

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ADRIANI CASTRO DE LIMA

**FUNÇÃO SEXUAL NA GRAVIDEZ DE PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE RIO  
BRANCO-AC**

RIO BRANCO - AC  
2012





2012

## RESUMO

**Introdução:** A função sexual assume um caráter diferenciado, específico na vida das mulheres durante todo o processo de gestação; a primeira gestação traz mudanças físicas e psicológicas bastante marcantes nesse período, podendo interferir na vida sexual e causar disfunções sexuais que podem causar sofrimentos muitas vezes evitáveis, tratáveis e curáveis.

**Objetivos:** Avaliar a função sexual na gravidez de primigestas no município de Rio Branco, AC procurando: Caracterizar o perfil socioeconômico das primigestas; Estimar a prevalência das disfunções sexuais (dispareunia, ausência de desejo, insatisfação e diminuição da lubrificação vaginal) antes e durante a gravidez e; Identificar os fatores associados à disfunção sexual antes da gestação e na gestação.

**Método:** É um estudo transversal, a partir de dados oriundos do projeto sobre a saúde reprodutiva, com 778 primigestas que pariram nas duas maternidades do município. A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a julho de 2010, por meio de entrevista. Para análise de dados foi utilizado o programa SPSS versão 13.0.

**Resultados:** A média de idade das primigestas foi de 21 anos, 45% eram adolescentes, 80% não eram brancas, 14% não moravam com o companheiro, 19% possuem escolaridade até o ensino fundamental; 30% tinham trabalho remunerado, e 48% tinham renda familiar mensal menor que dois salários mínimos, 86,5% utilizaram o serviço público (SUS) para os partos, 13% perceberam mudança/problema na sua vida sexual com o parceiro. 54,1% das mulheres com mais de 20 anos planejaram a gravidez, e 56,7% acharam bonito e se sentiram bem com seu corpo. A prevalência de disfunção sexual antes da gravidez foi de 23,9%, e durante a gravidez foi de 67,7%. Antes da gestação a falta de desejo sexual foi de 20,2% e na gestação de 51%. Diminuição da lubrificação vaginal durante a gestação foi de 29,1%, a dispareunia foi de 1,2% antes da gestação e 14,4% na gestação, 3,3% tiveram insatisfação sexual antes da gravidez e 10,8% na gestação. A disfunção sexual antes da gestação teve associação positiva com ter companheiro e não morar com ele, e como fator de proteção ter 20 anos ou mais, ter renda familiar maior que um salário mínimo, ter trabalho remunerado e ter estudado o ensino médio completo ou mais. Na gravidez a presença de disfunção sexual esteve associada positivamente com “achar sexo ruim” ou “não ter idéia do sexo na gravidez”, e como fator de proteção a renda maior que um salário mínimo e gravidez planejada.

**Conclusões:** Os achados indicam que as mulheres estudadas apresentaram maior prevalência de disfunção sexual durante a primeira gravidez do que no período anterior a esta gestação.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	13
2.1 Sexualidade na Gestação .....	13
2.2 Sexualidade e Função Sexual .....	14
2.3 Disfunção Sexual Feminina.....	18
2.4 Disfunção Sexual no Ciclo Gravídico .....	22
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	25
3.1 Objetivo Geral .....	25
3.2 Objetivos Específicos .....	25
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	26
4.1 Local do Estudo .....	26
4.2 População .....	26
4.3 Coleta de Dados.....	26
4.4 Variáveis de Estudo .....	27
4.5 Análise de Dados .....	28
4.6 Aspectos Éticos.....	29
<b>5. RESULTADOS</b> .....	30
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	42
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49
<b>ANEXOS</b> .....	54

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO – World Health Organization

NHSLS – National Health and Social Life Survey

EVSB – Estudo da Vida Sexual do Brasileiro

FSFI – Índice de Função Sexual Feminina

QSG – Questionário de Sexualidade na Gestação

SUS – Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SESACRE – Secretaria de Saúde do Estado do Acre

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAC – Universidade Federal de Rondônia

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RP – Razão de Prevalência

RPajust – Razão de Prevalência Ajustada

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

Dp – Desvio padrão

SM – Salário Mínimo

TRIM – Trimestre

IC95% – Intervalo de Confiança com 95% de confiança

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis sócio-econômicas das primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis relacionadas à gravidez e a vida sexual das primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, segundo a idade. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis relacionadas à gravidez e a vida sexual das primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, segundo o tipo de serviço. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 4.** Distribuição dos fatores relacionados com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 5.** Distribuição dos fatores relacionados com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas adolescentes, até 19 anos, atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 6.** Distribuição dos fatores que se relacionam com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas de 20 anos ou mais, atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 7.** Distribuição da variável realização de exercícios perineais pelas primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

**Tabela 8.** Associação entre presença de disfunção sexual e características sociodemográficas, fatores relacionados à gravidez e vida sexual, no período pré-gravídico e gravídico nas primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1.** Prevalência da Disfunção Sexual.

**Figura 2.** Prevalência dos Problemas na Função Sexual



**LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO I:** Instrumento de Coleta - Partes utilizadas do questionário

**ANEXO II:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**ANEXO III:** Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno normal, biológico; é considerada também um processo de transformação do casal, devido à natureza das repercussões que causa na vida de ambos, assim não deixa de ser vista como um período crucial no desenvolvimento pessoal e social da mulher, que vivencia a gestação de forma mais direta e íntima (ORÍÁ; ALVES e SILVA, 2004; RODRIGUES, 2009).

Para a saúde coletiva, a gestação constitui-se de grande relevância, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. O período gestacional envolto por repressões culturais e às vezes por negação da existência da sexualidade entre o casal durante os seus nove meses de duração. Talvez seja uma das fases que apresente maior dificuldade de abordagem tanto pela mulher, pelo seu parceiro e pelo profissional de saúde sobre questões da função sexual feminina neste período (LAZAR, 2002).

Tradicionalmente existe a idéia de que na gestação, a mulher é assexuada, não tem vontade ou pensamentos sexuais, pois assume o papel de mãe. Mesmo que essa ideologia aos poucos venha perdendo espaço, tornando-se obsoleta na realidade atual, ainda percebe-se uma imensa lacuna de conhecimento nessa área, acompanhada por inúmeros tabus que envolvem a função sexual feminina no processo de gestar (SAVALL, 2008).

No entanto, nesse período a sexualidade não só deixa de existir, mas assume caráter específico, pois é um período com mudanças físicas e emocionais que quando se combinam aos efeitos culturais, sociais e emocionais influenciam a atividade sexual do casal (GOKYILDIZ; BEJI, 2005; KATZ, 2010).

É interessante salientar que a atividade sexual do casal durante a gravidez é um dos aspectos mais sensíveis e de maior vulnerabilidade no relacionamento conjugal, por isso é um ponto chave que não deveria ser deixado para segundo plano, posto que influencia diretamente na saúde sexual e na saúde geral da mulher. Deve ser portanto, vista com a devida importância pelos profissionais da saúde para que se consiga realmente fazer uma abordagem integral a saúde da mulher na gestação, quebrando paradigmas e vencendo obstáculos que ainda existem ao redor desta temática (SAVALL, 2008; LAZAR, 2002).

Alguns estudos revelam que a vida sexual durante a gravidez é afetada, pelas mudanças físicas, emocionais e também pelas crenças sobre sexualidade que a mulher adquiriu antes da gestação, quer seja por ensinamentos culturais ou religiosos que lhes foram repassados. A maneira como a mulher vivenciava a sexualidade, a sua receptividade e a do parceiro para com a gravidez, a concepção sobre o significado de tornarem-se pais, a

identidade e o papel sexual da mulher além dos fatores econômicos influenciam a sexualidade durante esta fase (GOKYILDIZ; BEJI, 2005; SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

A percepção das mulheres sobre a função sexual na gravidez é também influenciada pelas mudanças quanto à sua imagem corporal e pelas profundas alterações hormonais a que estão sujeitas no decorrer do período gravídico. Preocupações e medos sobre a sua sexualidade, a vida e o futuro conjugal do casal são fatores que interferem na saúde da mulher e são experimentados por muitas mulheres durante a gestação (GOKYILDIZ; BEJI, 2005; ALVES et al., 2007; LAZAR, 2002).

A auto-estima da mulher pode estar diminuída, pois nesta fase a mulher pode não se sentir atraente ou desejável para seu marido, pois a imagem ideal veiculada pela mídia é bem diferente das alterações corporais vivenciadas pela mulher grávida, e com isto pode sentir-se insegura e ter medo de perder seu marido para uma outra mulher (LAZAR, 2002).

Tais mudanças e preocupações tão marcantes e intensas, vivenciadas nesta fase precisam ser entendidas por todos os que estão diretamente envolvidos com o processo de gestar, seja no cuidado profissional ou envolvimento emocional afetivo e familiar, e pelas mulheres, especialmente pelas primigestas, por serem aquelas que mais apresentam dúvidas e anseios, já que estão experimentando todas essas mudanças pela primeira vez, merecendo portanto uma atenção redobrada (ALVES et al., 2007).

A gestação é sem dúvida um acontecimento especial na vida de cada mulher, e esperar o primeiro filho torna esse momento impar na vivência feminina. A primeira gestação é uma transição marcante semelhante à menarca e menopausa, representa uma passagem de um estágio para outro no desenvolvimento da mulher, com fortes implicações na auto-imagem e nos comportamentos e relacionamentos interpessoais. A transformação da mulher em mãe traz consigo adaptações e preocupações com a nova rotina após o parto especialmente com a chegada do bebê recém-nascido (SILVEIRA, 2011; HERNANDEZ, 2008; ALVES et al., 2007).

O profissional da saúde que acompanhará a mulher nesse período vai ser visto por ela, pelo companheiro e familiares como um elemento de ponto de apoio capaz de solucionar seus problemas, apresentando soluções para as dúvidas que irão surgir inclusive as sexuais, por isso deve estar capacitado e seguro de informações corretas e livres de preconceitos para que possa ajudar de maneira satisfatória (DUARTE; ANDRADE, 2008; SOUZA; ROSA; BASTIANI, 2011; JOHNSON, 2011 ).

Diante do exposto vimos que a literatura reforça que a vida sexual e as práticas sexuais assumem um caráter diferenciado, específico na vida das mulheres durante todo o

processo de gestação, neste sentido, a gestação insere definitivamente a saúde sexual das mulheres em um contexto importante de vulnerabilidade, tornando-se relevante avaliar a função sexual na gravidez de primigestas.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sexualidade na Gestação

A expectativa de ser mãe e experimentar uma nova vida se desenvolvendo durante nove meses em seu ventre, que mesmo sem conhecê-la esta já está concretizada na sua realidade pois está presente em seu corpo. Traz sentimentos de alegria, satisfação e prazer que se misturam com ansiedade, incerteza e insegurança; os quais permeiam toda a gravidez e influenciam a vida das gestantes que estão descobrindo e aprendendo como ser mãe e ao mesmo tempo detentoras das demais funções femininas inclusive a sexual (ALVES et al., 2007).

O ciclo gravídico configura-se como um momento singular e importante pelas modificações físicas e psicológicas em que a gestante está exposta e pelas rotinas que surgirão com a chegada do novo membro; é um período único e marcante no ciclo de vida de uma mulher, considerado um evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Apesar de ser um processo biológico, se reflete também em outras dimensões tais como a social, econômica, emocional, psicológica e sexual da vida do casal que a vivencia, apresentando-se diferenciadamente para cada casal, podendo ter significados distintos para cada um dos parceiros (BRASIL, 2003; ORIÁ; ALVES; SILVA, 2004; ALVES et al., 2007).

Para o casal, a gestação é um momento de extrema importância e significado, é um período de adaptações em muitos aspectos, inclusive na sexualidade conjugal. Ocorrem mudanças, nessa fase da vida, que afetam, alteram e modificam o biopsicossocial da mulher; e podem ter considerável impacto sobre a atividade e o comportamento sexual feminino. A partir do primeiro mês gestacional, tem início um processo de desenvolvimento que implicará em várias transformações orgânicas importantes as quais podem alterar a sexualidade da gestante, como também a de seu parceiro, portanto é um período que pode afetar a relação sexual do casal (LABRADOR; PIEGA, 2001; FLORES; AMORIM, 2007; LEITE et al., 2009).

No Brasil, num estudo transversal realizado em 2007 com 475 puérperas, entre 24 e 28 horas pós-parto, as mulheres relataram alteração na vivência da sexualidade que alcançou uma prevalência de 59%, sendo que destas 75% referiram diminuição da frequência de relações sexuais (MARTINS et al., 2007).

Um estudo descritivo com 35 primigestas de baixo risco, realizado em Fortaleza, mostrou que 25 (71,43%) das mulheres tiveram algum tipo de efeito, negativo ou positivo, importante em sua sexualidade durante o período gestacional. Como efeitos positivos, as

entrevistadas citaram um melhor relacionamento sexual com o parceiro, aumento da atividade sexual e maior prazer no ato sexual, e feminilidade mais aguçada; já o abandono do parceiro e diminuição da atividade sexual, foram os pontos citados como negativos na sexualidade provocados pela gestação (ORÍÁ; ALVES; SILVA, 2004).

Intensas mobilizações cercam esse período, que é caracterizado como uma fase de mudança de uma condição para outra, nem sempre entendida pela gestante, familiares, amigos, e pelo profissional que a acompanha (ALVES et al., 2007). Nessa fase o profissional de saúde, pode não ter uma participação adequada e satisfatória; pois a maioria dirige sua atenção para os aspectos biológicos, e valoriza o patológico na vivência desse processo, negligenciando as necessidades emocionais e sexuais do casal, que geralmente, nem são percebidas, abordadas e/ou discutidas com a cliente (BRASIL, 2003).

Em pesquisa com 22 adolescentes primigestas, com idade média de 16,5 anos, atendidas em Postos de Saúde, foi observado que, 59% das adolescentes já haviam recebido orientação de algum profissional de saúde sobre sexo e gravidez e que 40% nunca haviam recebido tais orientações. Ao comparar tais grupos verificou-se que não existia diferença estatística entre os resultados, concluindo-se que as orientações não tiveram a eficiência esperada, ou seja, a prática das orientações exigem muito mais que apenas a verbalização (GUIMARÃES; WITTER, 2007).

O setor da saúde deve estar aberto às mudanças sociais, e o profissional de saúde deve exercer seu papel de educador de modo ampliado. É indiscutível que na atenção pré-natal os profissionais têm a oportunidade de trabalhar além das questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento, a educação e a promoção da saúde, inclusive sexual e reprodutiva da mulher; e se estes estiverem bem informados e capacitados para abordarem questões que envolvam a função sexual das grávidas e seus companheiros, podem atuar prevenindo ou minimizando os problemas que porventura possam ocorrer neste período (BRASIL, 2006).

Baseados em uma nova concepção do processo saúde-doença, esses profissionais devem buscar uma melhora na integração entre os diversos sujeitos envolvidos na produção em saúde e no esclarecimento e fortalecimento do respeito aos direitos humanos, dentre estes os direitos sexuais e os reprodutivos, atuando de maneira integral e eficiente (BRASIL, 2006).

## **2.2 Sexualidade e Função Sexual**

A sexualidade é uma área de especial relevância na saúde da mulher, e não deve ser entendida de forma reduzida, relacionada e envolvendo apenas o ato sexual. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao

longo da vida e compreende várias dimensões como sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É uma energia motivadora que faz o ser humano procurar sentimentos como o amor, a ternura, o contato e a intimidade (WHO, 2010).

Estudos da Antropologia tendem a compreender a sexualidade como uma manifestação humana, influenciada pelos valores vigentes de cada estrato sociocultural. As várias e peculiares socializações que o indivíduo experimenta na sua vida, na família, na escola, com os amigos evidenciam os roteiros sexuais, e exercem papel fundamental na construção do indivíduo como um todo, gerando formas de interpretar as relações sexuais e a forma de vivenciar a sexualidade (RESSEL; GUALDA, 2005; SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Neste trabalho, compreenderemos a Sexualidade como um fenômeno da condição humana que tem sua formação iniciada na infância e continua no decorrer da vida manifestando-se diferentemente em cada uma das fases do ciclo vital; é vivenciada e expressa por meio de pensamentos, desejos, comportamento e relacionamentos e, é influenciada pela interação de vários fatores não somente os biológicos, mas também os psicológicos, sociais, culturais, éticos e religiosos (LARA, 2009; WHO, 2010).

A sexualidade é capaz de influenciar de forma positiva ou negativa a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. Está arraigada e integrada no modo de sentirmos, movimentarmos, na maneira que tocamos e somos tocados; e influencia nosso comportamento na forma de pensamentos, sentimentos e atitudes, e por isso influência também a nossa saúde física e mental (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; WHO, 2010).

No entanto, o tema sexualidade ainda é envolto por tabus, especialmente relacionados ao gênero, aos preconceitos sociais direcionados à mulher. Nota-se com essas constatações um déficit de conhecimento sobre a função sexual, o que torna um complicador na abordagem da sexualidade feminina, especialmente durante a gestação, o qual precisa ser sanado o mais breve possível (ORÍÁ; ALVES; SILVA, 2004).

Atualmente no cenário da saúde o termo sexualidade vem sendo substituído por outros termos que dão uma idéia mais específica do assunto que se quer abordar, como saúde sexual e função sexual, pois permitem uma maior diferenciação científica de aspectos referentes a cada campo em particular sem, no entanto, fazer uma generalização que muitas vezes confunde com a denominação “sexualidade” (GIAMI, 2007).

A OMS define Saúde Sexual como a integração de diversos aspectos, como o

somático, emocional, intelectual e social que se refletem no bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e enfatizem a personalidade, comunicação e o amor (WHO, 2006). Esta forma de entender a saúde sexual implica em uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade humana, bem como a possibilidade de homens e mulheres ter experiências sexuais seguras e prazerosas, livre de coerção, discriminação e violência (CAVENAGHI, 2006).

A função sexual é compreendida como uma dimensão mais fisiológica e orgânica, pois trata da resposta sexual expressa pela corpo, é a dimensão que corresponde à atividade sexual propriamente dita, abrange as dimensões não reprodutivas. É a função somática dos órgãos genitais em sua dimensão biofisiológica e constitui-se no quadro de realização do ciclo da resposta sexual humana mas que pode sofrer intervenção de fatores não só físicos como também de relacionamentos sociais e psicológicos (GIAMI, 2007).

Para o ser humano o ato sexual, tem significado diferenciado, vai muito além da finalidade biológica procriativa; isto porque as esferas afetiva, psíquica, comportamental e até cultural são incluídas, de diversas formas e em diversos níveis da individualidade. Atualmente se evidencia uma preocupação com a sexualidade, quando se observa que nos últimos dez anos, as mulheres têm procurado pelos serviços de saúde para a soluções de problemas que interferem na qualidade de vida, especialmente aqueles relacionados à função sexual (ABDO, 2005; LARA et al., 2008; RODRIGUES, 2009).

Através do estudo aprofundado sobre a fisiologia e psicologia da sexualidade humana, Masters e Johnson (1984) juntamente com Kaplan (1977), definiram a resposta sexual humana. Eles desenvolveram um modelo linear de resposta sexual para homens e mulheres com etapas seqüenciais de desejo, excitação, orgasmo e resolução. Mais recentemente, Basson e colaboradores, 2000, desenvolveram o modelo biopsicossocial cíclico de resposta sexual feminina, que permite uma resposta ao feedback físico, emocional e cognitivo e aplica às mulheres nas relações especialmente bem estabelecidas.

As mulheres frequentemente relatam que a proximidade emocional com o parceiro pode ser a sua principal razão para a intimidade sexual. Esta resposta começa a partir de um estado sexualmente neutro, progride para excitação sexual, e é seguido por desejo sexual. Se o resultado é positivo, tanto emocional quanto fisicamente, a subsequente motivação sexual pode ser aumentada (MARNACH; CASEY, 2008).

Neste sentido, as definições mais antigas de disfunção sexual feminina foram baseadas no modelo linear da resposta sexual humana de Masters e Johnson que pressupunha



uma progressão linear da resposta sexual a partir de uma consciência inicial do desejo sexual, para um estado de excitação com foco na congestão e lubrificação genital, seguido de liberação orgásmica e resolução (BASSON, 2005).

Assim, os novos modelos não lineares recentemente propostos por Basson (2005) e Basson e colaboradores (2000) contestam o modelo de Masters e Johnson, que identifica um ciclo de resposta sexual em seqüência definida e linear, constituído por quatro fases comuns para ambos os sexos: o estímulo sexual provocaria excitação fisiológica e, havendo continuidade na estimulação, o nível de tensão aumentaria atingindo-se um platô da excitação podendo-se em seguida chegar à fase de orgasmo, após o qual haveria um período de resolução, refratário a um novo estímulo sexual, com retorno do corpo a uma fase pré-excitatória (PACAGNELLA, 2008).

Basson e colaboradores (2000) argumentam que possivelmente a resposta sexual não seja comum a ambos os sexos, pois para a mulher haveria um componente subjetivo. Isto porque se o estímulo é visto como potencialmente positivo, a estimulação é desfrutada; mas se este é visto como potencialmente negativo, a culpa, vergonha, embaraço ou medo são disparados (PACAGNELLA, 2008).

Essas inter-relações foram observadas em estudos de validação de questionários destinados a identificação de disfunções sexuais femininas e as quais podem ser tomadas como uma evidência da natureza multifatorial das disfunções sexuais femininas. Por outro lado, não há uma única classificação diagnóstica amplamente aceita sobre o funcionamento sexual e as que existem atualmente não avaliam conjuntamente os aspectos subjetivos e objetivos da resposta sexual das mulheres (PACAGNELLA, 2008). Portanto, a função sexual feminina é resultado da interação de vários fatores, entre eles os aspectos subjetivos (GIAMI, 2007; PACAGNELLA, 2008; THIEL, 2008).

É fato que a função sexual adequada do indivíduo é um determinante importante de satisfação e qualidade de vida; que afeta diretamente o seu bem estar físico e psicossocial, no entanto, estudos demonstram uma alta prevalência de disfunção sexual, especialmente entre as mulheres. Portanto, a disfunção sexual é reconhecida pela OMS como um problema de Saúde Pública (THIEL, 2008).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais publicado em 2002 define a resposta sexual saudável, como um conjunto de quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução, bem como estabelece os critérios de diagnóstico para os transtornos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ABDO; FLEURY, 2006).

Estudos revelam que as mulheres, não apresentam a resposta sexual de maneira fixa,

inerte, na mesma ordem exposta, ao contrário, elas descrevem a resposta sexual normal com uma sequência flexível, variável, ou seja, as fases da resposta sexual feminina podem se sobrepor uma às outras, sofrendo combinações de respostas psicológicas e físicas (BASSON et al., 2004; BASSON, 2005).

De acordo com o modelo de resposta sexual proposto por Basson e colaboradores (2004) as mulheres podem iniciar a relação sexual sem motivação adequada, sem desejo, e mesmo assim ter uma excitação subjetiva como resultado, se a estimulação que ela receber for adequada; a mulher pode também aceitar uma relação íntima para ter uma maior intimidade emocional com o parceiro, para receber carinho, sentir-se mais atraente, compreender e satisfazer seu próprio senso de necessidade. Portanto, a resposta sexual feminina não é fixa, pode sobrepor fases variando a ordem, uma vez que o desejo, mesmo sem estar presente no início, é disparado durante a relação sexual, caso a mulher se excite subjetivamente, confundindo assim excitação e desejo (BASSON et al., 2004; BASSON, 2005; LARA et al., 2008; ABDO, 2010).

No entanto, a excitação subjetiva pode ser reduzida por diversos fatores biológicos, como: fadiga, depressão, efeitos sexualmente negativos pelo uso de medicações, atividade reduzida dos hormônios sexuais, hiperprolactinemia e hipotireoidismo; e pelos fatores psicológicos: distrações da vida diária, receio de gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade comprovada, experiências sexuais negativas no passado, inexperiência ou sentimentos de vergonha e dificuldade (ABDO, 2010).

Então pode-se dizer que a resposta sexual normal na mulher não é apenas determinada por fatores físicos, e sim pela interação destes com fatores psicossociais e familiares. A função sexual feminina é complexa, não tem localização específica como a masculina, aborda fatores orgânicos, psicológicos e relacionais da atividade sexual das mulheres (GIAMI, 2007; FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

### **2.3 Disfunção Sexual Feminina**

As disfunções sexuais interferem na qualidade de vida das mulheres, no relacionamento com os seus parceiros; podem influenciar na saúde física e mental e ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Dados do National Health and Social Life Survey (NHSL) mostram que entre 30 e 50% das americanas têm algum tipo de disfunção sexual (THIEL, 2008). No Brasil, 30% das mulheres apresentam alguma dificuldade sexual, sendo que apenas 5% procuram tratamento.

Uma avaliação realizada com 1219 mulheres, sobre disfunções sexuais femininas em 2004 constatou que 49% apresentavam pelo menos uma disfunção. O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), realizado pelo Projeto Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, no mesmo ano, com 3.148 mulheres pesquisadas em 18 cidades, identificou que 51% das mulheres referiram disfunção sexual (THIEL, 2008; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; PIASSAROLLI et al., 2010).

A presença de algum transtorno seja de interrupção ou de alteração de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais (BASSON et al., 2004; BASSON, 2005; FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010). Estas podem se manifestar por falta, excesso ou desconforto e/ou dor associada ao ato sexual de maneira persistente ou recorrente (ABDO, 2004).

Na mulher, a disfunção sexual também pode se manifestar por vaginismo e dispareunia, quadros que podem resultar em angústias pessoais e provocar dificuldades tanto nas relações interpessoais quanto na qualidade de vida (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007). As disfunções sexuais podem ser classificadas em primária, quando ao longo da vida a resposta sexual não é satisfatória, e secundária, quando é adquirida na gestação, parto e puerpério (LARA et al., 2008).

Um consenso internacional sobre a disfunção sexual feminina foi estabelecido, por um comitê de especialistas indicado pela American Foundation of Urological Disease, no período de 2000 a 2003, cujo resultado tem promovido um conjunto de publicações sobre as definições revisadas e expandidas sobre disfunção sexual nas mulheres. A recomendação tem sido o uso de um novo sistema de diagnóstico e classificação da disfunção sexual feminina, baseado tanto na fisiopatologia fisiológica como psicológica, e a utilização de um critério de estresse pessoal para a maioria das categorias diagnósticas (BASSON et al., 2004). As principais categorias diagnósticas foram assim estabelecidas: distúrbio do desejo sexual hipotivo, transtorno de excitação sexual feminina, perturbação do orgasmo e transtornos de dor sexual (DEROGATIS; BURNETT, 2008) cujas definições estão apresentadas a seguir (BASSON et al., 2000; BASSON et al., 2004).

**Desordem no desejo/interesse sexual da mulher:** Existem sentimentos ausentes ou diminuídos de interesse ou desejo sexual, pensamentos ou fantasias sexuais ausentes e uma falta de desejo responsivo. As motivações (aqui definidas como razões/incentivos) para tentativa de obter excitação sexual são escassas ou inexistentes. A falta de interesse é considerada ser além daquela diminuição que ocorre normalmente com o ciclo de vida e com

a duração de relacionamentos .

**Transtorno da Excitação Sexual subjetiva.** Ausência ou diminuição acentuada de sentimentos de excitação sexual (excitação sexual e prazer sexual) de qualquer tipo de estimulação sexual. A lubrificação vaginal ou outros sinais de resposta física ainda ocorrem.

**Disordem de Excitação Genital combinada e subjetiva.** Ausência de sentimentos marcadamente diminuídos de excitação sexual (excitação sexual e prazer sexual) de qualquer tipo de estimulação sexual, bem como queixas de falta ou diminuição da excitação sexual genital (congestão vulvar, lubrificação).

**Transtorno da Excitação Sexual Genital.** Queixas de ausência ou diminuição de excitação sexual genital. Auto registro pode incluir inchaço vulvar mínimo ou lubrificação vaginal oriundo de qualquer tipo de estimulação sexual e redução sensações sexuais reduzidas de carícias na genitália. Excitação sexual subjetiva ainda ocorre a partir de estímulos não genital.

**Transtorno da Excitação Sexual Persistente.** Anteriormente considerada extremamente rara, queixa de latejamento genital espontâneo intrusivo não aliviado com o orgasmo está sendo cada vez mais encontrado na prática clínica. Portanto, foi proposto a seguinte definição provisória. Excitação genital espontânea intrusiva e indesejada (por exemplo, formigamento, latejante, pulsação) na ausência de interesse sexual e desejo. Qualquer consciência de excitação subjetiva é tipicamente, mas não variavelmente desagradável. A excitação não é aliviada por um ou mais orgasmos e os sentimentos de excitação persistem por horas ou dias.

**Transtorno do Orgasmo da Mulher.** Apesar do auto-relato de excitação sexual intensa/excitação, há tanto falta de orgasmo, marcadamente diminuídas sensações orgásmicas ou retardo acentuado do orgasmo a partir de qualquer tipo de estimulação.

**Vaginismo.** As dificuldades persistentes ou recorrentes da mulher para permitir a entrada vaginal de um pênis, um dedo, e/ou qualquer objeto, a despeito do desejo expresso da mulher de fazê-lo. Há frequentemente evitação (fóbica), e antecipação/medo/experiência de dor, juntamente com uma variável contração involuntária do músculo pélvico.

**Dispareunia.** Dor persistente ou recorrente com tentativa ou entrada vaginal completa e/ou coito vaginal peniano

A definição de desejo sexual hipoativo foi ampliada para incluir a falta de receptividade à atividade sexual. Desejo sexual hipoativo é difícil de definir em termos absolutos, dada a falta de normas populacionais confiáveis (BASSON et al., 2000). No entanto, a definição proposta enfatiza a persistente falta ou deficiência de marcadores bem aceitos de desejo, como pensamentos ou fantasias sexuais e, receptividade à iniciativa sexual pelo parceiro. Os dois elementos importantes na nova definição são a persistente falta de

desejo e o resultante estresse pessoal. Assim, a definição não se aplica à mulher que não tem desejo apenas em algumas circunstâncias (por exemplo, durante períodos de conflito conjugal) ou em determinadas ocasiões (por exemplo, antes ou durante a menstruação). Do mesmo modo, mesmo se o desejo sexual for persistentemente menor do que o do parceiro, a definição não seria aplicável na ausência de stress pessoal relacionado com o problema (BASSON et al., 2000; BASSON, 2004).

A definição de transtorno de excitação sexual foi ampliada por incorporar dimensões de excitação não genital e subjetiva. Reconhecendo a grande variedade de reações físicas e subjetivas que caracterizam a excitação sexual feminina, a nova definição refere-se a "falta de excitação subjetiva ou a falta de resposta genital (lubrificação/congestão) ou de outras respostas somáticas." Esta nova definição é mais inclusiva do que a definição de "falha de resposta genital" da CDI -10 (BASSON et al., 2000, BASSON, 2004).

Uma nova categoria de *desordem de dor sexual sem coito* foi adicionada ao sistema de classificação, a qual é para ser aplicada a recorrente ou persistente dor genital induzida pela estimulação sexual sem coito. Notou-se que um número significativo de mulheres experimentam dor durante formas de estimulação sexual sem coito/sem penetração peniana, as quais não seriam incluídas nas categorias atuais de vaginismo ou dispareunia. Esta nova categoria é também importante no reconhecimento de que a atividade sexual para as mulheres não precisam necessariamente envolver o coito vaginal com penetração peniana e a categoria de transtorno de dor sexual pode aplicar às mulheres não heterossexuais que se engajam em comportamentos sexuais alternativos (BASSON et al., 2000, BASSON, 2004).

Um elemento essencial do novo sistema de diagnóstico é a inclusão de um critério de *stress pessoal* para a maioria das categorias de diagnóstico. Assim, por distúrbio do desejo sexual hipotativo, alteração da excitação sexual, perturbação do orgasmo e vaginismo um elemento essencial do diagnóstico é a exigência de que a condição *provoque desconforto pessoal significativo para o indivíduo*. As medidas existentes para mensuração de estresse/sofrimento podem ser usadas ou instrumentos específicos de avaliação da doença poderiam ser desenvolvidos. Avaliação clínica de angústia/estresse pessoal envolve a consulta ao paciente sobre o nível de insatisfação ou incômodo sobre a dificuldade sexual. Por exemplo, uma mulher que raramente atinge o orgasmo pode informar que não a incomoda particularmente e que ela ainda é capaz de desfrutar de relações sexuais com seu parceiro. Da mesma forma, algumas mulheres não vêem o baixo desejo sexual como um problema pessoal. Nestes casos, um diagnóstico de disfunção sexual não seria dado devido à ausência de stress pessoal da parte do paciente. A reação do parceiro sexual pode ser uma causa de preocupação

ou incômodo para o paciente, mas é insuficiente como base para o diagnóstico. Por exemplo, se uma mulher relata que seu parceiro está insatisfeito com sua falta de orgasmo, mas se não a incomoda pessoalmente, um diagnóstico específico não seria dado. O aconselhamento pode ainda ser recomendado nesses casos, devido ao conflito ou incompatibilidade das expectativas quanto à função sexual adequada (BASSON, 2000).

Pelo exposto o diagnóstico das disfunções sexuais é algo preocupante, visto que em primeira instância diagnóstica ela é uma auto-avaliação, e ainda por ser uma doença estigmatizada, pode ter seus números subnotificados devido as dificuldades de como medir o quanto as pessoas afetadas conseguem identificá-la e percebê-la como um problema (DEROGATIS; BURNETT, 2008).

#### **2.4 Disfunção Sexual no Ciclo Gravídico**

A gravidez, geralmente afeta a sexualidade do casal, essa alteração pode se manifestar como uma melhora e um maior aprofundamento da vivência sexual ou o início de várias dificuldades, o que pode acarretar em problemas e disfunções, refletindo negativamente na saúde física e psicológica de ambos. Estudos apontam que esse período é crítico para iniciar os problemas sexuais ou agravar os que já existem (RODRIGUES, 2009).

Um estudo realizado com 271 gestantes saudáveis, de abril de 2005 a janeiro de 2007, utilizando o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), observou-se uma prevalência de disfunção sexual em gestantes adolescentes e adultas de 40,8% e de 46,6% no primeiro trimestre. No segundo trimestre esse resultado foi de 31,2% e 34,2% e no terceiro trimestre de 63,2% e 73,3%, respectivamente (LEITE et al., 2009)

As disfunções sexuais podem ocorrer por uma causa orgânica, mas é agravada por fatores emocionais, que em virtude das modificações vivenciadas pela mulher na gestação, da mistura de sentimentos novos que afloram, e das pressões para o aprendizado de ser mãe, junto com as responsabilidades e rotinas advindas do nascimento podem ser questões que se relacionem com as disfunções (ABDO; FLEURY, 2006; ALVES et al., 2007).

Inúmeros fatores durante a gestação contribuem para provocar alterações na sexualidade da mulher, tais como alterações na percepção da imagem de seu corpo, de como esta mulher se vê ou como acha que seu parceiro a vê; diminuição no nível de energia, pela fadiga e cansaço frequentes; presença de sintomas fisiológicos e desconfortos corporais (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

Em Santa Catarina, 40 gestantes responderam ao Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG), sendo que 40% notaram diminuição da frequência sexual no primeiro

trimestre quando comparado ao período pré-gravídico, entre as grávidas do segundo trimestre 30% acusaram diminuição; já no terceiro trimestre gestacional, observou-se que mais de 60% relataram diminuição na frequência de sua atividade sexual (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

Durante o primeiro trimestre da gravidez, sintomas como náuseas e vômitos são fatores que podem diminuir o interesse pela atividade sexual, causando redução da mesma em algumas mulheres enquanto que em outras há aumento da libido. Alterações vasculares, como vaso congestão, podem causar estímulos dolorosos, especialmente durante o coito devido ao aumento do fluxo sanguíneo para a área já congestionada (LABRADOR; PIEIGA, 2001). No segundo trimestre gestacional parece haver aumento na atividade sexual e no terceiro trimestre a atividade sexual reduz consideravelmente, acompanhada por um aumento da fadiga e diminuição da libido. O aumento do volume uterino influencia na sensação de desconforto durante o coito, e mudanças na aparência e diminuição do interesse sexual no homem pelo medo de machucar o bebê neste período ou até mesmo antes, mesmo sem proibição médica, são relatadas por alguns casais (LABRADOR; PIEIGA, 2001; FLORES; AMORIM, 2007).

Parece existir claramente uma diminuição do interesse sexual assim como um decréscimo da atividade sexual durante o período de gravidez (SILVA; FIGUEIREDO, 2005). Na pesquisa de Gökyildiz e Beji (2005) realizado com 150 grávidas, 21,3% delas descreveram medo das relações sexuais no terceiro trimestre.

Fatores emocionais relacionados à gestação também alteram a sexualidade feminina tais como: ajustamento aos novos papéis sociais, qualidade do relacionamento, alterações de humor, aceitação do sexo neste período, entre outros, que podem ser vivenciados pela gestante, bem como por seu parceiro (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

A dor à penetração, pouca lubrificação vaginal, e a diminuição do desejo, também contribuem para a disfunção sexual. A dispareunia (dor durante a relação sexual), é frequente em primíparas (RODRIGUES, 2009).

Lazzar (2002) encontrou em sua pesquisa com 36 grávidas que moravam com o companheiro uma queda linear na frequência de relações sexuais em todos os trimestres gestacionais, com uma queda mais acentuada no terceiro trimestre quando esta se acentuou para 50% em relação ao trimestre anterior, e uma frequência de orgasmo de 24% no período gestacional. As entrevistadas relataram a diminuição da libido e a dor durante a relação sexual como as duas causas principais para as mudanças ocorridas.

As funções e sensações sexuais não se manifestam de maneira semelhante nos

indivíduos, a gravidez pode não promover mudanças ou pode aumentar ou diminuir os desejos sexuais em algumas mulheres. Não se pode generalizar o desejo sexual nesta fase, pois a sexualidade é personalizada, porém existe muitas evidências que a maioria das mulheres continuam a experimentar desejos e necessidades sexuais nesse período (LABRADOR; PIEIGA, 2001).

Em um Hospital de Santa Maria, foi realizado um estudo com 188 mulheres, entre 17 e 40 anos, que deram à luz nesta unidade de saúde, os achados desta pesquisa indicaram que a perda do desejo sexual foi manifestada em 25% das entrevistadas, a diminuição do desejo sexual em 32,5% das mulheres; 55% delas relataram diminuição da atividade sexual, porém ainda assim 98% das mulheres continuaram tendo vida sexualmente ativa, fazendo sexo vaginal na gestação (PAULETA ; PEREIRA; GRAÇA, 2010).



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- ✓ Avaliar a função sexual na gravidez de primigestas no município de Rio Branco, AC.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar o perfil socioeconômico das primigestas estudadas atendidas nas maternidades do município de Rio Branco, AC;
- ✓ Estimar a prevalência das disfunções sexuais (dispareunia, ausência de desejo, insatisfação e diminuição da lubrificação vaginal) antes e durante a gravidez de primigestas atendidas nas maternidades do município de Rio Branco, AC;
- ✓ Identificar os fatores associados à disfunção sexual e determinar a magnitude de associação entre variáveis selecionadas, antes da gestação e na gestação, em primigestas atendidas nas maternidades do município de Rio Branco, AC.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

Os dados analisados neste trabalho fazem parte de um projeto mais amplo denominado “Saúde Reprodutiva de Primigestas: Análise de Fatores Relacionados ao Tipo de Parto”, estudo realizado em Rio Branco, Acre, tipo observacional, seccional (transversal) e analítico, tendo como pesquisador principal a Dra. Leila Maria Geromel Dotto.

### **4.1 Local do Estudo**

Rio Branco é o maior centro populacional, comercial, cultural e industrial do Estado do Acre. Segundo o censo de 2010, possui uma população estimada de 336.038 habitantes, sendo 308.545 na área urbana; concentra 45,8% do total da população do Estado. O município possui duas maternidades, uma pública que atende somente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e outra no Hospital Filantrópico, que atende ao SUS, convênios e particulares (IBGE, 2010).

A Maternidade pública pertence à Secretaria Estadual de Saúde de Rio Branco, realiza 250 partos/mês, possui 60 leitos, é referência no estado do Acre para gestante de alto risco, no entanto, atende também todas as urgências e emergências em saúde da mulher, sendo um pronto-atendimento à mulher para todas as queixas obstétricas e ginecológicas. Neste estudo esta maternidade foi denominada de maternidade I. O hospital filantrópico possui 32 leitos no alojamento conjunto destinados para o SUS, realiza em média 350 partos/mês, foi denominado neste estudo de maternidade II (SESACRE, 2010).

### **4.2 População**

Foram informantes da pesquisa 778 primigestas, entre 13 e 43 anos, que pariram nas duas maternidades existentes no município, eram mulheres que tinham domicílio no município de Rio Branco e que estavam dando a luz a seu primeiro filho.

A população de primigestas elegíveis para o estudo era de 887 mulheres, porém 107 não tiveram parceiro durante a gravidez e duas primigestas foram restringidas de ter relações sexuais por seus médicos, portanto fizeram parte deste estudo 778 mulheres que tiveram companheiro durante o período gestacional. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I).

### **4.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi no período de primeiro de fevereiro a 31 de julho de 2010, foi realizada por meio de um instrumento (ANEXO II) que foi elaborado com vistas a alcançar os

objetivos propostos pelo estudo, constituído de duas partes. A primeira parte trata de informações sobre dados sócio-demográficos e sobre a gestação. A segunda parte trata de questões relacionadas à saúde sexual cujo conteúdo foi construído com base nos autores Gokyldiz e Beji (2005), que estudaram os efeitos da gravidez sobre a vida sexual de mulheres grávidas. Foram então utilizadas 13 questões, de múltipla escolha, sobre saúde sexual do instrumento das autoras citadas, sendo que para oito questões foram solicitadas respostas para antes da gestação, para o primeiro, para o segundo e para o terceiro trimestre de gravidez. O instrumento utilizado por Gokyldiz e Beji foi validado para o português por Amaral (2012).

O instrumento de coleta de dados deste estudo foi submetido a um teste piloto com 50 puérperas com a finalidade de avaliar a compreensão das perguntas, tendo então efetuado as adequações semânticas e assim estabelecido a sua versão final.

Para operacionalizar a coleta de dados foram treinadas cinco auxiliares de pesquisa (acadêmicas do curso de enfermagem e do curso de saúde coletiva). O treinamento constituiu de uma parte teórica (6 horas) e uma parte prática (8 horas), este treinamento foi realizado pela pesquisadora principal da pesquisa.

Nessa fase da pesquisa, a pesquisadora realizou a supervisão das entrevistadoras, visando à codificação do instrumento e proximidade para esclarecimentos de dúvidas em conjunto com a pesquisadora principal.

Vale ressaltar que as primigestas foram entrevistadas por volta de 12 horas após o parto, de forma a respeitar as primeiras horas de recuperação do pós-parto imediato.

#### **4.4 Variáveis de Estudo**

As variáveis utilizadas nesse estudo foram:

**Sociodemográficas:** idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda familiar, tipo de serviço e maternidade.

**Fatores relacionados à gestação e vida sexual:** gravidez planejada, reação à gravidez, o que acha do sexo na gravidez, o que achava do seu corpo na gravidez, o que seu parceiro achava do seu corpo na gravidez, teve mudança na sua vida sexual.

**Fatores relacionados à função sexual:** satisfação do parceiro com a relação sexual, frequência das relações sexuais antes e na gravidez, frequência do desejo sexual antes e na gravidez, iniciativa para o coito antes e na gravidez, satisfação sexual antes e na gravidez, aceitação de inovação na relação antes e na gravidez, dor na relação sexual antes e na gravidez, e mudança na lubrificação vaginal durante a gravidez.

**Disfunção sexual:** a disfunção sexual (binária com valor sim e não) foi considerada como

variável resposta (variável dependente), a qual pode ser apresentada em qualquer trimestre da gestação ou mesmo ao longo do período gestacional. Nesta pesquisa foi considerada como disfunção sexual a presença de um ou mais dos seguintes domínios da resposta sexual feminina: a) Ausência do Desejo ou interesse sexual, b) diminuição de excitação sexual, c) ausência de orgasmo e, d) dor sexual. A disfunção sexual foi ainda classificada como: 1) disfunção sexual no primeiro trimestre de gestação, 2) disfunção sexual no segundo trimestre de gestação, 3) disfunção sexual no terceiro trimestre de gestação e, 4) disfunção sexual durante a gestação.

Para definição operacional da variável disfunção sexual e sua classificação foram consideradas as respostas aos itens relacionados à saúde sexual do instrumento de coleta de dados que tratam especificamente do desejo sexual (ausente), da lubrificação vaginal (diminuída), da dor na relação sexual (sempre) e da satisfação sexual (extremamente insatisfeita) conforme apresentado no quadro abaixo:

#### Quadro1: Operacionalização e Classificação da Variável Disfunção Sexual

Domínio da resposta sexual /itens relacionados	Antes da gestação	Disfunção sexual no Primeiro trimestre	Disfunção sexual no Segundo trimestre	Disfunção sexual no Terceiro trimestre	Disfunção sexual na gravidez
<b>Desejo</b> 18-Com que frequência você sentia desejo sexual ? 19-Quem tinha iniciativa para a relação sexual ?	X	X	X	X	X
<b>Lubrificação</b> 23-Quanto a sua lubrificação vaginal durante a relação sexual de vocês, mudou alguma coisa durante a gravidez?		X	X	X	X
<b>Dor</b> 24-Você tem dor durante a relação sexual?	X	X	X	X	X
<b>Satisfação</b> 21-Qual é a sua satisfação com relação à relação sexual com seu parceiro?	X	X	X	X	X

#### 4.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados, tanto a análise descritiva como analítica com o apoio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0. As variáveis relacionadas com a gestação e vida sexual de acordo com idade e tipo de serviço

foram analisadas com o qui-quadrado de Pearson, considerando-se estatisticamente significativos os valores de  $p < 0,05$ .

Para a análise das disfunções sexuais antes da gravidez e durante a gestação foi utilizado o teste de homogeneidade de Wilcoxon, considerando-se estatisticamente significativos os valores de  $p < 0,05$ .

Foram determinadas as Razões de Prevalência (RP) para as associações, com os respectivos intervalos de confiança de 95%, e modelos de regressões logísticas foram empregados para obtenção de medidas de efeito ajustadas (RPajust). Esta medida foi utilizada para analisar a associação da disfunção sexual antes e durante a gravidez com algumas variáveis selecionadas (demográficas, relacionadas à gestação e vida sexual da primigesta durante a gravidez).

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O estudo teve seu projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre e foi aprovado sob o protocolo n. 23107.005912/2009-21 (ANEXO III), recebeu autorização das duas instituições onde a coleta de dados foi realizada.

Neste estudo foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (2000), foi aplicado às participantes da pesquisa o TCLE, para que assim todas as informações pertinentes à clientela em questão sejam preservadas no processo de análise, garantindo-se o sigilo absoluto assim como foi mantida a fidelidade dos dados coletados.

## 5. RESULTADOS

A população de primigestas estudada é representada por 45,1% de mulheres com até 19 anos de idade, ou seja, adolescentes, sendo que a idade das primigestas variou de 13 a 43 anos (mediana: 20, média: 21,52 e Dp: 5,24), 80,6% delas informaram não ser branca, 14,1% tem companheiro, mas não moram com ele, 19,4% possuem escolaridade até o ensino fundamental e 22,6% têm nível superior completo ou incompleto; quanto à ocupação 30,3% trabalham fora em diversas ocupações, e 48% referiram renda familiar mensal menor que dois salários mínimos. Vale ressaltar que o valor do salário mínimo no período da coleta de dados era de R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais) (Tabela 1).

Das 778 primigestas estudadas, 262 (33,7%) foram entrevistadas no pós-parto na Maternidade I e 516 (66,3%) na Maternidade II, 86,5% dos partos tiveram o SUS como fonte pagadora para os mesmos.

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis sócio-econômicas das primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

Variáveis	Total	
	N *	%
<b>Idade</b>		
≤ 19 anos	351	45,1
≥ 20anos	427	54,9
<b>Cor autodeclarada</b>		
Branca	151	19,4
Não branca	627	80,6
<b>Mora com companheiro</b>		
Sim	668	85,9
Não	110	14,1
<b>Escolaridade</b>		
Até Fundamental completo	151	19,4
Ens. Médio completo ou incompleto	451	58,0
Ens. Superior completo ou incompleto	176	22,6
<b>Ocupação</b>		
Estudante	190	24,7
Dona de casa	345	44,9
Ocupações diversas	233	30,3
<b>Renda</b>		
Menos 2SM	358	48,0
De 2SM a menos de 5SM	292	39,1
5 SM ou mais	96	12,9
<b>Tipo de atendimento no parto</b>		
SUS	673	86,5
Particular/convênio	105	13,5
<b>Maternidade</b>		
I	262	33,7
II	516	66,3

\*diferenças de valores se devem aos missings (não resposta)

Quanto às reações das primigestas ao tomarem conhecimento da gravidez, 504 (64,8%) referiram felicidade, 218 (28%) relataram que naquele momento ficaram

preocupadas e para 434 (55,8%) a gravidez não foi planejada (Tabela 2).

Com relação à prática sexual durante a gravidez 483 (62,1%) das entrevistadas responderam que o sexo na gravidez era ruim e prejudicava a mãe e/ou bebê. No que se refere à auto-imagem corporal na gestação, 320 (41,1%) percebiam seu corpo como sendo feio ou se sentiam mal com ele durante a gestação, e 40 (5%) relataram que o parceiro achou seu corpo feio no período gestacional.

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis relacionadas à gravidez e a vida sexual das primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, segundo a idade. Rio Branco, Acre, 2010

Variáveis	Total		Idade				p
	N	%	≤ 19 anos		≥ 20 anos		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Gravidez planejada</b>							
Não	434	55,8	238	68,0	196	45,9	
Sim	344	44,2	112	32,0	231	54,1	< 0,001
<b>Reação à gravidez</b>							
Feliz	504	64,8	191	54,4	313	73,3	
Triste	34	4,4	21	6,0	13	3,0	
Preocupada	218	28,0	122	34,8	96	22,5	
Não sentiu nada	22	2,8	17	4,8	05	1,2	< 0,001
<b>O que acha do sexo na gravidez</b>							
Bom, pode acontecer	241	31,0	103	29,3	138	32,3	
Ruim, prejudica mãe/bebê	483	62,1	223	63,5	260	60,9	
Não tem idéia	54	6,9	25	7,1	29	6,8	0,671
<b>O que achava do seu corpo na gestação</b>							
Bonito, sentia-se bem	397	51,0	155	44,2	242	56,7	
Feio, não se sentia bem	320	41,1	167	47,6	153	35,8	
Não fez diferença, não tem idéia	61	7,8	29	8,3	32	7,5	0,002
<b>O que o parceiro achou do seu corpo na gestação</b>							
Feio, não gostou	40	5,1	26	7,4	14	3,3	
Bonito, gostou	495	63,6	212	60,4	283	66,3	
Não disse nada, não tem idéia	243	31,2	113	32,2	130	30,4	0,002
<b>Houve mudança na vida sexual</b>							
Não	677	87,0	300	85,5	377	88,3	
Sim	101	13,0	51	14,5	50	11,7	0,244
<b>Satisfação do parceiro</b>							
Extremamente insatisfeito	06	0,8	04	1,2	02	0,5	
Moderadamente insatisfeito	19	2,5	10	3,0	09	2,1	
Pouco insatisfeito	03	0,4	03	0,9	0	0	
Pouco satisfeito	26	3,4	11	3,3	15	3,5	
Moderadamente satisfeito	274	36,1	128	38,2	146	34,5	
Extremamente satisfeito	430	56,7	179	53,4	251	59,3	0,189

Quanto à mudança percebida na vida sexual durante a gravidez 105 (13%) das primigestas referiram que perceberam algum tipo de mudança/problema na sua vida sexual com o parceiro.

Com relação a satisfação do parceiro no que diz respeito a relação sexual deles, 430 (56,7%) primigestas responderam que o parceiro estava extremamente satisfeito.

Na Tabela 2 estão também apresentados os resultados referentes à análise das variáveis relacionadas à gravidez e à vida sexual de acordo com a idade das primigestas (dicotomizada em ≤ 19 anos/adolescente e ≥ 20 anos/adulta).

Encontramos que a gravidez planejada possui uma maior prevalência entre as

mulheres adultas (54,1%). Entre as adolescentes 34,8% se declararam preocupadas e 6% tristes com a descoberta da gravidez, nas primigestas de 20 anos ou mais, esse percentual foi de 22,5% e 3%, respectivamente. Achar bonito e sentir-se bem com seu corpo apresentou maior prevalência entre as primigestas que possuem maior idade (56,7%). Como também apresentou maior prevalência neste grupo, o parceiro achar o corpo da primigesta bonito (66,3%). Todas estas diferenças encontradas em nossos achados foram estatisticamente significativas.

Na análise bivariada não foi observado diferenças estatisticamente significativas entre as primigestas adolescentes e as de 20 anos ou mais, quanto ao que achavam do sexo durante a gestação, mudança na vida sexual e satisfação do parceiro durante a gravidez (tabela 2).

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição das variáveis relacionadas à gravidez e a vida sexual das primigestas, segundo o tipo de serviço.

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis relacionadas à gravidez e a vida sexual das primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, segundo o tipo de serviço. Rio Branco, Acre, 2010

Variáveis	Total		Serviço				p
	N	%	Público		Privado		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Gravidez planejada</b>							
Não	434	55,8	394	56,8	40	38,1	
Sim	344	44,2	278	41,4	65	61,9	< 0,001
<b>Reação à gravidez</b>							
Feliz	504	64,8	414	61,5	90	85,7	
Triste	34	4,4	33	4,9	01	1,0	
Preocupada	218	28,0	205	30,5	13	12,4	
Não sentiu nada	22	2,8	21	3,1	01	1,0	< 0,001
<b>O que acha do sexo na gravidez</b>							
Bom, pode acontecer	241	31,0	184	27,3	57	54,3	
Ruim, prejudica mãe/bebê	483	62,1	437	64,9	46	43,8	
Não tem idéia	54	6,9	52	7,7	02	1,9	< 0,001
<b>O que achava do seu corpo na gestação</b>							
Bonito, sentia-se bem	397	51,0	331	49,2	66	62,9	
Feio, não se sentia bem	320	41,1	293	43,5	27	25,7	
Não fez diferença, não tem idéia	61	7,8	49	7,3	12	11,4	0,002
<b>O que o parceiro achou do seu corpo na gestação</b>							
Feio, não gostou	40	5,1	36	5,3	04	3,8	
Bonito, gostou	495	63,6	420	62,4	75	71,4	
Não disse nada, não tem idéia	243	31,2	217	32,2	26	24,8	0,201
<b>Houve mudança na vida sexual</b>							
Não	677	87,0	582	86,5	95	90,5	
Sim	101	13,0	91	13,5	10	9,5	0,257
<b>Satisfação do parceiro</b>							
Extremamente insatisfeito	06	0,8	06	0,9	0	0	
Moderadamente insatisfeito	19	2,5	18	2,8	01	1,0	
Pouco insatisfeito	03	0,4	03	0,5	0	0	
Pouco satisfeito	26	3,4	25	3,8	01	1,0	
Moderadamente satisfeito	274	36,1	230	35,2	44	41,9	
Extremamente satisfeito	430	56,7	371	56,8	59	56,2	0,313



Quando estratificada por tipo de serviço (público e privado), as variáveis: o que o parceiro achou do corpo da primigesta na gravidez, mudança na vida sexual e a satisfação do parceiro, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3).

A gravidez planejada apresentou maior prevalência entre as primigestas atendidas no serviço particular (61,9%), sendo que no serviço público esta prevalência foi de 41,4%.

Das primigestas atendidas pelo serviço privado 85,7% ficaram felizes ao saberem da notícia da gravidez, e 64,8% das atendidas no serviço público. No serviço privado 43,8% das primigestas achavam que o sexo durante a gravidez era ruim ou prejudicava a mãe e/ou bebê, e 64,9% das primigestas atendidas pelo serviço público tinham essa opinião, cujas diferenças foram estatisticamente significativas.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos fatores relacionados com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais. Das mulheres participantes, 1,2% tinham relações sexuais uma vez ou menos por mês antes da gravidez, no primeiro trimestre 5,5% não tinham relação, no segundo trimestre esse percentual foi de 7,8% e no terceiro trimestre chegou a 20,8% entre as primigestas. Tais diferenças se mostraram significativas entre os períodos comparados, com exceção entre o segundo e terceiro trimestre que a diferença não teve significância estatística.

O declínio do desejo sexual também aparece de forma acentuada, 1,4% das mulheres referiram não sentir desejo sexual antes da gravidez, no primeiro trimestre esse percentual subiu para 13,6%, no segundo para 17,1% e no terceiro 24,1%.

Quando perguntadas sobre quem tinha a iniciativa para iniciar a relação sexual, 19,7% responderam que antes da gestação era sempre o parceiro, sendo que no primeiro, segundo e terceiro trimestres, esse percentual foi de 29,3%, 33,5%, e 41,2%, respectivamente responderam que foi sempre o parceiro que tinha a iniciativa para relação sexual.

Antes da gravidez 2,3% das mulheres recusavam quando o parceiro queria inovar na relação sexual, no primeiro trimestre 10,4%, no segundo trimestre 14,8% e no terceiro trimestre 19,5% não aceitavam essa inovação.

A frequência das mulheres que estavam extremamente insatisfeitas com a relação sexual antes da gestação era de 3,3%, esse número foi crescente entre os trimestres gestacional, sendo 6,1% no primeiro trimestre, 7,0% no segundo trimestre e 10,5% no terceiro trimestre.

A dor durante as relações sexuais também foi crescente com a evolução da gravidez sendo que mesmo antes da gravidez 11,9% das primigestas referiram que já tinham sentido dor, alguma vez ou sempre, durante a relação sexual, no primeiro trimestre esse percentual foi

de 29,9%, no segundo trimestre 38,2% e no terceiro trimestre 47,9% a frequência das primigestas que relataram que o sentiram dor durante a atividade sexual.

Mudanças no padrão da lubrificação vaginal foram identificadas na gravidez pela maioria das mulheres, sendo que a diminuição ocorreu em 24,3% no primeiro trimestre, no segundo trimestre em 25,9% e no terceiro 27,8% das gestantes relataram a diminuição.

**Tabela 4.** Distribuição dos fatores relacionados com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

Fatores relacionados à disfunção sexual	Antes da gravidez		Trimestres gestacional						Valor de p*			
	N	%	1º		2º		3º		AG – 1º Trim	1º – 2º Trim	1º – 3º Trim	2º – 3º Trim
<b>Frequência das relações sexuais</b>												
Não fazia			43	5,5	61	7,8	162	20,8				
Uma vez ou mais ao dia	230	29,6	160	20,6	107	13,8	57	7,3				
3 ou 4 vezes por semana	367	47,3	222	28,5	143	18,4	81	10,4				
Uma a duas vezes por semana	158	20,4	274	35,2	340	43,7	303	38,9				
Uma vez a cada duas semanas	12	1,5	46	5,9	80	10,3	83	10,7				
Uma vez ou menos por mês	09	1,2	33	4,2	47	6,0	92	11,8	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,347
<b>Frequência do desejo sexual</b>												
Não sentia	11	1,4	106	13,6	133	17,1	187	24,1				
Uma vez ou mais ao dia	253	32,6	180	23,2	139	17,9	93	12,0				
3 ou 4 vezes por semana	364	46,8	207	26,6	164	21,1	109	14,0				
Uma a duas vezes por semana	137	17,6	217	27,9	244	31,4	231	29,7				
Uma vez a cada duas semanas	08	1,0	37	4,8	59	7,6	64	8,2				
Menos que uma vez por mês	04	0,5	30	3,9	38	4,9	93	12,0	0,004	0,002	< 0,001	0,016
<b>Quem tinha iniciativa para a relação sexual</b>												
Sempre eu	13	1,7	28	3,8	33	4,5	36	5,4				
Às vezes eu	14	1,8	26	3,5	36	4,9	21	3,2				
Os dois com a mesma frequência	573	73,7	390	52,4	326	44,6	254	38,2				
Às vezes meu parceiro	25	3,2	82	11,0	91	12,4	80	12,0				
Sempre meu parceiro	153	19,7	218	29,3	245	33,5	274	41,2	< 0,001	0,002	< 0,001	< 0,001
<b>Aceita inovação na relação sexual</b>												
Geralmente aceita com prazer	649	83,5	430	57,9	333	45,7	250	37,1				
Aceita relutante	79	10,2	149	20,1	144	19,8	119	17,7				
Frequentemente recuso	31	4,0	87	11,7	144	19,8	173	25,7				
Geralmente recuso	18	2,3	77	10,4	108	14,8	131	19,5	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<b>Esta satisfeita com a relação sexual</b>												
Extremamente insatisfeita	26	3,3	45	6,1	51	7,0	71	10,5				
Moderadamente insatisfeita	07	0,9	34	4,6	40	5,5	33	4,9				
Pouco insatisfeita	08	1,0	25	3,4	30	4,1	34	5,0				
Pouco satisfeita	23	3,0	82	11,1	114	15,6	148	21,9				
Moderadamente satisfeita	150	19,3	233	31,4	231	31,6	192	28,4				
Extremamente satisfeita	564	72,5	323	43,5	265	36,3	198	29,3	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<b>Tem dor durante a relação sexual</b>												
Às vezes	83	10,7	164	22,0	206	28,1	230	33,8				
Sempre	09	1,2	59	7,9	74	10,1	96	14,1				
Nunca	686	88,2	523	70,1	453	61,4	354	51,5	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<b>Lubrificação vaginal mudou**</b>												
Não	-	-	372	50,0	352	48,2	313	45,1				
Sim, diminuiu	-	-	181	24,3	189	25,9	193	27,8				
Sim, aumentou	-	-	191	25,7	190	26,0	188	27,1	0,037	0,004	< 0,001	

\* teste de homogeneidade de Wilcoxon

\*\* nesta variável não foi realizada a pergunta no período antes da gravidez

Com relação as variáveis descritas: desejo sexual, iniciativa na relação sexual, aceitação de inovação na relação sexual, satisfação com a relação sexual, dor na relação

sexual e lubrificação vaginal, todas as diferenças encontradas entre os trimestres da gestação apresentaram significância estatística.

Na Tabela 5 está apresentada a distribuição dos fatores relacionados com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas adolescentes (até 19 anos) assim como na Tabela 6 apresentamos os mesmos fatores de acordo com a idade de primigestas adultas, com 20 anos ou mais.

**Tabela 5.** Distribuição dos fatores relacionados com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas adolescentes, até 19 anos, atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

Fatores relacionados à disfunção sexual	Antes da gravidez		Trimestres gestacional					
	N	%	1º		2º		3º	
			N	%	N	%	N	%
<b>Frequência das relações sexuais</b>								
Não fazia			24	6,8	38	10,9	76	22,0
Uma vez ou mais ao dia	114	32,6	77	21,9	53	15,1	32	9,3
3 ou 4 vezes por semana	141	40,3	91	25,9	65	18,6	37	10,7
Uma a duas vezes por semana	79	22,6	124	35,3	143	40,9	136	39,4
Uma vez a cada duas semanas	09	2,6	16	4,6	24	6,9	21	6,1
Uma vez ou menos por mês	07	2,0	19	5,4	27	7,7	43	12,5
<b>Frequência do desejo sexual</b>								
Não sentia	09	2,6	53	15,1	72	20,5	96	27,4
Uma vez ou mais ao dia	125	35,6	92	26,2	66	18,8	49	14,0
3 ou 4 vezes por semana	141	40,2	82	23,4	67	19,1	50	14,2
Uma a duas vezes por semana	68	19,4	93	26,5	106	30,2	102	29,1
Uma vez a cada duas semanas	04	1,1	13	3,7	17	4,8	14	4,0
Menos que uma vez por mês	04	1,1	18	5,1	23	6,6	40	11,4
<b>Quem tinha iniciativa para a relação sexual</b>								
Sempre eu	07	2,0	12	3,6	14	4,4	15	5,0
Às vezes eu	07	2,0	09	2,7	14	4,4	06	2,0
Os dois com a mesma frequência	232	66,1	160	48,2	130	40,5	106	35,6
Às vezes meu parceiro	17	4,8	38	11,4	42	13,1	34	11,4
Sempre meu parceiro	88	25,1	113	34,0	121	37,7	137	46,0
<b>Aceita inovação na relação sexual</b>								
Geralmente aceita com prazer	273	78,0	179	54,4	134	41,7	97	32,3
Aceita relutante	46	13,1	66	20,1	65	20,2	59	19,7
Frequentemente recuso	24	6,9	50	15,2	70	21,8	82	27,3
Geralmente recuso	07	2,0	34	10,3	52	16,2	62	20,7
<b>Esta satisfeita com a relação sexual</b>								
Extremamente insatisfeita	11	3,1	20	6,0	19	5,9	30	9,8
Moderadamente insatisfeita	05	1,4	14	4,2	19	5,9	15	4,9
Pouco insatisfeita	03	0,9	14	4,2	17	5,3	18	5,9
Pouco satisfeita	15	4,3	42	12,7	53	16,4	72	23,5
Moderadamente satisfeita	87	24,8	107	32,3	109	33,7	86	28,1
Extremamente satisfeita	230	65,5	134	40,5	106	32,8	85	27,8
<b>Tem dor durante a relação sexual</b>								
Às vezes	48	13,7	83	25,1	104	32,3	121	39,9
Sempre	05	1,4	31	9,4	38	11,8	48	15,8
Nunca	298	84,9	217	65,6	180	55,9	134	44,2
<b>Lubrificação vaginal mudou</b>								
Não			178	54,4	168	52,5	156	51,3
Sim, diminuiu			66	20,2	71	22,2	69	22,7
Sim, aumentou			83	25,4	81	25,3	79	26,0

**Tabela 6.** Distribuição dos fatores que se relacionam com a disfunção sexual no período pré-gravídico e nos trimestres gestacionais, em primigestas de 20 anos ou mais, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Rio Branco, Acre, 2010

Fatores relacionados à disfunção sexual	Antes da gravidez		Trimestres gestacional				Valor de p (entre os grupos etários)			
	N	%	1º	2º	3º	Antes Gravidez	1º Trim	2º Trim	3º Trim	
<b>Frequência das relações sexuais</b>										
Não fazia			18	4,2	21	4,9	74	17,6		
Uma vez ou mais ao dia	116	27,2	83	19,5	54	12,7	25	5,9		
3 ou 4 vezes por semana	226	53,1	131	30,8	78	18,3	44	10,5		
Uma a duas vezes por semana	79	18,5	150	35,2	197	46,2	167	39,7		
Uma vez a cada duas semanas	03	0,7	30	7,0	56	13,1	62	14,7		
Uma vez ou menos por mês	02	0,5	14	3,3	20	4,7	49	11,6	0,001	0,125 0,001 0,003
<b>Frequência do desejo sexual</b>										
Não sentia	02	0,5	53	12,4	61	14,3	91	21,4		
Uma vez ou mais ao dia	128	30,0	88	20,7	73	17,1	44	10,3		
3 ou 4 vezes por semana	223	52,3	125	29,3	97	22,8	59	13,8		
Uma a duas vezes por semana	69	16,2	124	29,1	138	32,4	129	30,3		
Uma vez a cada duas semanas	04	0,9	24	5,6	42	9,9	50	11,7		
Menos que uma vez por mês	0	0	12	2,8	15	3,5	53	12,4	0,001	0,056 0,006 0,002
<b>Quem tinha iniciativa para a relação sexual</b>										
Sempre eu	06	1,4	16	3,9	19	4,6	21	5,7		
Às vezes eu	07	1,6	17	4,1	22	5,4	15	4,1		
Os dois com a mesma frequência	341	79,9	230	55,8	196	47,8	148	40,3		
Às vezes meu parceiro	08	1,9	44	10,7	49	12,0	46	12,5		
Sempre meu parceiro	65	15,2	105	25,5	124	30,2	137	37,3	< 0,001	0,098 0,221 0,164
<b>Aceita inovação na relação sexual</b>										
Geralmente aceita com prazer	376	88,1	251	60,6	199	48,8	153	41,0		
Aceita relutante	33	7,7	83	20,0	79	19,4	60	16,1		
Frequentemente recuso	07	1,6	37	8,9	74	18,1	91	24,4		
Geralmente recuso	11	2,6	43	10,4	56	13,7	69	18,5	< 0,001	0,061 0,263 0,136
<b>Esta satisfeita com a relação sexual</b>										
Extremamente insatisfeita	15	3,5	25	6,1	32	7,8	41	11,1		
Moderadamente insatisfeita	02	0,5	20	4,9	21	5,1	18	4,9		
Pouco insatisfeita	05	1,2	11	2,7	13	3,2	16	4,3		
Pouco satisfeita	08	1,9	40	9,7	61	15,0	76	20,5		
Moderadamente satisfeita	63	14,8	126	30,7	122	29,9	106	28,6		
Extremamente satisfeita	334	78,2	189	46,0	159	39,0	113	30,5	0,001	0,498 0,303 0,820
<b>Tem dor durante a relação sexual</b>										
Às vezes	35	8,2	81	19,5	102	24,8	109	28,9		
Sempre	04	0,9	28	6,7	36	8,8	48	12,7		
Nunca	388	90,9	306	73,7	273	66,4	220	58,4	0,037	0,051 0,014 0,001
<b>Lubrificação vaginal mudou</b>										
Não			194	46,5	184	44,8	157	40,3		
Sim, diminuiu			115	27,6	118	28,7	124	31,8		
Sim, aumentou			108	25,9	109	26,5	109	27,9	0,040	0,071 0,007

Observa-se nestas tabelas que o percentual de primigestas que referiram não ter relação sexual em todos os períodos da gestação é maior nas adolescentes do que nas primigestas adultas. Quando realizamos a comparação entre os grupos etários, da tabela 5 e 6, encontramos que estas diferenças são estatisticamente significativas entre os períodos pré-gravídicos e trimestres da gestação, com exceção do primeiro trimestre (Tabela 6).

Quanto ao desejo, as adolescentes tiveram maior prevalência de não ter desejo sexual (antes da gravidez referido por 2,6%, no primeiro trimestre por 15,1%, no segundo trimestre por 20,5%, e 27,4% no terceiro trimestre) do que as primigestas adultas ( 0,5%; 12,4%; 14,3%; 21,4%, respectivamente). Houve diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos etários, com exceção do primeiro trimestre (Tabela 6).

Quando perguntadas de quem era a iniciativa para a relação sexual, 25,1% das adolescentes responderam que, antes da gestação, sempre era o parceiro, passando para 34% das adolescentes no primeiro trimestre, 37,7% no segundo trimestre e 46% no terceiro trimestre. Para as primigestas adultas esse tipo de resposta (a iniciativa era sempre do parceiro) foi de 15,2%; 25,5%; 30,2% e 37,3%, antes da gestação, primeiro, segundo e terceiro trimestre respectivamente, sendo estatisticamente significativo, entre os grupos etários, somente no período antes da gestação (Tabela 6).

Quando aos aspectos relacionados à aceitabilidade por parte das gestantes da inovação na relação sexual pelo parceiro, 2% das adolescentes referiram que geralmente recusavam antes da gestação, 10,3% no primeiro trimestre, 16,2% no segundo trimestre e 20,7% no terceiro trimestre. Para as de 20 anos ou mais esse percentual foi de 2,6% antes da gestação, 10,4% no primeiro trimestre, 13,7% no segundo trimestre e 18,5% no terceiro trimestre, com diferença estatística significativa apenas antes da gravidez, entre os grupos etários (Tabela 6).

A insatisfação extrema foi relatada por 3,1% das gestantes adolescentes antes da gestação, 6% no primeiro trimestre, 5,9% no segundo trimestre e 9,8% no terceiro trimestre. Para as gestantes de 20 anos ou mais a avaliação de extrema insatisfação foi feita por 3,5% antes da gestação, 6,1% no primeiro trimestre, 7,8% no segundo trimestre e 11,1% no terceiro trimestre, sendo que somente antes da gestação foi estatisticamente significativo, entre os grupos etários (Tabela 6).

A identificação de dor em todas as relações sexuais foi citada por 1,4% das adolescentes antes da gestação, 9,4% no primeiro trimestre, 11,8% no segundo trimestre e 15,8% no terceiro trimestre. Para as primigestas, de 20 anos ou mais, a queixa de dor em todas as relações foi relatada por 0,9% delas antes da gestação, 6,7% no primeiro trimestre, 8,8% no segundo trimestre e 12,7% no terceiro trimestre, com significância estatística antes da gravidez, no segundo e terceiro trimestre, entre os grupos etários (Tabela 6).

**Tabela 7.** Distribuição da variável realização de exercícios perineais pelas primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

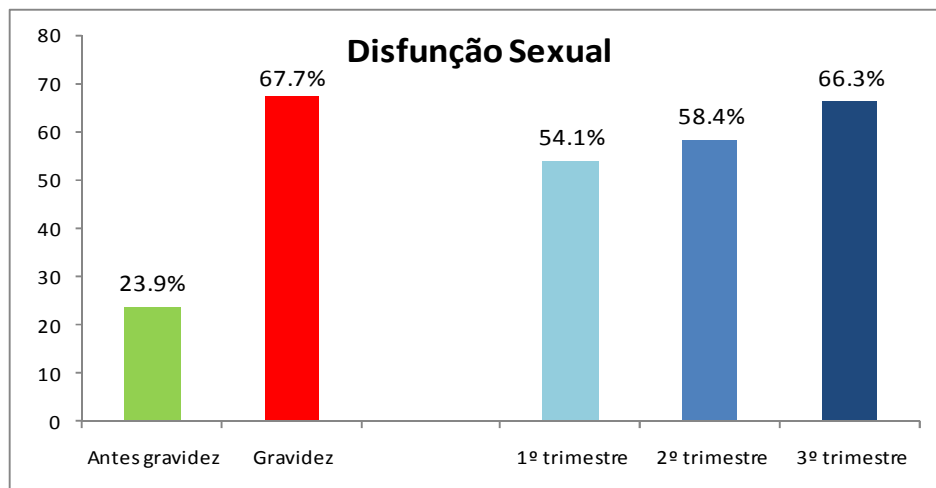
	Durante a gravidez		Trimestre gestacional					
			1°		2°		3°	
Fez exercícios perineais	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	744	95,6	762	97,9	754	96,9	750	96,4
Sim	34	4,4	16	2,1	24	3,1	28	3,6

A diminuição da lubrificação vaginal foi relatada por 20,2% das primigestas menores

de 20 anos no primeiro trimestre, 22,2% no segundo trimestre e 22,7% no terceiro trimestre. Por outro lado, verificou-se que, entre as adultas, 27,6% referiram diminuição da lubrificação vaginal no primeiro trimestre, 28,7% no segundo trimestre e 31,8% no terceiro trimestre, apresentando significância estatística no primeiro e terceiro trimestre, entre os grupos etários (Tabela 6).

Quanto à realização de exercício perineais 4,4% (34) das primigestas o fizeram em algum dos trimestres da gravidez. Nesse sentido 2,1% das primigestas realizaram no primeiro trimestre, 3,1% no segundo trimestre e 3,6% no terceiro trimestre (Tabela 7).

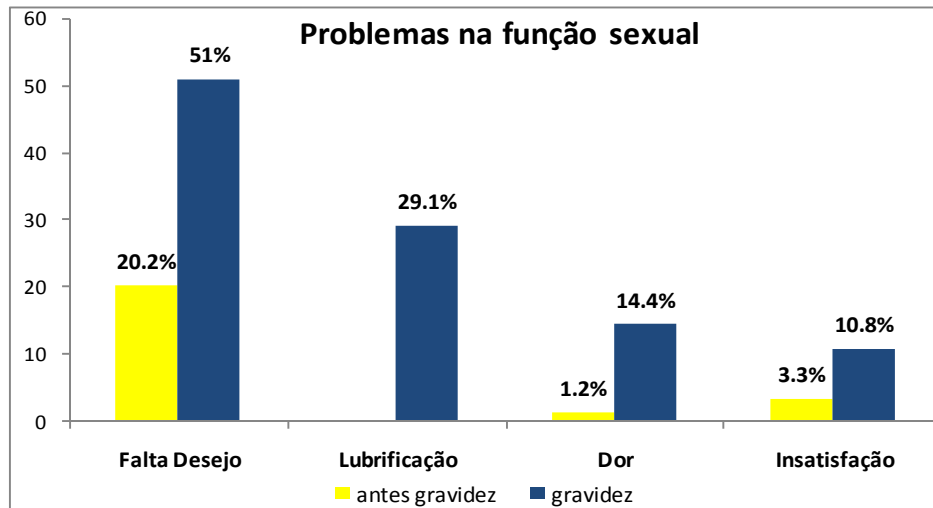
A Figura 1 apresenta a prevalência da disfunção sexual. A prevalência de algum tipo de disfunção sexual antes da gravidez foi de 23,9%, e durante a gravidez foi de 67,7%. Quando as estudadas foram estratificadas por trimestre gestacional observou-se um crescimento linear da disfunção sexual diretamente relacionado com aumento da idade gestacional, cuja prevalência da ocorrência de qualquer um dos problemas na função sexual (falta de desejo, diminuição da lubrificação, insatisfação e presença de dor em todas as relações sexuais) passa de 54,1% no primeiro trimestre para 66,3% no terceiro trimestre da gestação.



**Figura 1.** Prevalência da Disfunção Sexual.

Nos quatro domínios relacionados com a disfunção sexual aqui estudados (falta de desejo, diminuição da lubrificação, insatisfação e presença de dor em todas as relações sexuais) observou-se um crescimento na frequência de todos conforme a idade gestacional por trimestre avança. A disfunção relacionada à falta de desejo sexual foi constatada em 20,2%

das primigestas antes da gestação e 51% na gestação. A diminuição da lubrificação vaginal foi relatada por 29,1% das mulheres no período gestacional. A dispareunia foi relatada por 1,2% das primigestas antes da gestação e 14,4% das mulheres durante a gestação. A insatisfação sexual foi referida por 3,3% das primigestas antes da gravidez e 10,8% na gestação (Figura 2).



**Figura 2.** Prevalência dos Problemas na Função Sexual

A Tabela 8 apresenta a associação da disfunção sexual antes e durante a gravidez com algumas variáveis selecionadas (sociodemográficas e relacionadas à gravidez e vida sexual da primigesta durante a gestação).

Ter companheiro e não morar com ele aumentou a chance de ter disfunção sexual antes da gravidez (RP:1,68; IC95% 1,084-2,603). As variáveis que apresentaram fator de proteção para a disfunção sexual no período anterior à gestação foram: ter 20 anos ou mais (RP: 0,564; IC95% 0,405-0,787), renda maior que um salário mínimo (RP: 0,673; IC95% 0,471-0,962), ter trabalho remunerado (RP: 0,590; IC95% 0,399-0,873) e ter estudado o ensino médio completo ou mais (RP: 0,699; IC95% 0,502-0,973).

De acordo com os resultados obtidos na análise multivariada apresentada na Tabela 8, ter 20 anos ou mais foi a única variável que se apresentou como significativa, mesmo depois de ajustada por idade e escolaridade (RPajust: 0,583; IC95% 0,391-0,870), revelando-se portanto como um fator de proteção para disfunção sexual antes da gestação.

A presença de disfunção sexual durante a gravidez esteve associada à renda maior que um salário mínimo (RP:0,702; IC95% 0,495-0,995) e gravidez planejada (RP:0,698; IC95% 0,516-0,945), que se apresentaram como fatores de proteção.

**Tabela 8.** Associação entre presença de disfunção sexual e características sociodemográficas, fatores relacionados à gravidez e vida sexual, no período pré-gravídico e gravídico nas primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco. Rio Branco, Acre, 2010

<b>Disfunção Sexual Antes da gravidez</b>						
<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>RP</b>	<b>IC95%</b>	<b>RPajust*</b>	<b>IC95%</b>
<b>Idade</b>						
Até 19 anos	351	45,1				
20 anos ou mais	427	54,9	<b>0,564</b>	<b>0,405 – 0,787</b>	<b>0,583</b>	<b>0,391 – 0, 870</b>
<b>Mora com companheiro</b>						
Sim	668	85,9				
Não	110	14,1	<b>1,680</b>	<b>1,084 – 2,603</b>	1,485	0,950 – 2,322
<b>Renda</b>						
Até 1 SM	221	29,6				
De 1 SM a mais	525	70,4	<b>0,673</b>	<b>0,471-0,962</b>	0,769	0,527-1,123
<b>Trabalho remunerado</b>						
Não	535	69,7				
Sim	233	30,3	<b>0,590</b>	<b>0,399-0,873</b>	0,764	0,481-1,214
<b>Escolaridade</b>						
Até ensino médio incompleto	353	45,4				
Médio completo ou mais	425	54,6	<b>0,699</b>	<b>0,502 – 0,973</b>	0,944	0,633 – 1, 409
<b>Disfunção Sexual na Gravidez</b>						
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>RP</b>	<b>IC95%</b>	<b>RPajust*</b>	<b>IC95%</b>
<b>Idade</b>						
Até 19 anos	348	45				
20 anos ou mais	426	55	0,879	0,648 – 1,191	1,021	0,707 – 1, 475
<b>Mora com companheiro</b>						
Sim	664	85,8				
Não	110	14,2	1,554	0,978 – 2,470	1,517	0,948 – 2,428
<b>Renda</b>						
Até 1 SM	220	29,6				
De 1 SM a mais	522	70,4	<b>0,702</b>	<b>0,495-0,995</b>	0,735	0,509 -1,061
<b>Serviço</b>						
SUS	669	86,4				
Particular	105	13,6	0,780	0,508 – 1,196	0,856	0,544 – 1,347
<b>Trabalho remunerado</b>						
Não	531	69,5				
Sim	233	30,5	0,815	0,589 – 1,128	0,876	0,594 – 1,291
<b>Escolaridade</b>						
Até ensino médio incompleto	352	45,5				
Médio completo ou mais	422	54,5	0,774	0,571 – 1,049	0,765	0,529 – 1,105
<b>Gravidez planejada</b>						
Não	430	55,6				
Sim	343	44,4	<b>0,698</b>	<b>0,516 – 0,945</b>	<b>0,708</b>	<b>0,519 – 0,966</b>
<b>Acha do sexo na gravidez</b>						
Bom	216	27,9	1			
Ruim	479	61,9	<b>1,732</b>	<b>1,238 – 2,422</b>	<b>1,691</b>	<b>1,205 – 2,372</b>
Não tem idéia	54	7	<b>2,739</b>	<b>1,339 – 5,603</b>	<b>2,667</b>	<b>1,301 – 5,466</b>
Normal	25	3,2	0,759	0,331 – 1,741	0,757	0,330 – 1,105

\*OR ajustada por: idade e escolaridade

Quanto à percepção da primigesta sobre a atividade sexual durante a gestação, para aquelas cuja resposta foi “achar ruim” (RP: 1,732; IC95% 1,238-2,422) ou “não ter idéia do sexo na gravidez” (RP: 2,739; IC95% 1,339-5,603), a possibilidade da presença de disfunção sexual esteve aumentada.

As variáveis “gravidez planejada” (RPajust:0,708; IC95% 0,519-0,966), “achar o sexo ruim na gestação” (RPajust: 1,691; IC95% 1,205- 2,372) e “não ter idéia do sexo na



gravidez” (RPajust: 2,667; 1,301-5,466) permaneceram significantes mesmo depois de ajustadas por idade e escolaridade, sendo que as duas últimas variáveis apresentaram significância estatística, com magnitude positiva, para disfunção sexual.

## 6. DISCUSSÃO

Neste estudo destaca-se que 45% das mulheres participantes tinham até 19 anos, representando o início da maternidade na fase da adolescência, resultado que se aproxima do estudo realizado por Leite e colaboradores (2009), com 271 mulheres grávidas, das quais 46,1% eram adolescentes.

A gravidez na adolescência ainda é um dado alarmante, e esse fenômeno ocorre mundialmente; sendo que sete países, entre eles o Brasil, respondem por metade de todos os partos de adolescentes no mundo (WHO, 2009).

No Brasil, em 2005, segundo o DATASUS, do total de nascidos vivos 21,8% eram de mães adolescentes (até 19 anos), em 2010, esse número correspondeu a 19,3%, sendo a região norte responsável por 15% desses partos, e Rio Branco 0,28% (BRASIL, 2012). Quando comparamos o número de partos ocorridos em adolescentes nos anos de 2005 e 2010, observamos que ainda é muito alto, motivo de grande preocupação devido aos resultados negativos para a mãe e para o bebê que podem estar associados com a gravidez precoce ocorrida em adolescentes (NALDONI et al., 2011).

A gravidez não planejada e a união entre o casal de forma repentina, por consequência da gestação, são fatores que podem desencadear uma crise conjugal, e que interferem fortemente no desejo sexual. Muitas vezes a vida conjugal se desestrutura abalando o núcleo familiar (SILVA; SILVA, 2009). A reação da mulher ou do casal à gravidez pode estar relacionada ao fato da mesma ter sido planejada ou não. Isto porque quanto mais positiva a reação à gravidez, como ficar feliz com a notícia da gravidez, parece haver uma resposta mais positiva em relação à aceitação do corpo; reforçando a idéia de uma gravidez aceita e um maior envolvimento emocional com a gestação (MEIRELES; COSTA, 2005).

Em um estudo realizado em São Paulo com gestantes adolescentes, mais de 80% afirmaram que não planejaram a gravidez; em Rondônia, estado também localizado na região Norte, 31,2% das adolescentes engravidaram sem planejamento (CHALEM et al., 2007; GALLO, 2011). No nosso estudo 55,8% das primigestas não planejaram a gravidez, e entre as primigestas adolescentes o não planejamento ocorreu em 68% dessas gestações. A gravidez foi planejada para 54,1% das mulheres adultas e 32% das adolescentes.

No entanto, ao serem questionadas sobre qual tinha sido sua reação quando souberam da notícia da gestação 64,8% das primigestas estudadas responderam que reagiram com felicidade, e apenas 28% responderam que ficaram preocupadas com a notícia.

Quanto à concepção de que o sexo poderia trazer algum prejuízo durante o período

gestacional, verificamos que 62,1% das estudadas achavam que a atividade sexual durante este período era ruim, que prejudicava a mãe e o bebê; 51% disseram que se sentiram bem, percebiam seu corpo como sendo bonito durante o período gestacional, e 63,6% disseram que o parceiro também gostou e/ou o achou bonito.

Há de se concordar que há uma série de benefícios quando se está bem consigo mesma, repercutindo não somente para a saúde da gestante como também do bebê, visto que, o estado emocional da gestante tem efeitos tanto a curto quanto em longo prazo na saúde de seu filho (ORÍ, ALVES E SILVA, 2004). No entanto, influências socioculturais, conflitos relacionados a crenças religiosas e valores familiares, além da qualidade da educação sexual moldam nossas atitudes em relação à sexualidade (MARNACH; CASEY, 2008).

Um estudo realizado em Fortaleza apresentou que 71,43% das mulheres perceberam repercussões da gravidez sobre a sexualidade, porém não quantificou quantas foram positivas e quantas foram negativas, no nosso estudo quanto à mudança na vida sexual, 13% das entrevistadas afirmaram que notaram alguma mudança com a gravidez. Quando confrontamos os resultados, parece que o nosso percentual é muito discreto e minimizado, porém as mudanças que as primigestas relataram em nossa pesquisa foram todas negativas, o que pode significar que as que informaram ter existido mudança estavam bastante incomodadas com a mesma (ORÍ; ALVES; SILVA, 2004).

Quanto à satisfação sexual do parceiro, 3,7% das mulheres falaram que o parceiro estava de alguma forma (pouco, moderada ou extrema), insatisfeito com a relação sexual, sendo que 0,8% delas pontuaram como extremamente insatisfeitos. A prevalência de gestantes que identificava insatisfação sexual mais alta entre os parceiros no estudo feito na Turquia foi referida por 18,7% das gestantes no primeiro trimestre; 16% no segundo trimestre, e 33,7% no terceiro trimestre (GOKYILDIZ; BEJI, 2005).

Ao avaliarmos a vida sexual durante o período gestacional, verificamos que há continuidade na atividade sexual embora se observe uma diminuição de sua prevalência ao longo da gestação especialmente entre o primeiro e terceiro trimestre gestacional. Assim, no primeiro trimestre a atividade sexual foi prevalente para 94% das primigestas, 91,6% para o segundo e 78,7% para o terceiro trimestre; sendo que 76,8% permaneceram ativas durante toda a gestação. Resultados de estudos mostram uma prevalência de vida sexual ativa na gestação acima da encontrada por nós, ou seja, 98% das mulheres continuaram tendo vida sexualmente ativa na gestação (PAULETA, PEREIRA, GRAÇA, 2010). Leite e colaboradores (2009) cita uma meta análise de 59 estudos na qual foi observada que durante o período gestacional a sexualidade diminui no primeiro trimestre, no segundo há um padrão variável e

no terceiro apresenta uma expressiva queda o que confirma os resultados daqueles autores como também os da presente pesquisa. Justificam os autores que o segundo trimestre gestacional é considerado o período mais emocionalmente estável quando a gravidez se apresenta à gestante como mais claramente estabelecida, diminuindo o medo da perda fetal, há uma reafirmação da feminilidade, dos sentimentos relacionados à maternidade, diminuição de muitos desconfortos provenientes da gravidez permitindo assim melhor qualidade na atividade sexual neste período.

Mesmo permanecendo sexualmente ativas verificamos em nosso estudo uma diminuição na sua frequência durante a gravidez, também relatada em outros estudos (GOKYILDIZ; BEJI, 2005, SAVALL, MENDES E CARDOSO, 2008, LEITE et al., 2009). Constatamos no terceiro trimestre uma maior frequência de abstinência sexual e declínio do desejo sexual sendo que a ausência do desejo sexual aumentou conforme os trimestres gestacionais. No estudo de Gokyildiz e Beji (2005) foram encontradas uma diminuição na frequência e no desejo sexual durante a gravidez, sendo que no terceiro trimestre a diminuição da frequência das relações sexuais ocorreu de forma abrupta. Savall, Mendes e Cardoso (2008) também relatam essa diminuição acentuada no terceiro trimestre.

Ao compararmos nossos resultados com estudos realizados em outros países verificamos que no Canadá foi identificado uma diminuição do desejo sexual no final da gestação em 58% de 140 das grávidas, 32,5% de 188 grávidas em Portugal e 59% de 150 grávidas na Turquia referiram alteração na frequência da atividade sexual (BARTELLAS et al., 2000; GOKYILDIZ; BEJI, 2005; PAULETA; PEREIRA; GRAÇA, 2010). A redução drástica no desejo no terceiro trimestre concorda com os achados de Aslan e colaboradores (2005) num grupo de 40 grávidas na Turquia como também nesse mesmo período gestacional foi o que mais teve diminuição do desejo sexual.

Quanto à observação sobre a tomada de iniciativa para começar a relação sexual ao longo da gestação, observamos uma diminuição se comparado com o período pré-gravídico, e quando comparados os trimestres gestacionais entre si observamos uma diminuição à medida que a gravidez evoluiu. Essa diminuição também foi confirmada pelo estudo de Gokyildiz e Beji, 2005, que identificou entre o período pré e gravídico uma diminuição da iniciativa para o início da relação sexual pelas primigestas.

A satisfação da gestante quanto à relação sexual do casal também foi outro domínio da função sexual que apresentou declínio ao longo dos trimestres, sendo que do primeiro para o terceiro trimestre existe uma diferença de quase 7%. Na pesquisa turca este declínio se mostrou mais acentuado quando comparado aos nossos resultados visto que as autoras

encontraram uma diferença de 26% do primeiro para o terceiro trimestre (GOKYILDIZ; BEJI, 2005). O que mostra que as mulheres realmente diminuem sua satisfação ao longo da gestação.

Estudo realizado em Fortaleza, em 2001, com 4.753 médicos ginecologistas encontrou que 83,7% das dificuldades sexuais apresentadas pelas suas pacientes eram queixas encobertas por outras doenças sendo que apenas 16,3% correspondiam à queixa principal. (ABDO; OLIVEIRA JR., 2002).

A prevalência da disfunção sexual feminina trazida pela literatura como queixa principal varia de 16,3% a 74,2%; e quando abordada como queixa secundária é de 83,7% (ABDO, OLIVEIRA JR., 2002; CEREJO, 2006; LEITE et al., 2009; NALDONI et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012;).

Estudo realizado em São Paulo, por Leite e colaboradores, 2009, identificou uma prevalência de disfunção sexual no primeiro trimestre de 40,8% das adolescentes grávidas e 46,6% das gestantes adultas, e, no segundo trimestre foi de 31,2% para 34,2% e no terceiro trimestre gestacional foi 63,2% e 73,3% respectivamente para os grupos etários, não apresentando diferenças significativas entre os grupos. No entanto, os autores chamam a atenção que houve uma importante diferença na prevalência de disfunção sexual quando comparado, de uma maneira geral, o segundo com o terceiro trimestre gestacional.

Neste trabalho consideramos problemas na função sexual (disfunção sexual) a ausência de desejo, a diminuição da lubrificação vaginal, a presença de dor em todas as relações sexuais e insatisfação com a relação sexual, referida pela primigesta como extremamente insatisfeita. A presença de pelo menos um desses problemas sexual durante o curso dessa gravidez foi de 23,9% antes da gestação e de 67,7% durante a gravidez. Essa prevalência encontrada mostrou-se alta para os fatores analisados, já que nesta pesquisa uma frequência menor do que a ocorrida no período anterior à gestação, não foi considerada.

Quanto aos problemas sexuais, a presença de dor durante a relação sexual foi relatada por 14,4% na gestação, a ausência de desejo sexual 51%, insatisfação com a relação sexual 10,8% e diminuição da lubrificação foi de 29,1%.

A queixa de dor durante as relações sexuais foi crescente de um trimestre para o outro, atingindo um ápice (48,5%) no final da gestação cujos resultados são confirmados por alguns autores (GOKYILDIZ; BEJI, 2005; COSTA; PINTO, 2012). No entanto, os resultados de Leite e colaboradores, 2009, diferem dos nossos, visto que tais autores verificaram que a dispareunia diminuiu no terceiro trimestre tanto entre as adolescentes como para as mulheres adultas.

A dispareunia foi relatada por 23,2% e problemas com a lubrificação vaginal em 35% das gestantes pesquisadas por Ribeiro e colaboradores (2011). Pauleta, Pereira e Graça (2010) também relataram perda do desejo em 25% em seus estudos com gestante e diminuição da satisfação em 27,7%. Em 2004 no Recife foi encontrada uma prevalência de dispareunia de 13%, a disfunção do desejo em 11% e disfunção da excitação em 8% das mulheres (FERREIRA, 2007).

O final da gravidez é caracterizado por mudanças significantes no corpo da mulher o que pode explicar o decréscimo da libido e atividade sexual durante este período. Mudanças como aumento do volume abdominal e peso fetal causam falta de equilíbrio e mudança postural compensatória, o que força o organismo feminino a usar músculos raramente usados anteriormente o que pode levar a dor lombar e outros sintomas como explicam Leite e colaboradores, 2009.

A disfunção sexual feminina tem uma complexa fisiopatologia e vários são os fatores relacionados na sua etiologia, o que pode explicar a influência de fatores socioeconômicos na sua prevalência (PRADO, 2010).

Antes da gestação a ocorrência de disfunção sexual teve associação positiva com ter companheiro e não morar com ele, e como fator de proteção a idade (ser primigesta adulta – 20 anos ou mais), ter renda familiar maior que um salário mínimo, ter trabalho remunerado e ter estudado o ensino médio completo ou mais.

Em pesquisas fora do Brasil foi encontrada associação entre maior idade, desemprego e dependência financeira em mulheres não grávidas, e ocorrência de disfunção sexual (KADRI; McHICHI; TAHIRI, 2002; NAZARETH; BOYTON; KING, 2003).

Em estudo realizado em Recife numa clínica de planejamento familiar, não foi observada associação entre escolaridade ou renda e disfunção sexual, resultado diferente do encontrado no presente trabalho (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007)

A renda maior que um salário mínimo e a gravidez planejada foram fatores de proteção associados à presença de disfunção sexual durante a gravidez. Por outro lado “achar sexo ruim” na gravidez ou “não ter idéia do sexo na gravidez”, tiveram associação positiva para a disfunção sexual.

A prevalência de 67,7% de disfunção sexual durante a gestação revela que esta se configura como um importante problema para a saúde materna cujos resultados se mostram preocupantes por tratarem de mulheres jovens tanto do ponto de vista etário como de engajamento sexual e conjugal, uma vez que estudos têm encontrado que as mulheres em relacionamentos íntimos mais recentes têm níveis mais elevados de excitação e desejo e

melhor resposta sexual, do que as mulheres em relacionamentos de longo prazo (HESS, et al., 2009).

Por outro lado, estudos indicam que fatores de estilo de vida que podem mudar durante a gestação tais como atividade física, sono e repouso, alimentação entre outros afetam o funcionamento sexual em diferentes graus. Níveis mais elevados de atividade física têm sido associados com níveis mais altos de satisfação sexual e melhor funcionamento sexual. Como também menor reparação nos padrões de sono tem sido associado a mais baixo prazer sexual e atividade sexual (AVIS et al., 2005; HESS et al., 2009). Chamamos a atenção que tais aspectos relacionados ao estilo de vida da gestante e função sexual durante a gestação merecem estudos especiais.

Salientamos ainda, que a análise da influência dos níveis de apoio social em geral e estado civil sobre a função sexual na gestação por ter recebido pouca atenção da literatura merece o desenvolvimento de estudos.

Ao finalizarmos este trabalho cabe considerar que nosso estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, trata-se de uma análise em corte transversal e, portanto, a causalidade não pode ser determinada e o funcionamento sexual, a priori, da mulher é de difícil mensuração. Resultados prospectivos e longitudinais ajudariam a compreender os efeitos da gravidez sobre a função sexual. Segundo, porque as questões utilizadas por nós (instrumento) para avaliar o funcionamento sexual não incorporam todas as dimensões da resposta sexual feminina especialmente aquelas relacionadas ao componente psicossocial, visto ser esta dimensão considerada um importante marcador de disfunção sexual feminina (BASSON, 2004). A ausência de instrumentos ou critérios fidedignos para a classificação dos problemas relacionados à resposta sexual feminina como distúrbios do desejo, da excitação, do orgasmo, da dor entre outros é outra limitação enfrentada nos estudos sobre função sexual (BINIK, 2010; GRAHAM, 2010).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa a disfunção sexual teve uma prevalência menor antes da gestação e maior durante a gravidez. O problema sexual mais prevalente foi a ausência do desejo sexual, seguido da diminuição da lubrificação.

A disfunção sexual antes da gestação teve associação positiva com ter companheiro e não morar com ele, e como fator de proteção ter 20 anos ou mais, ter renda familiar maior que um salário mínimo, ter trabalho remunerado e ter estudado o ensino médio completo ou mais.

Na gravidez a presença de disfunção sexual esteve associada positivamente com “achar sexo ruim” ou “não ter idéia do sexo na gravidez”, e como fator de proteção a renda maior que um salário mínimo e gravidez planejada.

Depois de ajustadas, por sexo e idade, ter 20 anos ou mais foi a única variável que se apresentou como significativa, revelando-se portanto como um fator de proteção para disfunção sexual antes da gestação.

E na gravidez as variáveis “achar o sexo ruim na gestação” e “não ter idéia do sexo na gravidez” permaneceram significantes com magnitude positiva, e “gravidez planejada” como fator de proteção, para a disfunção sexual.

A ausência do desejo sexual, a insatisfação, a dispareunia e a diminuição na lubrificação vaginal aumentaram nas mulheres com a progressão da gestação. Muitas vezes, essas disfunções não são percebidas pelas mulheres como algo que esteja associado com a sua saúde, e, portanto, não procuram ajuda do profissional que a assiste no pré-natal. Torna, portanto interessante e salutar que os profissionais estejam preparados e sensibilizados para acolher e intervir nas questões relacionadas à função sexual na gestação, cuja dimensão se faz tão presente na vida das mulheres e na gestação em especial.

Embora nossos resultados possam apoiar a hipótese de que a influência de fatores como idade, níveis socioeconômico, percepção sobre funcionamento e atividade sexual na gestação, sejam importantes na gênese da disfunção sexual durante a gestação, estas influências devem continuar a ser exploradas e se comprovadas, estratégias adicionais deveriam ser implementadas para melhorar a função sexual na gravidez.



## REFERÊNCIAS

ABDO. C. H. N.; OLIVEIRA JR, W. M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **RBM Rev. Bras. Med.** 59(3). pp.179-186, Março, 2002.

ABDO, C.H.N. **Descobrimento sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos.** São Paulo: Summus, 2004.

ABDO, C.H.N. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. **Rev Diagn Tratamento.** São Paulo v.10, n.4, p. 220-222, out. - dez. 2005.

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Revisão de Literatura. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v.33, n.3, p. 162-167, 2006

ABDO, C.H.N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Rev Diagn Tratamento. São Paulo** v.15, n.2, p.88-90, abr.-jun. 2010.

ALVES, A.M.; GONÇALVES, C.S.F.; MARTINS, M.A.; SILVA, S.T.; AUWETER, T.C.; ZAGONEL, I.P.S. A Enfermagem e Puérperas Primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Rev. Cogitare Enfermagem.** Curitiba, v.12, n.4, p.416-27,out.-dez. 2007.

AMARAL, T. L. M. **Validação do *pregnancy and sexual function questionnaire* sobre as mudanças na vida sexual durante a gravidez.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) da Universidade Federal do Acre, Rio Branco: UFAC, 2012

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos: DSM-IV-TRTM.** 4ª ed. Rev. Porto alegre: Artmed, 2002.

ANTONIOLI, R.S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev. Neurocienc.** v.18, n.2, p.267-274, 2010

ASLAN, G.; ASLAN, D.; KIZILYAR, A.; ISPAHI, C.; ESEN, A. A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. **Int J Impot Res.** Vol.17(2): p.154-7. 2005.

AVIS, N.E., ZHAO, X., JOHANNES C.B., ORY, M., BROCKWELL, S., GREENDALE, G.A. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). **Menopause.**12:385-98, Jul.- Aug., 2005. [PubMed: 16037753]

BARTELLAS, E.; CRANE, J.M.; DALEY, M.; BENNETT, K.A.; HUTCHENS, D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **B JOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.** Vol.107(8): p.964-968. Aug. 2000.

BASSON, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of Urology.** Volume 163(3), p. 888 - 893. March, 2000.

BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTT, L., DEROGATIS, L., FOURCROY, J.; et al.

Revised definitions of women's sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**. Vol. 1 ,n. 1, pp. 40–48, July, 2004.

BASSON, R. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. **Menopause: The Journal of The North American Menopause Society**. Vol. 11, N. 6, pp. 714-725, 2004.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **CMAJ – Journal Canadian Medical Association**. Vol. 172, n 10, pp. 1327-33, 2005.

BINIK, Y.M. The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. **Arch Sex Behav**. 39:292–303, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS- Informações de Saúde**: estatísticas vitais-mortalidade e nascidos vivos, 2010 Brasil [internet]. Ministério de Saúde: 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

CAVENAGHI, S. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva** / Suzana Cavenaghi (Organizadora). – Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, disponível em: [www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.doc](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.doc) (*livro*)

CEREJO AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. **Rev Port Clín Geral**.22(6):701-20, 2006.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.177-186, jan, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/18.pdf>. Acesso em: 19 Mar. 2009.

COSTA, V.D.M. da; PINTO, M.J.C. Análise Prospectiva da Resposta Sexual Feminina na Gestação. **Revista Latinoamericana de Medicina Sexual – ReLAMS**, vol.01, n. 01, pp. 05 - 13, 2012.

DEROGATIS, L.R.; BURNETT, A.L. The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. **The Journal of Sexual Medicine**. v.5, n.2, p. 289–300, febr., 2008.

DUARTE, S. J.; ANDRADE, S.M. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande. Brasil. **Saúde e Sociedade**. v.17 n.2 p. 132-139. São Paulo abr./jun. 2008.

FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Vol. 7, n.2, pp. 143-150, abr.- jun., 2007.

- FLORES, A.L.G.C.T.; AMORIM, V.C.O. Sexualidade na Gestação: mitos e tabus. **Revista Eletrônica de Psicologia**. ano I, n.01, Julho. 2007. Disponível em <<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/andrea.htm>>
- GALLO, J. H. S. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev. bioét** (Impr.) 2011; 19(1): 179 – 95
- GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em Sexologia: as Inovações científicas e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.301-320, abr.,2007.
- GÖKYILDIZ, S.; BEJI, N.K. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. **Journal of Sex & Marital Therapy**. v.31,n.3, p. 201–215, 2005.
- GRAHAM, C. A.. The DSM Diagnostic Criteria for Female Orgasmic Disorder. **Arch Sex Behav** . 39:256–270, 2010.
- GUIMARÃES, E. A.; WITTER, G. P. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.** [online]. Vol. 27, n.2, pp. 167-180, São Paulo, 2007.
- HERNADEZ, J.A.E., Gravidez do Primeiro Filho: Papéis Sexuais, Ajustamento Conjugal e Emocional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, Vol. 24 n. 2, p. 133-141, 2008.
- HESS, R., CONROY, M.B., NESS, R., BRYCE, C.L., DILLON, S., CHANG, C.C.H.& MATTHEWS, K.A. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. **J Sex Med**.6(5): 1358–1368, May, 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 12.07. 2011
- JOHNSON, C.E. A saúde sexual durante a gravidez e o pós-parto. **Sexo J Med**. vol.8, n.5, pp.1267-84; Maio, 2011.
- KADRI N.; MCHICHI K. H.; TAHIRI S. M. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. **Arch Womens Ment Health**. Vol.5 n.2, pp.59-63, 2002.
- KAPLAN, H.S. - **A Nova Terapia do Sexo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- KATZ, A. Sexual Changes During and After Pregnancy. Preparing new parents with perspective, evidence, and resources. **American Journal of Nursing** (ajnonline.com). v. 110, n.8, pp. 50-52, August, 2010.
- LABRADOR, I.G; PIEIGA, E.M. Sexualidad femenina durante la gestación. **Rev Cubana Med Gen Integr**. Ciudad de La Habana, v.17, n.5, sep.-oct., 2001.
- LARA, L.A.S.; SILVA, A.C.J.S.R.; ROMÃO, A.P.M.S.; JUNQUEIRA, F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.30, n.6, p. 312-21, 2008.
- LARA, L. A. S. Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. [online]. vol.31, n.12, pp. 583-585, 2009.

LAZAR, M. C. S. (2002). Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Tese de Doutorado Não-Publicada. Universidade Católica de Campinas. 2002.

LEITE, A.P.L.; MOURA, E.E.; CAMPOS, A.A.S.; MATAR, R.; SOUZA, E.; CAMANOS, L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 29, n. 8, pp. 414-419, 2007.

LEITE, A. P. L.; et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. vol.55, n.5, p.563 – 568, 2009.

MARNACH, M. L.; CASEY, P. M., Understanding Women's Sexual Health: A Case-Based Approach. **Mayo Clinic Proceedings.** 83(12), pp.1382-1387, December, 2008.

MARTINS, S.; GOUVEIA, R.; CORREIA S.; NASCIMENTO, C. Sexualidade na gravidez. Influencia o bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. **Rev. Port. Clin. Geral,** pp. 369-378, 2007.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. - **A resposta sexual humana.** São Paulo: Roca, 1984.

MEIRELES, A.; COSTA, M. E. A experiência da Gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. **Psicologia: revista da Associação Portuguesa de Psicologia.** Vol. 18, ex. 2, pp. 75-98, 2005.

NALDONI, L. M. V., PAZMIÑO, M. A. V., PEZZAN, P. A. O., PEREIRA, S. B., DUARTE G.; FERREIRA, C. H. J. Evaluation of Sexual Function in Brazilian Pregnant Women, **Journal of Sex & Marital Therapy,** vol.37 (2), pp.116-129, 2011.

NAZARETH I, BOYTON P, KING M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. **BMJ.** vol.327 (7412). pp.423-9, 2003.

ORIÁ, M.O.B.; ALVES, M.D.S.; SILVA, R.M. Repercussões da Gravidez na Sexualidade Feminina. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v.12, n.1, pp.160-5, 2004.

PACAGNELLA, R.C. **Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto (São Paulo- Brasil) – SP.** Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo - 2007.

PAULETA, JR. PEREIRA, NM, GRACA LM. Sexuality during pregnancy. **J Sex Med.** Vol.7(1 Pt 1), pp.136-42, 2010.

PIASSAROLLI, V.P.; HARDY, H.; ANDRADE, N.F.; FERREIRA, N.O.; OSIS, M.J.D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 32, n.5, pp. 234-40, 2010.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2010, vol.32, n.3, pp. 139-143, 2010.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R. Reflexões sobre a sexualidade velada na imagem da enfermeira. **Rev Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 26, n. 3, pp.414-24, 2005.

RIBEIRO, M.C, NAKAMURA, M.U, de TURBINO SCANAVINO, M. TORLONI,M.R.e MATTAR, R. A Função Sexual Feminina e Diabetes Gestacional. **Journal of Sexual Medicine**, vol.9, pp. 786-792, 2012

RODRIGUES, C. E. G. **Dificuldades no retorno à atividade sexual nos primeiros seis meses após o parto**. 2009. (Mestrado em Saúde e Comportamento) Universidade Católica de Pelota. Pelotas, Set., 2009.

SALIM, N. R., ARAÚJO, N. M., GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** (www.eerp.usp.br/rlae). v.18, n.4, jul-ago, 2010.

SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. Perfil do Comportamento Sexual na Gestação. **Fisioter. Mov.** v. 21, n. 2, pp. 61-70, abr/jun, 2008.

SILVA, A. I.; FIGUEIREDO, B.; Sexualidade na gravidez e após o parto. **Psiquiatria Clínica**, v.25, n.3, p. 253-264, 2005. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4720>. Acesso em: 09 Fev. 2012.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, pp. 393-401, 2009.

SILVEIRA, C. S. P.; FERREIRA, M. M. C. Auto-Conceito da Grávida – Fatores Associados. **Millenium** - Revista do IPV. N.º 40, pp. 53-67. Junho, 2011.

SESACRE - Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Coordenação Materno-Infantil. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos – SINASC**. Rio Branco: SESACRE; 2010.

SOUZA, Z. N. R.; ROSA, M. C.; BASTIANI, J. A. N. Maternidade: Percepções de Gestantes Primíparas Usuárias do Serviço Básico de Saúde. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. Universidade Paulista (UNIP). Vol. 29, n. 4, pp. 272 – 5. OUT. – DEZ., 2011.

THIEL, R.R.C.; et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. Rio de Janeiro.v. 30, n.10, p. 504-510,out., 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health**, 28-31.January, 2002, Geneva. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Adolescent pregnancy: a culturally complex issue**. Bull World Health Organ. 87, pp.410-11, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators**. Geneva: WHO, 2010 disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf) [acesso em 28/10/2010].

## ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "SAÚDE REPRODUTIVA DE PRIMIGESTAS: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS AO TIPO DE PARTO". Você foi selecionada por ter parido pela primeira vez e por ser moradora deste município.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores da saúde reprodutiva de mulheres que tem o primeiro filho que estão associados ao parto. Nesta fase estaremos obtendo informações sobre o seu pré-natal e o parto, com objetivo de analisar que fatores podem ter influenciado no tipo de parto que você foi submetida.

Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da UFAC. A sua participação consistirá em responder a um questionário.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

Rio Branco, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_  
(ou responsável no caso de menor de idade)

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Leila Maria Geromel Dotto  
Universidade Federal do Acre – UFAC, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto  
BR 364 Km 04, Distrito Industrial, CEP 69900-900 Tel: 39012648



<b>PARTE II</b>	
<b>IV – SAÚDE SEXUAL</b> “Agora eu farei algumas perguntas sobre sua <b>saúde sexual</b> que é tão importante quanto a sua saúde reprodutiva”	
<b>13 - O que você acha sobre sexo durante a gravidez?</b> 1. <input type="checkbox"/> pode acontecer      2. <input type="checkbox"/> não pode acontecer      3. <input type="checkbox"/> prejudica o bebê      4. <input type="checkbox"/> prejudica a mãe 5. <input type="checkbox"/> não tenho idéia      6. <input type="checkbox"/> normal      7. <input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/>
<b>14- Como você percebia seu corpo durante a gravidez? (não ler as alternativas)</b> 1. <input type="checkbox"/> me sentia bem      2. <input type="checkbox"/> achei feio      3. <input type="checkbox"/> achei bonito 4. <input type="checkbox"/> não fez diferença      5. <input type="checkbox"/> não tenho idéia 6. <input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/>
<b>15- O que seu parceiro achava sobre seu corpo durante a gravidez? (não ler as alternativas)</b> 1. <input type="checkbox"/> achou feio      2. <input type="checkbox"/> achou bonito      3. <input type="checkbox"/> não disse nada 4. <input type="checkbox"/> não tenho idéia      5. <input type="checkbox"/> não tive parceiro durante a gravidez (vá para a 60) 6. <input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/>
<b>16- Você teve algum problema durante a gravidez com relação a vida íntima com seu parceiro? Mudou alguma coisa? (não ler as alternativas)</b> 0. <input type="checkbox"/> Não      1. <input type="checkbox"/> sim, ele me rejeitou durante toda gestação      2. <input type="checkbox"/> sim, ele me rejeitou no final da gestação 3. <input type="checkbox"/> não tive parceiro durante a gravidez 4. <input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/>
<b>17- Com que frequência vocês tinham relação sexual?</b> 0. não fazíamos 1. mais que uma vez ao dia <input type="checkbox"/> Antes da gravidez 2. uma vez ao dia <input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação 3. 3 ou 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação 4. duas vezes por semana <input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação 5. uma vez por semana 6. uma vez cada duas semanas 7. uma vez por mês 8. menos que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>18- Com que frequência você sentia desejo sexual?</b> 0. não sentia 1. mais que uma vez ao dia <input type="checkbox"/> Antes da gravidez 2. uma vez ao dia <input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação 3. 3 ou 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação 4. duas vezes por semana <input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação 5. uma vez por semana 6. uma vez cada duas semanas 7. menos que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>19- Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual?</b> 1. Sempre eu <input type="checkbox"/> Antes da gravidez 2. Às vezes eu <input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação 3. Meu parceiro e eu com a mesma frequência <input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação 4. Meu parceiro às vezes tinha iniciativa <input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação 5. Meu parceiro sempre tinha iniciativa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>20- Na sua opinião, qual a satisfação do seu parceiro com relação a relação sexual de vocês? (usar a régua)</b> 1. <input type="checkbox"/> Extremamente insatisfatória      2. <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfatória      3. <input type="checkbox"/> Pouco insatisfatória 4. <input type="checkbox"/> Pouco satisfatória      5. <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfatória      6. <input type="checkbox"/> Extremamente satisfatória      9. <input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/>
<b>21- Qual é a sua satisfação com relação a relação sexual com seu parceiro? (usar a régua)</b> 1. Extremamente insatisfatória <input type="checkbox"/> Antes da gravidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



2. Moderadamente insatisfatória	<input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
3. Pouco insatisfatória	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
4. Pouco satisfatória	<input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	
5. Moderadamente satisfatória		
6. Extremamente satisfatória		
<b>22- Quando seu parceiro inova na relação sexual de vocês, você geralmente responde?</b>		
1. Geralmente aceito com prazer	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez	<input type="checkbox"/>
2. Aceito relutante	<input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
3. Frequentemente recuso	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
4. Geralmente recuso	<input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
<b>23- Quanto a sua lubrificação vaginal durante a relação sexual de vocês, mudou alguma coisa durante a gravidez?</b>		
0. Não		
1. Sim, diminuiu	<input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
2. Sim, aumentou	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
<b>24- Você tem dor durante a relação sexual?</b>		
1. as vezes	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez	<input type="checkbox"/>
2. sempre	<input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
3. nunca	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
<b>25- Você fez exercícios perineais durante a gravidez?</b>		
(exercícios para fortalecer os músculos da região da vagina)	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, recomendado por _____	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Durante toda a gestação	<input type="checkbox"/>

**MUITO OBRIGADA!**

Hora do término da entrevista: :

**ANEXO III- DECLARAÇÃO DA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC**

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PARA INÍCIO DA**  
**PESQUISA DE CAMPO**

O Projeto: “**SAÚDE REPRODUTIVA DE PRIMIGESTAS: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS AO TIPO DE PARTO**”, protocolado sob o nº. 23107.005912/2009-21, da Pesquisadora **LEILA MARIA GEROMEL DOTTO**, após submetido a este Comitê no dia 18/06/2009 foi categorizado como **APROVADO PARA INÍCIO DA PESQUISA DE CAMPO**, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP. Concluída a pesquisa, a pesquisadora deverá trazer ao CEP/UFAC o relatório final, a fim de receber a aprovação final da pesquisa para posterior publicação.

Rio Branco-Acre, 18 de junho de 2009.

  
Enock da Silva Pessoa  
Coordenador do CEP - UFAC