

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JANAÍRA MAIA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

PICOS - PIAUÍ

2017

JANAÍRA MAIA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Me. Valéria Lima de Barros.

PICOS – PIAUÍ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S237a Santos, Janaíra Maia

Avaliação da função sexual e qualidade de vida durante a gestação / Janaíra Maia Santos. Picos – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (56f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2017.

Orientador(A): Profa. Ma. Valéria Lima de Barros

1. Gravidez-Sexualidade. 2.Gravidez-Comportamento Sexual. 3.Gravidez-Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 610.736 78

JANAÍRA MAIA SANTOS

**AValiação DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Me. Valéria Lima de Barros.

Aprovado em: 06/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Valéria Lima de Barros

Prof.^a Me. Valéria Lima de Barros (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Presidente da Banca

Simone Barroso de Carvalho

Prof.^a Esp. Simone Barroso de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI

1º Examinador (a)

Rhaylla Maria Pio Leal Jaques

Enf.^a Esp. Rhaylla Maria Pio Leal Jaques

Universidade Federal do Piauí – UFPI

2º Examinador(a)

À **Deus**, minha base de tudo, meu protetor, essencial em minha vida. À minha **família**, em especial ao meu pai **Janilton Rodrigues** (*In memoriam*) e minha mãe **Jandira Maia**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pois muitas foram as lutas, maiores as vitórias, porque o Senhor se fez sempre presente, me deu força e coragem para lutar e perseverança para vencer.

Aos meus pais **Janilton Rodrigues dos Santos**, que sei que de onde estiver está torcendo por mim e muito orgulhoso pelas minhas conquistas. Minha mãe **Jandira Barbosa Maia Santos**, a quem serei eternamente grata, que foi meu alicerce, minha maior incentivadora e responsável por tudo que conquistei até hoje, pois jamais teria chegado até aqui sem o seu apoio, que não mede esforços para a concretização dos meus sonhos.

A meus irmãos **Janilton Júnior, Brena Maia e Beatriz Maia** por todo amor e carinho, que mesmo com a distância sempre foram meus parceiros e aguardam ansiosamente pelo meu retorno.

Aos demais componentes da minha querida **família Maia**, pessoas maravilhosas, que sempre acreditaram e torceram por mim.

Ao meu namorado **João Paulo Feitosa**, que sempre me incentivou e deu forças pra lutar pelos meus objetivos, pelo seu amor e companheirismo, por ser compreensivo e estar sempre à disposição. A sua família por todo o carinho.

Aos amigos que a UFPI me deu: **Maria de Jesus, Maria Risonete, Núbia Fernanda**, e em especial a **Edson Silva e Mariana Feitoza**, meu trio inseparável, colegas de Grupo de Pesquisa e Extensão, e que com certeza serão meus amigos a vida inteira. Meu amigo **Euclides Xavier** e minha grande amiga **Débora Desidério**, que mesmo não estando mais caminhando juntos, fizeram parte dessa jornada e são muito importantes pra mim. Agradeço a todos vocês por tudo que compartilhamos e aprendemos juntos, pelo apoio e incentivo a nunca desistir, mesmo com todos os obstáculos que enfrentamos e superamos juntos, pelo companheirismo e acima de tudo cumplicidade.

A minha querida orientadora, **Profa. Me. Valéria Lima de Barros**, por seus ensinamentos, pelo apoio e paciência, dispondo do seu tempo, e pela sua confiança.

A **Profa. Esp. Simone Barroso de Carvalho** e a enfermeira **Esp. Rhaylla Maria Pio Leal Jaques**, que também foi minha professora, obrigada por fazerem parte da minha banca examinadora e pelas contribuições.

Aos demais educadores do curso de Enfermagem - UFPI, por todos os conhecimentos transmitidos, pela garra e força de vontade para formar excelentes profissionais.

A enfermeira **Esp. Jakellinny Holanda Nunes**, pela supervisão de estágio e pela transmissão de conhecimentos, que foram muito importantes para minha formação.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para esta conquista. O meu **MUITO OBRIGADA!!!**

*“A sexualidade é um componente da boa saúde,
inspira a criação e é parte do caminho da
alma.”*

(Isabel Allende)

RESUMO

A sexualidade é um processo presente na vida de todo ser humano e ambos os gêneros estão sujeitos a desenvolver problemas, mais especificamente no que reporta-se ao desempenho da função sexual. Esses problemas constituem as disfunções sexuais. O Ministério da Saúde aponta que o diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas. O objetivo deste estudo é avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida em gestantes de baixo risco. Trata-se de um estudo descritivo, avaliativo, quantitativo, realizado no período abril de 2016 a fevereiro de 2017, com gestantes em acompanhamento pré-natal em cinco Estratégias de Saúde da Família do município de Picos - Piauí. Para a coleta de dados foram utilizados três formulários, um questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo questões sociodemográficas e obstétricas; o Índice de Função Sexual Feminina para avaliar a função sexual e o WHOQOL-Bref para a qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada com a utilização do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Participaram 62 gestantes, com idade entre 18 e 35 anos, vivendo com um companheiro (80,7%), com nível de escolaridade até o Ensino Fundamental (61,3%), ocupação do lar (48,4%) e renda familiar menor que dois salários mínimos (74,2%). Ademais, prevaleceram aquelas que se encontravam no terceiro trimestre de gestação (45,2%), multigestas (54,9%) e se encaixaram na classificação com disfunção sexual (37,1%). Os domínios de desejo, excitação e lubrificação obtiveram as menores médias. Em contrapartida, o domínio satisfação alcançou o índice mais elevado. No terceiro trimestre de gestação, excetuando-se o domínio desejo, todos os demais, inclusive o escore total, tiveram um declínio na média. Na percepção da qualidade de vida, encontrou-se predominância nas respostas “boa” (54,8%) e “muito boa” (24,2%) e metade das participantes (50%) estão satisfeitas com a sua saúde. Nos domínios de qualidade de vida e na avaliação global, se sobressaíram as respostas de ruim a regular. As participantes com disfunção sexual tiveram médias abaixo daquelas classificadas como sem disfunção sexual em todos os domínios de qualidade de vida, inclusive na avaliação global. Os achados mais relevantes destacam o número considerável de disfunção sexual e a constatação de que esse problema interfere em todos os domínios da qualidade de vida das gestantes. Acredita-se que esse trabalho trouxe resultados que podem contribuir para melhorias na assistência pré-natal, aumentando o conhecimento dos profissionais de saúde, para que passem a investigar melhor essas questões durante as consultas, visando identificar os possíveis problemas e buscar soluções.

Descritores: Gravidez. Sexualidade. Comportamento Sexual. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Sexuality is a present process in the life of every human being and both genders are subject to develop problems, more specifically in what refers to the performance of sexual function. These problems constitute sexual dysfunctions. The Ministry of Health points out that the diagnosis of sexual dysfunction is as important as the identification of any other health problem and of great relevance, since it interferes in the quality of life of the people. The purpose of this study is to evaluate sexual function and its association with quality of life in low-risk pregnant women. This is a descriptive, evaluative, quantitative study conducted between April 2016 and February 2017, with pregnant women undergoing prenatal care in five Family Health Strategies in the city of Picos - Piauí. Three forms were used to collect data, a questionnaire prepared by the researchers, containing sociodemographic and obstetric questions; The Female Sexual Function Index to assess sexual function and the WHOQOL-Bref for quality of life. Data analysis was performed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version 20.0. Participants were 62 pregnant women, aged between 18 and 35 years old, living with a partner (80.7%), with primary schooling (61.3%), household occupation (48.4%) and family income Less than two minimum wages (74.2%). In addition, those that were in the third trimester of gestation (45.2%), multigested (54.9%), and fit the classification with sexual dysfunction (37.1%) prevailed. The domains of desire, excitation and lubrication obtained the smallest means. On the other hand, the satisfaction domain reached the highest index. In the third trimester of gestation, except for the desire domain, all others, including the total score, had an average decline. In the perception of quality of life, "good" (54.8%) and "very good" responses (24.2%) were predominant, and half of the participants (50%) were satisfied with their health. In the domains of quality of life and in the overall evaluation, the responses from poor to regular were highlighted. Participants with sexual dysfunction had averages below those classified as without sexual dysfunction in all domains of quality of life, including in the overall evaluation. The most relevant findings highlight the considerable number of sexual dysfunction and the finding that this problem interferes in all domains of the quality of life of pregnant women. It is believed that this work has brought results that can contribute to improvements in prenatal care, increasing the knowledge of health professionals, so that they better investigate these issues during the consultations, in order to identify possible problems and seek solutions

Keywords: Pregnancy. Sexuality. Sexual Behavior. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Autoavaliação da qualidade de vida por gestantes. Picos-PI, 2016.....	28
GRÁFICO 2	Satisfação das gestantes com a saúde. Picos-PI, 2016.....	28

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO	1	Domínios do IFSF.....	23
TABELA	1	Características sociodemográficas e obstétricas das gestantes.....	25
TABELA	2	Índice de Função Sexual Feminina em gestantes.....	27
TABELA	3	Médias dos domínios do Índice de Função Sexual Feminina em gestantes, segundo o trimestre de gestação.....	27
TABELA	4	Características dos domínios e avaliação global da qualidade de vida das participantes.....	29
TABELA	5	Comparação dos domínios de qualidade de vida entre as gestantes com e sem disfunção sexual.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CSHNB	Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
IFSF	Índice de Função Sexual Feminina
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Piauí
QV	Qualidade de Vida
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHOQOL-Bref	Versão abreviada do <i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	Tipo de Estudo.....	22
4.2	Local e Período de estudo.....	21
4.3	População e Amostra.....	23
4.4	Instrumento de Coleta de Dados.....	23
4.5	Análise e Interpretação dos dados.....	24
4.6	Aspectos Éticos e Legais.....	25
5	RESULTADOS.....	26
6	DISCUSSÃO.....	32
7	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	38
	APÊNDICES.....	42
	APÊNDICE A – Caracterização Sociodemográfica e obstétrica.....	43
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
	APÊNDICE C – Autorização Institucional.....	46
	ANEXOS.....	47
	ANEXO A - Índice de Função Sexual Feminina.....	48
	ANEXO B – WHOQOL-Bref.....	52
	ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	56

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é um processo presente na vida de todo ser humano. Deste modo, representa uma temática que deve ser discutida nos diferentes ambientes e contextos que cercam a vida humana, sejam em casa, nas escolas, universidades, igrejas, entre outros. Desse modo, nos locais de promoção da assistência à saúde não deve ser diferente, uma vez que a sexualidade faz parte da vida das pessoas e está relacionada também a sua saúde.

Apesar de alguns avanços ao longo dos últimos séculos em relação ao tema sexualidade, o exercício da mesma permanece cercado por tabus, preconceitos e credices em muitas culturas modernas (VIEIRA, 2012). Por outro lado, trata-se de um assunto que tem despertado atenção em várias áreas do conhecimento e tem sido tratado sob diferentes enfoques (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a sexualidade é uma dimensão fundamental em todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, existem muitos fatores envolvidos, e ambos os gêneros estão sujeitos a desenvolver problemas relacionados à sexualidade, mais especificamente no desempenho da sua função sexual. Esses problemas constituem as disfunções sexuais que podem ocorrer em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente (BRASIL, 2013a).

A disfunção sexual é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como por diversos autores como um problema de saúde pública, merecedor de atenção dos profissionais e que necessita ser melhor estudado (OMS, 2006; BEDONE e ABDO, 2013; HOLANDA et al., 2014). Além disso, de acordo com Jahan et al. (2012) e Ribeiro, Magalhães e Mota (2013), representa um fator de alta prevalência em mulheres, com 51,8% e 77,2% respectivamente, ou seja, a disfunção sexual feminina é um problema de saúde bastante frequente (FAUBION; RULLO, 2015).

Segundo Vettorazzi et al. (2012), ainda que as disfunções sexuais femininas apresentem alta prevalência em qualquer população estudada, esta é mais frequente no período gestacional e puerperal, devido às transformações que ocorrem no corpo da mulher. Tais mudanças correspondem a alterações físicas, hormonais e psicológicas. Não raro a mulher fica mais sensível e emotiva, chora com facilidade, passa por mudanças de humor, fadiga, aumento da ansiedade e medo referente à gestação.

Os fatores relacionados ao emocional estão interligados com os anseios referentes à disfunção sexual, a interação conjugal, a qualidade do relacionamento, podendo interferir no humor, no desejo pelo parceiro, o que pode influenciar na lubrificação vaginal, sendo esta diminuída ocasionando dor durante a penetração, prejudicando a vida sexual do casal (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013).

Além disso, a disfunção sexual durante a gestação pode ter influência de fatores religiosos e culturais que envolvem muitos tabus, dentre os quais a ideia de que não se pode ter relações sexuais durante esse período, ou que esta pode interferir na concepção ou prejudicar o bebê. Segundo a literatura, outros fatores também podem ocasionar essas disfunções, a saber: a indisposição e sonolência que as gestantes experimentam no início da gestação, bem como a mudança da autoimagem corporal que ocorre a partir do segundo trimestre (PRADO; LIMA, V.; LIMA, R., 2013).

Nesse sentido, o pré-natal se configura uma excelente oportunidade para que os casais possam expor suas dúvidas, medos e queixas sexuais e obter os esclarecimentos e orientações necessários (VIEIRA, 2012). Porém, questionamentos sobre o desempenho sexual não são muito frequentes durante essas consultas, que enfocam principalmente o cuidado mãe/filho, deixando muitas vezes de lado o quesito mulher.

As disfunções sexuais muitas vezes deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, seja por sentir dificuldade em realizar essa abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado (BRASIL, 2013a). É importante que ocorra uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a gestante, para que esta possa relatar suas dificuldades, anseios e dúvidas sobre as mudanças sexuais nessa fase e assim evitar sofrimentos desnecessários (VIEIRA, 2012).

O MS (2013a) aponta que o diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto à identificação de qualquer outro agravamento à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas. Diante disso, surge uma questão norteadora: A função sexual é afetada durante a gestação e interfere na qualidade de vida das gestantes?

Durante o período gestacional, com as mudanças que ocorrem no organismo feminino, pode haver um comprometimento da função sexual e alterar os padrões de qualidade de vida dessas mulheres. De acordo com Bezerra et al. (2015), a qualidade de vida das gestantes pode diminuir devido a alterações na função sexual acarretadas pela progressão da gestação.

Com a definição feita pela OMS alguns anos atrás, de vida saudável como sendo não só a ausência de doença, mas um estado de bem estar físico, mental e social, as pessoas tem se preocupado mais com a qualidade de vida e não somente com quantos anos irão viver. Castillo et al. (2012), dizem que tem sido enfatizado nas últimas décadas, desfechos como qualidade de vida relacionada à saúde, capacidade funcional e escalas de dor e satisfação, pois possibilitam a análise da situação de saúde e as manifestações da doença na vida, complementando os dados clínicos e objetivos.

A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser um indicador do impacto físico e psicossocial que as doenças acarretam nos indivíduos acometidos e, desta forma, permite um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a alguma situação ou condição de saúde (HORN, 2015).

A realização de estudos que busquem avaliar a sexualidade e qualidade de vida de gestantes se justifica, uma vez que a identificação dos principais fatores que interferem na função sexual dessas mulheres facilitará a abordagem dos profissionais acerca desse assunto durante a consulta de pré-natal, notadamente médicos e enfermeiros, visando solucionar os problemas relacionados e melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Afinal, como bem reforça o MS (2013a), a saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na Atenção Básica, para a identificação das dificuldades e disfunções sexuais, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida em gestantes de baixo risco.

2.2 Específicos:

- Traçar o perfil sociodemográfico das gestantes participantes da pesquisa;
- Verificar o padrão de desempenho e satisfação sexual feminina durante o período gravídico;
- Comparar a função sexual em cada trimestre da gestação;
- Identificar os principais fatores que interferem na função sexual das gestantes;
- Mensurar a qualidade de vida durante o período gestacional;
- Associar a função sexual de gestantes com a qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A vivência da sexualidade, as disfunções sexuais e qualidade de vida no período gestacional.

A sexualidade na gestação é um fenômeno importante a ser discutido, visto que nem sempre esta é vivida de forma satisfatória, pois surgem muitas dúvidas e medos, deixando a mulher insegura e constrangida perante o ato sexual. Nesta fase gravídica, possíveis problemas relacionados à sexualidade podem surgir fazendo com que esta experiência seja vivida de forma negativa.

A sexualidade vai além do ato sexual propriamente dito, está ligada ao desejo, erotismo, carinho e ao prazer e deve estar em harmonia entre o casal. A mulher grávida deve continuar sentindo e desenvolvendo sua sexualidade, a não ser em caso de risco na gestação, sendo importante sentir-se desejada apesar das alterações físicas que lhe proporcionará a maternidade (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Segundo o MS, manter relações sexuais na gravidez não parece estar associado a efeitos adversos. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual como também não está associada com o aumento da prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase. A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas a critério médico, por causa de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade (BRASIL, 2013b).

A gravidez é caracterizada por modificações bioquímicas, funcionais e anatômicas que se iniciam logo após a implantação do óvulo e que geralmente se acompanham de modificações emocionais (VIEIRA, 2012). Todas essas alterações acabam por interferir no comportamento sexual da maioria das gestantes, em graus e formas diferentes (JONES; CHAN; FARINE, 2011).

A maioria das mulheres mantém atividade sexual durante a gestação, porém com padrão diferente em relação ao período pré-gestacional (VIEIRA, 2012). Com o avançar da gravidez, ocorre redução na frequência da atividade sexual, no desejo sexual e no intercuro vaginal (JOHNSON, 2011).

Em um estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional no estado de Alagoas, realizado com 41 gestantes em acompanhamento pré-natal, constatou-se que apesar do alto índice de atividade sexual relatado por elas (90%), a frequência sexual semanal das gestantes entrevistadas foi muito baixa, entre zero e uma vez

por semana, o que representou uma média de 56% e 47%, respectivamente, do primeiro e terceiro trimestre. No terceiro trimestre não houve relato de frequência acima de três vezes por semana. Segundo os autores, estes números podem ser explicados pelas alterações fisiológicas que acontecem no início da gestação, para que ocorram as adaptações no corpo materno e fetal, além das mudanças hormonais e, ao final da gravidez, pelo aumento do peso corporal, das mamas, crescimento abdominal com desvio e mudança do centro de gravidade (BOMFIM; MELRO, 2014).

Um estudo realizado a respeito da sexualidade da gestante demonstra que a manutenção da atividade sexual durante a gravidez de mulheres sem complicações obstétricas anteriores não acarreta risco aumentado de ruptura prematura de membranas, parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou aumento da mortalidade perinatal (MARTINS et al., 2007).

Barbosa et al. (2011), no estudo realizado com 108 gestantes sobre sexualidade vivenciada na gestação encontrou que com relação aos motivos que interferiam nas relações sexuais na gestação, muitas gestantes afirmaram sentir medo de machucar o bebê e de abortar durante o ato sexual, respectivamente, 74 (68,5%) e 62 (57,4%) mulheres. Ainda, as gestantes afirmaram que as náuseas ou a presença de dor interferiram no ato sexual, sendo estas, respectivamente, 27 (25%) e 51 (47,2%) mulheres.

Ainda, no estudo de Barbosa et al. (2011), verificou-se que das gestantes entrevistadas apenas 47 (43,5%) mulheres declararam já haver recebido alguma orientação sobre sexualidade durante as consultas de pré-natal.

Percebe-se a necessidade da realização de educação em saúde na assistência pré-natal, incluindo a questão da sexualidade durante a gestação de modo que a mulher possa vivenciar essa gravidez de forma plena livre de preconceitos, dúvidas e tabus.

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente (BRASIL, 2013a). Durante a gestação essas disfunções podem surgir e afetam negativamente a sexualidade da gestante bem como sua qualidade de vida.

Essas alterações culminam em transtornos, denominados em transtorno do desejo/excitação (diminuição ou ausência de desejo sexual e/ou lubrificação-turgescência), transtorno de dor gênito-pélvica/penetração (dispareunia e vaginismo) e o transtorno do

orgasmo, definido quando há atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual (JAAFARPOUR et al., 2013; APA, 2013).

No estudo de Lima, Dotto e Mamede (2013), realizado com 778 mulheres sobre prevalência de disfunção sexual em primigestas, no município de Rio Branco-AC, comparando a disfunção sexual antes e durante a gravidez constatou que a prevalência de algum tipo de disfunção sexual, antes da gravidez, foi bem menor (23,9%) do que a apresentada durante o primeiro trimestre da gravidez (54,1%).

No mesmo estudo, quando analisada a sexualidade por trimestre gestacional, observou-se um acréscimo da disfunção sexual conforme o aumento da idade gestacional em que a prevalência da ocorrência de qualquer um dos problemas na função sexual (falta de desejo, diminuição da lubrificação, insatisfação e presença de dor durante as relações sexuais) passa de 54,1% no primeiro trimestre para 66,3% no terceiro trimestre da gestação (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013).

Carteiro et al. (2016), no seu estudo de revisão integrativa sobre indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas, cujo foram analisados 58 estudos constatou-se com maior relevância, as alterações no desejo sexual como indicador de disfunção sexual em 78% dos estudos, mas em 47% é salientada a diminuição do desejo sexual durante a gravidez.

A alteração na satisfação sexual é também uma das características mais significativas referida em 64% dos estudos, a seguir a alteração do desejo, seguindo-se as alterações no orgasmo (59%), dor na relação sexual (57%), alteração na frequência da atividade sexual (54%) e as alterações na excitação sexual, em cerca de metade dos estudos (CARTEIRO et al. 2016).

Um estudo realizado no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo com 51 gestantes avaliando em gestantes saudáveis, no segundo trimestre, a associação entre função sexual e qualidade de vida, bem como entre função sexual e satisfação sexual mostrou que a maioria (64,8%) das gestantes avaliou sua qualidade de vida como regular a excelente. Mais da metade das gestantes (58,8%) classificou sua qualidade de vida como boa e cerca de um terço (35%) referiu satisfação sexual, enquanto 15,7% afirmou estar sexualmente muito satisfeita (FERREIRA, et al., 2012).

Ferreira et al., (2012), também observou que as mulheres que referiram qualidade de vida ruim, classificaram sua vida sexual também como ruim. Confirmando a associação de qualidade de vida/função sexual.

No estudo de Bezerra et al. (2015), comparando a qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual também afirma a qualidade de vida das gestantes pode diminuir devido a alterações na função sexual acarretadas pela progressão da gestação.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, avaliativo, com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2010), as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno e possuem a finalidade de descobrir a existência de associações entre variáveis. Caracteriza-se pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários. Segundo Perovano (2014), o processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo.

A pesquisa de abordagem quantitativa permite verificar opiniões e atitudes dos entrevistados, buscando chegar a explicações e compreensão de fenômenos por meio das relações entre as variáveis (GIL, 2010). Para Polit e Beck (2011), consiste na investigação de acontecimentos que se prestam à medição e quantificação precisa, envolvendo um modelo rigoroso e controlado. Nesse tipo de estudo, manipulam-se estatisticamente os dados numéricos com o propósito de descrever fenômenos ou fazer inferências sobre os dados relatados.

4.2 Local e Período de Estudo

O estudo foi realizado no período abril de 2016 a fevereiro de 2017, em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Picos - PI. As unidades participantes foram escolhidas de acordo com o número de gestantes em acompanhamento pré-natal, sendo selecionadas aquelas com maior quantidade. Dessa forma, se almeja alcançar uma amostra significativa para a pesquisa.

O município de Picos possui uma população estimada de 76.544 habitantes (BRASIL, 2015). Para atender a essa população, existem atualmente 36 ESF, sendo 26 situadas na zona urbana e 10 na zona rural.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação deste nível de atenção por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e

fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

4.3 População e Amostra

A população foi composta pelas gestantes em acompanhamento pré-natal nas UBS selecionadas durante o período da coleta dos dados. Para a composição da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser gestante cadastrada e em acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde escolhidas, em qualquer período gestacional; residir na zona urbana; comparecer a unidade no período da realização da coleta de dados.

Os critérios de exclusão adotados foram: recusar em participar da pesquisa; ter classificação de gestação de alto risco; gestantes com comprometimento físico ou cognitivo que impossibilitasse de responder o questionário; menores de dezoito anos, pois as gestantes geralmente vão às consultas de pré-natal sem o acompanhamento de um responsável que pudesse assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, necessário para o desenvolvimento da pesquisa.

A amostra abrangeu toda a população, totalizando 72 gestantes que atenderam a todos os critérios de inclusão. Entretanto, dez delas foram excluídas da pesquisa, três por se recusarem a participar e sete por ser menor de idade. A amostra final foi composta por 62 participantes.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre os meses de novembro a dezembro de 2016. Para tal, foram utilizados três instrumentos. O primeiro deles, um questionário formulado pelos pesquisadores (APÊNDICE A), contendo 10 itens que abordou os dados de caracterização sociodemográfica e obstétrica, abrangendo os seguintes aspectos: idade, estado civil, raça/cor da pele, religião, mês de gestação, número de gestações, número de filhos, escolaridade, profissão e renda mensal familiar.

Para analisar a função sexual foi utilizado a versão final do Índice de Função Sexual Feminina (Female Sexual Function Index – FSFI) (ANEXO A), questionário traduzido para o português e validado por Pacagnella, Martinez e Vieira (2009), contendo 19 itens que avaliam seis domínios, conforme o Quadro 1, a seguir.

QUADRO 1 - Domínios do IFSF

Domínio	Questões	Variação do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11,12,13	1-5	0,4	0	6,0
Satisfação	14,15,16	0 (ou 1) - 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0

Fonte: Pacagnella; Martinez; Vieira (2009).

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5.

Neste instrumento, todas as perguntas são de múltipla escolha e é atribuído um valor de 0 a 5 para cada resposta. Os valores são calculados e para escores dos domínios, somam-se os escores individuais e multiplica-se pelo fator correspondente. Para obter o escore total da função sexual soma-se os escores para cada domínio, obtendo-se um valor que varia entre 2 a 36. Considera-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Segundo Ferreira et al. (2013), valores ≤ 26 indicam disfunção sexual.

A qualidade de vida foi mensurada pela versão abreviada do instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)* (ANEXO B), desenvolvido pela OMS, traduzido para o português e validado por Fleck et al. (2000), composto por 26 questões que abordam 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente.

4.5 Análise e Interpretação

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel, onde foi utilizada uma escala análoga de 0 a 100 para cálculo dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref (PEDROSO; PILATII; REIS; 2009). Para classificação dos escores utilizou-se uma escala adaptada (SPÍNOLA; PEREIRA, 1976) em que, segundo Saupe et al. (2004), os valores entre 0 e 40 são considerados como ‘região de fracasso’, de 41 a 70 ‘região de indefinição’ e acima de 71 ‘região de sucesso’. Para o presente estudo utilizou-se os mesmos valores, porém foi feita uma adaptação da nomenclatura de classificação para ‘ruim’, ‘regular’ e ‘bom a excelente’.

Os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, onde foram realizados os testes de Mann-Whitney e de

Kruskal-Wallis, e calculado as frequências absolutas e relativas das variáveis. A apresentação dos resultados foi feita em gráficos e tabelas ilustrativas, e discutidas com base na literatura pertinente à temática.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, visando atender a todas as recomendações da Resolução no 466/12, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. E aprovado sob o parecer N° 1.891.042 (ANEXO C).

A fim de se obter a concordância em participar da pesquisa, as participantes foram informadas dos objetivos e metodologia do trabalho e convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), confeccionado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para a participante. Tal termo resguarda-lhes o direito de permanecer ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem risco de penalização ou prejuízos de natureza pessoal.

Para que o estudo fosse executado, a Secretaria Municipal de Saúde de Picos foi previamente contatada, no intuito de obter autorização (APÊNDICE C) para se adentrar nas UBS do município.

A realização do estudo poderia eventualmente, implicar em risco de ordem psicológica para as participantes, decorrente do constrangimento do processo avaliativo, por abordar questões íntimas de sexualidade. Com vista a minimizar essa possibilidade, foi garantido o sigilo das informações e o direito de anonimato. Ademais, o ambiente da coleta foi uma sala reservada da unidade, antes ou depois da consulta de pré-natal, onde permaneceu apenas o pesquisador e o sujeito da pesquisa, para que fosse respeitada a privacidade das mesmas.

Este estudo trouxe maior conhecimento acerca do tema abordado, porém sem benefícios diretos aos participantes. No entanto, as informações obtidas na realização da pesquisa poderá facilitar a abordagem dos profissionais acerca dessa temática durante as consultas de pré-natal, visando uma melhor assistência de saúde às gestantes.

5 RESULTADOS

Compareceram ao atendimento pré-natal nas unidades básicas de saúde 72 gestantes, porém, três delas recusaram-se a participar e sete encaixavam-se nos critérios de exclusão, por terem idade inferior à 18 anos. Por fim, a amostra ficou composta de 62 participantes.

A seguir, serão apresentados os achados referentes à função sexual e qualidade de vida de gestantes. Inicialmente, a Tabela 1 ilustra as informações sociodemográficas e obstétricas das participantes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e obstétricas das gestantes. Picos-Piauí, 2016 (n = 62).

Características	N	%	Média ± DP*
Faixa Etária			25,02 ± 4,997
≤ a 25	33	53,2	
> que 25	29	46,8	
Estado Civil			
Solteiro	10	16,1	
Casado	28	45,2	
União Estável	22	35,5	
Divorciado	01	1,6	
Viúvo	01	1,6	
Raça/Cor da pele			
Branca	10	16,1	
Parda	38	61,3	
Negra	12	19,4	
Amarela	02	3,2	
Religião			
Nenhuma	10	16,1	
Católica	44	71,0	
Evangélica	06	9,7	
Testemunha de Jeová	01	1,6	
Ubandista	01	1,6	
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	24	38,7	
Fundamental Completo	14	22,6	
Médio Incompleto	01	1,6	
Médio Completo	11	17,7	
Superior Incompleto	05	8,1	
Superior Completo	05	8,1	
Pós-Graduação	02	3,2	
Profissão			
Estudante	11	17,7	
Dona de casa	30	48,4	
Empregada doméstica	05	8,1	
Funcionária pública	06	9,7	
Funcionária de empresa privada	05	8,1	
Autônoma	03	4,8	
Outros	02	3,2	

(Continua)

Tabela 1 – (Continuação)

Renda familiar*		
< que 1 salário mínimo	20	32,3
≥ a 1 e < que 2 salários mínimos	26	41,9
≥ a 2 e < que 3 salários mínimos	10	16,1
≥ a 3 e < que 5 salários mínimos	04	6,5
≥ a 5 salários mínimos	02	3,2
Trimestre de gestação		
Primeiro	10	16,1
Segundo	28	45,2
Terceiro	24	38,7
Gestações anteriores		1,05 ± 1,311
Nenhuma	28	45,2
Uma	15	24,2
Duas	12	19,4
Três	05	8,1
Quatro ou mais	02	3,2
Número de filhos		0,92 ± 1,091
Nenhum	30	48,4
Um	14	22,6
Dois	13	21,0
Três	03	4,8
Quatro	02	3,2

*DP: Desvio Padrão

**Considerando o valor do salário mínimo no Brasil em 2016: R\$880,00

Fonte: Dados da Pesquisa.

A idade das participantes variou de 18 a 35 anos, com média de 25,02, a partir da qual foram estabelecidas duas faixas etárias, com prevalência daquelas com idade menor ou igual a 25 anos (53,2%). A maioria das participantes viviam com um companheiro (80,7%), se autodeclararam pardas (61,3%) e católicas (71%).

Verificou-se um baixo nível de escolaridade, com destaque para o nível fundamental (61,3%), sendo que apenas sete (11,3%) participantes conseguiram concluir o ensino superior. Quanto à ocupação, a maior parte referiu ser dona de casa (48,7%) e possuir renda familiar menor que um salário mínimo (74,2%).

Foi constatado que 34 (54%) participantes eram multigestas. Destas, 32 possuíam filhos (51,6%), enquanto duas (2,4%) não, pois as gestações anteriores resultaram em abortos. Quanto ao período gestacional, a maioria encontrava-se no segundo trimestre da gestação (45,2%).

A seguir, na Tabela 2, encontram-se as médias do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) e de seus domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Tabela 2 – Índice de Função Sexual Feminina em gestantes. Picos-Piauí, 2016. (n=62).

Domínios	Média	IC* 95%
Desejo	3,900	3,640 – 4,160
Excitação	3,832	3,428 – 4,236
Lubrificação	4,118	3,683 – 4,553
Orgasmo	4,258	3,792 – 4,794
Satisfação	4,632	4,153 – 5,111
Dor	4,361	3,867 – 4,855
IFSF	25,102	22,888 – 27,316

*IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na avaliação da função sexual, verificou-se que 23 (37,1%) participantes se encaixavam na classificação com disfunção sexual.

A média do escore total corresponde a um valor abaixo de 26, que é o ponto de corte para classificação como função ou disfunção sexual. No que diz respeito aos domínios, o desejo, excitação e lubrificação obtiveram as menores médias. Em contrapartida, o domínio satisfação alcançou o índice mais elevado.

A Tabela 3, por sua vez, apresenta as médias de cada domínio do IFSF, de acordo com o trimestre gestacional.

Tabela 3 – Médias dos domínios do Índice de Função Sexual Feminina em gestantes, segundo o trimestre de gestação. Picos-Piauí, 2016. (n=62).

IFSF e domínios	Trimestre de gestação			p*
	1º	2º	3º	
Desejo	25,55	33,82	31,27	0,447
Excitação	34,65	35,00	26,10	0,169
Lubrificação	35,80	35,70	24,81	0,066
Orgasmo	33,25	37,05	24,29	0,035
Satisfação	37,55	31,91	28,50	0,379
Dor	35,05	33,21	28,02	0,450
IFSF	34,05	35,05	25,71	0,130

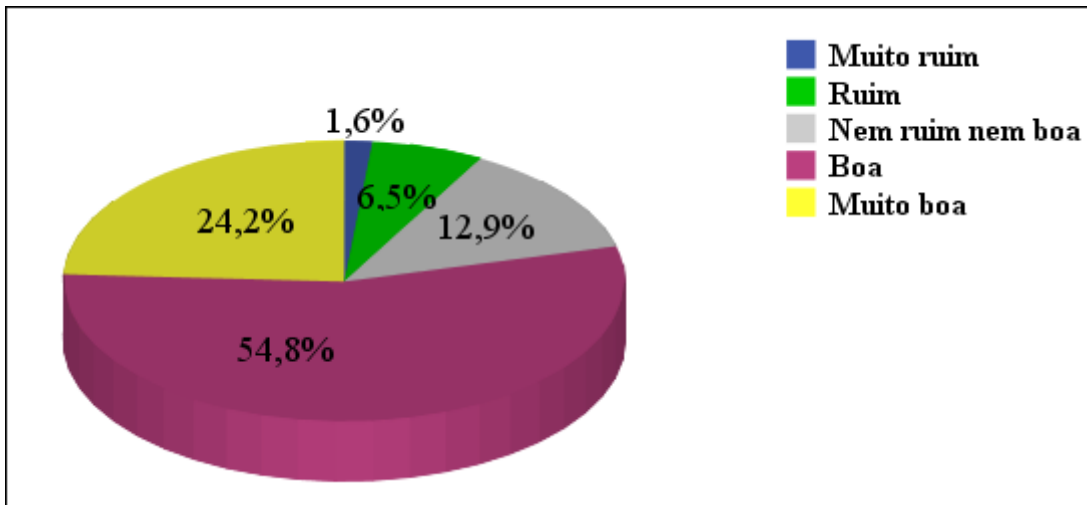
*Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da Pesquisa.

Observou-se que, as maiores médias de desejo, excitação e orgasmo corresponderam ao segundo trimestre de gestação, e os domínios lubrificação, satisfação e dor, tiveram índice maior no primeiro trimestre. No terceiro trimestre, com exceção do domínio desejo, todos os demais, inclusive o escore total, tiveram um declínio na média. Ademais, houve diferença estatisticamente significativa no domínio orgasmo ($p < 0,05$).

O gráfico 1, apresenta os dados pertinentes a autoavaliação das participantes acerca da qualidade de vida.

Gráfico 1 – Autoavaliação da qualidade de vida por gestantes. Picos, Piauí, 2016. (n=62).

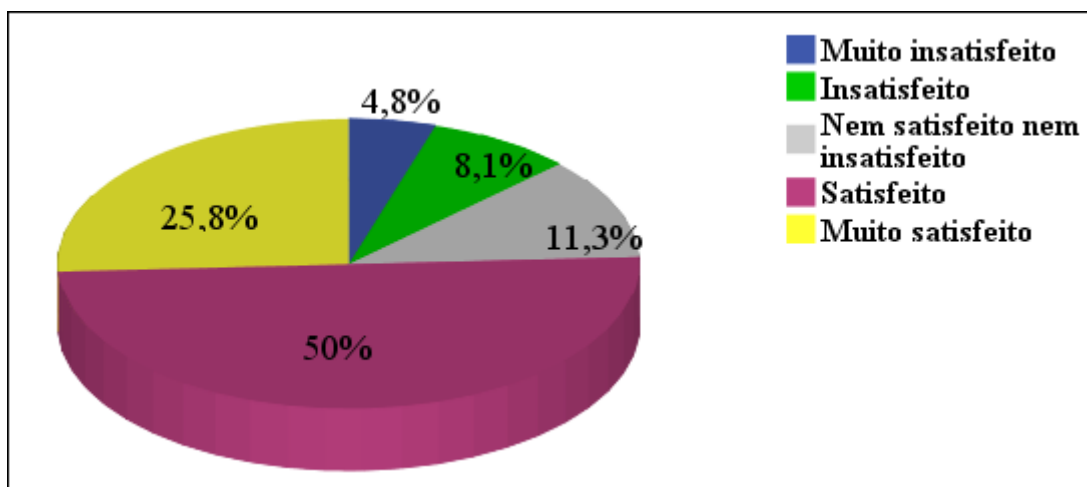


Fonte: Dados da Pesquisa.

No que se refere à percepção da qualidade de vida das participantes, houve predominância nas respostas “boa” (54,8%) e “muito boa” (24,2%), enquanto as respostas “ruim” (6,5%) e “muito ruim” (1,6%) foram pouco assinaladas.

O Gráfico 2 expõe os achados relacionados à satisfação das participantes com a saúde.

Gráfico 2 – Satisfação das gestantes com a saúde. Picos-Piauí, 2016 (n=62).



Fonte: Dados da Pesquisa.

Quando questionadas sobre a sua satisfação com a saúde, metade (50%) das participantes afirmaram estar satisfeitas. Constatou-se ainda que 25,8% das participantes afirmam estar muito satisfeitas, enquanto 12,9% referiram insatisfação.

As demais características estão agrupadas por domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), descritos na Tabela 4, juntamente com a avaliação global.

Tabela 4 – Características dos domínios e avaliação global da qualidade de vida das participantes. Picos-Piauí, 2016 (n=62).

Domínios	n	%	Média dos Escores ± DP*
Domínio Físico			65,73 ± 15,73
Ruim	24	38,7	
Regular	35	56,5	
Bom a excelente	03	4,8	
Domínio Psicológico			69,76 ± 14,99
Ruim	37	59,7	
Regular	20	32,3	
Bom a excelente	05	8,1	
Domínio Relações Sociais			72,98 ± 21,16
Ruim	36	58,1	
Regular	21	33,9	
Bom a excelente	05	8,1	
Domínio Meio Ambiente			60,58 ± 13,77
Ruim	12	19,4	
Regular	47	75,8	
Bom a excelente	03	4,8	
Avaliação Global			67,26 ± 12,94
Ruim	27	43,5	
Regular	32	51,6	
Bom a excelente	03	4,8	

*DP: Desvio Padrão

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em todos os domínios de qualidade de vida e na avaliação global, se sobressaíram as respostas de ruim a regular. Enquanto os quesitos de bom a excelente, foram assinaladas em cada domínio por menos de 5 (8,1%) participantes.

Com relação à média dos escores, o domínio de relações sociais obteve melhor média, seguido do domínio psicológico, ao passo que o domínio meio ambiente teve a média mais baixa.

A seguir, a Tabela 5 demonstra a associação da qualidade de vida com a função ou disfunção sexual das participantes.

Tabela 5 – Comparação dos domínios de qualidade de vida entre as gestantes com e sem disfunção sexual. Picos-Piauí, 2016 (n=62).

Domínios da QV*	Função sexual	Disfunção sexual	p**
Físico	32,64	29,57	0,515
Psicológico	35,29	25,07	0,030
Relações Sociais	35,15	25,30	0,035
Meio Ambiente	33,68	27,80	0,214
Avaliação Global	35,59	24,57	0,020

*QV: Qualidade de Vida

**Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da Pesquisa.

As participantes com disfunção sexual tiveram médias abaixo das classificadas sem disfunção sexual em todos os domínios de qualidade de vida, inclusive na avaliação global.

Houve diferença estatisticamente significativa nos domínios psicológico, de relações sociais e avaliação global, considerando $p < 0,05$.

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa avaliou a função sexual e sua associação com a qualidade de vida em gestantes de baixo risco. Os achados evidenciaram o seguinte perfil sociodemográfico: idade entre 18 e 35 anos, com média de 25,02, a maioria vive com um companheiro (casadas ou em união estável), são pardas, católicas, com baixo nível de escolaridade e ocupação do lar. Em relação a renda familiar, para a maior parte esta era de até um salário mínimo.

Furlanetto et al. (2016), ao avaliarem verificarem o perfil socioeconômico das gestantes adstritas em uma Unidade de Saúde de um município do Sul do estado de Santa Catarina, encontraram média de idade semelhante (25 anos) e diferença no intervalo de idade, que variou de 13 a 37 anos. Do mesmo modo, estudo de Amaral et al. (2016), realizado em Barbacena-MG, aproximou-se na média (24,77 anos) e diferenciou-se no intervalo de idade que esteve entre 15 e 43 anos. Essa discrepância pode estar relacionada às diferentes metodologias, visto que o presente estudo optou por excluir as gestantes menores de 18 anos.

Mathias et al. (2015), em Petrolina-PE e Juazeiro-BA e Westphal et al. (2016), em São Paulo, corroboraram com os achados deste estudo no que se refere ao estado conjugal, evidenciando que a maioria das gestantes vive com um companheiro (98% e 80,9%, respectivamente). Tais achados podem ser fundamentados pelo fato de muitos casais decidirem unir-se maritalmente quando constatada a gravidez, ou por muitos optarem ter filhos somente após esta união.

No que se refere à religião, destacou-se a católica, assim como verificado por Whestphal et al. (2016), trabalhando com gestantes adultas jovens, onde o catolicismo também prevaleceu (60,6%). Em relação à raça, contudo, os estudos divergiram, visto que este estudo encontrou maioria parda, enquanto que a pesquisa realizada em São Paulo - SP, observou predominância branca (51,2%), assim como no estudo de Sperandio et al. (2016) realizado em Florianópolis-SC, em que 86,6% das participantes eram brancas. As diferenças da cor de pele podem advir do processo de colonização e migração nas regiões do país que ocorreram por diferentes povos, sendo que as regiões Sul e Sudeste foram povoadas predominantemente por grupos de origem alemã e italiana.

O estudo de Pacagnelli et al. (2015) realizado no interior de São Paulo, é antagônico a este quando refere que a maior parte da amostra (56,4%) possui ensino superior completo. Por outro lado, é similar quanto à ocupação, evidenciando que 63,1% não trabalha fora de casa.

A mulher, quando gestante, necessita de cuidados especiais, de maior segurança e conforto. No entanto, em muitos locais a rotina e as condições de trabalho não são favoráveis a esse período. Frente a essas dificuldades, muitas mulheres optam por abandonar o emprego e dedicar-se à ocupação do lar, algumas vezes com nível de escolaridade baixo e desconhecimento das leis trabalhistas.

Rodrigues et al. (2016), em estudo desenvolvido em uma maternidade pública em Patos-PB, identificaram correspondência com este quanto à ocupação, evidenciando que a maior parte das gestantes não desenvolviam nenhuma atividade remunerada (63,3%). Essa semelhança foi verificada também no que diz respeito ao baixo nível de escolaridade, com predominância do ensino fundamental (60,8%).

A escolaridade é considerada um agravante para a saúde das gestantes uma vez que, à medida que o nível escolar é baixo, nota-se que a falta de conhecimento e de educação a respeito das condições de funcionamento do seu próprio corpo e da intervenção do meio ambiente no estabelecimento de sua saúde, equivale a um fator elevado de exclusão social e risco obstétrico (BRASIL, 2004).

Mais uma vez, verificou-se semelhança com os achados de Rodrigues et al. (2016), no que se refere à renda familiar, visto que 73,4% da amostra possuía renda de até um salário mínimo. Tais evidências aparentam estar relacionadas ao fato de que as pesquisas foram realizadas no âmbito do SUS, que tem predomínio de usuários mais carentes.

Já referente ao período gestacional, o estudo citado acima difere por prevalecer o terceiro trimestre, enquanto neste, a maioria encontrava-se no segundo trimestre de gestação, corroborando com os achados de Rocha et al. (2014). Não foram encontrados estudos com predomínio do primeiro trimestre. Tal fato pode ser explicado pela demora na confirmação da gravidez, experimentada por mulheres, o que posterga o início do acompanhamento pré-natal para o segundo trimestre gestacional, contrariando assim a recomendação do Ministério da Saúde (MS), que preconiza a captação precoce da gestante, com início da assistência até a 12ª semana de gestação (BRASIL, 2013b). Além disso, a frequência de consultas aumenta no terceiro trimestre, sendo mais fácil encontrá-las nos serviços de saúde.

Este estudo se propôs a avaliar o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) em gestantes. Nesse quesito, verificou-se que os domínios que apresentaram menores médias foram desejo, excitação e lubrificação, o que sugere que a diminuição desses fatores são as principais interferências na função sexual dessas mulheres. Em contrapartida, o domínio satisfação alcançou o índice mais elevado. Tais achados foram evidenciados da mesma forma no estudo de Mathias et al. (2015), que diferencia-se por conter em sua amostra apenas

gestantes no terceiro trimestre, idade com prevalência na faixa entre 15 e 19 anos, e escolaridade com destaque do ensino médio.

Estudo de Bezerra et al. (2015), realizado no estado do Rio Grande do Norte, obteve resultados semelhantes, destacando que houve uma diminuição em relação ao desejo e excitação durante a gestação. Além disso, os autores constataram a presença de disfunção sexual em 35,7% das gestantes, análogo a este estudo que obteve frequência de 37,1% nesse aspecto.

Entretanto, o estudo citado acima, difere-se pela amostra, constituída somente por gestantes no segundo (44,9%) e terceiro (55,0%) trimestres, a maioria delas com Ensino Superior (53,9%). Tais discrepâncias podem estar relacionadas ao fato de que o estudo foi realizado durante um curso para gestantes desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com gestantes do 4º ao 8º mês, onde acredita-se ter uma maior abrangência à pessoas mais instruídas.

Em contrapartida, Holanda et al. (2014) identificaram prevalência de disfunção sexual de 76,0% durante a gravidez. Ainda que, no presente estudo, a disfunção sexual não tenha abrangência da maior parte da amostra, o desfecho encontrado é um dado relevante por se tratar de um problema de saúde, para o qual se almeja as menores taxas possíveis.

Na comparação das médias de função sexual em cada trimestre de gestação, observou-se um declínio no terceiro trimestre gestacional, com exceção do domínio desejo, o que se assemelha ao estudo de Bomfim e Melro (2014), desenvolvido no estado de Alagoas, no qual todos os domínios diminuíram no terceiro trimestre. Tais achados podem ser justificados pela razão de que no último trimestre, com a aproximação do momento do parto, aumentam os níveis de ansiedade na mulher, o que pode consequentemente interferir na sua função sexual.

Já Prado, Vieira Lima e Rodrigues de Lima (2013), que realizaram um estudo em Aracaju-SE, com dois grupos de mulheres (gestantes e não gestantes), não evidenciaram diferenças notáveis na diminuição dos domínios em nenhum trimestre de gestação específico, havendo constatação de menores médias tanto no primeiro, como no segundo e terceiro trimestres. Os autores justificaram tal fato como limitação do estudo, pois houve um número baixo de gestantes no primeiro (6,2%) e segundo trimestre (28,2%), enquanto 65,5% das gestantes da amostra faziam parte do terceiro, o que impediu que os dados por trimestre fossem adequadamente analisados.

Na auto avaliação da qualidade de vida, observou-se que a maior parte das gestantes a classificaram como boa (54,8%), corroborando com Ferreira et al. (2012), em estudo realizado em São Paulo (58,8%).

Ademais, questionadas sobre a satisfação com a saúde, metade (50%) das participantes afirmaram estar satisfeitas, 25,8% muito satisfeitas e 12,9% referiram insatisfação. Na literatura não foram encontrados estudos que abordassem esta questão.

Com relação à média dos escores, a mais alta foi no domínio de relações sociais, seguido do domínio psicológico, enquanto as mais baixas abrangeram os domínios físico e meio ambiente. Assim também, estudo de Castro e Fracoli (2013) identificou que o maior escore foi obtido no domínio relações sociais e o menor no domínio físico. Os baixos escores no domínio físico podem ser decorrentes das limitações que surgem com o avançar da gravidez, onde a mulher tende a ter menos energia e disposição para desenvolver as atividades do dia a dia, principalmente nos últimos meses de gestação.

Comparando qualidade de vida com função sexual, observou-se que as gestantes identificadas com disfunção sexual tiveram todas as médias de qualidade de vida abaixo dos índices daquelas que não tinham. Do mesmo modo, outros autores constataram uma diminuição significativa da QV das gestantes com disfunção sexual (Bezerra et al. 2015). Tais achados indicam que a qualidade de vida das gestantes pode ser influenciada negativamente pela disfunção sexual.

7 CONCLUSÃO

Considerando os objetivos propostos no início do estudo, pode-se perceber que os resultados permitiram caracterizar as condições sociodemográficas e obstétricas das gestantes. Nesses quesitos, constatou-se a predominância de mulheres jovens, pardas, com baixo nível de escolaridade, casadas ou em união estável, com ocupação do lar, baixa renda familiar, multigestas, no segundo trimestre de gestação e com filhos.

Os achados mais relevantes destacam o número considerável de disfunção sexual e a constatação de que esse problema interfere em todos os domínios da qualidade de vida das gestantes. Isso indica a necessidade de novos estudos que investiguem o assunto, visto que verificou-se escassez de literatura acerca dessa temática, principalmente de estudos publicados nos últimos cinco anos e que façam a associação de função sexual com qualidade de vida. Sugere-se uma pesquisa voltada para a mesma população estudada, alguns meses após o parto, no intuito de verificar a persistência ou não desses problemas, bem como outra que trabalhe a mesma temática com gestantes em acompanhamento pré-natal em serviços particulares.

Vale ressaltar as muitas dificuldades para o desenvolvimento deste estudo, decorrentes de algumas limitações, como a dificuldade em encontrar gestantes, visto que a coleta ocorreu em período próximo às férias e conseqüente recesso dos profissionais de saúde, quando há um menor agendamento de consultas e a demanda tende a diminuir. Além disso, foi fator limitador o constrangimento de algumas gestantes ao responderem questões que abordam a sexualidade. Ademais, algumas se recusaram a participar, enquanto outras só aceitaram depois de muito diálogo, reforçando-se os aspectos éticos da pesquisa e a seriedade do estudo, bem com o profissionalismo envolvido.

Mediante o que foi exposto, percebe-se a importância do desenvolvimento de estudos que abordem a função sexual de gestantes bem como sua associação com a qualidade de vida para que possam auxiliar profissionais de saúde nas abordagens acerca do tema durante as consultas de pré-natal oferecendo uma assistência integral de qualidade, frisando a educação em saúde sexual e reprodutiva de gestantes e seus parceiros(as).

Esses estudos contribuem para conhecimento das gestantes quanto ao seu próprio corpo, das mudanças que ocorrem durante a gravidez e que assim possam continuar desenvolvendo sua sexualidade durante a gestação. Ademais, cabe aos profissionais de saúde

prestar uma assistência humanizada, acolhedora, e ética criando vínculos de confiança entre profissional/cliente.

Por fim, acredita-se que esse trabalho trouxe resultados que podem contribuir para melhorias na assistência pré-natal, aumentando o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o perfil dessas mulheres e os principais fatores que interferem na função sexual e, conseqüentemente, na qualidade de vida, além dos quesitos que se encontram mais afetados. Espera-se que sirva de estímulo para que os profissionais passem a investigar melhor essas questões durante as consultas, visando identificar os possíveis problemas e buscar soluções.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, F. E. et al. Qualidade do pré - natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Clin. Biomed. Res.**, v. 36, n. 3, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5. ed. Arlington: APA, 2013.
- BARBOSA, B. N. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf. (Online)**, v.13, n.3, p. 464-473, 2011.
- BEDONE, R. M. V.; ABDO, C. H. N. Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina. **Diagn. Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 45-48, 2013.
- BEZERRA, I. F. D. et al. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 6, p. 266-271, 2015.
- BOMFIM, I. Q. M. MELRO, B. C. F. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 277-282, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 17 Jul. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de 10. Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 17 jul. 2016.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, 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, 2010.

CARTEIRO, D. M. H. et al. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. **Rev. Bras. Enferm. [Online]**, v. 69, n. 1, p. 165-173, jan./fev., 2016.

CASTILLO, L. N. C. et al. A importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, 2012.

CASTRO, D. V. A. FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013.

FAUBION, S. S.; RULLO, J. E. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, v. 31, p. 351-353, 2015.

FERREIRA, C. C. et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 53, n.1, p. 41-46, 2013.

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.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. P. 19-27. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FURLANETTO. Et al. Perfil socioeconômico de gestantes cadastradas em uma unidade de saúde no município de Criciúma. **Revista de Extensão**, Criciúma, v. 1, n. 1, 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOLANDA, J. B. L. et al. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 573-578, 2014.

HORN, G. **Criação e validação de um questionário de qualidade de vida para pacientes com Hiperidrose primária**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência médica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo), 2015.

JAAFARPOUR, M. et al. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. **J. in Diagn. Res.**, v. 7, n. 12, p. 2877-2880, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

JAHAN, M. S. et al. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v. 38, n. 1, p. 329-336, 2012.

JOHNSON, C. E. Sexual health during prepregnancy and the postpartum. **J. Sex. Med.**, v. 8, n. 5, p. 1267-1284, 2011.

JONES, C.; CHAN, C.; FARINE, D. Sex in pregnancy. **CMAJ**, v. 183, n. 7, p. 815-818, 2011.

LIMA, A. C.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 29, n. 8, p. 1544-1554, ago. 2013.

MARTINS, S. et al. Sexualidade na gravidez. Influencia o bebê? mitos, atitudes e informação das mães. **Rev. Port. Clin. Geral.** n. 23, p. 369-378, 2007.

MATHIAS, A. L. R. A. et al. Disfunção sexual: avaliação de mulheres no terceiro trimestre. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 2, p. 75-79, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Sexual and reproductive healthfor all: a call for action. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2006.

PACAGNELLA, R. C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333-2344, 2009.

PACAGNELLE, F. L. et al. Níveis de ansiedade e depressão em gestantes submetidas a um programa de hidroterapia. **ConScientiae Saúde**, v. 14, n. 3, p. 440-448, 2015.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Ver. Bras. Qual. Vida**, v. 1, n. 1, p. 23-32, 2009.

PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica**: para a segurança pública e defesa social. Paraná: Editora Juruá, 2014.

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.

PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 5, p. 205-209, 2013.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, v. 29, n. 1, 2013.

ROCHA, M. G. F. Et al. Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. **Rev. Bras. Ci. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 209-218, 2014.

RODRIGUES, E. S. R. C. et al. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Enferm. UFPE (On line)**, Recife, v. 10, p. 5, 1796-1804, maio. 2016.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 636-42, 2004.

SPÍNOLA, M. R. P.; PEREIRA, E. M. Avaliação de programa: uma metodologia. **Projeção**, v. 1, n. 7, p. 26-32, 1976.

SPERANDIO, F. F. et al. Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 16, n.1, p. 49-55, 2016.

VETTORAZZI, J. et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista HCPA**, v. 32, n. 4, p. 437-479, 2012.

VIEIRA, T. C. B. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 11, p. 485-487, 2012.

WHESTPHAL, F. Et al. Associação da idade gestacional com a opção pela interrupção da gravidez de fetos com anomalias incompatíveis com a sobrevivência neonatal. **Einstein**, v. 14, n. 3, p. 311-316, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA

Gestante N°: _____

1. Idade: _____(em anos)
2. Estado civil: Solteiro () Casado () União estável () Divorciado () Viúvo ()
3. Raça/cor da pele: Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena ()
4. Religião: _____
5. Mês de gestação: _____
6. Número de gestações anteriores: _____
7. Número de filhos (caso não tenha ainda, coloque 0): _____
8. Escolaridade: Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduação () Outra (): _____
9. Profissão: Estudante () Dona de casa () Empregada doméstica () Funcionária pública () Funcionária de empresa privada () Autônoma () Outros () _____
10. Renda Mensal Familiar: () Menor que 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () Entre 3 e 5 salários mínimos () Acima de 5 salários mínimos

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Avaliação da função sexual e qualidade de vida durante a gestação
Pesquisador(es) responsável(is): Valéria Lima de Barros
Aluno: Janaíra Maia Santos
Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB
Telefone para contato: (089) 99978-2667
Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde

Prezada Senhora: Você está sendo convidada a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Objetivo do estudo: Avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida em gestantes de baixo risco. Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam. Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. No entanto, as informações obtidas na realização da pesquisa, facilitará a abordagem dos profissionais acerca dessa temática durante as consultas de pré-natal, visando uma melhor assistência de saúde às gestantes. Riscos. O preenchimento desse questionário poderá eventualmente, implicar em risco de ordem psicológica para você, decorrente do constrangimento do processo avaliativo, por abordar questões íntimas sobre sua sexualidade.

- Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____, _____, ____/____/____.

Assinatura

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – Rua Cícero Duarte, 905 - Bairro Junco – CEP: 64607-670 – Picos – PI. Tel.: Telefone: 089-3422-3007. *Email: ceppicos@gmail.com.*

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Gledson Lima e Silva, Coordenador da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos-PI, venho por meio desta, manifestar concordância para a realização da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO”, que tem como pesquisadora responsável a Profª. Me. Valéria Lima de Barros, vinculada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Fui informado que trata-se de uma pesquisa descritiva, a ser desenvolvida com base na aplicação de um questionário às gestantes atendidas nas ESF do município. Como objetivo geral, se propõe a “Avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida em gestantes de baixo risco”. Deste modo, tendo recebido as informações acima expostas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo a entrada da pesquisadora em campo.

Picos (PI), 01 de Agosto de 2016.

Gledson Lima e Silva
Coordenador da Estratégia de Saúde da Família

Gledson Lima e Silva
Coord. da Atenção Básica/ESF Picos-PI
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Marcos Parente, 641 Centro
CEP: 64.600-106 Picos - PI

ANEXOS

ANEXO A - Índice de Função Sexual Feminina
(FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX – FSFI)

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões da forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Para responder às questões, use as seguintes definições:

- Atividade sexual: pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.
- Ato sexual: definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.
- Estímulo sexual: inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).
- Desejo sexual ou interesse sexual: sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um(a) parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.
- Excitação sexual: sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”) ou contrações musculares.

Nome:

Registro:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

PERGUNTAS

<p>1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quase sempre ou sempre. 2. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 3. Algumas vezes (cerca da metade do tempo). 4. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5. Quase nunca ou nunca. 	<p>2) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muito alto. 2. Alto. 3. Moderado. 4. Baixo. 5. Muito baixo ou absolutamente nenhum.
<p>3) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais que a metade 	<p>4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem atividade sexual. 2. Muito alto. 3. Alto. 4. Moderado. 5. Baixo.

<p>do tempo).</p> <p>4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).</p> <p>5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).</p> <p>6. Quase nunca ou nunca.</p>	<p>6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.</p>
<p>5) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Segurança muito alta.</p> <p>3. Segurança alta.</p> <p>4. Segurança moderada.</p> <p>5. Segurança baixa.</p> <p>6. Segurança muito baixa ou sem segurança.</p>	<p>6) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Quase sempre ou sempre.</p> <p>3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).</p> <p>4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).</p> <p>5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).</p> <p>6. Quase nunca ou nunca</p>
<p>7) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Quase sempre ou sempre.</p> <p>3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).</p> <p>4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).</p> <p>5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).</p> <p>6. Quase nunca ou nunca.</p>	<p>8) Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Extremamente difícil ou impossível.</p> <p>3. Muito difícil.</p> <p>4. Difícil.</p> <p>5. Ligeiramente difícil.</p> <p>6. Nada difícil.</p>
<p>9) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) ate o final da atividade ou ato sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Quase sempre ou sempre.</p> <p>3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).</p> <p>4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).</p> <p>5. Poucas vezes (menos da metade do</p>	<p>10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) ate o final da atividade ou ato sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Extremamente difícil ou impossível.</p> <p>3. Muito difícil.</p> <p>4. Difícil.</p> <p>5. Ligeiramente difícil.</p> <p>6. Nada difícil.</p>

tempo). 6. Quase nunca ou nunca.	
<p>11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.</p>	<p>12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em atingir o orgasmo (climax/“gozou”)?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Extremamente difícil ou impossível. 3. Muito difícil. 4. Difícil. 5. Ligeiramente difícil. 6. Nada difícil.</p>

<p>13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.</p>	<p>14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu (sua) parceiro (a) durante a atividade sexual?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.</p>
<p>15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu (sua) parceiro(a)?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.</p>	<p>16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Muito satisfeita. 3. Moderadamente satisfeita. 4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 5. Moderadamente insatisfeita. 6. Muito insatisfeita.</p>
<p>17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca da metade do</p>	<p>18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?</p> <p>1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).</p>

<p>tempo).</p> <p>5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).</p> <p>6. Quase nunca ou nunca.</p>	<p>5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).</p> <p>6. Quase nunca ou nunca.</p>																																																
<p>19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?</p> <p>1. Sem atividade sexual.</p> <p>2. Muito alto.</p> <p>3. Alto.</p> <p>4. Moderado.</p> <p>5. Baixo.</p> <p>6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">ESCORES DE AVALIAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>Domínio</th> <th>Questões</th> <th>Varição do escore</th> <th>Fator de multiplicação</th> <th>Escore mínimo</th> <th>Escore máximo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desejo</td> <td>1, 2</td> <td>1-5</td> <td>0,6</td> <td>1,2</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>Excitação</td> <td>3, 4, 5, 6</td> <td>0-5</td> <td>0,3</td> <td>0,0</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>Lubrificação</td> <td>7, 8, 9, 10</td> <td>0-5</td> <td>0,3</td> <td>0,0</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>Orgasmo</td> <td>11, 12, 13</td> <td>0-5</td> <td>0,4</td> <td>0,0</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>Satisfação</td> <td>14, 15, 16</td> <td>0 (ou 1) -5</td> <td>0,4</td> <td>0,8</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>Dor</td> <td>17, 18, 19</td> <td>0-5</td> <td>0,4</td> <td>0,0</td> <td>6,0</td> </tr> </tbody> </table>	ESCORES DE AVALIAÇÃO						Domínio	Questões	Varição do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo	Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0	Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0,0	6,0	Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0,0	6,0	Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0,0	6,0	Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) -5	0,4	0,8	6,0	Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0,0	6,0
ESCORES DE AVALIAÇÃO																																																	
Domínio	Questões	Varição do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo																																												
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0																																												
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0,0	6,0																																												
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0,0	6,0																																												
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0,0	6,0																																												
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) -5	0,4	0,8	6,0																																												
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0,0	6,0																																												

ANEXO B – WHOQOL-Bref
Qualidade De Vida

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas **duas semanas**:

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com suas relações					

20	personais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C - Parecer Subtanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DURANTE A

Pesquisador: Valéria Lima de Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59075716.2.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.891.042

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO, que tem como pesquisadora responsável a professora Me. Valéria Lima de Barros, vinculada à Universidade Federal do Piauí, campus Senador Helvídio Nunes de Barros (Picos-PI), será desenvolvido considerando a seguinte metodologia:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Caracteriza-se pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários. O estudo será realizado no período abril de 2016 a janeiro de 2017, em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Picos - PI. As unidades participantes serão escolhidas de acordo com o quantitativo de gestantes em acompanhamento pré-natal, sendo selecionadas aquelas com o maior número. Dessa forma, se almeja alcançar uma amostra significativa para a pesquisa. A população será composta pelas gestantes em acompanhamento pré-natal nas UBS selecionadas durante o período da coleta dos dados. Para a composição da amostra serão utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser gestante cadastrada e em acompanhamento pré-natal nas unidades escolhidas, em qualquer período gestacional; Residir na zona urbana; Comparecer a unidade no período da realização da coleta de dados; Concordar em

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
- () Dissertação
- (x) Monografia
- () Artigo

Eu, **JANAÍRA MAIA SANTOS**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação “AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO” de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 03 de Abril de 2017.

Janaína Maia Santos

Assinatura