

PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES NO PÓS- PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA NO RECIFE, PERNAMBUCO

*Prevalence of Sexual Dysfunctions in Women After Birth in a School Hospital in Recife,
Pernambuco*

Silva, REL¹; Bernardo SHS²; Guendler JA³

1. Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), raquelemilia23@hotmail.com
2. Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), stephanyhellenfisio@outlook.com
3. Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, jujuquendler@hotmail.com

Endereço para correspondência: Avenida Jean Emile Favre, nº 422, Imbiribeira,
Recife/PE, 51.200-060.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a prevalência das disfunções sexuais em mulheres no pós-parto atendidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, no qual foram incluídas cem mulheres para aplicação do questionário FSFI, no período de maio a novembro de 2016. Foram avaliadas as variáveis obstétricas e uroginecológicas, aleitamento materno e disfunções sexuais, utilizando a ficha de identificação e o questionário. Foram excluídas mulheres menores de 18 anos, em gravidez atual e as que não tinham retomado a vida sexual. Foi realizada uma análise estatística descritiva exploratória através do software SPSS for Windows, versão 21.0. **Resultados:** A média da idade das pacientes era 26 anos; 45% pardas, 62% casadas/união estável, 47% possuíam ensino médio completo e 67% donas de casa. Quanto as características obstétricas e uroginecológicas, 55% eram multigestas, 55% primíparas, 80% não sofreram aborto, 54% tiveram cesariana, 33% apresentaram incontinência urinária antes do parto, e 10% após o parto. 62% estavam com o aleitamento presente, 48% receberam orientação quanto a volta à relação sexual e 55% apresentaram disfunção sexual. **Conclusão:** Diante da coexistência de disfunções sexuais apresentadas, salienta-se a importância de avaliação e intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com DS neste e em outros serviços.

Palavras-chave: Sexualidade; Período Pós-parto; Funções Sexuais.

SUMMARY

Objective: To characterize the prevalence of sexual dysfunction in postpartum women treated at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. **Methods:** This was a cross-sectional, descriptive study in which 100 women were included in the FSFI questionnaire from May to November 2016. The obstetric and urogynecological variables, breastfeeding and sexual dysfunction were evaluated using the identification form and the questionnaire. Women under 18 years of age were excluded from the study, and those who had not resumed their sexual lives were excluded from the study. A descriptive exploratory statistical analysis was performed using SPSS for Windows software, version 21.0. **Results:** The mean age of the patients was 26 years, 45% brown, 62% married/stable union, 47% had completed high school and 67% housewives. Regarding the obstetric and urogynecologic characteristics, 55% were multigestive, 55% were primiparous, 80% had no abortion, 54% had cesarean sections, 33% presented urinary incontinence before delivery, and 10% postpartum. 62% were breastfeeding, 48% were advised to return to sexual intercourse and 55% had sexual dysfunction. **Conclusion:** In view of the coexistence of sexual dysfunctions presented, it is important to emphasize the importance of evaluation and preventive and rehabilitative interventions for women with DS in this and other services.

Keywords: Sexuality; Postpartum Period; Sexual Functions.

INTRODUÇÃO

A Sexualidade é parte integrante da saúde da mulher, vinculada à qualidade de vida e bem-estar geral.¹ É importante para manter um equilíbrio biológico, físico e psicológico, sendo cada vez mais enfatizada a relevância da saúde sexual para a manutenção das relações afetivas.^{2,3} A insatisfação com a vida sexual, pode tornar-se uma disfunção, ou até mesmo chegar a uma patologia avançada.⁴

A disfunção sexual feminina (DSF) é uma condição multifatorial que envolve determinantes biológicos (anatômicos, vasculares, neurológicos, hormonais), psicológicos e socioculturais.⁴ Pode ser subdividida baseando-se no modelo de quatro fases da resposta sexual em: disfunção do desejo, disfunção da excitação, disfunção do orgasmo, assim como dispareunia e vaginismo. As suas causas são múltiplas: desde as relacionadas com o estado fisiológico da mulher (gravidez, amamentação, menopausa), a comorbidades associadas e uso de determinados fármacos.

Todas as categorias de DSF correlacionam-se com a satisfação física e emocional prejudicadas. Nesse sentido, constitui-se em um problema de saúde pública, e desse modo, merecedor de atenção dos profissionais de saúde.^{5,6,7}

Poucos estudos avaliaram a prevalência de DSF em mulheres no Brasil.^{8,9} A prevalência aumenta com a idade, multiparidade e menopausa, e são considerados fatores de risco importantes.¹⁰ Em um estudo transversal realizado com 315 mulheres brasileiras entre 40 e 65 anos de idade, encontraram prevalência de disfunção sexual em 35,9% do total.¹¹ O estudo epidemiológico americano National Health and Social Life Survey, demonstrou que 43% das mulheres americanas têm algum tipo de disfunção sexual.¹²

No entanto, embora frequente, a disfunção sexual feminina continua a ser pouco diagnosticada e tratada,¹³ além de dificilmente reportada pelas mulheres acometidas.¹⁴ Vários fatores influenciam a resposta sexual feminina; as causas de disfunção sexual na mulher podem ser psicogênicas, vasculogênicas, neurogênicas, hormonais e musculogênicas.¹⁵ Também interferem na função sexual: a idade, o estado civil, o grau de instrução, a religião e raça.¹²

Embora as dificuldades no exercício da sexualidade possam incidir nas diversas fases de vida do indivíduo, o período pós-parto, apesar de ser um evento marcante na vida das mulheres, geralmente, é um período negligenciado. Esta fase promove importantes modificações na vida da mulher, do parceiro e da família.^{7,16}

A necessidade de se adaptar às demandas do bebê e ao papel parental, pode interferir negativamente na intimidade do casal, assim como as alterações na imagem corporal e a figura dessexualizada da mulher cultivada pela sociedade. A vivência do puerpério é, sem dúvida, complexa, pois ocasiona para a mulher, modificações biopsicossociais; mudanças essas, que podem interferir na sua adaptação à maternidade.^{6,17}

Tornar-se mãe, envolve a mulher numa reorganização de seus vários papéis, as atenções se voltam muito mais para os bebês e há expectativa de que a mulher assuma o papel de mãe de imediato e sem dificuldades.¹⁸ Tais aspectos, acrescidos ao medo de sentir dor na relação e/ou de engravidar, podem acarretar dificuldades angustiantes e limitadoras na vivência prazerosa da sexualidade feminina.^{14,19}

As dificuldades no retorno da atividade sexual são comuns na maioria das puerperas.⁷ O diagnóstico precoce das disfunções sexuais femininas nesse período, é importante para detectar conflitos emocionais, além de interferir diretamente na qualidade de vida e na saúde da mulher.²⁰

Segundo alguns autores, considerando os fatores contextuais e a característica subjetiva da resposta sexual feminina, os instrumentos com maior possibilidade de avaliar as suas questões objetivas e subjetivas, são os questionários autoaplicados que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade e validade. Os questionários têm a capacidade de traduzir informações subjetivas em dados quantificáveis e analisáveis de forma global ou específica.²¹

O FSFI (Female Sexual Function Index) é um questionário de alta precisão, desenvolvido para ser autoaplicado para a detecção de disfunção sexual feminina. Propõe avaliar a resposta sexual nos domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.^{22,23}

De acordo com isso, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a prevalência das disfunções sexuais em mulheres no pós-parto, atendidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado pela aplicação de questionário em participantes atendidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Os dados foram coletados no período de Maio a Novembro de 2016.

As pacientes acompanhadas foram convidadas a participarem da pesquisa. Após aceito, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, fizeram preenchimento de uma ficha de identificação pessoal com dados sociodemográficos e aspectos clínicos; bem como informações sobre gravidez, parto e tempo para retomar o intercuro sexual após o parto. Logo após, foi aplicado o questionário FSFI (Female Sexual Function Index) para avaliar a Disfunção Sexual Feminina nas últimas quatro semanas.

Tal questionário pode ser aplicado no pós-parto ou não. Contém dezenove questões com domínios sobre desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para cada questão, existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida.

Posteriormente, as informações contidas nas fichas e questionários, foram digitadas em um banco de dados previamente construído para essa pesquisa, no programa Microsoft Office Excel 2007. As informações foram digitadas e analisadas, a fim de minimizar a chance de coleta de dados incorretos.

Foram considerados como critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, ter parido no último ano e ter tido relação sexual após o último parto. Foram excluídas

mulheres com gestação atual e as que possuíam incapacidade de compreender as questões da pesquisa.

O estudo obedeceu às orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IMIP, sob número de registro 3886-13. Os dados das participantes serão mantidos em sigilo, de modo que não haverá a identificação das mesmas e não ocorrerá exposição das suas informações pessoais.

Com a finalidade de caracterizar a amostra estudada, foi realizada uma análise descritiva exploratória. As variáveis qualitativas foram resumidas na forma de frequências absolutas e relativas (porcentagens), enquanto que as variáveis quantitativas foram resumidas em médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos e máximos. As análises estatísticas foram realizadas através do software SPSS for Windows, versão 21.0.

RESULTADOS

A amostra analisada foi constituída por 100 mulheres no pós-parto, que responderam a um questionário com questões sociodemográficas e o questionário FSFI. Sobre às características sociodemográficas (Tabela 1), a idade média da amostra foi de 26 anos ($DP\pm 6,2$), e a média do índice de massa corporal (IMC), de 24,9 ($DP\pm 4,7$).

Também foi possível observar (Tabela 1), que 45% eram de raça parda, e no que se refere ao estado civil, houve prevalência entre solteiras e de união estável, ambas com 36%. Quanto ao nível de escolaridade, é relevante o número de mulheres com ensino médio completo (47%); em relação a ocupação, 67% eram donas de casa.

Com base nas características obstétricas e uroginecológicas (Tabela 2), 55% tiveram mais de uma gestação. Houve prevalência de mulheres que tiveram apenas um parto, sendo 55% da amostra; por outro lado, 80% relataram não ter sofrido aborto. O percentual de mulheres submetidas à cesariana foi de 54%. No que diz respeito a incontinência urinária, 33% mulheres referiram ter antes do parto, e 10% após o parto. Foi possível observar (Tabela 3) que 62% amamentavam, sendo 29% com aleitamento exclusivo. A média de duração foi de 4,2 meses ($DP\pm 3,4$).

De acordo com a orientação para a volta das relações sexuais no pós-parto, 48% das mulheres foram orientadas, entretanto, nenhuma paciente recebeu outro tipo de orientação dos profissionais da área de saúde. Em referência a volta às relações sexuais após o parto, foi identificada uma média de 55,6 dias ($DP\pm 24,8$). Considerando as amostras obtidas através do questionário FSFI, conclui-se a prevalência de DS em 55% das mulheres.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados no presente estudo, a faixa etária média das entrevistadas foi de 26 anos ($DP\pm 6,2$), semelhante aos dados observados por Holanda et al. (2014), que avaliaram 200 mulheres com idade média de 24 anos.²⁴ Ainda relacionado ao perfil sociodemográfico, dados de Magno et al. (2011) revelam prevalência da raça parda, bem como encontrados no nosso estudo.²⁵

Cerejo (2006), classificou o estado civil em solteira, casada/união estável, viúva e divorciada/separada, predominando em 67,7% o grupo de casada/união estável, aproximando-se ao percentual do nosso estudo (62%).²⁶ Quanto ao nível de escolaridade, 47% concluíram o ensino médio, semelhante ao resultado encontrado por Mathias et al (2015).²⁷ Em relação a ocupação, 67% relataram ser donas de casa, corroborando com dados apresentados por Holanda et al.²⁴

Relacionado ao número de gestação, nossos achados apontam resultados significativos aos encontrados por Mathias et al.²⁷ Nesse contexto, verificou-se que 55% eram primíparas, o que demonstra também Holanda et al.²⁴ Considerando os dados descobertos, 80% não sofreram aborto, contudo, não foram encontrados estudos que apresentassem tal aspecto. Tendo em vista o tipo de parto, 54% foram submetidas à cesariana, sendo divergente ao analisado por Lazar (2002), onde a prevalência foi de parto normal (53,1%).²⁸

Com referência aos desfechos encontrados por este estudo, pode-se inferir uma prevalência de IU (Incontinência Urinária) de 33% durante a gestação, diminuindo para 10% após o parto. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outros estudos, como uma alta taxa de IU durante a gravidez, com melhora no período pós-parto.²⁹

Byrd et al, realizaram um estudo entre 570 mulheres, onde mostra que o fato de estarem amamentando (4 e 12 meses pós-parto) foi associado a menor frequência de atividade sexual e menor satisfação sexual, bem como no nosso estudo (62% estavam com aleitamento presente), o que pode ter colaborado para a prevalência de disfunção sexual.³⁰

No período de amamentação, ocorrem mudanças nos níveis hormonais, a saber: elevação da prolactina, diminuição de andrógenos e estrógenos, e liberação de ocitocina. Os baixos níveis de esteroides sexuais podem contribuir para a diminuição do interesse sexual e para a falta ou diminuição importante da lubrificação vaginal.¹⁷

No presente estudo, 48% dos profissionais de saúde orientaram o momento para a retomada das relações sexuais, mas não orientaram sobre as mudanças próprias desta fase. Isso também foi demonstrado por Barrett et al,³¹ onde apenas 18% das mulheres referiam terem recebido alguma informação sobre as mudanças na função sexual pós-parto, apesar de 70% terem sido esclarecidas sobre o momento em que poderiam retomar as relações sexuais.

A partir desses dados, pode-se observar uma lacuna na orientação à saúde sexual no puerpério, pois parece que tudo se resolve com a retomada da atividade sexual,^{31,32} embora haja outros assuntos a serem esclarecidos.

As disfunções sexuais femininas apresentam alta prevalência em qualquer população estudada. Estudos norte-americanos apontam que cerca de 43% das mulheres apresentam queixas sexuais.¹⁷ Em um grande estudo brasileiro,⁸ 53% das mulheres referiam queixas sexuais, como falta de desejo sexual (34,6%), disfunção orgástica (29,3%) e dor na relação sexual (21%).

As dificuldades sexuais, também ocorrem na gestação e puerpério, estando presentes em cerca de 70% das gestantes brasileiras.³³ Ao longo do período puerperal,

até 86% das mulheres apresentam disfunção, sendo mais frequentes a dispareunia (22 a 41%) e diminuição do desejo sexual (83 a 86%).^{7,17,34}

Abdo et al. (2004),⁸ avaliando 1.219 mulheres em São Paulo, identificaram 49% delas com pelo menos uma disfunção sexual. Os autores observaram ainda, que 26,7% apresentaram disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% referiram disfunção do orgasmo.

Em estudo realizado por Rowland et al,³² com 315 puérperas, a perda de desejo sexual foi relatada em 9% das mulheres no ano anterior a gravidez, e em 53% e 37% em 3 e 6 meses após o nascimento respectivamente; atribuindo assim, que a diminuição do desejo sexual e da capacidade orgástica, possam ser decorrentes de fatores como a amamentação.²⁶

Considerando a prevalência das disfunções sexuais no pós-parto, os dados aqui apresentados revelam que a maioria das pacientes apresenta DS (55%), resultado similar aos obtidos nas literaturas. Esses resultados contribuirão para futuros estudos na abordagem de avaliação e intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com DS neste e em outros serviços.

Os dados desse estudo, também servem de alerta para a importância do incentivo aos profissionais de saúde sobre a orientação dos aspectos da sexualidade para mulheres durante o período pré-natal e pós-parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med.* 2008;5(4):788-95.
2. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology* 1999 Sep; 54 (3): 385-391.
3. Lara LAS, Rosa e Silva ACJ, Romão APS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(6):312-21.
4. Basson R, Berman J, Burnett a, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888–93.
5. Prado DS, Mota VP, Lima TI. [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(3):139-43. Portuguese.
6. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. [Sexuality and the postpartum period: a literature review]. *Rev HCPA.* 2012; 32(4):473-9. Portuguese.
7. Acele EO, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs.* 2012; 21(7-8):929-37.
8. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2): 160-6.
9. Ferreira, ALCG; Souza, AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007;7(2):143-50.
10. Jahan MS, Billah SM, Furuya H, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(1): 329-35.

11. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics*. 2008;63(6):775-82.
12. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537- 44.
13. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Gharibi T, Akaberian S, Mirzaei K, Kamali F, et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehr women of Iran. *Sex Dis*. 2010;28(1):39-49.
14. El-Enen MA, Ragb M, El Gamasy Ael-N, El-Ashry O, El-Sharaby M, Elbadawy A, et al. Sexual function among women with stress incontinence after using transobturator vaginal tape, and its correlation with patient's expectations. *BJU Int*. 2009;104(8):1118-23.
15. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction *World J Urol*. 2002;20(2):111-8.
16. Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Estudos feministas*. 2006 janeiro/abril; 14(1):43-59.
17. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(3):647-55.
18. Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Estudos feministas*. 2006 janeiro/abril; 14(1):43-59.
19. Galão A, Hentschel H. Puerpério normal. In.: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JÁ, editores. *Rotinas em obstetrícia*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 411-17. 11.
20. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(8):1227-31.
21. Althof SE, Rosen RC, Derogatis L, Corty E, Quirk F, Symonds T. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:153-66.
22. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:1-20.

23. Rellini A, Meston C. The sensitivity of event logs, self-administered questionnaires and photoplethysmography to detect treatment-induced changes in female sexual arousal disorder (FSAD) diagnosis. *J Sex Med* 2006; 3:283-91.
24. Holanda JBL, Abuchaim ESV, Coca KP e Abrao. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(6):573-8.
25. Magno LDP, Nunes EFC, Fontes-Pereira AJ. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. *Rev PanAmaz Saude* 2011; 2(4):39-46.
26. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. *Rev Port Clín Geral.* 2006;22(6):701-20.
27. Mathias AERDA, Macedo LF, Dias TG, & Pitangui ACR. Incontinência urinária e disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional e seis meses após o parto. *Rev Fisioter S Fun. Fortaleza,* 2015 Jul-Dez; 4(2): 21-31.
28. Lazar MCS. Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, 2002.
29. Martins L, Sousa ALL, Salgado CM. Prevalência da incontinência urinária em gestantes e puérperas em maternidades públicas. *Fisioterapia Brasil - Volume* 11.
30. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract.* 1998;47(4):305-8.
31. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.*2000;107:186-95.
32. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician.* 2005;51:1366-7.
33. Ribeiro MC, Nakamura MU, Abdo CHN, Torloni MR, Scanavino MT, et al. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet:* 2011;33(5):219-24.
34. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(5):430-6.

TABELAS

Tabela 1: Perfil amostral segundo as características pessoais das mulheres analisadas.

VARIÁVEIS	N = 100
IDADE (anos)	
Média (DP)	26.0 (6.2)
Mínimo – Máximo	18 a 42
IMC	
Média (DP)	24.9 (4.7)
Mínimo – Máximo	12.9 a 38.5
RAÇA	
Negra	19 (19.0%)
Parda	45 (45.0%)
Branca	36 (36.0%)
ESTADO CIVIL	
Solteira	36 (36.0%)
Casada	26 (26.0%)
Separada	1 (1.0%)
Viúva	1 (1.0%)
União Estável	36 (36.0%)
ESCOLARIDADE	
Fundamental Incompleto	17 (17.0%)
Fundamental Completo	6 (6.0%)
Médio Incompleto	18 (18.0%)
Médio Completo	47 (47.0%)
Técnico	1 (1.0%)
Superior Incompleto	6 (6.0%)
Superior Completo	5 (5.0%)
OCUPAÇÃO	
Dona de Casa	67 (67.0%)
Trabalha fora	33 (33.0%)

DP = Desvio Padrão

Tabela 2: Perfil amostral segundo as características obstétricas e uroginecológicas.

VARIÁVEIS	N = 100
NÚMERO DE GESTAÇÃO	
Um	45 (45.0%)
Dois	28 (28.0%)
Três	14 (14.0%)
4 +	13 (13.0%)
NÚMERO DE PARTO	
Um	55 (55.0%)
Dois	25 (25.0%)
Três	13 (13.0%)
4+	7 (7.0%)
NÚMERO DE ABORTO	
Nenhum	80 (80.0%)
Um	14 (14.0%)
Dois ou mais	6 (6.0%)
TIPO DE PARTO	
Vaginal	46 (46.0%)
Cesária	54 (54.0%)
EPISIOTOMIA	7 (7.0%)
SUTURA	2 (2.0%)
IU ANTES DO PARTO	33 (33.0%)
IU APÓS O PARTO	10 (10.0%)

IU = Incontinência urinária
DP = Desvio Padrão

Tabela 3: Perfil amostral segundo as características pertinentes ao aleitamento materno.

VARIÁVEIS	N = 100
ALEITAMENTO PRESENTE	62 (62.0%)
ALEITAMENTO EXCLUSIVO	29 (29.0%)
DURAÇÃO ALEITAMENTO (meses)	
Média (DP)	4.2 (3.4)
Mínimo – Máximo	0.5 a 12

DP = Desvio Padrão