

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

MARINA CORTEZ PEREIRA

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL

ALFENAS-MG
2015

MARINA CORTEZ PEREIRA

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, nível mestrado, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite.

Co-orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira.

Pereira, Marina Cortez.

Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional /
Marina Cortez Pereira. -- Alfenas, 2015.
97 f. --

Orientador: Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
de Alfenas, Alfenas, MG, 2015.
Bibliografia.

1. Saúde Sexual. 2. Gravidez. 3. Enfermagem Obstétrica. 4.
Comportamento Sexual. I. Leite, Eliana Peres Rocha Carvalho. II.
Título.

CDD: 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Marina Cortez Pereira

“Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 06/02/2015

Profª. Drª. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

Prof. Dr. Fábio Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Fábio Souza Terra

Profa. Dra. Marli Villela Mamede
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto - USP

Assinatura: Marli Villela Mamede

Dedico à minha Mãe (Lenite), ao meu Pai (Marcos), ao meu irmão (Júlio César) e ao meu noivo (Marco) por terem me estimulado e dado apoio durante essa trajetória e pela compreensão da minha ausência em vários momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me proporcionou saúde, perseverança e fé durante toda a caminhada da vida e mostrou-me que ao seu lado tudo é possível.

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando nos momentos difíceis, suprimindo minhas necessidades e demonstrando o amor incondicional mesmo em minha ausência.

Ao meu irmão por se fazer presente em minha vida e auxiliar com seus conhecimentos tecnológicos.

Às minhas avós que na distância sempre me abençoaram com suas orações.

Ao meu Amor Marco pelo companheirismo, pela compreensão, pela orientação, pela escuta e que por muitas vezes entendeu minha ausência.

À minha orientadora Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, agradeço por ter me recebido de braços abertos. No decorrer desses dois anos, orientou-me e demonstrou compreensão, conhecimento, acolhimento e empatia. Tenha certeza de que durante essa caminhada obtive diversos aprendizados.

Ao co-orientador Denismar Alves Nogueira por todo ensinamento e colaboração durante a realização deste trabalho.

A Clícia Valim Côrtes Gradim pelos ensinamentos compartilhados, pela atenção, pelo carinho e pelos conselhos dispensados em vários momentos do meu caminhar profissional e pessoal.

À amiga Laís de Andrade Martins Cordeiro que ao longo deste último ano compartilhou seus conhecimentos para o aprimoramento deste estudo, que muitas vezes escutou minhas lamúrias e sempre se mostrou um ponto de apoio, meu sincero agradecimento.

Às amigas Samara, Anelise e Melissa, agradeço do fundo do meu coração por todos os momentos vivenciados, pelas trocas de experiências, pelo apoio nos momentos difíceis e pelas orientações durante a realização deste trabalho.

Às amigas Nadielle, Valéria Regina, Vanessa e Valéria Salgado, agradeço as escutas, os conselhos e os auxílios na realização desta pesquisa.

À amiga Juliana Gonzales que mesmo distante esteve presente nesta caminhada.

Aos colegas de mestrado por sempre compartilharem seus conhecimentos.

Às Residentes da Obstetrícia e Multiprofissional pela colaboração na realização dessa pesquisa.

Às gestantes que participaram deste estudo de forma aberta e despreconceituosa.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais pelo financiamento deste trabalho.

À Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG, por todas as oportunidades, pelos mestres, pelos técnicos e funcionários que sempre se mostraram disponíveis nesta longa caminhada, o meu muito obrigada.

RESUMO

A resposta sexual humana é influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, religiosos, históricos, entre outros. Sabe-se que no período gestacional o corpo feminino perpassa por muitas transformações, as quais podem influenciar em sua função sexual. As alterações sexuais na mulher podem ocorrer em várias fases do ciclo de resposta sexual, seja no desejo, na excitação, na lubrificação ou no orgasmo; cuja ocorrência é peculiar durante a gravidez. O presente estudo teve por objetivo avaliar a função sexual da mulher no período gestacional. A metodologia utilizada foi de abordagem quantitativa, descritiva, transversal e analítica. A amostra foi composta por 161 gestantes de risco habitual que foram atendidas em unidades de saúde da Rede de Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG. Os dados foram coletados entre outubro de 2013 a janeiro de 2014, sendo utilizados dois instrumentos: um primeiro para a caracterização das participantes composto por variáveis sociodemográficas, anamnese obstétrica e relacionadas às funções sexuais, elaborado pela autora; e o Quociente Sexual - Versão Feminina para mensurar o desempenho e a satisfação sexual das entrevistadas. Essa investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas. Após a coleta e a tabulação dos dados, utilizou-se o Software Statistical Package for Social Sciences versão 17.0 para análise descritiva e testes estatísticos como teste de normalidade Shapiro-Wilk, de Mann-Whitney, Kruskal Wallis, Student-Newman-Keuls e o Coeficiente de correlação de Spearman. Como resultados, verificou-se que a maioria das gestantes apresentou idade entre 18 a 30 anos, solteiras, pardas, católicas, possuem ensino médio completo, exercem atividade trabalhista, com renda entre um a dois salários mínimos e não possuem filhos. A frequência da relação sexual foi entre uma a duas vezes por semana e a maioria considerou ter um relacionamento sexual com o parceiro entre bom, muito bom e ótimo/excelente. Em relação às correlações ou associações entre o QS-F e fatores sociodemográficos, anamnese obstétrica e funções sexuais, as variáveis: renda familiar, escolaridade, frequência da relação sexual semanal e consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro; apresentaram estatísticas significativas ($P < 0,05$). Quanto à avaliação do QS-F as gestantes apresentaram desempenho satisfatório em relação à atividade sexual com resultados de “bom a excelente” e de “regular a bom”. Diante dos resultados, faz-se necessário que o profissional da saúde atue em consonância com ações e intervenções que visem à prevenção, à promoção e à reabilitação da saúde sexual no âmbito da gravidez. O

Enfermeiro, por fazer parte do cotidiano do cuidado, deve estabelecer uma comunicação efetiva a respeito da sexualidade com seus usuários durante a assistência ofertada.

Palavras-chave: Saúde Sexual. Gravidez. Enfermagem Obstétrica. Comportamento Sexual.

ABSTRACT

The human sexual response is influenced by several biological, psychological, socioeconomic, cultural, religious, historic, among other, factors. It is known that during pregnancy woman's body goes through many changes, which can influence in their sexual function. Sexual changes in women may occur at various stages of the sexual response cycle, whether in desire, arousal, lubrication, or orgasm, which occurrence is peculiar during pregnancy. The present study aimed to evaluate the sexual function of women during pregnancy. The methodology used was quantitative, descriptive, cross-sectional and analytical approach. The sample consisted of 161 pregnant women at low risk who were treated at health units in the network of Primary Health in Alfenas-MG. Data were collected between October 2013 and January 2014, and two instruments were used: the first one for the characterization of participants composed by sociodemographic variables, obstetric and medical history related to sexual function, elaborated by the author; and the Sexual Quotient - Female Version to measure performance and sexual satisfaction of respondents. This investigation was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Alfenas. After collecting and tabulating the data, it was used the Statistical Package for Social Sciences software version 17.0 for descriptive analysis and statistical tests such as Shapiro-Wilk normality test, Mann-Whitney, Kruskal Wallis test, Student-Newman-Keuls and Spearman correlation coefficient. As a result, it was found that most of the women were between 18-30 years old, single, brown, Catholic, had concluded high school, and had laboral activity, with incomes between one and two minimum wages, and have no children. The frequency of sexual intercourse was between once to twice a week and the majority considered to have a good, very good and great / excellent sexual partner relationship. Regarding the correlations and associations between the QS-F and sociodemographic factors, obstetric history and sexual functions, variables: family income, education level, frequency of weekly sexual intercourse and consideration against the sexual relationship with the partner, showed significant statistics. Regarding the evaluation of the QS-F, pregnant women showed satisfactory performance concerning sexual activity with results from "good to excellent" and "fair to good". Given the results, it is necessary that the health professionals act in line with actions and interventions aimed at prevention, rehabilitation and the promotion of sexual health in the context of pregnancy. The nurse, for being part of the daily care, should establish effective communication about sexuality with its users during the offered service.

Key-word: Sexual Health. Pregnancy. Obstetric Nursing. Sexual Behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça, crença religiosa, escolaridade, ocupação, renda familiar e número de filhos. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).....	41
Tabela 2 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis idade e renda familiar mensal (contínuas). Alfenas – MG, 2014 (n = 161).....	42
Tabela 3 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis idade gestacional, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento e tipo de gestação. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).	46
Tabela 4 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis número de gestações das multigestas e número de partos das múltiparas. Alfenas – MG, 2014.	47
Tabela 5 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis presença e complicações em gestações anteriores. Alfenas – MG, 2014 (n = 112).....	48
Tabela 6 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis presença e complicações na gestação atual. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).....	50
Tabela 7 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis frequência de relação sexual semanal e uso de creme/lubrificante vaginal. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).	51
Tabela 8 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo às variáveis número de pessoas que moram juntas e possuir local privativo para o relacionamento sexual. Alfenas-MG, 2014 (n = 161).....	52
Tabela 9 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis frequência	

de relação sexual semanal e número de pessoas que moram juntas. Alfenas – MG, 2014.....	54
Tabela 10 – Coeficiente Alfa de Cronbach da escala Quociente Sexual – Versão Feminina, aplicado em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas-MG, 2014 (n=161).	56
Tabela 11 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as questões do QS-F. Alfenas-MG, 2014 (n=161)...	57
Tabela 12 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, quanto ao escore final do QS-F. Alfenas – MG, 2014 (n=161).	60
Tabela 13 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, quanto aos domínios do QS-F. Alfenas – MG, 2014 (n=161).	61
Tabela 14 – Valores do Coeficiente de correlação (r) e valores de p para a correlação dos domínios do QS-F e do QS-F total para idade, renda familiar mensal, número de filhos e escolaridade. Alfenas-MG, 2014 (n= 161).....	63
Tabela 15 – Valores do Coeficiente de correlação (r) e valores de p para a correlação dos domínios do QS-F e do QS-F total para as variáveis número de pessoas que moram juntas, número de gestação, número de parto, número de aborto, idade gestacional, frequência da relação sexual semanal e consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro. Alfenas-MG, 2014 (n= 161).	65
Tabela 16 – Valores do rank médio de escores do QS-F total e os valores de p para a associação entre o desempenho e satisfação sexual e as variáveis tipo de gestação; classificação quanto ao número de gestação, número de parto e número de aborto; presença de complicações em gestações anteriores e atuais e presença de local privativo. Alfenas-MG, 2014 (n=161).	68
Tabela 17 – Valores das médias dos ranks de escores do QS-F total e os valores de p para a associação do desempenho e satisfação sexual e as variáveis estado civil, raça, ocupação e trimestre gestacional. Alfenas-MG, 2014 (n=161).	70
Tabela 18 – Valores das médias dos ranks para a associação entre o QS-F e a variável consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas-MG, 2014 (n= 161).....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EVSB	Estudo da Vida Sexual do Brasileiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FSFI	Female Sexual Function Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
ProSex	Programa de Estudos em Sexualidade
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
QS-F	Quociente Sexual – Versão Feminina
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	19
3	HIPÓTESES	20
4	OBJETIVOS	21
4.1	Objetivo Geral	21
4.2	Objetivos específicos	21
5	REFERENCIAL TEÓRICO	22
5.1	Fundamentos da resposta sexual feminina	22
5.2	Gestação e a sexualidade	25
5.2.1	A resposta sexual feminina na gravidez	26
5.2.2	Disfunções sexuais femininas na gravidez	27
6	METODOLOGIA	31
6.1	Tipo de estudo	31
6.2	Local de estudo	31
6.2.1	Seleção dos serviços de saúde	32
6.3	População e amostra	33
6.4	Período de coleta de dados	34
6.5	Aspectos éticos	34
6.6	Instrumentos para a coleta de dados	35
6.6.1	Instrumento de Caracterização das participantes do estudo: dados sociodemográficos, anamnese obstétrica e função sexual	35
6.6.2	Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)	36
6.7	Procedimentos para a coleta de dados	37
6.8	Análise dos dados	38
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
7.1	Análise descritiva	40
7.1.1	Caracterização socioeconômica e demográfica	40
7.1.2	Dados relacionados à anamnese obstétrica e à função sexual	46
7.2	Avaliação da consistência interna do Quociente Sexual – Versão Feminina	56
7.3	Avaliação do desempenho e satisfação sexual	57

7.3.1	Análise da associação/correlação entre o desempenho/satisfação sexual e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e função sexual	62
8	CONCLUSÃO.....	74
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	88
	ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

O despertar para a temática Saúde da Mulher iniciou-se no curso de graduação, da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), no ano de 2009. As pesquisas desenvolvidas desde a graduação sempre abordaram a saúde da mulher, sejam referentes ao ciclo gravídico-puerperal ou relacionadas a outras patologias, como o câncer de mama. O envolvimento com a iniciação científica ocorreu no ano de 2009, após a aprovação no Programa de Educação Tutorial (PET). Nessa fase, foi possível desenvolver pesquisas, participar de eventos científicos, ministrar seminários, participar de atividades extencionistas, compartilhar experiências e vivências com os demais bolsistas, bem como realizar uma pesquisa intitulada: “Análise quantitativa da postura em pacientes com câncer de mama relacionado com ações de enfermagem”.

Concomitantemente ao desenvolvimento da investigação supracitada, percebeu-se, durante a realização do estágio curricular na área de Enfermagem Obstétrica, que a temática do puerpério carecia de pesquisa no que se referia ao enfrentamento da mulher nesse período. Assim desenvolveu-se o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na temática da Saúde da Mulher, por meio da pesquisa “Sentimentos da puérpera primípara relacionados aos cuidados com o recém-nascido”. Tal trabalho gerou novos questionamentos a respeito de como a Consulta de Enfermagem no puerpério estava sendo realizada nas unidades de Atenção Primária à Saúde.

Em 2011, a pesquisadora ingressou no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por meio de processo seletivo, tendo como parte das atividades o desenvolvimento de um TCC, logo a inquietação levantada no estudo anterior pôde ser investigada no estudo intitulado “Consulta puerperal de enfermagem no contexto da estratégia em saúde da família”. Durante o desenvolvimento de todas essas investigações, foi possível a apresentação das mesmas em eventos científicos nacionais e/ou internacionais, bem como publicações em Revistas Científicas.

O ingresso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, nível mestrado, no ano de 2013, propiciou a continuidade e o aperfeiçoamento da autora para um futuro na docência. Desse modo, após levantamento bibliográfico nacional e internacional, percebeu-se que a temática sexualidade no período gestacional possuía lacunas e propôs-se a aprofundar os estudos nesse tema. Diante das diversas transformações que ocorrem no corpo da mulher durante a gestação, entende-se ser importante verificar como está a função sexual

dessa gestante. Assim, a fim de prestarmos uma assistência integral e holística, cabe aos profissionais da saúde, em especial o Enfermeiro, abordar a respeito da saúde sexual dessas mulheres e de seus cônjuges, visto que a saúde sexual é um dos aspectos importantes da vida de um ser humano, e envolve dimensões interdependentes e inter-relacionadas, como biológicas, psicológicas e socioculturais.

Destaca-se que a saúde sexual deve ser entendida como uma ampla consideração da sexualidade. Esta última, por sua vez, deve ser definida como um aspecto central do ser humano ao longo da vida que engloba sexo, papéis de gênero, orientação sexual, prazer, intimidade e reprodução (WHO, 2014).

Dentro dessa temática, a disfunção sexual feminina é um fenômeno frequente. No Brasil, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), no qual foram pesquisadas 3.148 mulheres em 18 cidades, observou que 51% delas referiam alguma disfunção sexual (ABDO et al., 2004). Estudo realizado por Moreira Junior et al. (2005) indicou que 49% das mulheres possuem pelo menos uma disfunção sexual, sendo o desejo sexual hipoativo (26,7%) o mais encontrado, seguido de dispareunia (23,1%) e disfunção orgástica (21%). As alterações da função sexual são também frequentes durante a gestação, sendo que mais de 70% das gestantes brasileiras apresentam sintomas de disfunção sexual no terceiro trimestre (LEITE et al., 2009).

Nesse contexto, nos últimos anos, a temática saúde sexual tem sido cada vez mais pesquisada e os dados supracitados instigam ao desenvolvimento de estudos referentes às alterações sexuais em gestantes brasileiras.

A literatura aponta diversos modelos propostos para a resposta sexual, os estudos com base científica iniciaram-se com Masters e Johnson (1966) em meados do século XX, tais autores apresentaram um modelo linear composto por quatro fases: a excitação, o platô, o orgasmo e a resolução. Kaplan (1977) contestou o modelo dos autores supracitados e incluiu a fase de desejo antes da excitação e retirou o período de platô, a autora acreditava que a excitação é que conduzia a mulher a desfrutar a resposta orgástica. Assim, evidenciou-se um novo modelo de resposta sexual, o trifásico, composto pelas fases desejo, excitação e orgasmo.

Recentemente, Basson (2000) contestou o modelo linear até então vigente e identificou um ciclo de resposta sexual, argumentou ainda que a resposta sexual é diferente em ambos os sexos, uma vez que a mulher apresenta um componente subjetivo. Dessa maneira, a resposta sexual feminina não é estática, portanto, pode sobrepor fases variando a ordem. Visto vez que o desejo, mesmo sem estar presente no início do ato sexual, pode ser

disparado durante o intercuro sexual, caso a mulher se excite subjetivamente (ABDO, 2010; BASSON, 2005; LARA et al., 2008).

Nota-se que a resposta sexual feminina é bastante subjetiva, e aliada às modificações da gestação, tal resposta pode sofrer desajustes que provoque alterações no comportamento sexual. Optou-se pelo modelo de Basson (2000) para a investigação das possíveis alterações sexuais femininas ocorridas na gravidez.

Sabe-se que o período gestacional é acompanhado por diversas mudanças físicas, hormonais e psicológicas que, em conjunto com as influências culturais, sociais e religiosas, podem causar impacto na atividade e no comportamento sexual da mulher, trazendo diminuição do desejo, do interesse e da atividade sexual (BARBOSA et al., 2011). Além disso, os tabus, os medos e os mitos errôneos a respeito da sexualidade feminina durante a gravidez ainda permanecem enraizados na sociedade.

No que diz respeito às alterações físicas, mudanças hormonais podem aumentar os níveis de estrogênio, de progesterona e de prolactina. Isso pode provocar náuseas, vômitos, sensibilidade mamária, ganho de peso e fadiga, o que contribui para um mal-estar geral da grávida. Nesse contexto, é compreensível que as atividades sexuais tendam a diminuir durante a gestação, visto que a satisfação e a frequência das relações sexuais influenciam o desejo e a excitação sexual (BASSON, 2001; PAULETA; PEREIRA; GRAÇA, 2010).

Diante dessas dificuldades vivenciadas pelas mulheres durante a gestação, faz-se importante uma assistência holística e humanizada. Tal assistência deve visar situações particulares de vida da pessoa, lembrar que as mulheres estão num processo de adaptação corporal e emocional, e que toda vulnerabilidade torna-as mais acessíveis para receberem ajuda. Nesse sentido, a assistência deve englobar os aspectos físicos, emocionais e relacionais da vivência da sexualidade (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Nas últimas décadas, as políticas públicas na área de saúde materno infantil, no país, têm priorizado a melhoria da qualidade no atendimento ao binômio mãe-filho e sua família, além de focar a humanização do pré-natal, do parto e do nascimento.

Durante anos, a atenção à saúde da mulher foi centrada apenas na função reprodutiva e focada no modelo biomédico, ou seja, a assistência à mulher se voltava às questões técnicas. Na década de 1970 com o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI), percebeu-se outro olhar em relação à atenção à saúde da mulher, visto que a política do PMI visava à proteção do binômio mãe-filho (ALMEIDA; SILVA, 2008; BRASIL, 2004).

Em seguida, na década de 1980, o governo reconheceu a relevância da luta do movimento feminista pela ampliação da atenção à mulher, criando o Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse Programa introduziu novos conceitos na atenção à Saúde da mulher voltada para a integralidade, autonomia corporal e a condição feminina como determinantes do processo saúde/doença (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Ao longo dos anos, outras estratégias foram implementadas, como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), no ano de 2002, que preconiza o atendimento humanizado e de qualidade da assistência obstétrica, com enfoque na garantia de acesso e de adesão ao serviço de saúde durante a gestação, o parto e o puerpério, para desta forma, reduzir os coeficientes de mortalidade materna no país (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Diante da proposta de Atenção Qualificada e Humanizada preconizada pelo Ministério da Saúde ao período gravídico-puerperal, faz-se relevante o desenvolvimento de estudos que abordem a temática da sexualidade durante a gestação, e verifica-se que o pré-natal é um espaço privilegiado para preparar, discutir e esclarecer dúvidas que são únicas para cada mulher e para seu parceiro, além de clarificar inquietações para quem já teve outros filhos.

Temas considerados tabus, como o da sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos. Para que isso ocorra, os profissionais de saúde devem assumir a condição de educadores, não somente para a transmissão de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também com o intuito de orientar comportamentos que favoreçam a redução de riscos de complicações no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2006).

Portanto, cabe aos profissionais da saúde, em especial, os Enfermeiros questionar mais a sexualidade de suas pacientes e orientar de forma clara durante a gestação, esclarecendo sobre as mudanças fisiológicas que vão ocorrendo e quais são as expectativas durante o processo gravídico-puerperal. Deve-se lembrar de que as alterações da função sexual são do casal e que ambos devem ser abordados.

Ressalta-se que, apesar de envolver grandes transformações no corpo da mulher e provocar alguns desajustes, os estudos voltam-se para a discussão sobre a fisiologia do processo de gestar e negligenciam a sexualidade da mulher nesse período, limitando-se ao âmbito reprodutivo devido às questões morais que envolvem a sexualidade, e ao modelo da medicina ocidental que é focalizada no corpo, no seu funcionamento e desarranjos, ignorando assim aspectos referentes ao prazer sexual.

Diante do exposto, a proposta desta pesquisa foi avaliar a função sexual da mulher no período gestacional, frente ao desempenho e à satisfação sexual.

2 JUSTIFICATIVA

As modificações hormonal e corporal, assim como as mudanças socioculturais que ocorrem na gestação, são intensas e interferem no bem-estar, nos relacionamentos e na função sexual da gestante. Alguns fatores físicos relacionados às dificuldades sexuais na gravidez são a exaustão e fadiga, a dispareunia, a dor nas costas e as náuseas. Em relação aos fatores psicológicos, têm-se os sintomas de humor depressivo, histórico sexual desfavorável anterior à gestação, relação negativa à gestação e baixa satisfação com o relacionamento (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009).

As alterações fisiológicas gerais que podem afetar a função sexual da grávida nos trimestres gestacionais podem ser: aumento do volume e da sensibilidade das mamas, sensação de irritabilidade uterina (cólica) e lubrificação reduzida, no primeiro trimestre; menor sensibilidade mamária, aumento do tempo de orgasmo, lubrificação rápida e abundante, no segundo trimestre; e no último, a presença de espasmos tônicos durante o orgasmo e alívio pós-orgásmico da vasocongestão pélvica torna-se lento, resultando em desconforto pélvico. Todos esses fatores trazem consequências para a vida pessoal, conjugal e gestacional dessas mulheres (BARBOSA et al., 2011; BASSON et al., 2010).

Em face dessas considerações e em virtude do reduzido número de estudos internacionais encontrados nas bases de dados e, principalmente, nacionais, referentes à função sexual da mulher no período gestacional, optou-se em realizar este estudo com o intuito de obter subsídios que possam estimular uma assistência adequada e de qualidade às gestantes, de modo a traçar estratégias fortalecedoras para o enfrentamento das dificuldades sexuais desse período. Além de contribuir para a formação de recursos humanos com olhar voltado para as peculiaridades da sexualidade no período gestacional seja no âmbito acadêmico ou profissional. Nessa perspectiva, esta pesquisa poderá promover uma melhoria na atenção integral às gestantes, reforçando a saúde sexual e qualidade de suas vidas e seus cônjuges.

3 HIPÓTESES

Para este estudo, consideram-se as seguintes hipóteses:

- 1) O desempenho e satisfação sexual da gestante são diferentes em cada trimestre da gestação,
- 2) Há associação/correlação entre o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) das gestantes que realizam pré-natal em unidades de Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG e as variáveis: idade; estado civil; raça; crença religiosa; escolaridade; situação de trabalho; renda familiar; quantidade de filhos; idade gestacional, tipo de gestação, complicações em gestação anterior; complicações em gestação atual; uso de creme/lubrificante vaginal; quantidade de relação sexual na semana; consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro; quantidade de pessoas que moram junto; ocupação/trabalho do parceiro e presença de local privativo.

4 OBJETIVOS

Apresentar os objetivos referentes a este estudo.

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a função sexual da mulher no período gestacional.

4.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos desta investigação têm-se:

- 1) Identificar o perfil das gestantes atendidas nas unidades de serviço da Atenção Primária a Saúde do município de Alfenas – MG;
- 2) Mensurar o desempenho/satisfação sexual das gestantes;
- 3) Identificar entre os domínios do QS-F qual é o de maior impacto para a disfunção sexual na gestação;
- 4) Verificar se há associação/correlação entre os domínios do QS-F com as seguintes variáveis: idade; estado civil; raça; crença religiosa; escolaridade; situação de trabalho; renda familiar; quantidade de filhos; idade gestacional, tipo de gestação, complicações em gestações anteriores; complicações em gestação atual; uso de creme/lubrificante vaginal; quantidade de relação sexual na semana; consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro; quantidade de pessoas que moram junto; ocupação/trabalho do parceiro e presença de local privativo.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresentam-se a seguir os estudos encontrados na literatura nacional e internacional a respeito da sexualidade humana, em especial, as investigações sobre a resposta sexual da mulher no período gestacional.

5.1 Fundamentos da resposta sexual feminina

Ao longo da vida de uma pessoa, a atividade sexual pode sofrer diversas modificações, em especial, o sexo feminino possui suas particularidades. De fato, a resposta sexual dos seres humanos não é homogênea e estável e varia conforme os aspectos culturais, individuais e por períodos históricos (BASSON et al., 2010).

Diante dos diversos significados atribuídos às manifestações relativas à sexualidade, observa-se o valor e as práticas culturais presentes nas diferentes socializações. Um indivíduo socializa-se no seio familiar, na escola, pelos meios de comunicação, nas redes de amigos e na vizinhança, e é dentro destes contextos que a construção do indivíduo toma formas e a sexualidade vai sendo interpretada e vivenciada (ARAÚJO et al., 2012; HEILBORN, 2006).

De maneira sublinear, as influências da religião e da educação dos pais, da família, da escola e da sociedade contribuem para a mulher reprimir sua sexualidade e podem levá-la ao desconhecimento de seu corpo, à contenção, mesmo que inconsciente, de seus desejos eróticos e muitas vezes ao abandono das reações sexuais (RESSEL; GUALDA, 2003). Além de toda essa questão cultural e social, acrescenta-se que a mulher que gera um ser humano em seu ventre é vista como um ser assexuado pela sociedade. Isso ocorre devido às dificuldades na abordagem da vida sexual, que são exacerbadas pelos valores morais, pelas normas e pelas regras sociais construídas ao longo do processo histórico-cultural.

Estudos com base científica a respeito da resposta sexual humana iniciaram-se a partir da metade do século XX (KAPLAN, 1977; MASTERS; JOHNSON, 1966). Os estudiosos Masters e Johnson (1966) definiram como fases da resposta sexual a excitação, o platô, o orgasmo e a resolução ou fase final.

A fase de excitação inicia-se com o estímulo somático ou psíquico e é fundamental para que se obtenha a tensão sexual suficiente para atingir o orgasmo, cuja duração pode

variar entre minutos a horas e, para a mulher, tem como característica marcante a lubrificação vaginal. Essa etapa é delicada e depende da necessidade individual da mulher, uma vez que a estimulação está sujeita a sanções físicas, psicológicas ou a qualquer outra interrupção. Tal fato pode prolongar ou interromper a fase de excitação feminina, prejudicando a mulher quanto à satisfação sexual (MASTERS; JOHNSON, 1966; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Após receber os estímulos sexuais adequados, a mulher entra na fase de platô. É nesse período que as tensões sexuais são intensificadas e, caso atinjam níveis extremos, podem permitir a resposta de orgasmo na mulher. Adverte-se que, se os estímulos forem interrompidos ou inadequados, a mulher não realizará a descarga orgásmica e passará da fase de platô para a de resolução excessivamente prolongada. O orgasmo é o ápice do prazer sexual, caracterizado pelo relaxamento e pelas contrações rítmicas e involuntárias da musculatura perineal e dos órgãos envolvidos (MASTERS; JOHNSON, 1966).

A última etapa, resolução ou fase final, ocorre após a diminuição da tensão acumulada das fases anteriores, seja no platô ou no orgasmo. Nesse período, a mulher apresenta relaxamento muscular, lassidão e um certo torpor. Ainda se observa que os resíduos fisiológicos da tensão sexual desaparecem lentamente e a involução total é completada quando todos os estímulos sexuais tenham se esgotado (MASTERS; JOHNSON, 1966).

Outro modelo para a resposta sexual foi proposto por Kaplan (1977), o qual contempla as fases desejo, excitação e orgasmo, considerado como trifásico. A autora refere que fatores ambientais, psicológicos, fisiológicos e anatômicos estão inter-relacionados à resposta sexual e que os mesmos podem ser divididos em “três janelas”. A primeira discrimina aspectos atuais da situação feminina que estejam interferindo na função sexual: comunicação precária, dificuldades relacionais e falta de privacidade. A próxima janela engloba os fatores de vulnerabilidade individual, como atitudes negativas da mulher sobre si mesma e seu corpo, necessidade de manter o controle nas situações sexuais e situações de traumas ocorridos ao iniciar as atividades sexuais. Já a terceira janela, contém fatores relacionados à saúde física influenciando a resposta sexual, como problemas neurais no controle do desejo, da excitação e da percepção de dor, entre outros.

De acordo com Kaplan (1977), as fases desse ciclo podem estar comprometidas durante o período gestacional de mulheres saudáveis. Visto que numerosos fatores físicos e psicológicos estão associados à diminuição da atividade sexual nesse período. Abdo (2004) acrescenta que, outros elementos podem influenciar a sexualidade feminina como idade biológica, conhecimentos e crenças a respeito da sexualidade, capacidade de identificação e

de comunicação das dificuldades sexuais, bem como antecedentes pessoais: história de vida, início da atividade sexual, comorbidades e índices hormonais.

Recentemente, Basson (2000) propôs um novo modelo da resposta sexual feminina a fim de representar fielmente as experiências femininas, pelo fato de acreditar que as mulheres são motivadas por razões não-sexuais, ou seja, partindo de um estado “sexual neutro”. Além disso, a autora refere que mulheres que possuem um relacionamento longo podem apresentar diferentes respostas sexuais, visto que, com o tempo de convívio, a situação se modifica e as respostas femininas resultam mais da necessidade de intimidade do que da estimulação sexual física.

A autora supracitada aponta quatro fatores para a necessidade desse novo modelo. São eles: primeiro, que a mulher possui uma tensão mais baixa que os homens em relação ao alívio da tensão sexual; segundo, que a motivação feminina para a experiência sexual pode ocorrer devido a ganhos ou a interesses que não são estritamente os sexuais; o terceiro refere que a excitação sexual feminina é subjetiva mental que pode ou não ser acompanhada de mudanças fisiológicas ou de outras manifestações. O último fator para a necessidade do novo modelo de resposta sexual feminina relaciona-se à liberação orgástica de tensão sexual poder ou não ocorrer, ou mesmo manifestar-se de várias maneiras na mulher (BASSON, 2000).

De acordo com o modelo de Basson (2000), o ciclo de resposta sexual da mulher pode-se iniciar por meio da relação sexual com ou sem consciência do desejo, ou porque é receptiva e responsiva a um estímulo erótico que resulta em excitação subjetiva com resposta física, ou porque tem excitação subjetiva que desencadeia a consciência do desejo que leva ao aumento gradativo da excitação e de mais desejo. Esse complexo de prazer e de entrega pode culminar ou não em alívio orgástico, resultando em satisfação física e emocional que a torna receptiva para relações sexuais posteriores.

O modelo cíclico da resposta sexual de Basson (2001) inicia-se por uma fase de neutralidade sexual, por meio de motivações positivas que instiguem a mulher a concordar com a realização do ato sexual e as façam sentir-se emocionalmente mais próximas do parceiro, haverá uma predisposição dessa a reagir por meio dos estímulos sexuais. Tais estímulos são processados na mente e influenciados por fatores biológicos e psicológicos, evidencia-se a excitação sexual subjetiva. À medida que a excitação sexual e o prazer intensificam-se a mulher reage por meio do desejo para o sexo em si, ou seja, o desejo sexual agora está presente. Em seguida, verifica-se o período em que a excitação sexual e o desejo aumentam gradativamente a ponto de ocorrer ou não a descarga orgástica. Como última etapa a satisfação física e emocional pode ser desfrutada

dependendo da resposta sexual da fase anterior, se positiva proporciona à mulher uma receptividade a outros encontros sexuais (BASSON, 2005).

5.2 Gestação e a sexualidade

As primeiras alterações a desvendar a gravidez são as fisiológicas que trazem consigo reações psicológicas que terão impactos em várias dimensões da vida da mulher que gesta. Algumas modificações que afetam a sexualidade durante a gestação estão relacionadas a alterações na percepção da imagem corporal, à diminuição no nível de energia, à qualidade do relacionamento conjugal, aos desconfortos corporais e a alterações de humor (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009; LEITE et al., 2007).

Durante a gestação, a sexualidade geralmente se manifesta de maneira diferenciada dos demais períodos da vida e, dentre os três trimestres gestacionais, o desejo sexual também apresenta suas peculiaridades, podendo ser observados os mais variados tipos de comportamento que vão da abstinência ao aumento acentuado da atividade sexual (BROWN; McDANIEL, 2008; LECH; MARTINS, 2003).

No primeiro trimestre gestacional, iniciado com a fecundação e prolongado até a décima segunda semana de gestação, ocorre uma elevada modificação na produção dos níveis hormonais, ocorrendo aumento dos hormônios estrogênio e progesterona e diminuição das gonadotrofinas. Isso promove um aumento no volume plasmático de aproximadamente 50%, desencadeando alterações como hipersensibilidade mamária, náuseas, fadiga, sonolência e constipação ou diarreia. Esses fatores, conseqüentemente, causam redução do seu desejo sexual, o qual é diretamente proporcional ao tempo de que a gestante necessita para reflexão e adaptação à novidade de ser mãe (BARBOSA et al., 2011; REZENDE, 2011).

Observam-se, ainda, algumas alterações no nível capilar e da pele, verificando-se um aumento da contração da bexiga e da sua reatividade. As alterações corporais que se sucedem ao longo da gravidez associam-se por vezes a sentimentos de perda da autoestima devido a percepções subjetivas de fraca atratividade física e de incapacidade de sedução. Frequentemente, também subsiste a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez (REZENDE, 2011).

Na seqüência, o segundo trimestre gestacional inicia-se na décima terceira e finaliza-se na vigésima sexta semana gestacional; no âmbito da sexualidade, é caracterizado por uma

maximização do desejo sexual. Ao contrário do que se esperava devido ao aumento do volume abdominal, do alargamento do quadril e do aumento das mamas, nesse período, há uma lubrificação rápida e abundante, um aumento no tempo de orgasmo, uma maior estabilização das taxas hormonais e uma minimização dos sintomas próprios do trimestre anterior, fatos que favorecem o desempenho sexual feminino (LECH; MARTINS, 2003).

No terceiro trimestre, compreendido entre a vigésima sétima semana gestacional até o parto, é o período em que ocorrem as maiores modificações físicas. Nesse período, em relação à função sexual da gestante, enfatiza-se o desconforto e a dificuldade de assumir uma posição confortável durante o ato sexual, a presença de espasmos tônicos e de desconforto pélvico, devido à lentidão da vasocongestão pélvica. Tais fatores acontecem de maneira rápida e podem não permitir uma adaptação do organismo feminino, contribuindo para a redução drástica do desejo da gestante pelo sexo (REZENDE, 2011).

Além de todas essas transformações biológicas do período gestacional, o desempenho sexual da mulher pode sofrer interferências de crenças, mitos, tabus, e do próprio desconhecimento do casal acerca do seu corpo. Tais fatos levaram por muito tempo a impedir a gestante de sentir desejo sexual enquanto passava pelo processo de gestar e de parir. Atualmente, a própria posição da mulher na sociedade desmistifica um pouco algumas crenças, no entanto é perceptível a existência de entraves em relação à sexualidade durante a gestação (ARAÚJO et al., 2012; CAMACHO; VARGENS; PROGIANT, 2012).

Alguns bloqueios advêm das alterações orgânicas como o crescimento abdominal, sensibilidade mamária, náuseas e vômitos, acarretando desconforto durante a gestação e influenciando na vida sexual do casal. Estudo demonstra que, normalmente, com o avanço da gestação, as mulheres apresentam uma diminuição no desejo, na frequência e na satisfação sexual (BROWN; McDANIEL, 2008).

5.2.1 A resposta sexual feminina na gravidez

A resposta sexual da mulher no período gestacional sofre variação ao longo dos trimestres. Nota-se que, no primeiro trimestre, a lubrificação vaginal está reduzida e normalmente ocorre o aumento do volume e da sensibilidade das mamas. Tal fato pode gerar dor ou desconforto quanto à manipulação no intercursos sexual (MASTERS; JOHNSON, 1966).

No segundo trimestre, a vasocongestão pélvica da gravidez proporciona reações sexuais intensas e a lubrificação vaginal torna-se mais abundante e rápida. Nessa fase, o ingurgitamento no terço inferior da vagina está aumentado. Tal fato proporciona à mulher uma diminuição do introito vaginal e, por conseguinte, permite uma plataforma orgásmica com melhor resolução (MASTERS; JOHNSON, 1966).

Quanto à fase do orgasmo, no primeiro trimestre, diversas sensações subjetivas de irritabilidade uterina podem ocorrer após a estimulação sexual efetiva. Já no segundo trimestre, a literatura refere a ocorrência de experiências orgásmicas fulminantes ou multiorgásmicas. No último trimestre, na fase do orgasmo, o útero pode apresentar espasmos tônicos durante as relações sexuais (KAPLAN, 1977).

A fase de resolução para a mulher grávida é diferenciada da não grávida pelo fato de a pelve daquela não sofrer a completa vasocongestão pélvica após a relação sexual. O alívio pós-orgásmico da vasocongestão pélvica na gestante ocorre de forma lenta e muitas vezes é transitório (KAPLAN, 1979).

5.2.2 Disfunções sexuais femininas na gravidez

A disfunção sexual é caracterizada pela alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, que se manifesta de forma recorrente, resultando em sofrimento interpessoal (APA, 2002). Nesta investigação abordaremos apenas a nova abordagem a respeito das disfunções sexuais femininas, realizadas em uma Conferência Internacional.

Um grupo de especialistas em sexualidade feminina participaram do International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction (BASSON; BERMAN; BURNETT, 2000) e estabeleceram novas definições e recomendações a respeito das disfunções sexuais femininas. A recomendação tem sido o uso de um novo sistema de diagnóstico e classificação da disfunção sexual feminina, com base tanto na fisiopatologia fisiológica como psicológica, e a utilização de um critério de estresse pessoal para a maioria das categorias diagnósticas. Como principais categorias diagnósticas foram assim estabelecidas: distúrbio do desejo sexual hipotivo, transtorno de excitação sexual feminina, perturbação do orgasmo e transtorno sexual doloroso (BASSON et al., 2004).

O distúrbio do desejo sexual hipotativo é caracterizado pela diminuição ou ausência de interesse/motivação sexual. Tal fato evidencia-se quando as motivações (reações e incentivos sexuais) são escassas ou ausentes no ato sexual. A nova classificação para o transtorno de excitação sexual feminina considerou, além da lubrificação vaginal, a experiência sexual subjetiva da mulher, como sendo modificadores do ciclo de resposta sexual (BASSON et al., 2004).

Para o transtorno sexual doloroso sugeriu-se uma nova categoria diagnóstica que seria dor genital não relacionada ao coito, visto que pela APA (2002) há os transtornos dispareunia e vaginismo relacionados à dor no intercurso sexual. No que se refere à perturbação do orgasmo não houve modificação quanto à classificação existente que é o atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual (APA, 2002; BASSON et al., 2000; BASSON et al., 2004).

Outras alterações relacionadas à sexualidade no período gestacional são as modificações frente ao desejo sexual, à excitação sexual e lubrificação, ao orgasmo, à satisfação sexual e à dispareunia.

A diminuição do desejo sexual no transcorrer da gestação é verificada por diversos estudos (BARTELLAS et al., 2000; BROWN; McDANIEL, 2008; LEITE et al., 2009; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; MOREIRA JUNIOR et al., 2005;). Estudo realizado com 360 gestantes tailandesas saudáveis mostrou que a diminuição do desejo foi relatada por 68% no primeiro trimestre gestacional, 78%, no segundo e 83%, no terceiro (SENKUMWONG et al., 2006). Em outra investigação realizada na Turquia com 238 gestantes, 55,9% referiram declínio no desejo sexual (ERYILMAZ; EGE; ZINCIR, 2004).

Por outro lado, pesquisa realizada por Jamali e Mosalanejad (2013) constatou que houve aumento do desejo sexual com o avanço da gravidez com diferença estatística significativa entre os três trimestres.

Nota-se que o desejo sexual antes e depois da gestação pode não sofrer alteração, como é referenciado no estudo de Bartellas et al. (2000), em que 29% das 141 gestantes não observaram mudanças no domínio desejo sexual. A minoria (14%) das entrevistadas do mesmo trabalho informou ter tido aumento do desejo sexual no período gestacional.

No geral, a literatura mostra que a excitação, assim como o desejo sexual, pode variar durante a gravidez. No quesito excitação sexual e lubrificação, a literatura caracteriza como disfunção a ausência ou a redução da excitação, da sensação de prazer ou diminuição da lubrificação vaginal frente a qualquer tipo de estímulo (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Estudo realizado por Gokyildiz e Beji (2005) constatou que as gestantes ao longo dos três trimestres apresentaram menor estímulo sexual e menor frequência nas atividades sexuais se comparadas ao período pré-concepcional. Os autores referem ainda que em relação à lubrificação a maioria das gestantes não vivenciou a secreta vaginal, sendo 74% no primeiro trimestre, 76% no segundo e 80% no terceiro.

Por outro lado, de acordo com a pesquisa realizada por Erol et al. (2007), 56% (329) das participantes informaram secreta vaginal. E, ainda, referiram que tal alteração mostrou-se acentuada no último trimestre, visto que 69,2% (253) das inqueridas experimentaram dificuldades com a lubrificação vaginal.

Em relação às alterações ocorridas na gestação, a respeito do orgasmo, verifica-se que é outra fase do ciclo de resposta sexual que parece sofrer declínio com o avançar da gestação para alguns grupos de mulheres (ASLAN et al., 2005; LEITE et al., 2009; PAULETA; PEREIRA; GRAÇA, 2010).

A disfunção orgásmica é verificada quando há desde uma diminuição de intensidade do orgasmo até sua ausência, desde que haja um estímulo adequado (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Investigação realizada por Gokyildiz e Beji (2005) referiu que, ao longo do desenvolvimento fetal, as gestantes são cada vez mais incapazes de atingir o orgasmo se comparado com o período pré-concepcional.

Outra pesquisa realizada no Irã indicou que 11,3% (29) das grávidas não atingiram o orgasmo durante o período gestacional. E, ainda, constatou que com o avançar da idade gestacional ocorreu a diminuição do orgasmo nas gestantes (JAMALI; MOSALANEJAD, 2013).

A satisfação sexual durante a gravidez está fortemente associada ao aumento do vínculo emocional do casal, bem como quanto à confiança das mulheres grávidas a sua autoestima. A mulher que, durante a gestação, se sente atraída pelo parceiro, mesmo percebendo suas mudanças físicas, possui uma tendência de aumento da própria autoestima, isso gera um efeito positivo sobre a atividade sexual do casal (LEITE et al., 2009).

Outros trabalhos demonstram que há uma redução da satisfação sexual no decorrer da gestação (BARBOSA et al., 2011; BARTELLAS et al., 2000; JAMALI; MOSALANEJAD, 2013). Barbosa et al. (2011) observaram que 87,1% das gestantes inqueridas referiram notas de sete a dez, numa escala de zero a dez, para a satisfação sexual no período pré-gravídico. Entretanto, quanto à satisfação sexual durante a gravidez, notou-se que apenas 39,8% das participantes referiram notas de sete a dez para esse domínio.

Estudo que avaliou a satisfação sexual entre gestantes saudáveis e gestantes com Diabetes Mellitus não evidenciou diferença estatisticamente significativa para o domínio satisfação sexual (Ribeiro et al., 2011).

Destaca-se que, mesmo com algum comprometimento nas fases do ciclo de resposta sexual feminina, a mulher pode sentir-se sexualmente satisfeita. Em trabalho realizado por Naldoni et al. (2011), 76% das gestantes apresentavam comprometimento da função sexual no terceiro trimestre, no entanto estas relataram que se sentiam satisfeitas quanto à intimidade emocional com o parceiro, com o relacionamento e com a vida sexual de maneira geral.

Em relação à dispareunia, dor genital ou pélvica profunda sentida durante o ato sexual, esta pode ser causada por questões orgânicas como vulvovaginite, bartholite, vestibulite vulvar, cistite intersticial, sequelas de partos transpélvicos traumáticos, endometriose, hipostrogênio, doenças dermatológicas e doenças sexualmente transmissíveis (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; ROSA; BARROS; SOARES, 2007).

No tocante à gestação, a dispareunia pode estar associada a infecções genitais, dor vulvar (KENNEDY; TURCEA; BRADLEY, 2009), posição inadequada (SHOJAA; JOUYBARI; SANAGOO, 2009) e contrações ou cólicas após a atividade sexual (KHAMIS et al., 2007; TRUTNOVSKY et al., 2006).

Uma pesquisa de meta análise evidenciou que 22% a 50% das gestantes reportam dor no intercursos sexual (VON SYDOW, 1999). Outras investigações referem que a dispareunia aumentou com a evolução da gestação (ASLAN et al., 2005; GÖKYILDIZ; BEJI, 2005).

Nota-se que são diversos os problemas sexuais que as mulheres podem enfrentar no decorrer da gestação e que a adaptação das mesmas a essa fase transitória faz-se necessária. Diante disso, os profissionais da saúde devem refletir acerca da assistência ofertada a essas gestantes no que se refere à sexualidade, a fim de que o atendimento seja qualificado, integral e holístico. A reflexão sobre tal temática se faz necessária principalmente porque a sexualidade é um tema permeado por tabus, mitos e crenças que muitas vezes não são discutidos no espaço familiar e/ou educacional.

6 METODOLOGIA

Descrevem-se neste capítulo os procedimentos metodológicos para o alcance dos objetivos propostos.

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e analítico, com abordagem metodológica quantitativa.

A pesquisa descritiva tem por objetivo caracterizar, observar e documentar uma determinada situação; ainda, permite identificar diferentes formas sobre um fenômeno, sua ordenação e classificação (POLIT; BECK, 2011). Estudos descritivos são fundamentais quando pouco se sabe sobre um determinado assunto se é conhecido.

O modelo de corte transversal abrange a coleta de dados em um determinado ponto do tempo. Esse tipo de estudo compreende a oferta de informações acerca do fenômeno ou sua relação com outros, observados num mesmo momento histórico e captados em uma única oportunidade. Essa modalidade de estudo permite a investigação de “causa” e “efeito” de forma simultânea num mesmo momento histórico, além de verificar a associação existente entre a exposição e a doença (POLIT; BECK, 2011; ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

A pesquisa com abordagem metodológica quantitativa apresenta estratégias que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações precisas e interpretáveis. Pode-se dizer que o delineamento quantitativo busca a explicação dos fenômenos em um estudo e o efetiva por meio da quantificação de opiniões, de dados e de informações, por meio de recursos e de técnicas estatísticas desde a mais simples até as mais complexas (POLIT; BECK, 2011).

6.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Alfenas-MG, com gestantes atendidas na Rede de Atenção Primária à Saúde. Essa cidade localiza-se na região Sul do estado de Minas Gerais entre os vales dos Rios Sapucaí, Machado e Verde. Trata-se de uma microrregião do estado Mineiro que possui um núcleo urbano de relevância, com economia voltada para a agricultura e pecuária. Dentre a diversidade do cultivo da cana-de-açúcar, milho e outros, destaca-se a produção de café como principal produto da economia para exportação. A pecuária leiteira é considerada a atividade econômica mais antiga do município, além de ser bastante desenvolvida (IBGE, 2014a).

A população residente estimada pelo censo de 2010 para Alfenas foi de 73.774 habitantes (BRASIL, 2013b).

O Sistema de Redes da Atenção Primária de Alfenas é composto por 23 Unidades da Rede de Atenção Primária, sendo 13 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e seis (6) Unidades Básicas de Saúde. Verifica-se que todas as Estratégias de Saúde da Família e ambulatorios municipais funcionam como porta de entrada para as gestantes. Entretanto o atendimento dessas gestantes não ocorre exclusivamente por médico obstetra. As unidades de saúde que não dispõem do especialista possuem médico generalista para atendimento dessas mulheres e, havendo a necessidade de acompanhamento obstétrico, as gestantes são encaminhadas para os serviços que possuem atendimento de pré-natal agendado com médico obstetra.

6.2.1 Seleção dos serviços de saúde

Para a seleção das Unidades de Atenção Primária no município de Alfenas-MG, foram estabelecidos os seguintes critérios: serem geridas pela Secretaria Municipal de Saúde e possuírem atendimento médico obstétrico agendado em dias definidos da semana. Assim, foram selecionadas cinco Unidades que contemplaram tais características, sendo dois ambulatorios e três ESFs. A fim de garantir o sigilo das unidades de saúde pesquisadas, realizou-se a seguinte codificação; para as Unidades Básicas de Saúde, utilizou-se o codinome ambulatório acompanhados de algoritmo arábico, bem como as Estratégias de Saúde da Família foram codificadas por meio da sigla ESF seguidas por numeral.

O ambulatório 1 conta com um médico ginecologista/obstetra e uma secretária. Quanto ao atendimento referente ao pré-natal, as consultas ocorrem de segunda a sexta-feira

no horário vespertino. O agendamento é realizado pela própria gestante que é atendida por ordem de chegada.

A equipe do ambulatório 2 é composta por sete profissionais de enfermagem, sendo duas enfermeiras e cinco técnicas; há um dimensionamento dessa equipe entre os períodos matutino e vespertino. A equipe médica é composta por sete profissionais, sendo quatro clínicos gerais, um pediatra e dois ginecologistas. O atendimento de pré-natal ocorre nas quintas-feiras das 12 às 15 horas e, nas sextas-feiras das 10 às 12 horas; todas as consultas são agendadas e, as gestantes, atendidas por ordem de chegada.

As outras três Unidades de Saúde são Estratégias de Saúde da Família e cada uma conta com uma equipe composta por uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde, um clínico geral e um médico ginecologista/obstetra que atende as gestantes e puérperas. Em relação ao atendimento pré-natal, as consultas ocorrem em um dia da semana, sendo às segundas-feiras, na ESF 1, às terças-feiras, na ESF 2 e às quartas-feiras, na ESF 3, no horário das 7 à 11 horas. Todos os agendamentos de pré-natal são realizados previamente e o atendimento ocorre por ordem de chegada. Em caso de atendimento por demanda espontânea, todas são acolhidas pela equipe.

6.3 População e amostra

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres no período gestacional de risco habitual que realizam acompanhamento de pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, no âmbito Sistema Único de Saúde e que são geridas pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG. Essa população oscila entre 250 a 300 gestantes por ano. A partir desse dado, procedeu-se o cálculo amostral considerando 95% de confiança, 5% de significância e prevalência de 50%, totalizando 161 gestantes.

Tendo em vista o objetivo proposto e a necessidade de critérios na elegibilidade dos sujeitos em estudo, as participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir 18 anos ou mais; apresentar teste de gravidez positivo; ser alfabetizada e ter praticado atividade sexual no último mês. Como critério de exclusão: ter participado da coleta de dados anteriormente.

De acordo com esses critérios, realizou-se a seleção de uma amostra aleatória por meio do sorteio. Medronho (2003) refere que esse tipo de seleção amostral é caracterizado por

sorteios aleatórios condicionados aos estratos; neste estudo considerou-se o estrato cada Unidade de saúde. Dessa forma, foram selecionadas 80 gestantes no ambulatório 1; 29, no ambulatório 2; oito, na ESF 1; 24, na ESF 2 e 20, na ESF 3, totalizando a amostra final.

A logística do sorteio ocorreu da seguinte forma: a cada dia da coleta de dados, utilizavam-se os números dos prontuários das gestantes que seriam atendidas para a realização do sorteio. No entanto, inicialmente, verificavam-se os quesitos de elegibilidade definidos para este estudo e, em seguida, sorteava-se a metade dos prontuários.

6.4 Período de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

6.5 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento deste estudo, realizou-se um contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, esclareceu-se os objetivos do mesmo e solicitou-se a autorização (APÊNDICE A) para sua execução. Após o projeto de pesquisa ter sido apresentado a uma banca composta por integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, a autorização para o desenvolvimento da pesquisa foi concedida.

A fim de garantir os aspectos contidos na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), que diz respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), esse projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), sendo aprovado sob o parecer nº 389.958 (ANEXO C).

Quanto ao processo de refinamento do instrumento construído pela autora, os juízes participantes do mesmo foram informados sobre os objetivos, os procedimentos e a natureza do estudo. Após o aceite em participar desse processo, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

Para a utilização do instrumento Quociente Sexual – Versão Feminina, solicitou-se autorização da autora que o elaborou (ANEXO A).

Em cumprimento aos preceitos éticos, antes da coleta de dados, os sujeitos da pesquisa foram informados, em uma linguagem clara, sobre o objetivo do estudo e sobre os aspectos éticos que norteiam uma investigação científica, assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo. Todas as participantes do estudo concordaram em participar de forma voluntária e concederam sua autorização por meio do TCLE (APÊNDICE B); entregou-se uma cópia deste termo a cada gestante.

6.6 Instrumentos para a coleta de dados

Neste estudo, utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados, descritos a seguir.

6.6.1 Instrumento de Caracterização das participantes do estudo: dados sociodemográficos, anamnese obstétrica e função sexual

Trata-se de um questionário semiestruturado, desenvolvido pela pesquisadora especificamente para este estudo, com a finalidade de caracterizar a população a respeito do perfil sociodemográfico, as variáveis obstétricas e de função sexual que vão ao encontro do objeto de estudo.

O instrumento continha inicialmente 17 questões e foi submetido a um processo de refinamento com o intuito de aprimorar as características expressas no formulário e verificar se estavam em consonância com a temática do estudo.

Segundo Galdeano (2007), o processo de refinamento tem por objetivo verificar se seus itens possuem clareza, objetividade, abrangência e facilidade de compreensão e apresentação. Nesse refinamento, o instrumento em análise foi anexado a um formulário contendo questões relacionadas à sua facilidade de compreensão, à clareza e à apresentação, bem como sugestões para alterações nos itens (APÊNDICE D) e encaminhado a cinco juízes: dois pesquisadores na temática Saúde Materno-Infantil, dois com experiência em construção e

validação de instrumentos de pesquisas e outro pesquisador na temática Saúde da Mulher com ênfase em disfunção sexual.

Após a análise realizada pelos juízes, o instrumento sofreu as seguintes modificações: adequação da linguagem a fim de tornar a questão mais clara; correção de algumas estruturas como inclusão ou união de alguns itens de resposta; sugestões de novas questões referentes à temática em estudo. A maioria das sugestões foi acatada e as retificações realizadas no instrumento; a versão final foi composta por 22 questões (APÊNDICE C).

O instrumento final contempla as variáveis: idade; estado civil atual; se possui companheiro ou parceiro sexual; raça; crença religiosa; escolaridade; situação de trabalho atual; renda familiar mensal; quantidade de filhos; número de gestações; número de partos; números de abortos; tipo de gestação; idade gestacional; complicações em gestações anteriores; complicações na gestação atual; utilização de creme/lubrificador vaginal; quantitativo médio de relações sexuais na semana; consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro; mora junto com o companheiro; quantitativo de pessoas que moram junto; ocupação/trabalho do companheiro e presença de local privativo (APÊNDICE C).

O instrumento foi submetido a um teste-piloto antes do início da coleta de dados, no intuito de identificar a melhor forma de coletar e registrar os dados, verificar a compreensão dos sujeitos às questões, bem como identificar a necessidade de adequação do vocabulário. O teste piloto foi realizado na mesma população de estudo, com 10 gestantes, selecionadas aleatoriamente e descartadas da amostra final. Após a execução desse procedimento, constatou-se que não houve qualquer dificuldade dos sujeitos para responder aos itens, não sendo necessário realizar modificações nas questões.

6.6.2 Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

O instrumento Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (ANEXO B) foi desenvolvido no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) pertencente ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo elaborado e validado por Abdo (2006).

Trata-se de um instrumento de fácil manuseio e compreensão, e que avalia o desempenho e a satisfação sexual feminina de forma geral ou por domínios isoladamente. É composto por dez questões autoresponsivas que investigam cada fase do ciclo de resposta

sexual e outros aspectos da atividade sexual. Os domínios contemplados no QS-F são: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5); conforto na relação sexual (questões 6 e 7); orgasmo e satisfação na relação sexual (questões 9 e 10).

As perguntas oferecem alternativas numa escala que varia de 0 a 5; sendo 0 (nunca); 1 (raramente); 2 (às vezes); 3 (aproximadamente metade das vezes); 4 (a maioria das vezes) e 5 (sempre). O escore total obtido deve ser multiplicado por dois (2), resultando numa soma entre 0 a 100 pontos. A sétima questão deve ser analisada de forma reversa, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore dessa questão. A transformação deve ser feita por meio da seguinte fórmula: Questão 7_{reversa} (Q7_R) = 5 – Q7.

O escore final do QS-F deve ser calculado da seguinte forma:

1. Soma os escores das questões 1,2,3,4,5,6,8,9 e 10 + (5 – escore da questão 7);
2. Multiplicar o resultado dessa soma por 2: Escore final = 2 x (Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7_R, Q8, Q9, Q10).

A interpretação do escore total do QS-F, referente ao desempenho/satisfação sexual, deve ser realizada por meio da seguinte distribuição de pontos (mínimo de 0 e máximo de 100 pontos): 82 – 100 pontos (bom a excelente); 62 – 80 (regular a bom); 42 – 60 (desfavorável a regular); 22 – 40 (ruim a desfavorável); 0 – 20 (nulo a ruim).

Dessa maneira, quanto maiores os valores dos escores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 e do escore final, melhor o desempenho/satisfação sexual da mulher, entretanto escores individuais ≤ 2 indicam comprometimento naquele domínio.

Trata-se de um instrumento com excelente consistência interna, medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach com resultado de 0,981 para o escore final verificado em outra pesquisa. Além disso, foi utilizado nas seguintes populações: gestantes com e sem Diabetes mellitus (RIBEIRO et al., 2011); estudantes do sexo feminino de graduação em Enfermagem (FONSECA; BERESIN, 2008) e gestantes saudáveis no segundo trimestre (FERREIRA et al., 2012). Em todos os estudos o QS-F mostrou-se capaz de discriminar a ausência ou a presença da disfunção sexual feminina.

6.7 Procedimentos para a coleta de dados

Após a autorização e a aprovação dos órgãos competentes, no que se refere às questões éticas desta pesquisa, foi realizado um primeiro contato com a gerente da unidade do serviço de saúde especificada no item 6.2.1, para explicar sobre a investigação e informar sobre os dias da semana de atendimento do médico obstetra.

As visitas às Unidades de Saúde selecionadas ocorreram semanalmente e a abordagem à gestante foi realizada pela própria pesquisadora, sendo respeitados os critérios de elegibilidade das participantes. Após a adequação ao estudo, a autora explicava sobre o objetivo e a importância da pesquisa e solicitava a colaboração para sua realização. Em seguida, as gestantes eram conduzidas a uma sala reservada nas Unidades de Saúde e, após a assinatura do TCLE (APÊNDICE B), iniciavam-se algumas orientações sobre o preenchimento dos instrumentos.

Quanto aos formulários, o primeiro trata-se de um Instrumento de Caracterização das participantes do estudo (APÊNDICE C), sendo o preenchimento realizado por meio da entrevista; o outro é uma escala denominada Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (ABDO, 2006) (ANEXO B) na qual se utilizou a técnica de autopreenchimento pela gestante. A fim de respeitar a privacidade das mulheres ao responder o QS-F, o questionário era depositado em um envelope.

6.8 Análise dos dados

Neste estudo, os dados coletados foram tabulados e organizados em um banco de dados estruturado no Microsoft Excel[®], versão 2010. Em seguida, com o intuito de verificar a confiabilidade dos dados, realizou-se o procedimento de “dupla digitação” que consiste em digitar duas vezes os dados em planilhas diferentes no programa Excel[®] e utilizar um teste lógico para conferência como forma de validação. Posteriormente, os dados foram importados pelo Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, para análise estatística descritiva e analítica.

A fim de caracterizar as variáveis nominais e ordinais deste estudo, utilizou-se a frequência, expressa por porcentagem e por números absolutos. Além disso, para as variáveis ordinais, também foi apresentada a estatística descritiva por meio da média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximo e quartis.

A avaliação da confiabilidade do instrumento Quociente Sexual – Versão Feminina ocorreu por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, sendo que os itens do constructo devem ser altamente correlacionados uns aos outros. Na literatura, esse coeficiente é considerado satisfatório quando atinge um valor $\geq 0,7$, fato que indica confiabilidade, consistência interna e congruência entre os itens (FREITAS; RODRIGUES, 2005; PASQUALI et al., 2010).

O Teste de Shapiro-Wilk possibilita verificar por hipótese a distribuição dos dados, ou seja, se essa distribuição segue ou não uma normalidade. Após a realização desse teste, constatou-se a não-normalidade dos dados; assim, utilizou-se a metodologia não-paramétrica, como o coeficiente de correlação de Spearman para a análise da correlação entre os dados quantitativos, o Teste de Mann-Whitney para verificar a associação entre variáveis qualitativas e quantitativas, com descrição em dois grupos ou Kruskal-Wallis para múltiplos grupos seguido do teste de comparações múltiplas Student-Newman-Keuls. E, ainda, para a comparação de múltiplos grupos, usou-se o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância foi de 5% para todos os testes.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo totalizou 161 gestantes que foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão.

7.1 Análise descritiva

A seguir, os dados serão apresentados tendo por base os objetivos deste estudo; portanto primeiro se descreve o perfil socioeconômico e demográfico, a anamnese obstétrica e algumas questões relacionadas à função sexual, presentes no objetivo específico 1. Posteriormente, representam-se os dados referentes ao desempenho/satisfação sexual das gestantes e, por fim, identificam-se os domínios do QS-F, contemplando, assim, os objetivos específicos 2 e 3, respectivamente.

7.1.1 Caracterização socioeconômica e demográfica

As Tabelas 1 e 2 apresentam as características sociodemográficas e econômicas das gestantes deste estudo.

Conforme apresentado na Tabela 1, 50,9% (82) das participantes apresentaram idade compreendida no intervalo entre 18 a 25 anos, seguidas da faixa etária de 26 a 30 anos, que corresponde a 26,7% (43); a mediana para a idade foi de 25 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e, a máxima, de 43 anos (TABELA 2).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça, crença religiosa, escolaridade, ocupação, renda familiar e número de filhos. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).

(continua)

Variáveis	f	%
Faixa Etária (anos)		
18 – 25	82	50,9
26 – 30	43	26,7
31 – 35	26	16,1
36 – 43	10	6,2
Estado Civil		
Solteira	82	50,9
Casada	73	45,3
Separada/Divorciada	6	3,7
Raça		
Branca	65	40,4
Parda	68	42,2
Negra	28	17,4
Crença Religiosa		
Católica	94	58,4
Evangélica	61	37,9
Sem religião	4	2,5
Crer em Deus	2	1,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	37	23
Ensino Fundamental Completo	19	11,8
Ensino Médio Incompleto	33	20,5
Ensino Médio Completo	61	37,9
Superior Incompleto	5	3,1
Superior Completo	6	3,7
Ocupação		
Exerce atividade trabalhista	61	37,9
Do lar	56	34,8
Desempregada	31	19,3
Outras	13	8,1
Renda familiar mensal (salários mínimos)¹		
Até 1	28	17,4
Acima de 1 até 2	64	39,8
Acima de 2 até 3	41	25,5
Acima de 3	28	17,4

Tabela 1 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça, crença religiosa, escolaridade, ocupação, renda familiar mensal e número de filhos. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).

Variáveis	f	(conclusão)
		%
Número de filhos		
Nenhum	61	37,9
Um	50	31,1
Dois	36	22,4
Três ou mais	14	8,7

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem; ¹salário mínimo vigente em 2013(R\$ 678,00) e em 2014 (R\$ 724,00).

Tabela 2 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis idade e renda familiar mensal (contínuas). Alfenas – MG, 2014 (n = 161).

Estatística Descritiva	Variáveis	
	Idade (anos)	Renda familiar mensal (reais)
Média	25,98	1522,76
Desvio-padrão	5,84	887,79
Mínimo	18	500,00
Máximo	43	6000,00
1° Quartil (P25)	21	806,50
2° Quartil (Mediana)	25	1400,00
3° Quartil (P75)	30	2000,00

Fonte: Da autora.

É notório que os padrões reprodutivos vêm modificando-se ao longo dos anos. Alguns fatores que contribuem para isso são: a inserção da mulher no mercado de trabalho, na política, nas universidades, no empreendedorismo, nos movimentos feministas, entre outros (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009). De acordo com o censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2014b), a maioria (52,4%) das mulheres estavam em idade de trabalhar, sendo que 42,7% encontravam-se na categoria ocupadas, segundo dados do mesmo Instituto. Tais fatos favoreceram diversas mudanças de hábitos de vida para a mulher, dentre esses, uma gestação tardia. Os achados deste estudo retratam essas modificações, visto que 26,7% (43) das gestantes possuíam idade entre 26 a 30 anos.

De acordo com o IBGE, dos nascidos vivos em 2010, a idade das mães de maior prevalência foi compreendida na faixa etária de 20 a 24 anos (729.955) e de 25 a 29 anos (671.943) (IBGE, 2010). Além disso, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), a faixa etária considerada ideal para a reprodução feminina está entre 20 e 35 anos; assim, os

achados do presente estudo estão em consonância com ambos os levantamentos, visto que 77,6% (125) das gestantes possuem idade que varia entre 18 a 30 anos.

Achado em estudo realizado por Jamali e Mosalanejad (2013) no Ira sobre a disfunção sexual em mulheres grávidas, corrobora com os dados do presente estudo, ao observar uma amostra de 257 gestantes as quais apresentaram idade média de 26,45 anos, incluídas na faixa etária que variou de 21 a 30 anos. Estudo semelhante, pesquisado por Leite et al. (2009), ao investigar sobre a prevalência da disfunção sexual em gestantes, constatou uma média de idade de 25,7 anos.

Em relação ao estado civil, verificou-se que 50,9% (82) das entrevistadas são solteiras; seguidas de 45,3% (73) casadas e 3,7% (seis) correspondem à variável separada ou divorciada; ressalta-se que todas informaram possuir parceiro fixo no momento da entrevista. Consta-se que a maioria, 96,2% (155) das gestantes, possui um companheiro. Tal fato pode minimizar impactos relacionados às alterações decorrentes da gravidez, sejam essas fisiológicas, psíquicas ou sociais. Nesta perspectiva, a compreensão do companheiro ou do marido reflete diretamente no modo como a mulher vivencia sua gestação, em especial, no âmbito da sexualidade, uma vez que o entendimento e a comunicação entre os cônjuges devem ocorrer de forma transparente frente aos medos e dúvidas, bem como ser permanentes ao longo do período gestacional.

Outras investigações também referem o predomínio de gestantes casadas, com percentuais de 78,7% em estudo realizado em Fortaleza sobre a vivência da sexualidade na gestação (BARBOSA et al., 2011) e 73,4%, em estudo realizado em Lisboa para avaliar as mudanças nas percepções e atividades sexuais durante a gravidez e determinar disfunções sexuais nesse período (PAULETA; PEREIRA; GRAÇA, 2010).

No tocante à raça, constataram-se porcentagens semelhantes entre as participantes que se consideraram brancas e pardas com valores de 40,4% (65) e de 42,2% (68), respectivamente.

A globalização e a miscigenação, resultantes dos fluxos migratórios, dificultam as investigações sobre a influência da variável etnia nas questões do comportamento sexual. Entretanto, estudo realizado no Reino Unido, por Bradby e Williams (1999), sobre a relação entre origem étnica, vida sexual e infecções gênitó urinárias, concluiu que mulheres negras iniciam a atividade sexual mais cedo, apresentam um número mais elevado de gravidezes e de filhos. No que se refere às brancas, apresentam um número maior de parceiros sexuais e não regulares; tais fatos trazem por consequência uma sexualidade mais ocasional.

No que diz respeito à crença religiosa, prevaleceu a religião católica com 58,4% (94). Achados do estudo realizado por Ribeiro et al. (2011) corroboram esse dado quanto ao predomínio da religião católica nos grupos de gestantes inqueridas a respeito da função sexual, com percentuais de 62,8% para mulheres grávidas saudáveis e 56,8%, para portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional.

Segundo estudo realizado por Rodrigues (2003) há um hiato entre a orientação católica sobre sexualidade e a conduta sexual consciente das mulheres católicas modernas, de modo que estas sentem uma distância entre suas necessidades afetivas de realização pessoal no campo da sexualidade e as orientações da sua Igreja nesse aspecto, que limita tal realização. Assim, os preceitos morais do Catolicismo restringem de tal forma as experiências de amor e sexualidade que não têm cabido na vida prática das mulheres católicas que vivem no contexto cultural moderno. Tal fato as faz questionar e refletir por elas mesmas, e adaptam seus comportamentos sexuais às suas realidades.

Além do aspecto religioso associado ao comportamento sexual humano, Dalgarrondo (2006) aponta que outros mecanismos têm sido investigados e relacionados à religiosidade, os quais agiriam positivamente sobre a saúde mental dos indivíduos, de modo a produzir um conjunto de fenômenos distintos que ajam em sinergismo, sendo eles: o apoio social de crenças que propiciam sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo a comportamentos saudáveis e regras referentes ao estilo de vida propiciadores da saúde (relacionados à alimentação, ao comportamento sexual, dentre outros).

No que condiz ao nível de escolaridade, houve maior frequência de gestantes com escolaridade de nível médio completo, 37,9% (61); seguido por 20,5% (33), com nível médio incompleto (TABELA 1). O resultado do presente estudo assemelha-se ao de Barbosa et al. (2011), os quais verificaram predomínio de gestantes com nível de escolaridade entre 10 a 13 anos de estudo (70,4%) , compatível a uma formação de nível médio incompleta ou completa. Assim, como estudo realizado por Gokyildiz e Beji (2005) na Turquia, que é considerado um país desenvolvido, evidenciou-se que 40% das gestantes possuem apenas ensino fundamental e que 39,3% possuem ensino médio. Tal fato pode ser associado à questão religiosa desse país. Infere-se que a baixa escolaridade é um fator de risco obstétrico e que pode ser agravante para a saúde da mulher e do recém-nascido.

Ressalta-se que o nível de escolaridade possui íntima relação com a adesão à assistência pré-natal, bem como o entendimento da mulher sobre os assuntos abordados nas consultas e/ou nos grupos de gestante (BRASIL, 2004a). Além disso, o Ministério da Saúde

(2004a) refere uma relação entre o grau de escolaridade da mãe e o número de consultas de pré-natal.

No que se refere à ocupação, 37,9% (61) das entrevistadas exercem atividade trabalhista; 34,8% (56) são donas de casa; 19,3% (31) referiram estar desempregadas e 8,1% (13) realizam outras atividades (costureira, estudante, autônoma, produtora rural, cabelereira e cuidadora de crianças). Achados não diferentes são descritos por Martins et al. (2007), em pesquisa realizada em Lisboa, Portugal, para avaliar a repercussão da gravidez sobre a atividade sexual, no qual constataram que 78,8% das inqueridas exerciam atividade trabalhista no período gestacional.

A ocupação favorece ao indivíduo uma remuneração, fato que para uma mulher grávida é relevante, pois a chegada do filho acarretará despesas financeiras. Desse modo, a presença de um salário mensal pode diminuir as inquietações e o estresse referentes a tais gastos, o que favorece maior tranquilidade e poderá refletir num envolvimento sexual com seu parceiro com maior prazer e satisfação.

A fim de caracterizar a variável renda familiar mensal, nos intervalos estabelecidos neste estudo, considerou-se o valor de salário vigente a partir de 1º de janeiro de 2013, o qual estava estabelecido em valor igual a R\$ 724,00, de acordo com o Decreto nº 7872, de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b) e, para a coleta de dados ocorrida em 2014, considerou-se o valor de R\$ 768,00 vigente a partir de 1º de janeiro de 2014 (BRASIL, 2013c).

No presente estudo, verificou-se que a maioria das gestantes possui renda familiar mensal compreendida entre as faixas acima de um salário mínimo e de até três salários mínimos 65,3% (105) (TABELA 1), com média de renda familiar mensal de 1.522,76, com mínimo de 500,00 reais e máximo de 6.000,00 (TABELA 2).

Os percentuais verificados nesta pesquisa corroboram com os descritos por Ribeiro et al. (2011) em investigação realizada em São Paulo, que visou comparar se as gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional apresentavam maior comprometimento da função sexual quando comparadas a gestantes saudáveis. Ambos os grupos apresentaram percentuais de 59% e 62,8%, respectivamente, para uma renda familiar mensal de um salário mínimo até três salários mínimos.

Quanto ao número de filhos, identificou-se que 37,9% (61) não possuem filhos, sendo que, destas, 80,32% (49) são primíparas; a diferença entre as que não possuem filhos e as primíparas deve-se ao fato de que algumas gestantes, 19,68% (12), informaram abortamentos anteriores, e 31,1% (50) relataram possuir apenas um filho (TABELA 1).

Os percentuais sobre o quantitativo de filhos desta pesquisa podem estar relacionados às políticas de controle da natalidade iniciadas com o advento da pílula anticoncepcional e de outras tecnologias hormonais de controle da fecundidade, bem como, com ações para o planejamento familiar e também com a própria participação da mulher no mercado de trabalho e em outros setores da sociedade. Tais fatos possibilitaram às mulheres a decidirem se desejam ter filhos, o quantitativo e em qual momento os terão.

De acordo com o IBGE (2010), o país apresentou quedas sucessivas e significativas da taxa de fecundidade, passando de 2,38 filhos em 2000 para 1,90 em 2010. Os achados deste estudo vão ao encontro dessa tendência.

7.1.2 Dados relacionados à anamnese obstétrica e à função sexual

As Tabelas 3 e 4 fazem descrições das variáveis segundo os aspectos obstétricos.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis idade gestacional, classificação quanto ao número de gestações, histórico de abortamento e tipo de gestação. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).

Variáveis	f	%
Idade gestacional (trimestre)		
1º trimestre	50	31,1
2º trimestre	59	36,6
3º trimestre	52	32,3
Classificação quanto ao número de gestações		
Primigesta	49	30,4
Multigesta	112	69,6
Histórico de abortamento		
Sim	42	26,1
Não	119	73,9
Tipo de gestação		
Única	102	63,4
Não soube informar	59	36,6

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem.

Tabela 4 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis número de gestações das multigestas e número de partos das múltiparas. Alfenas – MG, 2014.

Estatística Descritiva	Variáveis	
	Número de gestações das multigestas (n = 112)	Número de partos das múltiparas (n = 45)
Média	2,94	2,6
Desvio-padrão	1,31	1,15
Mínimo	2	2
Máximo	8	7
1º Quartil (P25)	2	2
2º Quartil (50 – Mediana)	3	2
3º Quartil (P75)	3	3

Fonte: Da autora.

Os resultados apontados na Tabela 3 mostram que houve uma distribuição homogênea entre os trimestres gestacionais no que diz respeito ao número de gestantes. Os achados da pesquisa realizada por Savall, Mendes e Cardoso (2008) apresentam uma distribuição mais homogênea entre o segundo (40%) e terceiro (42,5%) trimestre, e referem que houve um declínio na atividade sexual durante a gestação, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre gestacional.

A Tabela 3 evidencia a prevalência das participantes multigestas com 69,6% (112). De acordo com a estatística descritiva, as multigestas apresentaram um valor máximo de oito gestações e mediana de três, com uma variação de dois a sete, no que se refere ao número de partos anteriores (TABELA 4). Diante de uma amostra com a maioria de participantes multigestas, infere-se que as preocupações destas em relação aos ajustes sexuais são inferiores às primigestas, visto que aquelas já vivenciaram o processo de gestar anteriormente.

Diversos são os modificadores de comportamento sexual nos casais primíparas. Dentre estes se tem o sentimento de culpa (como se fosse errado ter desejos e pensamentos eróticos); o aumento da sensibilidade e da prática do ato sexual; o desconhecimento sobre a prática sexual neste período; mudanças do corpo feminino ao longo da gestação, dentre outros. Todas essas questões fazem com que esse casal minimize sua prática sexual ou mesmo se abstenha desse ato durante a gravidez (HERNANDEZ; HUTZ, 2008; MAGAGNIN, 2003).

A maioria das participantes não tiveram histórico de abortamento e, dentre as que tiveram, 26,1% (42) referiram um ou mais abortamentos (TABELA 3). Na literatura, o abortamento é a morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação, que pode ser precoce quando ocorre antes da 13ª semana de gestação ou tardio quando entre a 13ª e a 22ª semana de gestação (BRASIL, 2012a; FABBRO; MONTONE, 2013). Dentre as diversas causas do aborto espontâneo, tem-se: as anomalias cromossômicas no primeiro trimestre (BOUE; BOU;

LAZAR, 1975), alterações anatômicas e um colo uterino predisposto ao aborto e parto prematuro (FABBRO; MONTONE, 2013; HARGER et al., 1983).

A literatura aponta que mudança nos padrões hormonais, baixa produção de progesterona e alterações imunológicas também são citadas como responsáveis pelo aborto espontâneo (CAETANO, M. R. et al, 2006; HARGER et al., 1983). Nota-se uma escassez de pesquisa em relação ao comportamento sexual e ao abortamento, bem como o impacto de um histórico de abortamento nas próximas gestações associado à atividade sexual.

A Tabela 5 apresenta informações relacionadas à variável “complicações em gestações anteriores”.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis presença e complicações em gestações anteriores. Alfenas – MG, 2014 (n = 112).

Variáveis	f	%
Presença de Complicações em Gestações Anteriores		
Sim	23	20,50
Não	89	79,50
Complicações em Gestações Anteriores*		
Aborto	3	13,04
Infecção urinária	3	13,04
Hipertensão arterial na gestação	3	13,04
Parto Prematuro	3	13,04
Pré-eclâmpsia	2	8,70
Óbito fetal/natimorto	2	8,70
Oligoidrâmnio	1	4,34
Gestação ectópica	1	4,34
Trombocitopenia	1	4,34
Deslocamento prematuro da placenta	1	4,34
Placenta prévia	1	4,34
Anemia	1	4,34
DST	1	4,34

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem. *Apenas as gestantes que apresentaram complicações em gestações anteriores.

De acordo com os resultados da Tabela 5, apenas 20,5% (23) das gestantes informaram a presença de complicações em gestações anteriores. As complicações com maior frequência foram aborto, infecção urinária, hipertensão arterial na gestação e parto prematuro.

Achados do estudo de Spindola, Penna e Progianti (2006) corroboram com os dados dessa investigação, sendo que 16% das gestantes referiram complicações em gestações anteriores. Os autores constataram, ainda, que, entre essas inqueridas, 63% indicaram a hipertensão arterial como uma complicação.

A síndrome hipertensiva da gravidez é uma das complicações clínicas mais comuns no período gestacional, e é a principal causa de morbimortalidades materna e perinatal, cerca de 7 a 10% das gestações podem sofrer complicações devido à hipertensão arterial (FEBRASGO, 2011). Dentre os distúrbios hipertensivos na gestação, tem-se: a pré-eclâmpsia, a hipertensão arterial crônica, a hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia e a hipertensão arterial transitória, cada uma com suas especificidades. Vale destacar que alguns fatores de risco para a pré-eclâmpsia como: primiparidade, idade materna maior que 35 anos e aborto prévio estão presentes em parte das inqueridas deste estudo (FABBRO; MONTONE, 2013). Apesar de essas gestantes não apresentarem hipertensão no momento da entrevista, faz-se necessário o acompanhamento minucioso para essa população.

Investigação realizada por Khamis et al. (2007) a qual abordou as percepções e crenças entre gestantes frente às relações sexuais durante a gravidez constatou que 43,7% consideram que a atividade sexual durante o período gestacional poderia causar problemas, como trabalho de parto prematuro, danos ao bebê e sangramento.

Entretanto, a literatura não suporta uma associação entre a relação sexual e o aumento do risco de parto prematuro. Yost et al. (2006), ao investigarem a atividade sexual entre as mulheres que tiveram parto prematuro, não constataram diferença significativa entre as que praticavam o ato sexual e as que não o praticavam, concluindo não haver razões suficientes para sugerir abstenções de relações sexuais, a fim de evitar essa ocorrência.

A Tabela 6 descreve a presença de complicações na gestação atual.

Neste estudo, 12,4% (20) das entrevistadas informaram possuir alguma complicação na gestação atual, sendo a dor e o sangramento as que apresentaram maior frequência, 26,09% (seis) (TABELA 6). Algumas complicações no período gestacional são próprias dessa fase, entretanto o nível acentuado da dor e o sangramento são fatores que trazem desconforto e preocupação para a prática da atividade sexual. Investigação realizada por Gouveia e Lopes (2004) apontou que dos diagnósticos de enfermagem, entre as gestantes, 50% ou mais foram relacionados à dor, a padrões de sexualidade alterados e ao medo, entre outros diagnósticos.

Tabela 6 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis presença e complicações na gestação atual. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).

Variáveis	f	%
Presença de Complicações na Gestação Atual		
Sim	20	12,40
Não	141	87,60
Complicações na Gestação Atual*		
Dor	6	26,09
Sangramento	6	26,09
Vômito	3	13,04
Enjoo	2	8,70
Hipotensão arterial na gestação	1	4,35
Placenta prévia	1	4,35
Oligoidrâmnio	1	4,35
Polidrâmnio	1	4,35
Presença de cisto	1	4,35
Pirose	1	4,35

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem, *Apenas as gestantes que apresentaram complicação na gestação atual e houve mais de uma resposta por participante.

Achados de Fok, Chan e Yuen (2005), em estudo realizado com mulheres grávidas na China, corroboram com os resultados deste estudo no que se refere à presença de dor e de sangramento em 12% das gestantes inqueridas.

O sangramento vaginal é comum e potencialmente alarmante, principalmente no início da gravidez. Estudo realizado por Hasan et al. (2009) que verificou a associação entre o sangramento e o aborto em gestantes aponta que, dentre as entrevistadas, as que relataram sangramento intenso apresentaram um risco elevado de aborto no primeiro e no segundo trimestre gestacional. Por outro lado, para aquelas que tiveram episódio hemorrágico leve ou que não o apresentaram, o risco para aborto foi mínimo. Infere-se que, frente ao relato de sangramento pelas gestantes, o profissional enfermeiro deve atentar-se para os riscos de abortamento, de parto prematuro, de descolamento prematuro de placenta e de placenta prévia. Dentre as orientações primárias para as gestantes no caso de hemorragia indica-se o repouso no leito, orientação/encaminhamento para atendimento médico obstétrico e aconselhamento sobre abstinência sexual durante um determinado tempo (BRASIL, 2006).

A Tabela 7 apresenta a distribuição das variáveis que envolvem a função sexual.

Quando inqueridas sobre a frequência de relações sexuais semanais, prevaleceu a prática sexual de uma vez por semana com 42,2% (68). Do total de participantes do estudo, apenas 4,3% (sete) informaram ter feito uso de creme ou de lubrificante vaginal 30 dias antes da data da coleta; quatro referiram uso de creme vaginal para tratamento medicamentoso e três utilizaram lubrificante íntimo (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis frequência de relação sexual semanal e uso de creme/lubrificante vaginal. Alfenas – MG, 2014 (n = 161).

Variáveis	f	%
Frequência de relação sexual semanal		
Uma vez	68	42,20
Duas vezes	47	29,20
Três vezes	29	18,00
Quatro ou mais vezes	17	10,60
Uso de creme/lubrificante vaginal*		
Sim	7	4,30
Não	154	95,70

Fonte: Da autora.

Nota: * Trinta dias antes da data da coleta.

Estudos indicam que há uma diminuição da frequência do ato sexual ao longo dos trimestres gestacionais (ASLAN et al., 2005; BARTELLAS et al., 2000). DeJudicibus e McCabe (2002) constataram em uma investigação que a frequência da relação sexual entre os períodos pré-concepcional e gestacional sofreu uma redução de 75% no mês; enfatizou, ainda, que houve um maior declínio no terceiro trimestre. Por outro lado, pesquisa realizada por Camacho, Vargens e Progiant (2012) detectou gestantes que tiveram uma libido mais acentuada, fato que provocou a vontade de fazer sexo com mais frequência do que antes da gravidez. Destacou também, que o aumento de afetos e carícias por alguns companheiros durante a gestação permitiu que muitas mulheres afluíssem sua sexualidade e almejassem que seus parceiros permanecessem com tais gestos após o período gestacional.

Infer-se que a variação do ato sexual na gravidez pode aumentar ou diminuir e fatores relacionados às mudanças físicas, alterações hormonais, gravidez não desejada, violência física ou moral pelo companheiro, saúde mental da gestante, entre outros, podem dificultar o exercício da sexualidade na gestação.

Apesar de o percentual de participantes que utilizaram creme ou lubrificante vaginal (4,3%) (TABELA 7) ter sido irrisório, cabe ao profissional de saúde esclarecer a respeito das melhorias que o uso do lubrificante pode ofertar no ato sexual, possibilitando um coito mais confortável e prazeroso (STEWART; SPENCER, 2002).

As mulheres possuem uma variação da lubrificação vaginal que pode estar associada à idade, ao uso de anticoncepcionais e a fatores psicológicos e anatômicos (VERES; BURINGTON, 2004).

Poucos estudos têm abordado o uso e o interesse pelos lubrificantes íntimos entre as mulheres. Ademais, a escassez de pesquisas frente ao uso dos lubrificantes no contexto do

prazer sexual, da satisfação ou para o aprimoramento do ato sexual faz com que tanto os profissionais quanto os indivíduos tenham pouquíssimo conhecimento sobre os benefícios ou sobre os malefícios quanto ao uso de tal produto, no que se refere ao ato sexual (BASSON et al., 2010; HERBENICK et al, 2008).

As informações quanto as variáveis “número de pessoas que moram juntas” e “possuir local privativo para o relacionamento sexual” estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo às variáveis número de pessoas que moram juntas e possuir local privativo para o relacionamento sexual. Alfenas-MG, 2014 (n = 161).

Variáveis	f	%
Número de pessoas que moram juntas*		
Uma	43	26,70
Duas	48	29,80
Três	40	24,80
Quatro	19	11,80
Cinco ou mais	11	6,90
Possui local privativo para o relacionamento sexual		
Sim	154	95,70
Não	7	4,30

Fonte: Da autora.

Nota: *Exclui-se a participante do estudo.

No que se refere ao número de pessoas que moram juntas, verificou-se uma distribuição semelhante entre uma, 26,7% (43), duas, 29,8% (48) e três, 24,8% (40).

O quantitativo de pessoas que moram juntas neste estudo não considerou a gestante que estava sendo inquerida. De acordo com o IBGE (2010), família é o grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco que vivem numa unidade doméstica, e pode ser classificada em três tipos: unipessoal (quando é composta por uma pessoa apenas), de duas pessoas ou mais com parentesco e de duas pessoas ou mais sem parentesco entre elas.

A partir disso, nota-se que, no presente estudo, prevaleceu a constituição familiar de duas pessoas ou mais com parentesco (81,3%) (TABELA 8). Tais achados assemelham-se com o censo de 2010 realizado pelo IBGE o qual mostrou que a maioria das unidades domésticas (87,2%) são formadas por duas ou mais pessoas com laços de parentesco. Acrescenta-se que a média de pessoas que moram juntas foi de 2,55 (TABELA 9), dado que se aproxima do censo demográfico de 2010, o qual apontou que cada lar brasileiro tem 3,3 moradores em média.

A afirmação positiva quanto a possuir local privativo para o relacionamento sexual foi informada por 95,7% (154) (TABELA 8) das gestantes. Ao discorrer sobre o direito à

privacidade para a saúde sexual faz-se necessário abordar as discussões iniciais a respeito desse direito.

A discussão sobre direitos reprodutivos entrou na agenda internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) por meio de dois eventos importantes, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a Conferência Internacional de Viena, em 1995, em Pequim. A primeira abordou as questões de políticas populacionais para os direitos humanos, do bem-estar social e igualdade de gênero, além do planejamento familiar para as questões da saúde e de direitos sexuais e reprodutivos. A Conferência em Pequim reafirma as discussões de Cairo e define explicitamente a relação entre sexualidade e reprodução, assegurando que a mulher possui o direito de ter o controle sobre aspectos relativos à sexualidade, à saúde sexual e reprodutiva, incluída sua livre decisão quanto a esses quesitos e sem estar sujeita à correção, à discriminação ou à violência (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Ambos os documentos englobam uma gama de direitos que conformam o campo dos direitos sexuais e reprodutivos; dentre eles, tem-se: o direito à saúde, à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar; o direito de decidir o número de filhos e seu espaçamento; o direito ao consentimento e à igualdade no casamento; o direito à privacidade, entre outros (VENTURA, 2000). Infere-se que a maioria das gestantes inqueridas neste estudo informaram possuir privacidade em suas relações sexuais independentemente do quantitativo de pessoas que coabitavam na unidade doméstica.

A Tabela 9 apresenta a estatística descritiva das variáveis “frequência de relação sexual semanal” e “número de pessoas que moram juntas”.

Em relação à estatística descritiva da variável “frequência de relação sexual semanal”, verificou-se uma média de duas relações sexuais por semana, com mínimo de 1 e máximo de 7 (TABELA 9).

Neste estudo, em relação à ocupação/trabalho do companheiro, verificou-se que a maioria das gestantes informou que estes não ficam muitos dias longe delas, 94,4% (152). Entre as gestantes que referiram que os companheiros permanecem muitos dias longes delas, apenas 22,2% (dois) afirmaram que tal situação interfere no relacionamento sexual. De acordo com as investigadas tal fato ocorre devido à atividade trabalhista em outra cidade ou por diferença de turno no emprego.

Tabela 9 – Estatística descritiva das características das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as variáveis frequência de relação sexual semanal e número de pessoas que moram juntas. Alfenas – MG, 2014.

Estatística Descritiva	Variáveis	
	Frequência de relação sexual semanal	Número de pessoas que moram juntas
Média	2	2,55
Desvio-padrão	1,135	1,757
Mínimo	1	1
Máximo	7	17
1º Quartil (P25)	1	1
2º Quartil (50 – Mediana)	2	2
3º Quartil (P75)	3	3

Fonte: Da autora.

Pacheco, Costa e Figueiredo (2009) observaram em investigação que a diminuição da proximidade, conseqüentemente da comunicação e dos sentimentos amorosos é fator que conduz a uma diminuição da satisfação conjugal.

Sabe-se da relevância do apoio do companheiro neste período para a mulher, uma vez que lhe traz sentimento de segurança e de confiança. Ritter et al. (2000) apontam a qualidade do suporte do companheiro como fonte primordial de apoio para a grávida e para a puérpera. Estudo de Geller (2004) reforça que a gravidez, por ser um período de mudanças intensas, pode apresentar características de aversão como o estresse e o mal-estar, o que contribui para uma maior necessidade de apoio e de proximidade dos outros.

Ressalta-se que a assistência ofertada pelo profissional de saúde deve atender às necessidades do casal, em especial, no que se refere às dúvidas sobre o comportamento sexual na gravidez. Além disso, a abordagem desse tema no planejamento familiar é de suma importância, bem como a participação do companheiro nas atividades do pré-natal, uma vez que se acredita que tais iniciativas favorecerão um maior vínculo entre o casal grávido, o que poderá proporcionar um relacionamento sexual mais satisfatório.

A Figura 1 apresenta as classificações quanto à opinião das gestantes frente ao relacionamento sexual com o parceiro.

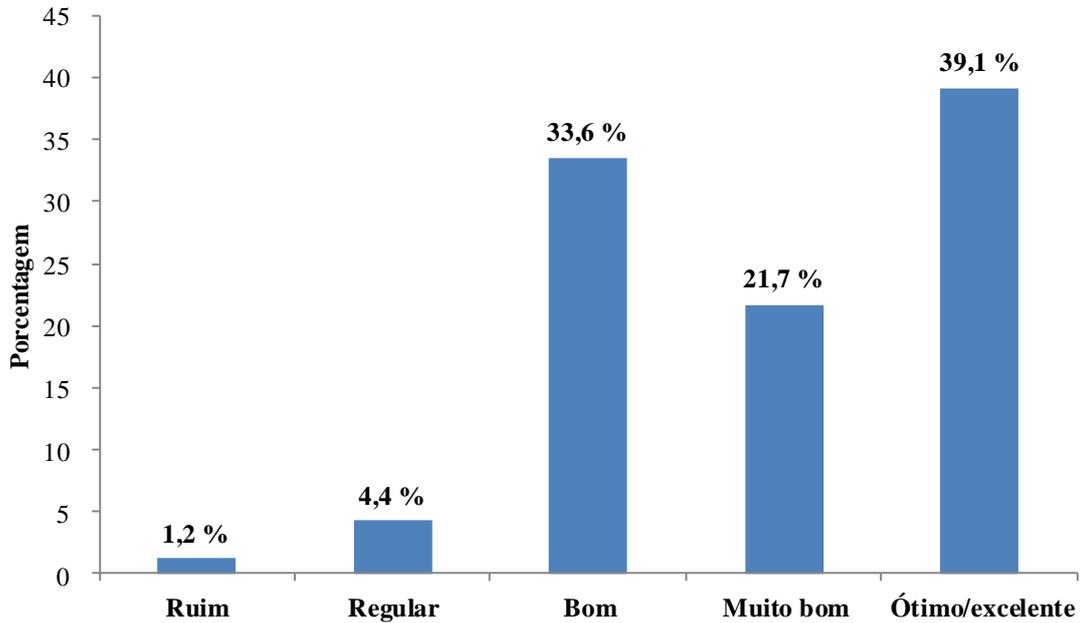


Figura 1 – Distribuição das gestantes quanto à opinião frente ao relacionamento sexual com o parceiro. Alfenas – MG (n=161).

Fonte: Da autora.

Conforme demonstrado na Figura 1, 60,8% (98), das gestantes consideraram possuir um relacionamento sexual com o parceiro Muito bom ou Ótimo/excelente. Entretanto, 39,2% (63) apresentaram respostas de “ruim” (1,2%)(dois), “regular” (4,4%)(sete) e “bom” (33,6%)(54) quanto a essa variável. Diante de tais resultados, infere-se que é necessário um envolvimento maior por parte dos profissionais da saúde para a promoção da saúde sexual no período do pré-natal.

A qualidade do relacionamento da gestante com o companheiro depende de circunstâncias diversas. A literatura considera vários fatores, dentre os quais se destacam: as grávidas que relatam maior satisfação conjugal são geralmente adultas; primíparas; planejaram a gravidez; têm vínculo estável com o companheiro e não estão deprimidas (FIGUEIREDO et al., 2006; O’HARA, 1997).

Estudo de Pacheco, Costa e Figueiredo (2009) que comparou a qualidade de relacionamento com o companheiro, entre grávidas adolescentes e adultas, obteve como resultado que as gestantes percebem uma elevada qualidade nos relacionamentos com os companheiros e não houve diferença estatística significativa entre as grávidas adultas e adolescentes. O estudo identificou, ainda, alguns preditores sociodemográficos (ser solteira, múltipara e ter escolaridade inferior a 9 anos de estudo) como passíveis de predizer estratégias

de relacionamento menos favoráveis. Tais achados corroboram o perfil das participantes deste estudo.

7.2 Avaliação da consistência interna do Quociente Sexual – Versão Feminina

A avaliação da consistência interna do instrumento QS-F é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 – Coeficiente Alfa de Cronbach da escala Quociente Sexual – Versão Feminina, aplicado em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas-MG, 2014 (n=161).

Instrumento	Itens	Coeficiente Alfa de Cronbach
Quociente Sexual – Versão Feminina	10	0,72

Fonte: Da autora.

O valor do coeficiente Alfa de Cronbach varia de zero a um, de modo que quanto maior for o valor atribuído ao mesmo maior será a consistência interna e a congruência entre os itens (ZANEI, 2006). Na literatura, não existe um consenso acerca da interpretação da confiabilidade obtida por esse coeficiente, entretanto valores Alfa de Cronbach maiores ou iguais a 0,70 são considerados satisfatórios, bem como resultados maiores que 0,60 também podem ser considerados aceitáveis para a avaliação dos constructos (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Neste estudo, o coeficiente Alfa de Cronbach apresentou valor de 0,72. Tal quantitativo indica uma consistência e congruência aceitável para os itens avaliados e demonstra correlação entre os mesmos. Esse fato o demonstra a qualidade e confiabilidade do instrumento utilizado.

Investigação realizada por Bedone (2013) que avaliou a resposta sexual, as disfunções sexuais e a qualidade de vida de mulheres obesas, apresentou um valor de coeficiente Alfa de Cronbach de 0,876 para o Quociente Sexual – Versão Feminina.

7.3 Avaliação do desempenho e satisfação sexual

As Tabelas 11 e 12 exibem a distribuição dos dados quanto ao desempenho/satisfação sexual por meio de cada questão presente no instrumento, bem como pelo escore total do QS-F, contemplando o objetivo específico 2. Ainda, a identificação dos domínios do QS-F é apresentada pela Tabela 12, formalizando o objetivo específico 3.

Tabela 11 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as questões do QS-F. Alfenas-MG, 2014 (n=161).

Questão	Respostas	f	(%) (contínua)
Q1 Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	(0) nunca	17	10,6
	(1) raramente	31	19,3
	(2) às vezes	65	40,4
	(3) aproximadamente 50% das vezes	24	14,9
	(4) a maioria das vezes	18	11,2
	(5) sempre	6	3,7
Q2 O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	(0) nunca	5	3,1
	(1) raramente	5	3,1
	(2) às vezes	37	23
	(3) aproximadamente 50% das vezes	14	8,7
	(4) a maioria das vezes	36	22,4
	(5) sempre	64	39,8
Q3 As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	(0) nunca	3	1,9
	(1) raramente	6	3,7
	(2) às vezes	23	14,3
	(3) aproximadamente 50% das vezes	7	4,3
	(4) a maioria das vezes	30	18,6
	(5) sempre	92	57,1
Q4 Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	(0) nunca	10	6,2
	(1) raramente	3	1,9
	(2) às vezes	27	16,8
	(3) aproximadamente 50% das vezes	9	5,6
	(4) a maioria das vezes	34	21,1
	(5) sempre	78	48,4
Q5 Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	(0) nunca	1	0,6
	(1) raramente	5	3,1
	(2) às vezes	12	7,5
	(3) aproximadamente 50% das vezes	6	3,7
	(4) a maioria das vezes	58	36,0
	(5) sempre	79	49,1

Tabela 11 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo as questões do QS-F. Alfenas-MG, 2014 (n=161).

Questão	Respostas	f	(concentração)
Q6 Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	(0) nunca	8	5,0
	(1) raramente	6	3,7
	(2) às vezes	19	11,8
	(3) aproximadamente 50% das vezes	7	4,3
	(4) a maioria das vezes	47	29,2
	(5) sempre	74	46
Q7 Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	(0) nunca	62	38,5
	(1) raramente	31	19,3
	(2) às vezes	40	24,8
	(3) aproximadamente 50% das vezes	8	5,0
	(4) a maioria das vezes	15	9,3
	(5) sempre	5	3,1
Q8 Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	(0) nunca	11	6,8
	(1) raramente	17	10,6
	(2) às vezes	42	26,1
	(3) aproximadamente 50% das vezes	17	10,6
	(4) a maioria das vezes	43	26,7
	(5) sempre	31	19,3
Q9 Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	(0) nunca	3	1,9
	(1) raramente	9	5,6
	(2) às vezes	30	18,6
	(3) aproximadamente 50% das vezes	15	9,3
	(4) a maioria das vezes	56	34,8
	(5) sempre	48	29,8
Q10 A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	(0) nunca	3	1,9
	(1) raramente	9	5,6
	(2) às vezes	26	16,1
	(3) aproximadamente 50% das vezes	10	6,2
	(4) a maioria das vezes	43	26,7
	(5) sempre	70	43,5

Fonte: Da autora.

A seguir, apresentam-se os resultados referentes à Tabela 11.

No que se refere à questão um, 40,4% (65) das gestantes responderam que “às vezes” costumam pensar espontaneamente em sexo, lembram de sexo ou se imaginam fazendo sexo. Entretanto, 29,9% (48) das inqueridas informaram que “nunca” ou “raramente” pensam, lembram ou se imaginam fazendo sexo. O fato que pode estar relacionado a este percentual é que culturalmente o homem é considerado um ser “sexualmente ativo”, “permanentemente desejoso de sexo”, enquanto a mulher normalmente precisa estabelecer vínculos amorosos para desenvolver um relacionamento prazeroso (HEILBORN, 2004).

De acordo com os resultados evidenciados, verifica-se que as questões Q2(“O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?”) e Q3 (“As preliminares a estimulam a continuar a relação sexual?”), obtiveram percentuais para o

escore 5 (sempre) de 39,8% (64) e 57,1% (92), respectivamente. De acordo com tais dados, nota-se que grande parte das gestantes entrevistadas possuía interesse por sexo e relataram que as preliminares, ou seja, o estímulo sexual por meio das carícias, beijos, abraços e afagos as estimulam a continuar a relação sexual.

Quanto à presença da lubrificação durante a relação sexual (Q4), 21,1% (34) e 48,4% (78) das gestantes informaram que “a maioria das vezes” e “sempre” sentem-se molhadas durante o ato sexual. A presença da lubrificação durante a relação sexual indica que a mulher está apresentando respostas positivas em uma das fases do ciclo de resposta sexual, possibilitando à mesma o desencadeamento de outras reações corporais e hormonais.

Em relação à questão Q5 (“Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?”), 36% (58) e 49,1% (79) das gestantes apresentaram como respostas de “a maioria das vezes” e “sempre”, respectivamente. Esse item está inserido no domínio do QS-F da excitação da mulher e sintonia com o parceiro. Diante disso, constata-se que a maioria das participantes deste estudo se sente mais estimulada para o sexo à medida que a excitação do seu parceiro aumenta.

Os dados referentes à questão Q6 indicam que 75,2% (121) das gestantes “a maioria das vezes” ou “sempre” relaxam a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis.

A questão Q7 (você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?) trata-se de uma questão reversa, logo quanto menor o valor de escore atribuído à mesma melhor será o indicativo de desempenho e satisfação sexual no constructo final em avaliação. Dessa forma, verificou-se que nessa questão 38,5% (62) indicaram que nunca sentiram dor durante a relação sexual; por outro lado, 24,8% (40) das inqueridas “às vezes” sentem dor durante a relação sexual.

De acordo com os dados referentes à questão Q8 (você consegue se envolver, sem se distrair, durante a relação sexual), notam-se percentuais semelhantes para as respostas “às vezes”, 26,1% (42), e “a maioria das vezes”, 26,7% (43). Além disso, um somatório considerável dos escores zero (nunca) e um (raramente), 17,4% (28) referem-se à presença de distração e de falta de envolvimento das gestantes durante a relação sexual. Tal fato pode estar associado à interferência de fatores ligados às preocupações, dúvidas, inquietações da mulher que vivencia a gestação.

O domínio orgasmo e satisfação sexual do Quociente Sexual - Versão Feminina contempla as questões Q9 (“Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza”) e Q10 (A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?). O somatório dos percentuais para as

respostas “a maioria das vezes” e “sempre” de cada questão Q9 e Q10 são 64,6% (104) e 70,2% (113), respectivamente. Tal fato demonstra que a maioria das gestantes referenciou satisfação e prazer sexual nas relações sexuais que realizaram.

A Tabela 12 descreve o escore final do QS-F.

Tabela 12 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, quanto ao escore final do QS-F. Alfenas – MG, 2014 (n=161).

Resultado	Escore final do QS-F	
	f	%
Bom a Excelente	49	30,4
Regular a Bom	76	47,2
Desfavorável a Regular	30	18,7
Ruim a Desfavorável	6	3,7

Fonte: Da autora.

Quanto ao desempenho sexual avaliado pelo QS-F, das 161 gestantes que responderam ao questionário, 77,6% (125) apresentaram desempenho sexual satisfatório: 30,4% (49) tiveram desempenho sexual de bom a excelente (QS-F de 82 a 100 pontos) e 47,2% (76) tiveram desempenho sexual de regular a bom (QS-F de 62 a 80 pontos). Para aquelas que apresentaram alguma alteração desfavorável no desempenho e na satisfação sexual, houve distribuição entre os escores do QS-F de 42-60 pontos que indicam resultado desfavorável a regular e de 22 a 40 pontos para ruim a desfavorável. Vale ressaltar que altos valores de escores representam um elevado desempenho e satisfação sexual.

Nota-se que a maioria das gestantes obteve um desempenho sexual satisfatório, entretanto 47,2% (76) dessas consideraram possuir um relacionamento de regular a bom. Diante de tal resultado, torna-se relevante destacar que o papel da enfermagem deve ser direcionado à oferta de ações educativas que estejam em consonância com a manutenção, com a prevenção e com a promoção da saúde sexual no período gestacional e no pós-parto, a fim de evitar as complicações que podem surgir ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Ao discutir a presença de alterações no desempenho sexual das gestantes, verifica-se que 22,4% (36) (soma dos resultados “desfavorável a regular” e “ruim a desfavorável”) das participantes possuem alguma dificuldade na relação sexual, seja relacionada aos aspectos propriamente ditos da sexualidade como: desejo e interesse sexual; às preliminares; à excitação e à sintonia com o parceiro; ao conforto na relação sexual e ao orgasmo e satisfação; ou a fatores externos que possam afetar direta ou indiretamente seu relacionamento sexual.

Assim, faz-se necessário desenvolver uma atenção qualificada que vise articular intervenções com intuito de minimizar as alterações sexuais presentes na gravidez. Para tanto, dentro de uma equipe multiprofissional, o enfermeiro é o ator que possui maior contato com os usuários, está presente em todas as etapas da gestação e pode favorecer uma melhor inserção da saúde sexual na prática assistencial.

A Tabela 13 representa a distribuição dos dados referentes a cada domínio do QS-F.

Tabela 13 – Distribuição das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde, quanto aos domínios do QS-F. Alfenas – MG, 2014 (n=161).

Domínios	escore \leq 2 (domínio prejudicado)		escore \geq 2 (domínio não-prejudicado)	
	f	%	f	%
Desejo e interesse sexual (Q1, Q2 e Q8)	1	0,6	160	99,4
Preliminares (Q3)	32	19,9	129	80,1
Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (Q4 e Q5)	4	2,5	157	97,5
Conforto na relação sexual (Q6 e Q7)	4	2,5	157	97,5
Orgasmo e satisfação sexual (Q9 e Q10)	6	3,7	155	96,3

Fonte: Da autora.

Verifica-se, por meio da Tabela 13, que a maioria das gestantes apresentaram escores maiores ou iguais a 2, correspondendo a domínios não prejudicados, entretanto vale ressaltar que o domínio “Preliminares” obteve uma frequência de escore menor ou igual a dois, 19,9% (32); logo, constata-se que essas gestantes demonstraram apresentar um baixo índice de estímulos sexuais realizados pelo companheiro antes do coito sexual. Estudo realizado por Ribeiro et al. (2011), apresenta resultados superiores aos achados desta investigação, uma vez que constatou que 27,9% e 29,5% das grávidas saudáveis e com Diabetes Mellitus, respectivamente, declararam que as preliminares não foram suficientes para estimulá-las a continuarem o intercuro sexual. Gokyildiz e Beji (2005) evidenciaram que a duração das preliminares diminuiu à medida que a gravidez avançava.

É relevante considerar a necessidade de investigar, ao longo das consultas de pré-natal, o histórico da vida sexual da gestante, o qual permitirá a identificação de comportamentos sexuais do casal. Nesse sentido, deve-se interrelacionar o comportamento sexual no período

pré-concepcional e concepcional, a fim de estabelecer estratégias que edifiquem um plano de saúde sexual para o casal.

Apesar da escassez de estudos referentes às preliminares no período gestacional, Masters e Johnson (1966) destacaram a importância das preliminares para um ciclo de resposta sexual satisfatório, pois a realização de um estímulo sexual adequado faz com que a mulher passe da fase de excitação para a de platô e, por consequência, atinja o orgasmo da maneira correta, proporcionando-lhe prazer e satisfação.

Ribeiro et al. (2011) evidenciaram que 23% das gestantes saudáveis referiram ter mais dificuldade de sintonia com o parceiro durante o intercuro sexual e que uma entre três participantes sentiu desconforto durante a atividade sexual devido à falta de relaxamento necessário para a penetração. Outro resultado do mesmo estudo aponta que o percentual de mulheres com dor durante o ato sexual foi ligeiramente maior no grupo saudável (23%) que no grupo de gestantes com Diabetes mellitus (18%). Tais achados divergem dos resultados desta investigação, visto que os domínios desejo e interesse sexual e o de conforto na relação sexual apresentaram percentuais de 0,6% (1) e 2,5% (4), respectivamente, para o comprometimento daqueles domínios.

Os achados do estudo de Lima, Dotto e Mamede (2013) que buscou estimar a prevalência das disfunções sexuais antes e durante a gravidez em primípara constataram que ocorreu um declínio no desejo sexual feminino na gravidez quando comparado ao período pré-gravídico, como também entre os trimestres gestacionais.

A literatura aponta que durante a gravidez, a mulher pode apresentar diminuição do desejo sexual e problemas relacionados ao orgasmo (FOUX, 2008; ASLAN, et al., 2008). Neste estudo, verifica-se estudo que a maioria das gestantes não indicaram prejuízo nos domínios desejo e interesse sexual e orgasmo e satisfação, ainda assim, é importante que os profissionais da saúde abordem a temática sexualidade no período gestacional com o intuito de desmistificar os tabus presentes nesse tema, bem como promover uma assistência integral à saúde da mulher que vivencia um período de muitas transformações, a gestação.

7.3.1 Análise da associação/correlação entre o desempenho/satisfação sexual e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e função sexual

Os resultados apresentados a seguir referem-se ao objetivo específico 4 de avaliar se existe associação/correlação entre os domínios do QS-F e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e sexual.

A Tabela 14 descreve a investigação da ocorrência de correlação entre o QS-F total, seus domínios e a idade, a renda familiar mensal, o número de filhos e a escolaridade.

Os resultados elucidados pela Tabela 14 demonstram que não houve correlação significativa entre as variáveis “idade” ($p=0,214$) e “número de filhos” ($p=0,187$) e o QS-F total, bem como para os seus domínios. Entretanto, em investigação realizada por Martins et al. (2007), que buscou determinar a repercussão da gravidez na atividade sexual e seus possíveis fatores condicionantes, verificou-se correlação estatisticamente significativa entre a alteração da sexualidade na gravidez e a idade da mulher, sendo que 58% das participantes na faixa etária de 16 a 44 anos referiram alteração sexual. Ressaltou-se ainda, que as mulheres mais velhas referiram mais frequentemente diminuição da atividade sexual.

Tabela 14 – Valores do Coeficiente de correlação (r) e valores de p para a correlação dos domínios do QS-F e do QS-F total para idade, renda familiar mensal, número de filhos e escolaridade. Alfenas-MG, 2014 (n= 161).

Variável	Desejo e interesse sexual	Preliminares	Excitação da mulher e sintonia com o parceiro	Conforto na relação sexual	Orgasmo e satisfação sexual	QS-F total
Idade						
r	-0,100	-0,116	-0,012	-0,056	-0,100	-0,099
P	0,208	0,142	0,884	0,478	0,209	0,214
Renda familiar mensal						
r	0,194	0,091	0,312	-0,072	0,096	0,175
P	0,014*	0,250	0,000**	0,364	0,227	0,027*
Número de filhos						
r	-0,100	-0,110	-0,015	-0,092	-0,047	-0,105
P	0,208	0,165	0,847	0,246	0,555	0,187
Escolaridade						
R	0,262	0,126	0,234	0,060	0,119	0,237
P	0,001**	0,111	0,003**	0,449	0,132	0,002**

Fonte: Da autora.

Nota: * diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$; ** diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,01$. Aplicação do coeficiente de correlação de Spearman e respectivo teste a 5%.

Em contrapartida, constatou-se correlação significativa direta e positiva entre a renda familiar mensal e os domínios desejo e interesse sexual ($r= 0,194$; $p=0,014$) e excitação da mulher e sintonia com o parceiro ($r=0,312$; $p=0,000$), assim como para o QS-F total ($r= 0,175$; $p=0,027$) (TABELA 14). A partir de tais achados, infere-se que, quanto maior a renda familiar da entrevistada, melhor foi o seu desempenho e satisfação sexual.

Ao contrário do presente estudo, pesquisa realizada por Lima, Dotto e Mamede (2013) constatou que não houve diferença significativa entre a disfunção sexual antes e durante a gravidez com a renda familiar. Por outro lado, Oriá, Alves e Silva (2004) investigaram, em Fortaleza, as repercussões da gravidez na sexualidade da mulher e o nível de satisfação sexual das gestantes, e verificaram que o nível econômico da gestante influencia em sua satisfação sexual. Identificaram também que as mulheres com menor renda familiar revelaram maiores preocupações com o que poderia acontecer durante e após a gravidez. Isso favoreceu para que as questões da sexualidade fossem deixadas em segundo plano.

Sabe-se que a chegada de um novo ser traz diversas modificações para o casal, desde os físicos para a mulher aos de interação social. Vale considerar que, ao discutir essa nova fase pelo aspecto econômico, a gestação implica um crescimento da família, logo se espera um aumento dos gastos que podem não estar computados no orçamento familiar. Tal situação poderá acarretar preocupações ao casal e principalmente à mulher e, por consequência, resultar em alterações no comportamento sexual desse casal.

Nota-se correlação extremamente significativa direta e positiva, entre a variável escolaridade e o QS-F total ($r=0,237$; $p=0,002$) (TABELA 14), bem como nos domínios desejo e interesse sexual ($r=0,262$; $p= 0,001$) e excitação da mulher e sintonia com o parceiro ($r= 0,234$; $p= 0,003$). Isso permite inferir que as gestantes que possuem mais anos de estudos apresentaram maior desejo e interesse sexual, maior sintonia com o parceiro e satisfação sexual.

O fato de a variável escolaridade estar associada ao melhor desempenho e satisfação sexual é congruente, visto que a educação em saúde inferida na escolaridade permeia a aquisição de conhecimentos mediadores de comportamentos de saúde. Assim, acredita-se que, quanto maior o nível instrucional do indivíduo, mais informações este procurará a respeito de dúvidas relacionadas à sua saúde e, em especial, no âmbito da sexualidade.

Investigação realizada por Queirós et al. (2011) que descreveu a experiência sexual feminina no terceiro trimestre de gravidez em portuguesas, evidenciou que as mulheres com melhor nível de escolaridade estavam mais bem esclarecidas e se sentiam mais confortáveis em falar sobre as questões da sexualidade com os profissionais de saúde.

Os resultados referentes à correlação existente entre as variáveis número de pessoas que moram juntas, número de gestação, número de parto, número de aborto, idade gestacional, frequência de relação sexual semanal e consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro e o QS-F total e seus domínios estão apresentados na Tabela 15.

Ao analisar a Tabela 15, evidenciou-se que as variáveis “Frequência da relação sexual semanal” ($r=0,229$; $p=0,003$) e “Consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro” ($r=0,405$; $p=0,000$) mostraram correlação significativa, direta e positiva com o QS-F. Infere-se que quanto maior o número de relação sexual semanal melhor foi o desempenho e satisfação sexual das gestantes.

Tabela 15 – Valores do Coeficiente de correlação (r) e valores de p para a correlação dos domínios do QS-F e do QS-F total para as variáveis número de pessoas que moram juntas, número de gestação, número de parto, número de aborto, idade gestacional, frequência da relação sexual semanal e consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro. Alfenas-MG, 2014 (n= 161).

Variável	Desejo e interesse sexual	Preliminares	Excitação da mulher e sintonia com o parceiro	Conforto na relação sexual	Orgasmo e satisfação sexual	QS-F total
Número de pessoas que moram juntas						
R	-0,099	-0,050	0,068	0,011	0,077	-0,019
P	0,210	0,529	0,393	0,891	0,330	0,812
Número de gestação						
R	-0,153	-0,067	0,044	-0,041	-0,039	-0,095
P	0,053	0,401	0,584	0,603	0,626	0,229
Número de parto						
R	-0,141	-0,113	-0,029	-0,072	-0,075	-0,125
P	0,075	0,154	0,711	0,362	0,345	0,115
Número de aborto						
R	0,018	0,073	0,159	0,107	0,128	0,108
P	0,818	0,360	0,044*	0,177	0,104	0,171
Idade gestacional						
R	0,057	-0,111	-0,034	-0,095	-0,001	0,005
P	0,476	0,159	0,673	0,233	0,993	0,950
Frequência da relação sexual semanal						
R	0,208	0,212	0,056	0,001	0,249	0,229
P	0,008**	0,007**	0,477	0,986	0,001**	0,003**
Consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro						
R	0,274	0,262	0,288	0,243	0,344	0,405
P	0,000**	0,001**	0,000**	0,002**	0,000**	0,000**

Fonte: Da autora.

Nota: * diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$; ** diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,01$. Aplicação do coeficiente de correlação de Spearman e respectivo teste a 5%.

Além disso, constata-se correlação significativa direta e positiva entre a variável “número de aborto” e o domínio “excitação da mulher e sintonia com o parceiro”, de modo que quanto maior foram os números de abortos mais excitação e sintonia com o parceiro as inqueridas teriam. Nota-se uma contradição entre o que se é esperado (quanto maior o abortamento menor seria a excitação e sintonia com o parceiro) e os resultados desta investigação. Sabe-se que a mulher quando engravida transforma-se e vivencia intensamente esse momento, o fato do abortamento espontâneo provoca um sentimento de tristeza, frustração, desanimo, incapacidade de procriar, entre outros sentimentos negativos, os quais demoram um tempo para cessar (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009).

A variável “Frequência da relação sexual semanal” apresentou correlação significativa tanto com o QS-F quanto com os domínios desejo e interesse sexual ($r= 0,208$; $p=0,008$); preliminares ($r=0,212$; $p=0,007$) e orgasmo e satisfação ($r=0,249$; $p=0,001$). Tais achados evidenciam que quanto maior a frequência de relações sexuais melhor poderá ter sido o desempenho e satisfação das gestantes, bem como apresentarem maiores índices de desejo, interesse sexual e orgasmo. Além disso, infere-se que nessa variável as carícias, beijos, abraços, afagos ou outros gestos que estimulem a relação sexual podem auxiliar as gestantes no aumento da atividade sexual.

Na literatura, a frequência das relações sexuais ao longo da gestação é bastante contraditória. De acordo com Queirós et al. (2011), 75% das gestantes referiram um decréscimo da atividade sexual desde o primeiro trimestre, e quanto à satisfação, 52% informaram sentir-se satisfeitas com a frequência das relações sexuais, 34% consideraram uma situação tolerável e 14% estavam insatisfeitas. Outra pesquisa identificou que a diminuição da frequência sexual acontece principalmente no primeiro trimestre gestacional e acrescenta que fatores como náuseas, vômitos e outros desconfortos próprios do primeiro trimestre podem provocar a falta de interesse sexual (ORÍÁ; ALVES; SILVA, 2004).

Diversos fatores estão associados à diminuição da atividade sexual da gestante no último trimestre e podem ser caracterizados pela significativa mudança em seu corpo. Algumas dessas mudanças estão relacionadas ao aumento do volume abdominal e de peso fetal – que causa falta de equilíbrio e alterações posturais compensatórias – fato que faz o organismo feminino utilizar músculos raramente usados antes da gravidez o que pode causar dor lombar. Além disso, a fadiga, a ansiedade e a medo natural sentidos devido à proximidade do trabalho de parto tendem a fazer a relação sexual pouco atraente para as mulheres grávidas (LEITE et al., 2009).

Martins et al. (2007) identificou que há correlação estatisticamente significativa entre a diminuição da atividade sexual durante a gravidez e com a escolaridade da mulher. Apontou, ainda, que as mulheres com maior nível instrucional obtiveram um percentual elevado e positivo para presença de alteração da vivência sexual. O presente estudo não apresentou estatística significativa para a associação entre a frequência da relação sexual e a escolaridade ($p=0,463$).

As variações referentes à frequência da atividade sexual evidenciadas pela literatura podem ser associadas com a disposição da gestante e do parceiro para a atividade sexual, seja para o aumento ou para a diminuição da relação sexual entre o casal. Desse modo, que se torna um ciclo; se há uma maior disposição do casal para a prática sexual, por consequência poderá haver uma maior frequência das relações sexuais; e, ainda, se tal prática sexual promover um índice de satisfação elevado para o casal, e principalmente para a mulher grávida, poderá trazer sentimentos de desejo e de satisfação que fará com que se inicie um novo ciclo.

Finalizando os dados da Tabela 15, em relação à variável “Consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro”, esta possui as seguintes respostas: (1) ruim; (2) regular; (3) bom; (4) muito bom e (5) ótimo/excelente. Assim, constata-se que quanto maior os valores atribuídos pelas participantes frente à variável explicitada anteriormente, melhor foram o desempenho e a satisfação.

Ao analisar a variável supracitada, nota-se a congruência entre satisfação das gestantes quanto ao relacionamento sexual com o parceiro e o desempenho e a satisfação sexual das mesmas, uma vez que quanto maiores forem os somatórios dos escores do QS-F, melhor será a satisfação delas, bem como, a sua opinião frente ao relacionamento sexual com o parceiro. Assim, infere-se que as gestantes se sentiram satisfeitas quanto ao desempenho sexual com o parceiro.

Investigação de Oriá, Alves e Silva (2004) identificou, por meio de uma escala numérica, que houve satisfação sexual da mulher durante a gestação, com percentuais de 28,57% em nível ótimo; 57,14%, em nível bom e 14%, em nível regular. E, ainda, que as grávidas consideraram uma melhora do relacionamento sexual com o parceiro, sentimentos de feminilidade aguçados e mais prazer no ato sexual no período gestacional. Verifica-se que tais achados corroboram com os do presente estudo.

Na assistência de enfermagem durante o pré-natal, é relevante abordar junto à mulher todas as orientações preconizadas pelo MS, e aprofundar a respeito da sexualidade. Alguns aspectos devem ser levantados como: realizar um histórico sobre o relacionamento sexual pré-

concepcional; abordar sobre a atividade sexual no momento atual da gestação; se há comunicação entre o casal sobre a vida sexual; quais são os incômodos no coito ou que possam estar relacionados à prática sexual e quais são suas dúvidas, mitos, crenças e tabus específicos da função sexual. Diante de tais questionamentos, cabe ao profissional da saúde identificar as intervenções necessárias em cada caso, de forma individual e holística, e orientar quanto à sua resolução.

A Tabela 16 resume os dados referentes ao desempenho e satisfação sexual e algumas variáveis.

Tabela 16 – Valores do rank médio de escores do QS-F total e os valores de p para a associação entre o desempenho e satisfação sexual e as variáveis tipo de gestação; classificação quanto ao número de gestação, número de parto e número de aborto; presença de complicações em gestações anteriores e atuais e presença de local privativo. Alfenas-MG, 2014 (n=161).

Variável	QS-F total
Tipo de gestação	
Única	80,20
Não sei	82,39
P	0,773
Classificação quanto ao número de gestação	
Primípara	79,18
Multípara	85,16
P	0,453
Classificação quanto ao número de partos	
Nulípara	85,93
Multípara	77,66
P	0,269
Número de abortos	
Um ou mais abortos	77,65
Não teve aborto	90,50
P	0,124
Presença de complicações em gestações anteriores	
Sim	61,37
Não	49,31
P	0,088
Presença de complicações em gestações atuais	
Sim	82,00
Não	80,86
P	0,918
Local privativo para o relacionamento sexual	
Sim	81,04
Não	80,07
P	0,957

Fonte: Da autora.

Nota: Aplicação do teste de Mann Whitney com 5%.

Os dados apresentados na Tabela 16 evidenciam a ausência de associações significativas entre as variáveis descritas e o QS-F total, visto que os valores de $P > 0,05$.

Assim, infere-se que não houve diferença estatística entre as médias de escores para as variáveis supracitadas em relação ao desempenho/satisfação sexual.

Quanto à variável “tipo de gestação”, constata-se que não houve relação entre as gestantes que no momento da entrevista ainda não sabiam do número de fetos que estavam gestando e aquelas que referiram gravidez de um único feto. Diante da resposta “não saber” o tipo de gestação, acredita-se que outras preocupações poderiam estar relacionadas à interferência no comportamento sexual. Infere-se que, entre a gestação única e a gemelar, a segunda é considerada uma gestação de risco considerável, fato que poderia trazer maiores preocupações entre as grávidas de gêmeos do que entre as de feto único, entretanto, nesta pesquisa, não houve tal perfil amostral para a análise dessa variável.

Os achados referentes às variáveis “classificação quanto ao número de gestações” e “quanto ao número de parto” demonstraram também não haver correlação significativa entre primíparas e multigestas, e entre nulíparas e múltiparas.

Ao analisar a variável “presença de complicações em gestação anterior”, nota-se que não houve correlação significativa com o resultado do QS-F. Um dos fatos para tal ocorrência pode dever-se à baixa frequência, 20,5% (23)(TABELA 5), de resposta positivas quanto à presença de alguma complicação em gestação anterior referida pelas inqueridas. Entretanto, dentre as respostas dessa variável, as de maior frequência foram o aborto, a infecção urinária, a hipertensão e o parto prematuro. No que tange à prática de atividade sexual na gravidez atual e que poderia trazer alguma preocupação às mulheres que tiveram algum problema em gestações anteriores, vale destacar o aborto e o parto prematuro.

Diversos estudos apontam que, dentre os motivos que levam a mulher a diminuir a atividade sexual no período gestacional, o aborto e o parto pré-termo são referenciados pelo fato de se sentirem preocupadas com o bem-estar fetal (BARTELLAS et al. 2000; ORUÇ et al., 1999; SERRANO, 2005).

Investigação realizada por Schaffir (2002), a qual buscou identificar a prevalência de crenças sobre a indução do trabalho de parto entre gestantes americanas, verificou que 73,6% das participantes acreditam que a atividade sexual pode ser um gatilho para o trabalho de parto prematuro. Em outro estudo, a mesma autora avaliou o intercuro sexual e a associação com o trabalho de parto, e não encontrou estatística significativa que apontasse relação entre a prática do coito e o trabalho de parto, o esvaecimento cervical e a aceleração do início do trabalho de parto (SCHAFFIR, 2006).

No que se refere à variável “Presença de complicações em gestações atuais”, não houve correlação significativa com o QS-F total. Tal achado pode ter interferência do baixo

quantitativo de respostas afirmativas a respeito da presença de complicações na gestação atual, bem como o perfil amostral ser de gestantes de risco habitual.

A maioria das participantes referiu possuir local privativo para o relacionamento sexual, 95,7% (154), entretanto essa variável não apresentou estatística significativa com a escala Quociente Sexual - Versão Feminina.

A seguir, a Tabela 17 apresenta os resultados do QS – F das gestantes, segundo as características relacionadas ao estado civil, raça, ocupação e trimestre gestacional.

Tabela 17 – Valores das médias dos ranks de escores do QS-F total e os valores de p para a associação do desempenho e satisfação sexual e as variáveis estado civil, raça, ocupação e trimestre gestacional. Alfenas-MG, 2014 (n=161).

Variável	QS-F total
Estado civil	
Solteira	78,92
Casada	83,95
Outros	73,58
P	0,738
Raça	
Branca	84,63
Parda	78,76
Negra	78,02
P	0,716
Ocupação	
Exerce atividade trabalhista	86,11
Do lar	78,63
Desempregada	74,32
Outras	83,19
P	0,672
Crença Religiosa	
Católica	81,37
Evangélica	81,78
Sem religião	62,75
Outra	76,50
P	0,884
Idade gestacional (trimestres)	
1º trimestre	79,52
2º trimestre	77,69
3º trimestre	86,18
P	0,609

Fonte: Da autora.

Nota: Aplicação do teste Kruskal-Wallis com 5%.

Verifica-se que não houve diferença estatística significativa entre as variáveis apresentadas na Tabela 17 e o constructo avaliado neste estudo.

Em relação às variáveis “estado civil” e “raça”, investigação de Martins et al. (2007) verificou ausência de relação estatisticamente significativa entre as alterações da vivência da sexualidade e o estado civil e etnia da mulher, achados que vão ao encontro deste estudo.

Ao investigar a associação dos trimestres gestacionais com o desempenho e a satisfação sexual, constatou-se ausência de significância entre tais variáveis. Entretanto, nota-se pelos valores das médias dos ranks de escore do QS-F (TABELA 17) que o terceiro trimestre apresentou valor significativo ($\mu = 86,18$) em relação aos outros trimestres gestacionais, fato que vai ao encontro de outras investigações que referem diferenças entre os trimestres gestacionais e a função sexual, principalmente no terceiro trimestre (ASLAN et al., 2005; JAMALI; MOSALANEJAD, 2013; LEITE et al., 2009). O estudo realizado por Aslan et al. (2005) que utilizou o questionário Female Sexual Function Index (FSFI) para avaliar as funções sexuais durante a gravidez constatou que todos os domínios (desejo; excitação; lubrificação; orgasmo; satisfação e dor) apresentaram diferenças significativas a cada trimestre gestacional, exceto entre o primeiro e segundo. Outra investigação informou que 23,4%, 30,5% e 46,2% das mulheres grávidas apresentaram disfunção sexual no primeiro, no segundo e no terceiro trimestre, respectivamente (JAMALI; MOSALANEJAD, 2013).

Achados de Erenel et al. (2011) que estudaram as modificações e as experiências que as mulheres turcas apresentavam a respeito da sexualidade durante a gravidez, constataram que houve diferença significativa entre os trimestres gestacionais e o fato de as mulheres terem relações sexuais, sendo que a frequência dessas relações sexuais diminuiu significativamente durante o último trimestre. Jamali e Mosalanejad (2013) apontaram uma relação estatística significativa entre os domínios da função sexual em todos os trimestres gestacionais ($p < 0,05$), sendo os três trimestres altamente correlacionados com o desejo sexual ($p = 0,001$); a excitação sexual ($p = 0,004$); a lubrificação ($p = 0,002$); o orgasmo ($p = 0,004$) e a satisfação sexual ($p = 0,004$).

Diante de diversos resultados, faz-se importante que, ao longo das consultas de pré-natal e/ou das visitas domiciliares, o Enfermeiro realize uma assistência voltada para as peculiaridades daquele período gestacional, sendo necessária a realização de uma abordagem mais detalhada a cada trimestre da gravidez a respeito da sexualidade junto ao casal. Dentre as diversas orientações a respeito de cada trimestre, no que se refere à sexualidade, têm-se as posições sexuais adotadas ao longo da gestação. Savall, Mendes e Cardoso (2008) encontraram uma correlação positiva entre trimestre gestacional e adoção de novas posições sexuais, pois conforme o evoluir da gestação, há a necessidade de explorar diferentes posicionamentos na busca pelo conforto durante a prática sexual.

A Tabela 18 apresenta a média dos ranks da variável “consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro” associada aos valores do QS-F.

Tabela 18 – Valores das médias dos ranks para a associação entre o QS-F e a variável consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas-MG, 2014 (n= 161).

Variável	Média dos Ranks
	QS-F
Consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro	
Ruim	11,5 ^a
Regular	33,9 ^a
Bom	64,5 ^a
Muito bom	86,2 ^b
Ótimo/excelente	99,6 ^b
p	0,000

Fonte: Da autora.

Nota: Médias de ranks seguidas pela mesma letra são estatisticamente iguais com o teste Student-Newman-Keuls para $P > 0,05$. Aplicação do teste de Kruskal-Wallis com 5%.

Constatou-se que há diferença significativa entre as múltiplas respostas da variável “consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro” ($p=0,000$). Diante de tal fato, realizou-se o teste de comparações múltiplas Student-Newman-Keuls a fim de identificar quais grupos seriam estatisticamente iguais ou diferentes entre si. Verifica-se pela Tabela 18 que as médias dos ranks para as respostas ruim (11,5), regular (33,9) e bom (64,5) são estatisticamente iguais e diferem das respostas muito bom (86,2) e ótimo/excelente (99,6).

Infere-se a subdivisão dessa amostragem em dois grupos: o primeiro composto pelas respostas ruim, regular e bom (denominado de Grupo 1), o qual necessitaria de uma assistência voltada para a identificação dos problemas que estão interferindo no comportamento sexual, bem como traçar soluções para os mesmos; e o outro grupo, as que responderam muito bom e ótimo/excelente (denominado de Grupo 2), do qual se deverá fortalecer o tema sexualidade, por meio da promoção da saúde sexual, parceria entre usuário e profissional e ações educativas sobre sexualidade, a fim de manter a satisfação e o desempenho sexual das mesmas ao longo da gravidez.

Diante de tal constatação e visto que as gestantes que compõem o Grupo 1 correspondem a um total de 39% (63) (FIGURA 1) da amostra, evidencia-se a necessidade de uma atenção maior por parte da equipe multiprofissional com relação à saúde sexual dessas mulheres.

A referência do Grupo 1 de não possuírem uma satisfação sexual a um nível elevado pode estar relacionada a diversos fatores. Dentre eles, tem-se: a paridade (a maioria delas já teve um ou mais filhos); a tripla e exaustiva jornada de trabalho, pois a sociedade incutiu no gênero feminino a responsabilidade de cuidar do marido, da casa e dos filhos, e ainda possuir um trabalho rentável; o período gestacional e as próprias questões do comportamento sexual do casal e suas convicções. Dentre outros fatores esses podem interferir direta ou indiretamente no desempenho e satisfação sexual do casal grávido.

Quanto ao Grupo 2 devem-se desenvolver ações educativas a respeito da temática sexualidade a fim de que as gestantes que referiram tais categorias (“muito bom” e “ótimo/excelente”) no momento da entrevista possam manter a satisfação sexual no decorrer dos próximos trimestres.

Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro, ao prestar assistência às gestantes, seja na Estratégia de Saúde da Família ou em Unidades de Atenção Básica, deve abordar tanto as mulheres quanto seus companheiros sobre a sexualidade, bem como utilizar instrumentos que verifiquem o desempenho da função sexual tanto da mulher quanto do homem. Tais instrumentos terão a finalidade de identificar os pontos positivos e negativos da resposta sexual humana; por consequência, o enfermeiro terá maior competência para assistir o casal grávido tanto em suas individualidades quanto no âmbito conjugal.

8 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo, conclui-se que a maioria das gestantes apresentou um desempenho e uma satisfação sexual satisfatórios no momento da entrevista, entretanto constatou-se não haver diferença significativa entre os trimestres gestacionais e o desempenho e satisfação sexual avaliada pelo QS-F, refutando-se a hipótese 1.

Com relação ao objetivo específico 1 (identificar o perfil das gestantes atendidas nas unidades de serviço da Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG) a maioria das gestantes apresentou idade entre 18 a 30 anos; são solteiras, pardas, católicas; possuem ensino médio completo; exercem atividade trabalhista, com renda entre um a dois salários mínimos e não possuem filhos. A análise descritiva, referente à anamnese obstétrica e à função sexual, identificou uma distribuição equitativa entre os trimestres gestacionais; que a maioria das participantes são multigestas; poucas relataram complicações em gestações anteriores e na atual; que possuem frequência de relação sexual entre uma a duas vezes por semana; que possuem local privativo e que consideram ter um relacionamento sexual com o parceiro entre “bom”, “muito bom” e “ótimo/excelente”.

Quanto ao objetivo específico 2 (mensurar o desempenho/satisfação sexual das gestantes), verificou-se que as gestantes apresentaram desempenho satisfatório em relação à atividade sexual com resultados de “bom a excelente” e “regular a bom”, apesar de uma pequena porcentagem enquadrar-se nas faixas “desfavorável a regular” e ruim a desfavorável”.

Referente ao objetivo específico 3 (identificar entre os domínios do QS-F qual é o de maior impacto para a disfunção sexual na gestação), constatou-se que o domínio “Preliminares” foi o de maior impacto para as gestantes desta investigação.

No que se refere ao objetivo específico 4 (verificar se há associação/correlação entre todas as variáveis e o QS-F), identificou-se correlação do QS-F e às seguintes variáveis sociodemográficas “renda familiar” e “escolaridade”; quanto as variáveis da anamnese obstétrica e função sexual, apresentaram correlação significativa “frequência da relação sexual semanal” e “consideração frente ao relacionamento sexual com o parceiro”. Frente a essa conclusão, a hipótese 2 foi parcialmente confirmada, uma vez que apenas algumas variáveis apresentaram correlação ou associação significativa quanto à satisfação e o desempenho sexual da mulher no período gestacional.

Diante dos resultados emanados, faz-se necessário que o profissional da saúde atue com consonância com ações e intervenções que visem à prevenção, à promoção e à reabilitação da saúde sexual no âmbito da gravidez. O Enfermeiro, por fazer parte do cotidiano do cuidado, deve estabelecer uma comunicação efetiva a respeito da sexualidade com seus usuários durante a assistência ofertada.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo avaliar a função sexual da mulher no período gestacional, com o intuito de obter subsídios para oferecer-lhe uma melhor assistência, considerando a gravidez como um período da vida da mulher em que fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e relacionados às crenças religiosas ou à preocupação com o bem-estar do feto podem contribuir de diferentes formas para a modificação do comportamento sexual. Assim, a sexualidade da mulher pode ser condicionada por múltiplos fatores, sendo difícil a sua avaliação na globalidade num único estudo. Para além da complexidade desta avaliação, juntam-se os problemas éticos e os constrangimentos inerentes a qualquer investigação dessa natureza.

A influência da gestação na sexualidade feminina é uma realidade na vida da mulher, sendo necessário, portanto, uma orientação direcionada para esse aspecto da vida da gestante durante a consulta pré-natal, o acompanhamento por meio da visita domiciliária e/ou reunião de grupos de gestantes. Todas essas ações tornam-se momentos importantes para que a mulher possa expor suas dúvidas e necessidades durante a interação que se estabelece entre o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, e sua clientela, buscando sempre a promoção da saúde física, mental e sexual daquela que acompanhamos. Além disso, deve-se atentar para a inserção do parceiro sexual em todos os momentos de abordagem à grávida.

Ressalta-se que somente com a implementação de um pré-natal efetivo que cumpra os objetivos e requisitos indispensáveis para o alcance da excelência, é que se poderá transpor mitos e tabus persistentes na sociedade referentes a questões relacionadas à sexualidade.

A literatura refere que, muitas vezes, as alterações ou disfunções sexuais não são percebidas pelas mulheres como algo que esteja associado a sua saúde, ou, quando conseguem perceber, sentem vergonha e receio de expor o problema e, portanto, não procuram ajuda profissional durante o pré-natal. Torna-se, portanto, oportuno e salutar que os profissionais estejam preparados e sensibilizados para acolher e para intervir nas questões relacionadas à função sexual na gravidez cuja dimensão se faz tão presente na vida das mulheres e na gestação em especial.

Diante deste estudo, é possível elencar como limitações o caráter transversal da investigação, o que delimita a avaliação de dados em um único momento; o funcionamento sexual feminino ser um constructo de difícil mensuração e a falta de um questionário confiável e específico para avaliar a função sexual das gestantes.

Acredita-se que o desenvolvimento de estudos longitudinais e prospectivos possa trazer uma contribuição significativa na elucidação das relações que podem existir entre a função sexual, as características do período gestacional e a opinião do companheiro a respeito da sexualidade nesse período. Tal estratégia metodológica possibilitaria um acompanhamento detalhado do período gestacional e as modificações associadas à função sexual.

A ausência de instrumentos específicos para avaliar a resposta sexual feminina no período gestacional é uma limitação enfrentada, visto que nos últimos anos houve uma expansão quanto ao conceito do ciclo sexual feminino ser composto por múltiplos aspectos. Diante disso, é importante a construção de instrumentos multidimensionais para avaliar a sexualidade da gestante.

O desenvolvimento desta investigação teve o intuito de obter subsídios para sugerir ações que resultem em uma assistência adequada e de qualidade às gestantes. Assim, acredita-se que a inserção de algumas intervenções na assistência de enfermagem possa contribuir para uma melhor resposta da mulher quanto ao desempenho de sua função sexual. Dentre as intervenções, destacam-se: a realização de uma consulta individual com o casal grávido (abordando o tema sexualidade); o desenvolvimento de grupos de gestantes com ênfase no aspecto da sexualidade; a aplicação de instrumentos que avaliem a função sexual de forma holística, tanto da mulher quanto do homem; a realização de grupos específicos após a aplicação dos instrumentos para troca de experiências entre profissionais da saúde, gestantes e cônjuges e, por último, a confecção de cartilhas autoinformativas sobre aspectos da função sexual e da sexualidade no período gestacional.

Pode-se concluir que, diante de tais estratégias, as dúvidas, medos, desconfianças e alterações sexuais poderiam ser amenizados ou mesmo solucionados, fato que contribuiria para dar mais confiança às gestantes, proporcionar um aprimoramento do seu autocuidado no âmbito sexual e promover melhor interação entre o casal.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. et al. 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.**, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004.

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev. Bras. Med.**, v. 63, n. 9, p. 477-482, set., 2006.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A.. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, p.347-354, 2008.

APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto Revisado, 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.

ASLAN, G. et al. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. **Int. J. Impot. Res.**, v. 17, n. 2, p. 154-157, 2005.

ASLAN, E. et al. Prevalence, risk factors for sexual function in women: a study of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in istanbul. **J. Sex. Med.**, n. 5, v. 9, p. 2044–2052, 2008.

BASSON, R. The female sexual response: a different model. **J. Sex. Marital Ther.**, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A. Report of the Internacional Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: dysfunction and classifications. **J Urol**, v. 163, n. 3, p. 888-893, 2000.

BASSON, R. Human sex-response cycles. **J. Sex. Marital Ther.**, n. 27, p. 33-43, 2001.

BASSON, R. et al. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. **J. Sex. Med.**, v. 1, n. 1, p. 40-48, 2004.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **CMAJ : Canadian Medical Association Journal**, n. 172, v.10, p. 1327-1333, 2005.

BASSON, R. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **J. Sex. Med.**, v. 7, n. 1, p. 314-26, 2010.

BARBOSA, B. N. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, n.13, v.3, p. 464-73, jul./set., 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a12.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BARTELLAS, E. et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology.**, v. 107, p. 964-968, ago., 2000.

BAZOTTI, K. D. V.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 147-154, jan./mar., 2009.

BEDONE, R. M. V. **Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres obesas**, 2013. 110f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2013.

BOUE, J.; BOU, A.; LAZAR, P. Retrospective and prospective epidemiological studies of 1500 karyotyped spontaneous human abortions. **Teratology**, v. 12, n. 1, p. 11-26, 1975.

BRADBY, H.; WILLIAMS, R. Behaviours and expectations in relation to sexual intercourse among 18-20 year old Asian and non-Asians. **Sex. Transm. Infect.**, n. 75, v. 3, p. 162-7, jun., 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004, p. 80.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília, DF, 2004a.

_____. **Manual técnico: Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília-DF, 2006, p. 160.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 302, 2012a.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto 7872 de 26 de Dezembro de 2012**. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7872.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **RESOLUÇÃO Nº466/12**. Sobre Pesquisa em Seres Humanos, 2013a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 14 maio 2013b.

_____. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 8.166, de 23 de Dezembro de 2013**. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8166.htm>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BROWN, H. L.; McDANIEL, M. L. A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. **Curr. Sexual Health Reports.**, v. 5, n. 1, p. 51-55, 2008.

CAETANO, M. R. et al. Fatores de prognóstico gestacional em mulheres com aborto espontâneo recorrente. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 124, n. 4, 2006.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANT, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 32-37, jan./mar., 2010.

CAMPOS, C. H. de; OLIVEIRA, G. C. de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios** - (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo; 3) Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009, p. 124.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 177-178, 2006.

DEJUDICIBUS, M. A.; MCCABE, M. P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **J. Sex. Res.**, n. 39, p. 94-103, 2002.

ERENEL, A. S. et al. A Pilot Study: In What Ways Do Women in Turkey Experience a Change in Their Sexuality During Pregnancy?. **Sex. Disabil**, n. 29, p. 207-216, 2011.

EROL, B. et al. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. **J. Sex. Med.**, v. 4, n. 5, p. 1381-1387, 2007.

ERYILMAZ, G.; EGE, E.; ZINCIR, H. Factors affecting sexual life during pregnancy in Eastern Turkey. **Gynecol. Obstet. Investiga.**, v. 57, p. 103–108, 2004.

FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G. **Enfermagem em Saúde da Mulher**. São Caetano do Sul-São Paulo: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação gestação de alto risco, 2011. Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf> Acesso em: 10 set. 2014.

FERREIRA, D. Q. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 9, p. 409-413, 2012.

FIGUEIREDO, B. et al. Teenage pregnancy, attachment style and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. **Attachment & Human Development**, v. 8, n. 2, p. 123-138, 2006.

FONSECA, M. F. S. M.; BERESIN, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 430-436, 2008.

FOK, W. Y.; CHAN, L. Y.; YUEN, P. M. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 84, p. 934-8, 2005.

FOUX, R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. **Sex. Relationsh. Ther.**, n. 23, v. 3, p. 271-277, 2008.

FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 13, n. 5, p. 383-389, set./out., 2009.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente de Cronbach. In: **XII SIMPEP** - Bauru, nov., 2005.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**, 2007. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GELLER, P. Pregnancy as a stressful life event. **Spectrums: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine**, v. 9, n. 3, p. 188-197, 2004.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, mar./abr., 2004.

GÖKYILDIZ, S.; BEJI, N. K. The effects of pregnancy on sexual life. **J. Sex. Marital Ther.**, v. 31, n. 3, p. 201–215, 2005.

HARGER, J. H. et al. Etiology of recurrent pregnancy losses and outcome of subsequent pregnancies. **Obstet Gynecol.**, v. 62, n. 5, p. 574-81, 1983.

HASAN, R. et al. Association Between First-Trimester Vaginal Bleeding and Miscarriage. **Obstet. Gynecol.**, v. 114, n. 4, p. 860-867, oct., 2009.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 336, jan./abr., 2006.

HEILBORN, M. L. (Org). **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. 156 p.

HERBENICK, D. et al. Young female breast cancer survivors: Their sexual function and interest in sexual enhancement products and services. **Cancer Nurs.**, v. 31, p. 417-425, 2008.

HERNANDEZ, J. A. E.; HUTZ, C. S. Gravidez do primeiro filho: papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 2, jun., 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@, Minas Gerais, Alfenas. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=310160&search=||infogr%E1ficos:-hist%F3rico>>. Acesso em: 18 set. 2014a.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD, 1 trimestre de 2014**. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Comentarios/pnadc_2014_01_trimestre_comentarios.pdf> . Acesso em: 18 set. 2014b.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. **Fecundidade, Nupcialidade e Migração: resultados da amostra**. Rio de Janeiro, 2010.

JAMALI, S.; MOSALANEJAD, L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. **Iranian Journal of Reproductive Medicine**, v.11, n. 6, p. 479-486, june, 2013.

KAPLAN, H. Hypoactive sexual desire. **J. Sex. Marital Ther.**, n. 3, p. 3-9, 1979.

KAPLAN, H. **A Nova Terapia do Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KENNEDY, C. M.; TURCEA, A. M.; BRADLEY, C. S. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 105, n. 3, p. 236-239, 2009.

KHAMIS, M. A. et al. Influence of gestational period on sexual behavior. **J. Egypt Public Health Assoc.**, v. 82, n. 1-2, p. 65-90, 2007.

LARA, L. A. S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

LECH, M. B.; MARTINS, P. C. R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. **Rev. Estudos de psicologia**, v. 20, n. 3, p. 37-46, set./dez., 2003.

LEITE, A. P. et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 5, p. 563-568, 2009.

LEITE A. P. L. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 8, p. 396-401, 2007.

LIMA, A. C. de; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 29, n. 8, p. 1544-54, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n8/v29n8a07.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

MAGAGNIN, C. et al. Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. **Aletheia**, n. 17-18, p. 41-52, jan./dez., 2003.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 17, n. 3-6, p. 175-183, maio/dez., 2008.

MARTINS, S. et al. Sexualidade na gravidez: Influência no bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. **Rev. Port. Clin. Geral**, n. 23, p. 369-78, 2007.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual response**. Toronto: Bantam; 1966.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.[on line]**, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan./abr., 2009. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/ref/v17n01/v17n01a03.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MOREIRA JUNIOR, E. D. et al. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **São Paulo Med. J.**, v. 123, n. 5, p. 234-241, 2005.

NALDONI, L. M. et al. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. **J Sex Marital Ther.**, v. 37, n. 2, p. 116-29, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 4 p. 415-425, out./dez., 2011.

O'HARA, M. W. **The nature of postpartum depressive disorders**. In: MURRAY, L.; COOPER, P. J. (Org.). *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press, 1997. p. 3-34.

ÓRIA, M. O. B.; ALVES, M. D. S.; SILVA, R. M. REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA SEXUALIDADE FEMININA. **Rev. enferm. UERJ**, v. 12, p. 160-165, 2004.

ORUÇ, S. et al. Sexual behavior during pregnancy. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol**, v. 39, n. 1, p. 48-50, fev., 1999.

PACHECO, A.; COSTA, R.; FIGUEIREDO, B. Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: comparação entre grávidas adolescentes e adultas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 2, p. 129-144, 2009.

PAULETA, J. R.; PEREIRA, N. M.; GRAÇA, L. M. Sexuality During Pregnancy. **J. Sex. Med.**, n. 7, p. 136-142, 2010.

PASQUALI, L. (Org). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011, 669 p.

QUEIRÓS, A. et al. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. **Rev. Port. Clin. Geral**, n. 27, p. 434-443, 2011.

REZENDE, M. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 3, p. 82-87, 2003.

RIBEIRO, M. C. et al. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 5, p. 219-24, 2011.

RITTER, C. et al. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. **Health Psychology**, v. 19, p. 576-585, 2000.

RODRIGEUS, C. S. L. Católicas e Femininas: Identidade Religiosa e Sexualidade de Mulheres Católicas Modernas. **Revista de Estudos da Religião**, n. 2, p. 36-55, 2003.

ROSA, A. A. A.; BARROS, E.; SOARES, J. L. M. F. **Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2007, 797 p.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. de A. F. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, 708 p.

SHOJAA, M.; JOUYBARI, L.; SANAGOO, A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 279, n. 3, p. 353-356, 2009.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M., GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de púerperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, [8 telas], jul./ago., 2010.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

SAVALL, A. C. R.; MENDES, A. K.; CARDOSO, F. L. PERFIL DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA GESTAÇÃO. **Fisioter. Mov.**, v. 21, n. 2, p. 61-70, abr./jun., 2008.

SENKUMWONG, N. et al. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. **J. Med. Assoc. Thai.**, v. 89, Suppl. 4, p.124-129, 2006.

SCHAFFIR, J. Survey of folk beliefs about induction of labor. **Birth**, v. 29, p. 47-51, 2002.

SCHAFFIR, J. Sexual intercourse at term and onset of labor. **Obstet. Gynecol.**, v. 107, p. 1310-1314, 2006.

STEWART, E. G.; SPENCER, P. **The V book: a doctor's guide to complete vulvovaginal health**. New York: Bantam, 2002.

SERRANO, F. Gravidez, parto e disfunção sexual. **Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**, v. 16, n. 3, p. 27-31, dez., 2005.

TRUTNOVSKY, G. et al. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. **Aust. and N. Z. J. Obstet. Gynecol.**, v. 46, n. 4, p. 282-287, 2006.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo, 2001.

VERES, S.; MILLER, L.; BURINGTON, B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. **Obstet. Gynecol.**, v. 104, p. 555-63, 2004.

VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta-content analysis of 59 studies. **J. Psychosom. Res.**, v. 47, p. 27-49, 1999.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Sexual health. Disponível em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/> . Acesso em: 19 maio 2014.

YOST, N. P. et al. Effect of coitus on recurrent preterm birth. **Obstet. Gynecol.**, v. 107, p. 793-797, 2006.

APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

À Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas,

Solicito a autorização para realizar a pesquisa intitulada "Avaliação da função sexual na gestação" realizada pela Enfª Marina Cortez Pereira, sob a orientação da Drª Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Alfenas. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a função sexual das gestantes, por meio da metodologia quantitativa. Acredita-se que os resultados oferecerão subsídios aos profissionais de saúde a respeito da temática sexualidade na gestação o que norteará uma assistência com maior propriedade à gestante e cônjuge.

Contamos com o seu apoio para a execução desta pesquisa.

Atenciosamente,

Enfª Marina Cortez Pereira
 (pesquisadora)

Orientadora: Profª. Drª. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
 Profª Adjunto da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG

Aprovado em: 09/07/13

Maurício Durval de Sá

Coordenador da Atenção Primária à Saúde

Maurício Durval de Sá
 Coordenador da Atenção Primária
 Secretaria Municipal de Saúde
 CPF 045.317.966-59



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Marina Cortez Pereira, sou aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG, do Programa de Mestrado em Enfermagem. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional”**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Venho por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), convidá-lo a participar da pesquisa. Este estudo tem por objetivo, realizar uma avaliação da função sexual da gestante. Caso aceite participar você responderá a dois instrumentos pré-determinados na pesquisa, assim, será realizado um questionamento acerca de suas características sociodemográficas e obstétricas e outro sobre sexualidade.

Sua participação é voluntária, bem como o livre arbítrio para desistir, podendo retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa. O anonimato de sua pessoa será preservado, assim como o sigilo dos dados e quaisquer outros fatores que possam levar a identificação; garantimos ainda, que a pesquisa não proporcionará nenhum dano financeiro ou físico; e que os resultados serão divulgados em eventos e periódicos científicos.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. O meu endereço é: Gabriel Monteiro da Silva, 265, apt 02, Centro. Telefone: (35)8851-5292 ou e-mail: ninacortp@hotmail.com

Obrigada.

Pesquisadora: Enf^a Marina Cortez Pereira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação dos resultados deste estudo em eventos e revistas científicas.

Assinatura/RG

APÊNDICE C – Instrumento de identificação das participantes do estudo

FORMULÁRIO

Formulário número: _____ Unidade: _____ Data: ____/____/____

1) Idade (em anos): _____

2) Estado civil atual:

1 - () Solteira 3 - () Separada 5 - () - Divorciada

2 - () Casada 4 - () Viúva

2.1 Possui companheiro/parceiro sexual: 1 - () Sim 2 - () Não

3) Em relação a sua raça você se considera:

1 - () Negra 2 - () Parda 3 - () Branca 4 - () Asiática 5 - () Indígena

4) Crença religiosa:

1 - () Católica 2 - () Espírita 3 - () Evangélica 4 - () Sem religião

5 - () Outra. Especificar: _____

5) Escolaridade:

1 - () Ensino Fundamental incompleto 4 - () Ensino Médio completo

2 - () Ensino Fundamental completo 5 - () Ensino Superior incompleto

3 - () Ensino Médio incompleto 6 - () Ensino Superior completo

6) Situação de trabalho atual:

6.1 () Empregada

6.1.1 Recebe licença saúde? 1 - () Sim 2 - () - Não

6.2 () Desempregada

6.3 () Aposentada

6.4 () Outra. Qual? _____.

7) Renda familiar mensal (em reais): _____.

8) No último mês você teve relação sexual? 1 - () Sim 2 - () Não. Se não, porque _____.

9) Quantos filhos vivos você tem: _____

10) Está confirmada (teste de gravidez positivo) sua gravidez?

1 - () Sim 2 - () Não

11) Gestação ____ Parto ____ Aborto ____

12) Tipo de Gestação: 1 - () Única 2 - () Gemelar 3 - () Tripla

4 - () Outras. 5 - () Não sei

13) Idade gestacional : _____ semanas

14) Possui alguma complicação em gestação anterior: 1 - () Sim 2 - () Não

14.1) Se resposta sim. Qual:

1 - () Parto prematuro 2 - () Mal formação fetal 3 - () Óbito fetal/natimorto

4 - () Óbito neonatal 5 - () DST. Qual?_____.

6 - () Outra_____.

15) Possui alguma complicação na gestação atual? 1 - () Sim 2 - () Não

15.1) Se resposta sim.

1 - () Dor 2 - () Sangramento 3 - () Vômito

4 - () Outra. Qual:_____.

16) Fez uso de creme/lubrificante vaginal, no último mês:

1 - () Sim. Qual_____ 2 - () Não

17) Quantas vezes em média você faz sexo na semana:_____

18) Como você considera o relacionamento sexual com seu parceiro:

1 - () Ruim 2 - () Regular 3 - () Bom 4 - () Muito bom 5 - () Ótimo/Excelente

19) Você mora junto com seu companheiro: 1 - () Sim 2 - () Não

20) Quantas pessoas moram com você?_____.

21) Você possui um local privativo para o relacionamento sexual?

1 - () Sim 2 - () Não

22) O trabalho do seu companheiro faz com que ele fique muitos dias longe de você?

1 - () Sim. Por quanto tempo_____ 2 - () Não

22.1 Se resposta sim, isto interfere no relacionamento sexual? 1 - () Sim 2 - () Não

APÊNDICE D – Formulário para Avaliação dos Juízes
Processo de Refinamento do Instrumento de Identificação das participantes do estudo

Itens do instrumento	Avaliação dos itens quanto a			Sugestão
	Aparência*	Pertinência **	Compreensão***	
1) Idade (em anos)	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
2) Estado civil atual	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
3) Você se considera	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
4) Crença religiosa	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
5) Escolaridade	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
6) Renda familiar mensal (em reais)	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
7) Situação de trabalho atual	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
8) Quantas pessoas moram na casa?	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
9) Possui quarto individual para o casal	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
10) Como você considera o seu relacionamento com seu parceiro:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
11) Idade gestacional : _____ semanas	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
12) G ___ P ___ A ___	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
13) Complicações em gestação anterior	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
14) Tipo de Gestação	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
15) Fez uso de creme vaginal no último mês:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
16) Quantas vezes você faz sexo na semana:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
17) Você recebeu orientação sobre sexualidade:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
18) Número de filhos vivos:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	

*Aparência = o instrumento apresenta-se com boa aparência/formato, de fácil manuseio?

** Pertinência = os itens do instrumento estão coerentes com o tema investigado?

*** Compreensão = os itens do instrumento são de fácil entendimento e permitem uma leitura compreensiva?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Juiz



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



Prezado(a) Professor(a),

Vimos por meio desta, solicitar sua participação no estudo “**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO**”, cujo propósito é validar o instrumento constante em anexo. Sua contribuição consiste em avaliar o instrumento (em anexo) quanto à facilidade de compreensão, clareza e apresentação do mesmo (itens: compreensão, aparência e pertinência).

Asseguramos total sigilo de sua identidade e que possui o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. A qualquer instante poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo e informamos que sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos da área da saúde sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso aceite participar, é preciso assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua, a outra da pesquisadora.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

 Mestranda: Enf^a. Marina Cortez Pereira
 Leite

 Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Peres Rocha C.

Consentimento de participação:

Eu, _____ RG/CPF _____
 _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO**”, sob responsabilidade da pesquisadora Marina Cortez Pereira, como sujeito voluntário(a).

Assinatura: _____ DATA: _____
 ____/____/____

Contato:

Marina: e-mail: ninacortp@hotmail.com telefone: (35) 8851-5292

Prof^a. Dr^a. Eliana Peres Rocha C. Leite: email: eprcl@yahoo.com.br telefone: (35) 3299 - 1380

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714, Centro., Campus da UNIFAL/MG, na Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do uso do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)



DEPARTAMENTO & INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Programa de Estudos em Sexualidade – ProSex
Coordenadora: Profª Drª Carmita Helena Najjar Abdo

São Paulo, 20 de maio de 2013

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo Marina Cortez Pereira, aluna do Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (MG), a utilizar, em seu projeto de pesquisa, o instrumento *Quociente Sexual – versão feminina (QS-F)* de minha autoria e publicado em Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina. Rev Bras Med 2006; 63(9):477-482.

Profª Drª Carmita H. N. Abdo
Professora Associada do Departamento de Psiquiatria
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO B – Instrumento Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se no último mês de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca 3 = aproximadamente 50% das vezes
1 = raramente 4 = a maioria das vezes
2 = às vezes 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

Fonte: CARMITA ABDO. Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina. Rev Bras Med 2006; 63(9):477-482.

Gabarito

Resultado = padrão de desempenho sexual:

82 - 100 pontos *bom a excelente*
62 - 80 pontos *regular a bom*
42 - 60 pontos *desfavorável a regular*
22 - 40 pontos *ruim a desfavorável*
0 - 20 pontos *nulo a ruim*

Como obter o resultado:

Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:

$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5-Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$

(Q = questão)

[5-Q 7] = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões

ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO
Pesquisador: Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 19604113.5.0000.5142
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 389.958
Data da Relatoria: 05/09/2013

Apresentação do Projeto:

Introdução está de acordo com as normas de apresentação e aborda de forma clara a temática do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a função sexual da mulher no período gestacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - Referem que o estudo não oferecerá riscos às participantes.

Benefícios - Promover uma assistência à gestante com vistas à vivência da sexualidade pela mesma.

Promoção da saúde sexual durante a gestação. Subsídios para a atuação dos profissionais da saúde referentes à sexualidade no período gestacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem metodológica quantitativa acerca da função sexual de mulheres grávidas. Será realizado na Rede de Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG, que possuem atendimento obstétrico agendado em dias definidos da semana. Para a coleta de dados serão utilizados dois instrumentos, sendo um para a identificação sociodemográfica e anamnese obstétrica e outro para avaliar a função sexual das gestantes denominado Quociente Sexual-Versão Feminina (QS-F), já validado e sua utilização autorizada pela

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 389.958

autora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - adequado

Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde - local onde os sujeitos serão recrutados e entrevistados. Termo de Intuição coparticipante.

Termo de Autorização do autor para utilizar o instrumento Quociente Sexual -versão feminina.

Questionários que serão utilizados na pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado - está anexado Termo da Instituição Coparticipante

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ALFENAS, 10 de Setembro de 2013

Assinador por:

Maria Betânia Tinti de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br