)	407(28.82%)	545(29.35%)	
Sobrepeso	172(38.65%)	555(39.31%)	727(39.15%)	

MULTIMORBIDADES	2.3±1.67	1.8±1.55	1.9±1.61	<0.001
MOTIVO HISTERECTOMIA				
Prolapso uterino	27(6.07%)	25(1.77%)	52(2.8%)	<0.001
Câncer ginecológico	16(3.6%)	41(2.9%)	57(3.07%)	
Complicações da gravidez/ parto	17(3.82%)	42(2.97%)	59(3.18%)	
Endometriose	10(2.25%)	85(6.02%)	95(5.12%)	
Mioma uterino	307(68.99%)	1016(71.95%)	1323(71.24%)	
Outro	28(6.29%)	111(7.86%)	139(7.49%)	
Sangramento vaginal anormal	40(8.99%)	92(6.52%)	132(7.11%)	
TEMPO HISTERECTOMIA IDADE PRIMEIRA RELAÇÃO	19.9±11.99	12.2±9.72	14±10.85	<0.001
TOTAL	19.4±4.71	18.5±3.93	18.7±4.32	0.141
	445(23.96%)	1412(76.04%)	1857(100%)	

Fonte: (PNS 2019).

TABELA 2. Distribuição das características sociodemográficas e clínicas pelo fato de ter tido histerectomia por prolapso ou por outra causa.

	Outro motivo	Prolapso	Total	
IDADE	56.5±10.72	68.1±9.92	56.8±10.32	<0,001
COR				
Branca	716(39.67%)	18(34.62%)	734(39.53%)	0.612
Amarela	13(0.72%)	0(0%)	13(0.7%)	
Indígena	11(0.61%)	0(0%)	11(0.59%)	
Parda	890(49.31%)	26(50%)	916(49.33%)	
Preta	175(9.7%)	8(15.38%)	183(9.85%)	
SABE LER				
Não	191(10.58%)	14(26.92%)	205(11.04%)	<0.001
Sim	1614(89.42%)	38(73.08%)	1652(88.96%)	
NÍVEL EDUCACIONAL				
Alfabetizada	87(4.82%)	3(5.77%)	90(4.85%)	0.002
Analfabeta	133(7.37%)	11(21.15%)	144(7.75%)	
Básico incompleto	336(18.61%)	13(25%)	349(18.79%)	
Básico completo	464(25.71%)	14(26.92%)	478(25.74%)	
Médio completo	451(24.99%)	7(13.46%)	458(24.66%)	
Superior completo	334(18.5%)	4(7.69%)	338(18.2%)	
REGIÃO				
Centro-oeste	233(12.91%)	6(11.54%)	239(12.87%)	0.679
Nordeste	694(38.45%)	21(40.38%)	715(38.5%)	
Norte	307(17.01%)	10(19.23%)	317(17.07%)	
Sudeste	335(18.56%)	6(11.54%)	341(18.36%)	
Sul	236(13.07%)	9(17.31%)	245(13.19%)	
ZONA				
Rural	375(20.78%)	16(30.77%)	391(21.06%)	0.081
Urbano	1430(79.22%)	36(69.23%)	1466(78.94%)	
CIDADE				
Capital	687(38.06%)	15(28.85%)	702(37.8%)	0.394
Interior	893(49.47%)	30(57.69%)	923(49.7%)	
Região Metropolitana	225(12.47%)	7(13.46%)	232(12.49%)	
IMC (Kg/m²)	27.8±4.91	26.3±4.77	27.8±4.84	0.028
OBESIDADE				

Baixo peso	18(1%)	2(3.85%)	20(1.08%)	
Normal	543(30.08%)	22(42.31%)	565(30.43%)	0.020
Sobrepeso	707(39.17%)	20(38.46%)	727(39.15%)	
Obeso	537(29.75%)	8(15.38%)	545(29.35%)	
TOTAL				
MULTIMORBIDADES	1.9±1.6	2.2±1.58	1.9±1.59	0.155
TEMPO				
HISTERECTOMIA	14±10.71	16.1±14.28	14±12.49	0.173
IDADE PRIMEIRA				
RELAÇÃO	18.7±4.14	18.9±3.86	18.7±4	0.756

Fonte: (PNS 2019).

TABELA 3. Modelos de regressão logística simples, ajustada com e sem idade para a predição de ter tido relação há menos de 12 meses.

Fator	Simples		Ajustada sem idade		Ajustada com idade	
	RC(IC95%)	p	RC(IC95%)	p	RC(IC95%)	p
IDADE (anos)	0.88 (0.87-0.89)	<0.001			0.88 (0.87-0.9)	<0.001
CIDADE (ref capital)						
Interior	1.37 (1.09-1.72)	0.007	1.83 (1.41-2.39)	<0.001	1.54 (1.16-2.05)	<0.001
Região Metropolitana	1.11 (0.79-1.57)	0.537	1.33 (0.91-1.94)	0.139	1.24 (0.83-1.86)	0.289
NÍVEL EDUCACIONAL (Ref Alfabetizada)						
Analfabeta	0.24 (0.13-0.45)	<0.001	0.25 (0.13-0.49)	<0.001	0.37 (0.18-0.78)	0.009
Básico incompleto	0.34 (0.19-0.59)	<0.001	0.38 (0.21-0.7)	0.002	0.64 (0.33-1.25)	0.190
Básico completo	0.85 (0.48-1.5)	0.571	0.77 (0.42-1.41)	0.392	0.68 (0.35-1.33)	0.261
Médio completo	1.43 (0.79-2.59)	0.232	1.38 (0.73-2.59)	0.319	1.48 (0.74-2.96)	0.271
Superior completo	1.44 (0.78-2.66)	0.241	1.51 (0.79-2.9)	0.2159	1.86 (0.91-3.80)	0.091
MULTIMORBIDADES (número)	0.81 (0.76-0.86)	<0.001	0.92 (0.86-0.99)	0.034	0.96 (0.88-1.04)	0.287
MOTIVO HISTERECTOMIA (ref Prolapso)						
Câncer ginecológico	2.77 (1.25-6.12)	0.012	2.02 (0.83-4.91)	0.119	0.81 (0.31-2.15)	0.673
Complicações da gravidez ou parto	2.67 (1.22-5.84)	0.014	3.15 (1.3-7.64)	0.011	0.5 (0.18-1.36)	0.172
Endometriose	9.18 (3.92-21.51)	<0.001	5.67 (2.28-14.08)	<0.001	1.88 (0.71-5.03)	0.206
Mioma uterino	3.57 (2.04-6.25)	<0.001	3.03 (1.64-5.62)	<0.001	1 (0.51-1.98)	0.996
Outro	4.28 (2.16-8.48)	<0.001	3.73 (1.75-7.91)	<0.001	1.24 (0.55-2.84)	0.604
Sangramento vaginal anormal	2.48 (1.29-4.8)	0.007	2.53 (1.22-5.24)	0.012	1.09 (0.49-2.4)	0.839
TEMPO (em anos)	0.94 (0.93-0.95)	<0.001	0.95 (0.94-0.96)	<0.001	1 (0.99-1.02)	0.547

Ref= Nível de referência, IMC Índice de Massa Corporal, RC= Razão de chance, IC95%= Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: (PNS 2019).

A Tabela 1 mostra a distribuição das participantes quanto a pergunta "A senhora teve relação sexual nos últimos 12 meses?" e a relação com fatores sociodemográficos e clínicos. A maioria das participantes relatou ter tido relação sexual nos últimos 12 meses (54%). A faixa etária apresentou



relação significativa com a relação sexual ($p < 0.001$). A maioria das participantes entre 60 e 64 anos (73%) e entre 65 e 69 anos (52%) tiveram relações sexuais. A faixa etária acima de 70 anos foi a que menos teve relações sexuais (34%). Não houve relação significativa com a raça. A maior parte das participantes possuíam escolaridade menor que o básico, sendo o nível que relatou relação sexual com menor frequência (43%). Houve uma relação significativa entre escolaridade e relação sexual ($p < 0.001$). Quanto maior a escolaridade, maior foi a frequência de relação sexual nos últimos 12 meses.

Os resultados também foram significativamente associados com o nível de obesidade ($p = 0.0451$). As participantes classificadas como nível de obesidade normal (55%) e sobrepeso (58%) tiveram frequência maior às obesas. O motivo da histerectomia apresentou relação significativa, mas a frequência de participantes relatando relação sexual foi menor nas mulheres com histerectomia por prolapso. O tempo de histerectomia foi significativamente menor no grupo que referiu ter tido relação sexual nos últimos 12 meses ($p = 0.014$), mas a idade da primeira relação sexual não foi significativamente diferente entre os grupos, o mesmo acontecendo com a média de doenças crônicas (multimorbidade) e do IMC.

4. Discussão

As mudanças e desafios do processo de envelhecimento contribuem para uma nova percepção do corpo feminino. Dentre essas mudanças, no processo da menopausa, ocorre a diminuição dos hormônios femininos trazendo consigo consequências que podem influenciar diretamente a sexualidade. Sob essa perspectiva, de acordo com Pinheiro e Costa (2020), uma das preocupações existentes nesse período é em relação à perda do desejo sexual, influenciado pela diminuição hormonal.



A sexualidade vai além da relação sexual, envolvendo vários processos, como gestos, atitudes, comportamentos, predisposições e interações afetivas, que não deixam de existir com o passar do tempo (Barreto; Heloani, 2011). A inexistência ou ausência da libido e da relação sexual não se esgota com a idade, já que a busca do prazer é contínua, sendo assim um fator constante (Debert; Brigeiro, 2012). Martins *et al.* (2013) ao estudarem a representação do útero para as mulheres submetidas a histerectomia relataram que a histerectomia tem um impacto não somente nas variáveis clínicas, como no alívio dos sintomas pós cirúrgicos, mas também nas variáveis tais como representação do útero na vida da mulher, preocupações e mudanças na sexualidade evidenciando que a histerectomia é um processo multidimensional, que envolve variáveis físicas, psicológicas e sociais.

A população idosa feminina requer visibilidade em relação à sexualidade, representada pela diminuição da qualidade de vida e interesse sexual, fatores que são extremamente relevantes no que diz respeito ao abandono da vida sexual (Fleury; Abdo, 2015). Entretanto, na presente pesquisa com dados da PNS de 2019, a maioria das participantes entre 60 e 64 anos (73%) e entre 65 e 69 anos (52%) tiveram relações sexuais e as acima de 70 anos foram a que menos referiram ter tido relação sexual nos últimos 12 meses. Os achados pontuam a importância do tema para as mulheres idosas histerectomizadas. Além da idade, fatores relacionados ao maior número percentual de mulheres histerectomizadas referindo atividade sexual nos últimos 12 meses foram: nível educacional maior, morar em cidade do interior, apresentar menos multimorbidades e ter realizado a histerectomia mais recentemente. A análise ajustada mostrou que a idade é um fator importante pois, ao ajustar por idade, somente nível educacional e residir em cidade do interior mantiveram-se significativamente associadas à chance de ter tido relação sexual.

A sexualidade envolve diversos mitos e tabus. Barreto, et al. (2022), menciona que grande parte das mulheres idosas vivenciaram, no seu



ambiente familiar e social, uma ausência de diálogo sobre a sexualidade. A educação sexual não formal envolveu um ambiente de rigidez, tradicionalismos e preconceitos de gênero, além das dificuldades de acesso às informações e esclarecimentos sobre o assunto. Na presente pesquisa demonstrou que a maior parte das mulheres pesquisadas tinham menos que o ensino médio e apresentaram menor atividade sexual. Provavelmente por causa do pré-conceito que as relações sexuais devam estar somente relacionadas à procriação. Já as mulheres com maior nível educacional, provavelmente tiveram maior acesso à educação sexual formal e, mesmo após a menopausa (Araujo *et al.*, 2013), e a histerectomia mantiveram-se sexualmente ativas, buscando a manutenção do prazer e bem-estar relacionados à vida sexual. Essa observação é corroborada por Kisa et al. (2012) que evidenciaram a relação positiva do maior nível educacional e atitudes mais positivas em relação à menopausa e à própria sexualidade. Haynes *et al.* (2006), evidenciaram que o nível de escolaridade, a qualidade do relacionamento com o parceiro (a) e as atitudes em relação à menopausa foram fatores recorrentes nos estudos, salientando a importância do contexto e do histórico de vida das mulheres quando se trata de questões sexuais. Erenel *et al.* (2015), evidenciaram a importância do ensino e do acesso a informações corretas para a redução dos riscos das disfunções sexuais.

Com o avanço da idade e a complexidade de fatores (transição fisiológica, psicológica e social) envolvidos nesse período da vida, a expressão da sexualidade e da intimidade se modificam, envolvendo relações sexuais, toques e carícias, sem coito e a maioria das dificuldades e disfunções sexuais aumentam nessa fase. Quase 20% das mulheres brasileiras acima de 60 anos se ressentem da falta de interesse sexual e nas últimas décadas da vida e fatores físicos e sociais tornam-se mais relevantes, enquanto o sofrimento com os problemas sexuais (exceto os relacionados à lubrificação) apresenta-se inversamente associado à idade (Fleury; Abdo, 2015). McCoy



e Davidson (1985) relataram que mulheres mais idosas em suas amostras, não relataram grandes perdas de saúde e sexualidade. Para muitas mulheres, entretanto, as alterações nos níveis hormonais durante e após a menopausa resultam em diversas alterações relacionadas ao sistema geniturinário. A deficiência hormonal pode resultar na secura vaginal e relações sexuais dolorosas, alterações atróficas da pele, atrofia do clitóris e da vagina, diminuição da sensibilidade, prolapso urogenital e incontinência urinária (Sim La, Sundquist. 2003).

A educação em cima dessa temática permite a reformulação da visão social que se tem por sexualidade frente à mulher idosa, confirmando a possibilidade de esclarecer e desmistificar a necessidade das mulheres de se libertarem desses estigmas criados pela sociedade atual (Gaspar, et al. 2020)

O motivo da histerectomia também influenciou a relação sexual, destacando as mulheres que tiveram prolapso como a causa com maior efeito negativo sobre a relação sexual. Essa observação é corroborada na análise da chance de ter tido relação sexual através da regressão linear, onde todas as outras causas da histerectomia tiveram mais de 100% de chance de ter tido relação sexual do que as histerectomizadas por prolapso. Essa observação não foi relatada por nenhum estudo anterior. A associação entre prolapso uterino e relação sexual já foi descrita por Achtari & Dwyer (2005), mas ela parece persistir mesmo depois da resolução do problema (Fatton, 2009). A melhoria da função sexual após a cirurgia para correção do POP pode estar relacionada, não somente com a recuperação funcional e anatômica, mas com fatores físicos e sociais da mulher, uma vez que a fisiologia da função sexual é extremamente complexa (Rodrigues *et al.*, 2021). Como na análise ajustada a associação entre motivo de histerectomia perdeu significância na presença da idade, os dados do presente trabalho apontam como sendo esse fator determinante nessa associação.



Embora o POP possa ser assintomático, aqueles com sintomas possuem impacto na qualidade de vida como sensação de pressão ou abaulamento da pelve, dor, incontinência fecal ou urinária e desconforto sexual, podendo afetar aproximadamente metade das mulheres que já tiveram filhos ao longo da vida. Athanasiou *et al.* (2012) num estudo transversal, avaliaram através de 4 domínios (comportamento sexual, problemas físicos (além de incontinência urinária), incontinência urinária e satisfação sexual) o efeito do POP na disfunção sexual feminina concluiu que a presença de prolapso explica apenas parcialmente o funcionamento sexual prejudicado em mulheres com POP, ou seja, que a disfunção sexual está relacionada à presença de POP e não ao grau do prolapso.

Um estudo com 88 mulheres idosas, onde foi comparado a imagem corporal e a atividade sexual e às alterações da função sexual em até 3 anos após a fixação do ligamento sacroespinhoso com histeropexia e histerectomia (87 mulheres) vaginal demonstrou que independentemente da técnica utilizada, o status da atividade sexual muda ao longo do tempo após o procedimento cirúrgico. Till *et al.* (2022) acompanharam 80 mulheres submetidas a histerectomia e concluíram que fatores individuais, incluindo idade mais jovem, função sexual basal mais baixa e pouca dor pélvica, estão associadas a uma maior probabilidade de melhora na função sexual 6 meses após a histerectomia, ou seja, a indicação cirúrgica não parece ser preditiva da função sexual pós-operatória, uma vez que a sexualidade abrange outros fatores relacionados.

De Oliveira Salimena (2019), citou que a histerectomia é vivenciada diferentemente e de forma particular para as mulheres, comprometendo a qualidade de vida, repercutindo na autoimagem e autoestima devido os mitos e tabus em relação ao útero e muitas vezes sendo empregados pela sociedade. Sbroggio, Osis e Bedone (2005) demonstraram em seu estudo que a histerectomia é um procedimento que agride o padrão sexual feminino, logo às mulheres histerectomizadas sem veem como potencialmente



assexuadas e que os seus companheiros não às reconhecem como mulheres. Salvador et al, (2008), relataram que o útero assume um significado diferenciado para a mulher quando comparado a outros órgãos, o que pode resultar em medo, ansiedade das mulheres quando submetidas a histerectomia. Segundo Nunes et al. (2009), a remoção do útero pode trazer grandes interferências na sexualidade, na imagem corporal ou na vida social. A forma como o útero é visto como a identidade da mulher e quando ocorre sua perda, traz grandes alterações na sua feminilidade, sofrendo influência na interação de fatores físicos, psicológicos, socioculturais, religiosos e educacionais sendo valorizado também pelo patriarcado, onde o útero é visto como órgão reprodutor (Salvador et al., 2008). Há uma necessidade de determinar a atividade sexual pré-operatória. A hipótese de que a preservação uterina teria impacto diferente na função sexual após a cirurgia de POP na comparação com a histerectomia, foi testada por Chang et al. (2023). Os autores concluíram que a preservação uterina teve o mesmo impacto sobre a função sexual do que a histerectomia. Em ambos os casos que houve um aumento de 10% no número de pessoas sexualmente ativas após a cirurgia e mesmo entre as mulheres sexualmente não ativas, houve relato de melhora na satisfação com a vida sexual. Teixeira e Batista (2016) estudaram mulheres histerectomizadas acompanhadas por uma Unidade Básica de Saúde, concluíram que após a histerectomia, as mulheres tornaram-se mais resilientes e que a cirurgia lhes proporcionou melhor qualidade de vida. no seu estudo elucidaram as seguintes categorias: satisfação pessoal após a cirurgia, desmistificação da histerectomia, indiferença do marido diante da histerectomia e mudança positiva na vida sexual.



5. Conclusões

O objetivo do presente trabalho foi analisar o possível impacto da histerectomia sobre a função sexual de mulheres utilizando uma amostra representativa da população brasileira.

A sexualidade é um assunto relevante para a saúde pública, podendo estar ligada ao bem-estar físico e emocional e na assistência à saúde. No contexto de saúde pública ela tem sido designada restritamente ao ato sexual, muitas vezes desconsiderando as peculiaridades de cada paciente, que muitas vezes são alvo do preconceito pelos profissionais da saúde, sendo vistas por estes como assexuadas.

O presente trabalho nos permite analisar nas participantes a associação histerectomia e idade da sexualidade das mulheres participantes em uma amostra representativa da população brasileira. A maioria das participantes referiram serem ativas sexualmente. O prolapso foi a causa de histerectomia mais relacionada à diminuição da relação sexual, assim como o tempo decorrente após a cirurgia. Nível educacional e o local da moradia das participantes também foram fatores significativamente relacionados com a atividade sexual.

Apesar de não haver um consenso sobre os efeitos da histerectomia sobre a sexualidades, torna-se de fundamental importância que questões relacionadas ao tema sejam questionadas nas consultas médicas, tendo em vista que a informação é um elemento chave para a manutenção da qualidade de vida sexual nas mulheres histerectomizadas.

APÊNDICE E – Artigo submetido

ANEXO A – REGISTRO E APROVAÇÃO SIPESQ



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 10796

Porto Alegre, 11 de janeiro de 2023.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Sexualidade em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sexualidade em mulheres em Processo de Envelhecimento com Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP)

Pesquisador: Rodolfo Herberto Schneider

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67994123.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.951.138

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2087188.pdf_16/03/2023) e/ou do Projeto Detalhado Resumo:

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) consiste em descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina em direção ao introito vaginal que acomete 30% das mulheres entre 20-59 anos e mais da metade das mulheres acima de 50 anos, podendo causar sintomatologias diversas e repercussões funcionais no compartimento vaginal. Os sintomas mais comuns encontrados são no trato urinário inferior, sintomas defecatórios e disfunções sexuais, podendo afetar o bem-estar físico, mental e a qualidade de vida (QV). Devido às repercussões do POP na saúde geral feminina, o presente estudo visa avaliar a sexualidade das mulheres com POP. Este estudo transversal, descritivo e analítico de caso-controle avaliará 39 mulheres acometidas por POP e 39 sem a disfunção, encaminhadas para o Ambulatório de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS. A sexualidade das mulheres será avaliada através da aplicação dos questionários FSFI e PISQ-12. Os dados sociodemográficos coletados serão analisados através do teste qui-quadrado e a comparação entre os grupos será realizada através do teste t de Student não pareado a um nível de significância de 5%.

Endereço: Av. Ipiranga, n° 6681, Prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

ANEXO C – QUESTIONÁRIO PISQ-12

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

Nome do Paciente: _____ Data: ____/____/____

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

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

- Diariamente Semanalmente Mensalmente
 Menos de uma vez por mês Nunca

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

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

5 – Você tem dor durante o ato sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

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

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

ANEXO D – FSFI (Female Sexual Function Index)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Instruções:

Estas questões são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às perguntas que seguem da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em sigilo (segredo) completo.

As definições a seguir se aplicam nas respostas:

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

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

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (metade das vezes)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

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

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Altíssima confiança
- Alta confiança
- Moderada confiança

-) Baixa confiança
-) Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

-) Sem atividade sexual
-) Sempre ou quase sempre
-) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
-) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
-) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
-) Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

-) Sem atividade sexual
-) Sempre ou quase sempre
-) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
-) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
-) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
-) Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

-) Sem atividade sexual
-) Extremamente difícil ou impossível
-) Muito difícil
-) Difícil
-) Pouco difícil
-) Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

-) Sem atividade sexual
-) Sempre ou quase sempre
-) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
-) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
-) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
-) Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

-) Sem atividade sexual
-) Extremamente difícil ou impossível
-) Muito difícil
-) Difícil
-) Pouco Difícil
-) Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

-) Sem atividade sexual
-) Sempre ou quase sempre
-) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
-) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
-) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
-) Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

-) Sem atividade sexual
-) Extremamente difícil ou impossível
-) Muito difícil
-) Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Altíssimo
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Baixíssimo ou nenhum



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 1 – Térreo
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3513
E-mail: propesq@pucrs.br
Site: www.pucrs.br