

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

**THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL**

**VALIDAÇÃO DO *PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE*  
SOBRE AS MUDANÇAS NA VIDA SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ**

**RIO BRANCO, AC**

**2012**

**THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL**

**VALIDAÇÃO DO *PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE*  
SOBRE AS MUDANÇAS NA VIDA SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Gina Torres Rego Monteiro**

**RIO BRANCO, AC**

**2012**

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e Classificação da Biblioteca Central  
da UFAC**

**THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL**

**VALIDAÇÃO DO *PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE*  
SOBRE AS MUDANÇAS NA VIDA SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
da Universidade Federal do Acre, como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.**

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gina Torres Rego Monteiro (Presidente)**  
Escola Nacional de Saúde Pública

---

**Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho**  
Escola Nacional de Saúde Pública

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosalina Jorge Koifman**  
Escola Nacional de Saúde Pública

*Dedico este trabalho a Deus por me conceder sabedoria, a meu esposo Cledir pelo amor, compreensão e auxílio, aos meus pais Marizete e Adevaldo pelo incentivo e dedicação, aos meus filhos que ainda vão nascer (este também é por vocês), a minha irmã Tamara pela ajuda e a todos os amigos e demais familiares pela colaboração, paciência e confiança.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, depois aos meus pais, minha irmã e sobrinhos, e ao meu esposo por todo amor e apoio oferecidos.

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gina Torres, minha orientadora, pois graças a seu apoio, incentivo, compreensão e capacidade de tornar grandes obstáculos em trampolins consegui realizar esse trabalho.

A todos os professores que ministraram disciplinas no curso de mestrado e a coordenadora Dr<sup>ª</sup>. Simone Opitz por sua dedicação.

A prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Dotto, pois graças a ela tive a oportunidade de conhecer o trabalho de Gölkyildiz e Beji.

A Sule Gölkyildiz e Nezihe Beji por permitirem a adaptação e utilização do instrumento *PSFQ* no Brasil.

Aos profissionais das unidades de saúde e da maternidade por permitir e auxiliar a na realização desta pesquisa.

Manifesto ainda a minha imensa gratidão a todas as gestantes que participaram da pesquisa, pois este trabalho não seria possível sem elas, e é claro que sua realização é por elas.

A FUNTAC pelo financiamento da pesquisa.

Aos meus amigos do mestrado representados por Patrícia Rezende e André Maia, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando.

Ao Sérgio Henrique Almeida da Silva Júnior por me auxiliar na análise do ômega de McDonald.

Agradeço ainda a todos os meus demais amigos pela paciência e apoio.

*Mãe não tem limite,  
é tempo sem hora,  
luz que não apaga  
quando sopra o vento  
e chuva desaba,  
veludo escondido  
na pele enrugada,  
água pura, ar puro,  
puro pensamento.*

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

A gravidez é um momento de diversas modificações físicas, biológicas, psíquicas e sexuais que podem interferir de modo significativo na vida da mulher nos campos pessoal, familiar e conjugal. A influência da gestação na função sexual é uma realidade que motivou a busca por um instrumento com a capacidade de refletir as mudanças ocorridas na função sexual ao longo da gravidez. O *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) foi identificado na literatura internacional e escolhido para validação por ser um questionário multidimensional e com essa capacidade. Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar a validação da versão adaptada do PSFQ em gestantes do município de Rio Branco, Acre. Para tanto, obteve-se autorização para utilizar o instrumento no Brasil, após tradução e adaptação transcultural que consistiu na tradução para a língua portuguesa por dois tradutores e a versão síntese vertida para o inglês por dois outros tradutores. Em seguida ocorreu à revisão e avaliação por um grupo de especialistas para validação do conteúdo sendo então realizado o pré-teste. A versão final do instrumento foi aplicada em 352 mulheres no último trimestre de gestação de baixo risco e que relataram possuir parceiro. As mesmas estavam sendo atendidas em unidades públicas de saúde da capital. Para validade de constructo do instrumento foram realizadas análise fatorial, consistência interna pelos coeficientes alfa de Chronbach e ômega de McDonald e a reprodutibilidade pela estatística kappa em 100 gestantes no teste-reteste. A análise fatorial demonstrou a presença de seis domínios: subjetividade, dor e desconforto; frequência e receptividade; desejo; satisfação; orgasmo; e estímulo. Os valores da consistência interna segundo o alfa variaram de 0,57 a 0,65, enquanto na análise do ômega foram de 0,69 a 0,77. Na amostra, o valor de kappa ficou acima de 0,72. A partir da validação do PSFQ, foi conduzida a análise dos resultados da aplicação do instrumento que demonstrou declínio dos domínios da função sexual nas comparações dos períodos pesquisados ao longo da gestação ( $p < 0,001$ ), com exceção do fator denominado subjetividade, dor e desconforto. Vale ressaltar que houve aumento do sentimento de medo ao longo da gestação ( $p < 0,05$ ) em todas as análises. Conclui-se, portanto, que o PSFQ, após adaptação transcultural e validação, pode ser utilizado para avaliar a função sexual durante a gravidez e que a ocorrência de alterações sexuais ao longo da gestação pode ser avaliada durante as consultas de pré-natal nas unidades públicas de saúde, com vistas a manter a saúde e o bem-estar das mulheres.

**Palavras-chave:** Gravidez. Função sexual. Questionários. Comparação transcultural. Estudo de validação.



## ABSTRACT

Pregnancy is time of many changes the physical, biological, psychological and sexual that may interfere in the women' life in personal, family and marriage fields. The influence of pregnancy on the sexual function is a reality that has motivated the search for an instrument with the ability to reflect the changes in sexual function throughout pregnancy. The Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ) has been identified in the international literature and was chosen for validation because it is a multidimensional questionnaire with this capability. The aim of this study was to validate the adapted version of PSFQ pregnant women in the municipality of Rio Branco, Acre. In order to do that, we had obtained permission to use the instrument in Brazil, with subsequent translation and cultural adaptation that was the translation into Portuguese by two translators and the synthetic version poured into English by two other translators. After that, the review and evaluation had been done by a panel of experts for content validation, and then the pretest was conducted. The final instrument was administered to 352 women in the last quarter of low-risk pregnancy and who reported having a partner. They were being treated at public health units of Rio Branco. The construct validity of the instrument were performed by factor analysis, the internal consistency was evaluated by Chronbach alpha coefficients and omega McDonald. The reproducibility of the instrument was estimated by the kappa statistic in 100 pregnant women who had done the test-retest. Factor analysis showed the presence of six domains: subjectivity, pain and discomfort, frequency and receptivity, desire, satisfaction, orgasm, and encouragement. The values of the second alpha internal consistency ranged from 0.57 to 0.65, while the analysis of the wire was 0.69 to 0.77. In the sample kappa value was above 0.72. Since the PSFQ had been validated, the analysis of its results showed a decline of the domains of sexual function when comparing the periods studied during pregnancy ( $p < 0.001$ ), except for the factor called subjectivity, pain and discomfort. It is noteworthy that there was an increased sense of fear throughout pregnancy ( $p < 0.05$ ) in all analyzes. It suggests that the PSFQ, after cultural adaptation and validation, can be used to assess sexual function during pregnancy and the occurrence of sexual changes during pregnancy can be assessed during the prenatal consultations in public health units, with a view to maintaining the health and well-being of women.

**Keywords:** Pregnancy. Sexual function. Questionnaires. Cross-cultural comparison. Validation studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **4 Artigo 1:**

Figura 1. Representação dos passos para adaptação transcultural do PSFQ para uso no Brasil, segundo modelo proposto por Beaton et al., 2007

36

## LISTA DE TABELAS

### **3 REVISÃO DE LITERATURA:**

Tabela 1 – Instrumentos validados, no Brasil, utilizados para identificar disfunção sexual feminina	25
---	----

### **4 Artigo 1:**

Tabela 1 – Versão original do Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ).	44
---	----

Tabela 2 – Características sociodemográficas e reprodutivas das gestantes do pré-teste	45
--	----

Tabela 3 – Versão final em português do Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ).	46
---	----

### **5 ARTIGO 2:**

Tabela 1 – Características socioeconômicas e reprodutivas da amostra.	63
---	----

Tabela 2 – Coeficiente Kappa obtido pelo teste-reteste das questões mantidas do PSFQ.	64
---	----

Tabela 3 – Consistência interna segundo alfa e ômega por itens mantidos do PSFQ.	65
--	----

Tabela 4 – Cargas fatoriais dos itens mantidos no modelo do PSFQ.	66
---	----

### **5 ARTIGO 3:**

Tabela 1 - Características socioeconômicas e reprodutivas das gestantes entrevistadas em Rio Branco, Acre	81
---	----

Tabela 2 - Aspectos gerais sobre a influência da gravidez na função sexual	81
--	----

Tabela 3 - Distribuição de frequências das atitudes que permeiam a relação sexual	82
---	----

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos sentimentos que permeiam a relação sexual	83
--	----

Tabela 5 - Comparação da distribuição das respostas das gestantes sobre função sexual nos diferentes momentos pesquisados, segundo teste de homogeneidade marginal	84
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 OBJETIVOS</b>	15
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	16
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
<b>3.1 Sexualidade</b>	18
<b>3.2 Sexualidade na gestação</b>	20
<b>3.3 Instrumentos para identificar disfunção sexual feminina no Brasil</b>	22
<b>3.4 Adaptação transcultural de instrumentos de medida</b>	26
3.4.1 <i>Tradução</i>	26
3.4.2 <i>Retro-tradução</i>	26
3.4.3 <i>Revisão da tradução por grupo de especialistas</i>	27
3.4.4 <i>Pré-teste</i>	27
<b>3.5 Propriedades psicométricas de um instrumento de medida</b>	27
3.5.1 <i>Confiabilidade</i>	28
3.5.2 <i>Validade</i>	28
3.5.2.1 <i>Validade de Conteúdo</i>	29
3.5.2.2 <i>Validade de Critério</i>	30
3.5.2.3 <i>Validade de Construto</i>	30
<b>4 ARTIGO 1 - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE</i> PARA USO NO BRASIL</b>	31
<b>Resumo (Abstract)</b>	32
<b>Introdução</b>	33
<b>Material e método</b>	34
<b>Resultados</b>	37
<b>Discussão</b>	40
<b>Conclusão</b>	41
<b>Referências (Artigo 1)</b>	41
<b>5 ARTIGO 2 - ANÁLISE DA CONFIABILIDADE E VALIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO <i>PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE</i></b>	48

<b>Resumo (Abstract)</b>	49
<b>Introdução</b>	50
<b>Material e método</b>	51
<b>Resultados</b>	54
<b>Discussão</b>	55
<b>Conclusão</b>	59
<b>Agradecimentos</b>	59
<b>Referências (Artigo 2)</b>	60
<b>6 ARTIGO 3 - ESTUDO DA FUNÇÃO SEXUAL EM GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE EM CAPITAL BRASILEIRA</b>	67
<b>Resumo (Abstract)</b>	68
<b>Introdução</b>	69
<b>Material e método</b>	70
<b>Resultados</b>	72
<b>Discussão</b>	75
<b>Conclusão</b>	78
<b>Referências (Artigo 3)</b>	78
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	85
<b>REFERÊNCIAS (Dissertação)</b>	87
<b>APÊNDICES</b>	95
APÊNDICE A – Dados de identificação, socioeconômicos, demográficos, hábitos de vida, auto-estima e qualidade de vida	96
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
APÊNDICE C - Solicitação de autorização a autora Sule Gokyildiz	104
<b>ANEXOS</b>	105
ANEXO A – <i>Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ)</i>	106
ANEXO B – E-mail de autorização da autora Sule Gokyildiz	112
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	113



## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento especial na vida de uma mulher que repercute, também, na vida de todos à sua volta. As alterações físicas, biológicas e psíquicas são inevitáveis e resultam em novas necessidades e ansiedades, em geral relacionadas com a chegada do bebê e com as novas relações sociais que se formam. A gestação é um período de adaptação em diversos sentidos, inclusive quanto à sexualidade (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

A sexualidade não é uma dimensão isolada na vida de uma pessoa, mas resulta da integração dos planos orgânico, psíquico, que necessita do social para se realizar sendo, portanto, pluridimensional e multifacetada (CORREIA, 1997). Ela reflete toda a expressão emocional da vivência humana que é influenciada pelo momento histórico, não se restringindo aos aspectos biológicos do indivíduo (GOMES *et al.*, 2008). A sexualidade feminina depende de questões constitutivas ou pulsionais e daquelas ligadas aos costumes da época (SCHIEBER-JOTA, 2007).

O campo de estudo da sexualidade é abrangente. No universo científico, notadamente na área médica, tem-se utilizado as expressões saúde sexual e função sexual para abordar um ou outro aspecto deste campo (GIAMI, 2007). Entende-se por saúde sexual o estado físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade, e não apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade (WHO, 2006). A função sexual, no entanto, evidencia os processos orgânicos e fisiológicos envolvidos na resposta sexual, leva em consideração os aspectos psicológicos e relacionais, e são passíveis de tratamento (GIAMI, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a disfunção sexual é um importante problema de Saúde Pública, devendo ser investigada por causar alterações importantes na qualidade de vida (WHO, 2006).

Apesar de a gestação advir da sexualidade, estudos comprovam a influência da primeira sobre a última por diversos fatores, tais como a alteração na imagem corporal, a mudança de papel social, a qualidade do relacionamento, as alterações hormonais, entre outros (DE JUDICIBUS; MACCABE, 2002; LAMARRE; PATERSON; GORZALKA, 2003; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

A sexualidade até pouco tempo detinha-se aos aspectos médicos e fisiológicos, sendo somente nos últimos anos que a comunidade científica começou

a pesquisá-la em sua amplitude, fato este que também ocorreu quanto à sexualidade durante a gestação (GIAMI, 2007).

Entender o que ocorre no período gestacional com relação à sexualidade é de essencial para a saúde da mulher, uma vez que são nove meses de gestação, tempo suficiente para ocorrerem mudanças irreversíveis na vida sexual da mulher e, conseqüentemente, do casal. Embora exista interesse da comunidade científica em pesquisar os efeitos da gravidez sobre a sexualidade, ainda são escassos os instrumentos para sua mensuração.

No Brasil, dois instrumentos autoaplicáveis têm sido usados para avaliar a função sexual durante a gravidez: o *Female Sexual Function Index* (FSFI), já validado, e o Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG), que se encontra em processo de validação (LEITE *et al.*, 2007; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). Entretanto, os questionários autoaplicáveis não favorecem o contato entre o entrevistador e a pessoa entrevistada, dificultando o esclarecimento de possíveis dúvidas (GUNTHER, 2003). Na literatura científica tem-se um instrumento que utiliza de entrevista semiestruturada, validado para gestantes brasileiras, o Inventário da Resposta Sexual na Gestação (PSRI). Porém, esse instrumento não possui questões que, em uma única entrevista, consiga captar informações do período antes da gravidez e dos diferentes trimestres.

A utilização de entrevistas para identificar os efeitos da gravidez na vida sexual trará benefícios para a comunidade científica, uma vez que amplia a forma de identificar alterações na função sexual durante a gravidez, não apenas voltada para os aspectos fisiológicos, mas para a complexidade que este período representa na vida sexual.

O instrumento encontrado na literatura internacional que parece ser pertinente à pesquisa foi o referido no artigo *The Effects of Pregnancy on Sexual Life* que avalia os aspectos específicos relacionados à vida sexual de gestantes (GÖKYILDIZ; BEJI, 2005).

A importância deste estudo, portanto, baseia-se na necessidade de oferecer um instrumento devidamente adaptado à nossa cultura, validado segundo os parâmetros internacionais e que possa servir para pesquisas futuras voltadas a avaliar a influência da gravidez na vida sexual.



**OBJETIVOS**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Validar a versão adaptada do instrumento *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ)* em gestantes do município de Rio Branco, Acre.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Realizar a tradução, retro-tradução e adaptação cultural do instrumento *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ)*;
- b) Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do instrumento;
- c) Avaliar a validade do *PSFQ* adaptado;
- d) Descrever os resultados obtidos com a aplicação do *PSFQ* em uma amostra de gestantes de Rio Branco.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Sexualidade

A sexualidade é um fenômeno complexo que envolve não apenas a dimensão biológica, mas também a psicológica e a social que sofrem novos significados ao longo da história das sociedades e do indivíduo (ARAÚJO, 2009). Segundo a OMS, a sexualidade compreende um aspecto central do ser humano ao longo da vida que inclui sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, podendo ser vivida e expressa de diversas formas. Porém nem sempre essa plenitude corre, pois a sexualidade sofre influência da interação de fatores biopsicossociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2006).

O ato sexual é anterior ao aparecimento do homem, não sendo por ele inventado. No entanto, o estudo da sexualidade somente teve início no século dezenove (TREVISAN, 2008), com os estudos pioneiros de Sigmund Freud e Henry Havelock Ellis que deram início ao embasamento científico da sexualidade (FONSECA; BERESIN, 2008). Merece destaque, também, as contribuições de: Iwan Bloch, que desenvolveu o conceito de sexologia como ciência; Magnus Hirschfeld, que trouxe o reconhecimento dos direitos dos homossexuais; e Wilhelm Reich, que observou os problemas sexuais em termos políticos (HAEBERLE, 1983).

Alfred Kinsey pesquisou os comportamentos sexuais dos americanos. Seu trabalho, publicado em 1948, possibilitou o reconhecimento de uma multiplicidade de manifestações sexuais, não apenas voltadas para a excitação exclusiva dos órgãos sexuais e entre heterossexuais, mas da abrangência das práticas sexuais de forma ampla e irrestrita (ABDO; FLEURY, 2006). Para ele, o que era recorrente em termos de prática sexual seria o natural e deveria ser estudado pela ciência e promovido ou permitido pela sociedade.

Algum tempo depois, Master e Johnson (1966) afirmaram que as respostas fisiológicas observadas em laboratório eram os novos padrões do sexo a ser buscado por meio da terapia sexual, sendo instituído o mercado clínico de tratamento da sexualidade. Assim, nesse período tiveram início os estudos sobre os aspectos fisiológicos da resposta sexual humana que, em 1984, definiram o ciclo de resposta sexual como sendo constituído por quatro fases, denominadas de

excitação, platô, orgasmo e resolução, sendo comuns em homens e mulheres (ROHDEN, 2009).

Na década de 70, ocorreu a ampliação do conhecimento e compreensão sobre sexualidade a partir do trabalho de Kaplan de reformulação da resposta sexual feminina onde, antes da excitação, havia o desejo e que a fase denominada como platô não se justificava (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000). Com a associação dos dois modelos propostos foi desenvolvida a resposta sexual saudável, composta de quatro etapas sucessivas, que são: o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução (ABDO; FLEURY, 2006).

Pesquisas recentes constatam que o modelo de ciclo de resposta sexual, descrito acima, não se aplica a todas as mulheres, uma vez que algumas não apresentam desejo espontâneo ou, se o têm, nem sempre resulta em ato sexual. Algumas iniciam a atividade sem desejo, apenas para acompanhar seus parceiros (LEIBLUM, 2000).

Assim, Basson (2001) observou que existem mulheres que iniciam a experiência sexual em estado de neutralidade, ou seja, sem motivação suficiente, no entanto, na intimidade sexual a estimulação desencadearia o desejo e, conseqüentemente, as demais fases da resposta sexual. Com base nesta observação, o modelo biopsicossocial circular para o ciclo da resposta sexual feminina foi proposto, enfatizando o valor da intimidade como motivação feminina para o sexo (BASSON *et al.*, 2004; MARNACH; CASEY, 2008). Nesse modelo, a ausência de desejo sexual espontâneo no início do ciclo não significa disfunção sexual. Assim, a resposta sexual teria cinco fases, sendo: a primeira, o início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo; a segunda, a excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado; a terceira, a sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo; a quarta, o aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico; e, por fim, a satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos (BASSON *et al.*, 2004).

Entende-se por desejo ou interesse sexual, as fantasias acerca da atividade sexual e o desejo de realizá-la. A excitação consiste em sentimentos físicos e mentais, sendo no homem observado a ereção peniana e na mulher a vasocongestão pélvica, a lubrificação e expansão vaginal e a turgescência da

genitália externa. O apogeu da relação sexual é o orgasmo, que resulta na liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores, sendo no sexo masculino evidenciado pela ejaculação e no feminino pelas contrações da parede do terço inferior da vagina, sendo comum aos dois sexos a contração do esfíncter anal. A resolução finaliza o ato sexual com o relaxamento da musculatura e a sensação de bem-estar geral (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Ao estipular as etapas da resposta sexual saudável, foi possível estabelecer critérios para caracterizar os transtornos da sexualidade, expostos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (2002). Esse define disfunção sexual como sendo um distúrbio ou alteração no mecanismo do funcionamento de uma ou mais etapas da resposta sexual que cause estresse e dificuldades interpessoais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Em outra definição, a disfunção sexual é a incapacidade persistente ou recorrente de participar de uma relação sexual como o indivíduo desejaria e que causa angústia pessoal (BERMAN; ALEXANDER, 2004). Pode, ainda, ser definida como qualquer alteração em uma das fases do ciclo da resposta sexual, ou dor associada ao ato que se manifesta de forma persistente e recorrente (ABDO; FLEURY, 2006).

As disfunções sexuais são classificadas em: transtorno de desejo ou interesse sexual, transtorno de excitação/lubrificação, transtorno orgástico, dispareunia, vaginismo e transtorno de aversão sexual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Nos dias atuais, a sexualidade tem sido amplamente debatida, contemplando não apenas o ato sexual, mas todas as relações que entremeiam este fato. Está ocorrendo uma erotização em escala populacional e os efeitos desse processo são visíveis pela multiplicidade de publicações que tratam do tema para todos os públicos (CARVALHO, 2009). A sexualidade durante a gravidez vem sendo pesquisada com intuito de compreender as alterações vivenciadas durante este período tão importante na vida do casal.

### **3.2 Sexualidade na gestação**

A sexualidade faz parte da vida de todos os indivíduos, perpassa suas diversas etapas e envolve dimensões interdependentes, como: biológica, psicológica

e sociocultural (FLORES; AMORIM, 2007). Ela está presente, também, na gravidez que faz parte do ciclo de vida da maioria das mulheres e representa um momento importante de autonomia, liberdade de escolha e autorrealização (VOLKMER, 2009).

Durante a gravidez a sexualidade tende a se manifestar de formas diferentes, o que pode enriquecer ou reduzir o prazer a dois (LECH; MARTINS, 2003). A gravidez representa um desafio na preparação para um relacionamento a três e, ao mesmo tempo, da continuação do relacionamento do casal (WIMMER-PUCHINGER, 1992).

Algumas sociedades proíbem a prática sexual em determinados ciclos da vida feminina como a gravidez ou a menstruação, sendo vista como uma possibilidade de ocasionar impotência, esterilidade ou o nascimento de monstros (RODRIGUES, 2006).

A gravidez desafia conflitos latentes, força o casal a definir seus papéis na nova família e assim pode interferir no seu relacionamento (CARTER; MCGOLDRICK, 1992; LECH; MARTINS, 2003; PERESTRELLO, 1987). No primeiro trimestre de gestação, a sexualidade pode ser comprometida pelos sintomas específicos deste período, pelas alterações hormonais, como o aumento da prolactina que atua como um fator de bloqueio para o desejo (VITIELLO, 2002), assim como por ansiedade, culpa ou fantasias incestuosas (SOIFER, 1992).

No segundo trimestre, as alterações no corpo feminino podem interferir na sexualidade (MALDONADO; DICKSTEIN; NAHOUM, 1996). Alguns casais referem medo de machucar a mãe ou o bebê durante a relação sexual, fato que pode representar uma regressão afetiva e uma insegurança emocional (VITIELLO, 2002).

No último trimestre, o aumento do volume abdominal e o peso fetal resultam em falta de equilíbrio e alterações posturais compensatórias, forçando o organismo feminino a usar músculos raramente utilizados antes da gravidez, levando a dor lombar. A fadiga, a ansiedade e o medo devido à proximidade do trabalho de parto tendem a diminuir a função sexual feminina. Outro fator é a perda do interesse sexual do parceiro devido o efeito não-erótico da aparência da mulher no final da gravidez (LEITE *et al.*, 2009).

Durante a gravidez, o desejo e a frequência de relacionamento sexual podem mudar. Alguns estudos relataram a manutenção do desejo sexual, sendo verificada uma alteração no comportamento com a introdução de práticas gratificantes para ambos os cônjuges (LECH; MARTINS, 2003; SUEIRO *et al.*,

1998). Outros observaram a diminuição no desejo sexual (ARAÚJO, 2009; BARTELLAS *et al.*, 2000; GÖKYILDIZ; BEJI, 2005; HAINES *et al.*, 1996; SILVA; FIGUEIREDO, 2005; SOLBERG; BUTLER; WAGNER, 1973; UWAPUSITANON; CHOOBUN, 2004). Acredita-se que exista uma diferença quanto à intensidade do desejo entre os trimestres de gestação, sendo verificada redução no primeiro e terceiro trimestres, e aumento no segundo (MASTER; JOHNSON, 1966; SUPLICY, 1987; VON SYDOW, 1999).

Em uma pesquisa realizada em Florianópolis, com mulheres no segundo e no terceiro trimestre de gestação, foi observado diminuição do desejo sexual, da excitação, da lubrificação vaginal, do orgasmo e da satisfação sexual, do segundo para o terceiro trimestre da gestação, além de maior desconforto ou dor na relação sexual (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009).

Em estudo conduzido por Savall, Mendes e Cardoso (2008) houve modificações em alguns comportamentos sexuais, como posições adotadas, frequência durante o último trimestre e disposição sexual da gestante. Por outro lado, foram mantidas as práticas sexuais, a disposição sexual do parceiro e a percepção da beleza da gestante, tanto pela própria como pelo parceiro.

No estudo realizado por Gökyildiz e Beji (2005), no ambulatório de pré-natal da faculdade de medicina de Istambul, entre janeiro e agosto de 2000, com 150 gestantes, observou-se a diminuição na frequência sexual, a incapacidade de sentir orgasmo, a dispareunia e a diminuição da satisfação sexual à medida que a gravidez avançava.

A influência da gestação na sexualidade feminina é um fato (ORIÁ; ALVES; SILVA, 2004). O esclarecimento sobre as alterações na função sexual durante este período pode contribuir para que a qualidade de vida e a saúde sexual de casais sejam mantidas (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

### **3.3 Instrumentos para identificar disfunção sexual feminina no Brasil**

Os avanços nos estudos sobre a resposta sexual mostraram que existem diferenças entre homens e mulheres e contestaram instrumentos embasados no modelo linear, pois hoje se sabe que os aspectos subjetivos apresentam relevância na resposta sexual feminina (BASSON *et al.*, 2004).



Por outro lado, os métodos diretos de medida das disfunções sexuais femininas não conseguem avaliar as questões subjetivas (DAKER-WHITE, 2002; PASQUALOTTO *et al.*, 2005), além de serem invasivos e caros (ROSEN, 2002). No entanto, inúmeros instrumentos validados têm sido desenvolvidos para identificar as disfunções sexuais femininas nos países desenvolvidos, enquanto no Brasil tais instrumentos ainda são escassos (VALADARES *et al.*, 2010) (Tabela 1).

O Quociente Sexual (QS-F), versão feminina, foi validado para mulheres portadoras e não-portadoras de disfunção sexual. Os domínios do QS-F incluem desejo e interesse sexual, preliminares, excitação pessoal, sintonia com o parceiro, conforto, orgasmo e satisfação (ABDO; FLEURY, 2006). Em 2007, o *Female Sexual Function Index* (FSFI) foi aplicado em 215 mulheres de casais inférteis, antes do diagnóstico e do procedimento de fertilização assistida, e em mulheres férteis que desejavam se submeter ao procedimento de esterilização cirúrgica, sendo obtidos os domínios desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto (HENTSCHEL *et al.*, 2007). O FSFI também foi validado em 100 mulheres saudáveis, com média de idade de 27 anos, na cidade de Bragança Paulista (THIEL, 2008).

Em 2009, um questionário para avaliar a função sexual feminina após a menopausa apresentou como domínios a autoimagem, qualidade de vida sexual, intimidade sexual, desejo, orgasmo, dispareunia/vaginismo e influência da menopausa. O instrumento foi testado em 251 mulheres com dois ou mais anos após a menopausa (BORGES; MEDEIROS, 2009). Também foram validados para população feminina brasileira o *Short Personal Experience Questionnaire* (SPEQ) e o *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12) (SANTANA; AOKI; AUGE, 2012; VALADARES *et al.*, 2010).

Os instrumentos que utilizam as entrevistas semiestruturadas e abertas, e os inventários oferecem um excelente método de avaliação dos componentes da função sexual (RODRIGUES Jr., 1999).

Os instrumentos validados no Brasil para avaliar a resposta sexual feminina, conforme exposto anteriormente, se aplicam a diferentes públicos e todos são autoadministrados. Após revisão da literatura científica verificou-se que alguns questionários utilizados no Brasil não apresentavam dados publicados de sua análise psicométrica, cita-se o GRISS (Inventário de Satisfação Sexual – Versão para Mulheres) (DEL GIORNO *et al.*, 2010; TRIPOLI *et al.*, 2011), o CSFQ-F

(Questionário sobre as alterações na Atividade Sexual) (SODRÉ; FARO, 2008), o MFSQ (*McCoy Female Sexuality Questionnaire*) (DE PAULA *et al.*, 2007), o *Brief Index of Sexual Functioning – Women* (FERREIRA, SOUZA; AMORIM, 2007), o WSFQ (*Watts Sexual Function Questionnaire*) (MALUF *et al.*, 2008), entre outros. No entanto, preconiza-se a utilização de instrumentos devidamente padronizados e validados para avaliar a função sexual feminina (BASSON, 2001).

Com relação à função sexual durante a gravidez, estudos apontam a necessidade de pesquisas voltadas para este momento de grandes transformações (LAZAR, 2002; ÓRIA; ALVES; SILVA, 2004; RUDGE *et al.*, 2009) e também de instrumentos que favoreçam a avaliação da resposta sexual feminina antes e durante a gravidez.

Na literatura científica foram encontrados apenas dois instrumentos validados no Brasil para identificar disfunção sexual durante a gestação. O *Female Sexual Function Index* (FSFI) foi criado para avaliar a resposta sexual feminina, contém 19 questões que são auto-respondidas e foi aplicado em 60 gestantes no pré-teste e em 32 no teste-reteste na cidade de Alagoas. O valor do alfa de Chronbach das questões variou de 0,79 a 0,91. A reprodutibilidade inter e intra observadores foi significativa ( $p < 0,001$ ). Ao ser comparado com a versão feminina do Quociente Sexual (QS-F), apresentou correlação de Pearson de 0,741 (LEITE *et al.*, 2007).

O segundo instrumento validado, o Inventário da Resposta Sexual na Gestação (PSRI) foi desenvolvido para ser aplicado em gestantes brasileiras a fim de avaliar as alterações na sexualidade durante a gravidez. Contém 38 questões sobre dados sociodemográficos, percepção da sexualidade e comportamento sexual durante a gestação. Participaram da entrevista semiestruturada 63 gestantes da cidade de Botucatu, os resultados foram: alfa de Chronbach 0,79, a confiabilidade interavaliador obteve kappa igual a 1,0 em 13 questões, e a reprodutibilidade, entre os resultados das médias dos domínios do PSRI, do entrevistador principal e os outros entrevistadores foi significativo ( $p < 0,05$ ) (RUDGE *et al.*, 2009).

O FSFI apresenta como limitação o fato de abordar o momento presente, sendo que, no PSRI, existem perguntas sobre antes da gravidez e do momento atual, assim ambos não refletem a função sexual antes da gravidez e nos diferentes trimestres em um único instrumento.

As mudanças advindas da gestação são inesquecíveis e todos os trimestres resultam em alterações específicas, o que colabora para a recordação de alterações na função sexual em decorrência da gravidez.

Tabela 1 – Instrumentos validados, no Brasil, utilizados para identificar disfunção sexual feminina

<b>Estudo/ Instrumento</b>	<b>Desenvolvido</b>	<b>Nº de questões/ Modalidade de administração</b>	<b>Teste- reteste</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Análise fatorial</b>
<b>ABDO, 2006 Quociente Sexual- versão feminina (QS-F).</b>	São Paulo (SP), Brasil	10 questões autoadministra- das	–	0,98 (0,93-0,70)	85,8%
<b>HENTSCHEL <i>et al.</i>, 2007 Female Sexual Function Index (FSFI).</b>	Porto Alegre (RS) - Original <i>Dept. of Psychiatry, Robert Wood Johnson Medical School (USA)</i> (ROSEN <i>et al.</i> , 2000)	19 questões autoadministra- das.	–	0,92 0,67-0,89	–
<b>THIEL, 2008 Female Sexual Function Index (FSFI).</b>	Bragança Paulista (SP), Brasil – Original <i>Dept. of Psychiatry, Robert Wood Johnson Medical School (USA)</i> (ROSEN <i>et al.</i> , 2000)	19 questões autoadministra- das.	ICC=1,0 (n=NI*)	0,97 0,31-0,97	–
<b>BORGES; MEDEIROS, 2009 Questionário para avaliar a função sexual feminina após a menopausa</b>	Cuiabá (MT), Brasil	57 questões autoadministra- das.	pc=0,96 5 e r=0,882 (n=55)	0,9 (0,3 – 0,9)	–
<b>VALADARES <i>et al.</i>, 2010 Short Personal Experience Questionnaire (SPEQ).</b>	Campinas (SP), Brasil – Original proveniente da Universidade de Melbourne (Austrália)	09 questões autoadministra- das.	–	0,68 (0,55-0,77)	83,5%
<b>SANTANA; AOKI; AUGE, 2012 Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)</b>	São Paulo (SP), Brasil – Original <i>University of New Mexico Health ciences Center (USA).</i>	12 questões autoadministra- das.	ICC=0,7 7 (n=51)	0,79 (estudo) e 0,80 (controle)	–

\*NI = não informado.

### 3.4 Adaptação transcultural de instrumentos de medida

O grande número de pesquisas na área da saúde e a fácil disseminação das informações metodológicas contribuíram para a necessidade da adaptação de instrumentos de medidas para línguas diferentes daquela em que foram originalmente elaborados. A adaptação de instrumentos de outra cultura e/ou idioma, até bem pouco tempo, baseava-se na simples tradução do original ou na comparação da original com a retradução (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Atualmente, os instrumentos passam por um processo de adaptação transcultural que consiste na tradução com adaptações linguísticas para manutenção da equivalência entre o instrumento original e a versão adaptada, assegurando a melhor compreensão para a população-alvo, uma vez que cada sociedade possui particularidades próprias (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN, 1995).

Os passos metodológicos para alcançar a equivalência semântica, segundo Beaton *et al.* (2000), incluem: tradução, retrotradução (*back translation*), revisão da tradução por grupo de especialistas e pré-teste.

#### 3.4.1 Tradução

A tradução do instrumento deve ser realizada por, pelo menos, dois tradutores com fluência no idioma de origem do instrumento e que tenham como língua materna o idioma para qual o instrumento será traduzido. Apenas um dos tradutores pode estar ciente dos objetivos e conceitos que envolvem o instrumento. Essa etapa resulta em duas traduções e tem por objetivo comparar ambiguidades ou discrepâncias na tradução. Essas ambiguidades devem ser solucionadas, resultando em uma síntese das duas versões (BEATON *et al.*, 2000).

#### 3.4.2 Retrotradução

A segunda etapa consiste na tradução da versão em português de volta para a língua de origem por, no mínimo, dois outros tradutores que tenham fluência no idioma para o qual o instrumento foi traduzido e, preferencialmente, que tenham por língua materna a mesma do idioma original do instrumento. Esses tradutores não

devem receber informações sobre os conceitos e propósitos do mesmo. Os passos citados são necessários para checar a validade da versão traduzida e verificar a existência de discrepâncias no significado e no conteúdo (BEATON *et al.*, 2000).

#### 3.4.3 *Revisão da tradução por grupo de especialistas*

A avaliação por um grupo de especialistas, formado por profissionais na área a ser pesquisada pelo instrumento, consolida a tradução para a nova língua. Ao grupo é solicitada a avaliação dos itens quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual (BEATON *et al.*, 2000).

A equivalência semântica refere-se à igualdade de valor entre a versão original e a versão traduzida quanto à gramática e o vocabulário. A idiomática cuida da formulação de expressões coloquiais equivalentes ao idioma de origem. A cultural atenta aos termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas para adequar o máximo possível o sentido das frases e sentenças (BEATON *et al.*, 2000; SATO, 2008). A equivalência conceitual verifica se as palavras possuem significados culturais diferentes (BEATON *et al.*, 2000).

#### 3.4.4 *Pré-teste*

Após a avaliação pelos especialistas, o instrumento deve ser aplicado a um grupo de 30 a 40 sujeitos, com a finalidade de assegurar se a versão adaptada preserva a equivalência com a versão original (BEATON *et al.*, 2000). Essa etapa detecta erros e confirma se as perguntas são compreensíveis, avaliando não somente a qualidade da tradução, mas também os aspectos práticos de sua aplicação, uma vez que, após a aplicação, os sujeitos devem ser questionados sobre o que entenderam de cada item, sendo estimulados a propor mudanças para o melhor entendimento do instrumento (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002).

### **3.5 Propriedades psicométricas de um instrumento de medida**

A avaliação das propriedades psicométricas permite determinar se as dimensões e os domínios do instrumento estão adequados ao que se propõe. Para

tanto, devem ser avaliadas a confiabilidade e a validade, fundamentais para a equivalência de uma medida (FAYERS; MACHIN, 2007).

### 3.5.1 Confiabilidade

A confiabilidade de um instrumento, também denominada de precisão ou fidedignidade, refere-se à consistência com que o instrumento mede determinado atributo e produz resultados semelhantes em avaliações repetidas (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HAIR *et al.*, 2009; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004).

O termo confiabilidade refere-se ao grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto e/ou o grau de consistência interna entre os seus itens. A confiabilidade aponta quanto determinada medida está livre de erros aleatórios, o que constitui um elemento essencial para avaliar a adequabilidade de uma medida (MCDOWELL; NEWELL, 1996; STREINER; NORMAN, 2008).

Os três principais atributos a serem avaliados para a confiabilidade de um instrumento são a equivalência, a estabilidade e a homogeneidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004).

A equivalência avalia se os mesmos resultados são produzidos quando observadores diferentes usam o mesmo instrumento para mensurar um determinado construto. Pode ser avaliada por meio da confiabilidade interavaliador e por testes paralelos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004).

A estabilidade refere-se à capacidade de um instrumento produzir os mesmos resultados em testes repetidos, sendo satisfatória quando se obtém resultados similares nas duas aplicações. Pode ser verificada pela confiabilidade teste-reteste que consiste na aplicação aos mesmos sujeitos do instrumento de pesquisa, sob condições semelhantes, em duas ou mais ocasiões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A homogeneidade ou consistência interna reflete a extensão em que os vários itens do instrumento medem o mesmo conceito. A análise da consistência interna baseia-se na verificação da correlação dos itens entre si e com o todo, com intuito de verificar a presença de congruência entre os mesmos (MCDOWELL; NEWELL, 1996; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004). Um dos indicadores mais usados da consistência interna é o coeficiente alfa de Cronbach que pode assumir

valores entre 0 a 1: quanto mais próximo de 1, maior a consistência interna do instrumento (HAIR *et al.*, 2009; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004).

Discussões vêm ocorrendo sobre a utilização do método de cálculo do alfa de Cronbach para consistência interna. Segundo o próprio Cronbach (2004), o alfa não consegue expressar todas as informações da confiabilidade, sendo visto como uma pequena medição do todo que representa essa análise. Um indicador que vem sendo apontado como de maior robustez é o ômega de McDonald (SILVA Jr. *et al.*, 2011; REVELLE; ZINBARG, 2009; ZINBARG *et al.*, 2005).

O alfa assume que os itens possuem peso igual e sofre influência do número total de itens da escala, enquanto o ômega apresenta peso diferente de acordo com a correlação com os outros itens, fato que se expressa na carga fatorial (CORTINA, 1993; KAMATA; TURHAN; DARANDARI, 2003; ZELLER; CARMINES, 1980). O ômega fornece um coeficiente que estima a confiabilidade de todos os fatores comuns em um conjunto determinado de itens (CARMINES; ZELLER, 1979; MCDONALD, 1999). Assim, comparar o valor do alfa e do ômega é uma forma de melhor visualizar o real valor da consistência interna (SILVA Jr. *et al.*, 2011).

### 3.5.2 Validade

A validade de um instrumento tem como objetivo verificar a capacidade do mesmo de medir exatamente aquilo que se propõe (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HAIR *et al.*, 2009; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MCDOWELL; NEWELL, 1996; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004;). A validade pode ser verificada por suas dimensões de conteúdo, de construto e de critério (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; PASQUALI, 1999; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004).

#### 3.5.2.1 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo de um instrumento examina se os itens de um instrumento representam adequadamente todas as dimensões do conteúdo que o pesquisador pretende medir. Para ser determinada, os itens passam pelo exame sistemático de um grupo de especialistas que avaliam a compreensibilidade, a clareza e a redundância destes itens (FAYERS; MACHIN, 2007; FLETCHER;

FLETCHER, 2006; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004).

### 3.5.2.2 Validade de Critério

A validade de critério comprova as correlações existentes entre os resultados obtidos pelo instrumento utilizado em uma pesquisa e os resultados de outro instrumento com validade confirmada, o padrão-ouro (FAYERS; MACHIN, 2007; FLETCHER; FLETCHER, 2006; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004). Ela pode ser classificada em concorrente e preditiva. A validade concorrente avalia o grau de correlação de duas medidas do mesmo conceito aplicadas ao mesmo tempo e nos mesmos sujeitos. Já a validade preditiva é a capacidade do instrumento em diferenciar o comportamento do sujeito em algum critério futuro, sendo obtida pela aplicação de um instrumento em momentos diferentes para posterior comparação dos resultados (FAYERS; MACHIN, 2007; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; PASQUALI, 1999; POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004; STREINER; NORMAN, 2008).

### 3.5.2.3 Validade de Construto

A validade de construto é a avaliação do grau de confiança que depositamos que o instrumento mede o que se propôs a medir, produzindo resultados consistentes com o teórico esperado (HOBART; LAMPING; THOMPSON, 1996). O construto é entendido como uma ideia científica desenvolvida ou tomada como hipótese para descrever ou explicar um fenômeno (FAYERS; MACHIN, 2007). Essa dimensão da validade permite a avaliação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento e do próprio instrumento (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

A validade de construto é um processo contínuo visto que novas hipóteses são construídas à medida que se avança no conhecimento do fenômeno e novos testes precisam ser então empregados, sendo que as hipóteses durante o processo de validação podem ser aceitas ou refutadas (MCDOWELL; NEWELL, 1996; PASQUALI, 1999).







## 4 ARTIGO 1

### **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE* PARA USO NO BRASIL**

CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE FOR USE IN BRAZIL

#### **Resumo**

O *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) foi identificado na literatura internacional e escolhido para validação transcultural por ser um questionário multidimensional, com capacidade de refletir a função sexual anterior à gestação e nos seus diferentes trimestres. O objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural e a validade de conteúdo do instrumento PSFQ para uso no Brasil. O questionário foi traduzido para a língua portuguesa por dois tradutores e a versão síntese foi vertida para o inglês por dois outros tradutores. Seguiu-se a revisão e avaliação por um grupo de especialistas para validação do conteúdo quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. No pré-teste não houve dificuldade na compreensão das questões, com inclusão de breves explicações em alguns termos e acréscimo de um item. A adaptação transcultural e a validade de conteúdo do PSFQ para o português, no Brasil, foram realizadas com êxito.

**Palavras-chave:** Gravidez; Função sexual; Disfunções Sexuais; Questionários; Comparação Transcultural.

#### **Abstract**

The *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) was identified in international literature and had been chosen to cross-cultural validation as it is a multidimensional questionnaire that reflects sexual function before pregnancy and in different trimesters. The aim of this study was to do the cross-cultural adaptation and content validity of the instrument PSFQ for use in Brazil. The questionnaire was translated into Portuguese by two translators and the synthetic version was translated into English by two other translators. This was followed by the review and evaluation by a panel of experts to validate the content and the semantic, idiomatic,

cultural and conceptual. In the pre-test there was no difficulty in understanding the issues, with the inclusion of brief explanations on some terms and addition of an item. The cross-cultural adaptation and content validity of the PSFQ into Portuguese in Brazil were performed successfully.

**Keywords:** Pregnancy; Sexual Function; Sexual Dysfunctions; Questionnaires; Cross-Cultural Comparison.

## Introdução

A sexualidade reflete toda a expressão emocional da vivência humana que é influenciada pelo momento histórico, não se restringindo aos aspectos biológicos do indivíduo (GOMES *et al.*, 2008). Ela pode ser estudada enquanto função sexual, sendo definida como os processos orgânicos e fisiológicos envolvidos na resposta sexual, que leva em consideração os aspectos psicológicos e relacionais, e são passíveis de tratamento farmacológico (GIAMI, 2007).

Acredita-se que a resposta sexual saudável da mulher divide-se em cinco etapas, a saber: (1) o início da atividade sexual, com ou sem consciência do desejo; (2) a excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico; (3) a sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo; (4) o aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não o alívio orgástico; e, (5) a satisfação física e emocional (BASSON *et al.*, 2004).

A disfunção sexual é um importante problema de saúde pública que afeta homens e mulheres em todo o mundo (WHO, 2006). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2002), ela pode ser definida como “distúrbio ou alteração no mecanismo do funcionamento de uma ou mais etapas da resposta sexual, e que causa estresse e dificuldades interpessoais”.

A disfunção sexual feminina é complexa, multifatorial e engloba alterações no bem-estar físico e emocional nos diferentes períodos da vida (MARNACH e CASEY, 2008). Seus distúrbios mais frequentes são: a falta do desejo sexual, a dispareunia e a disfunção orgásmica (ABDO *et al.*, 2004). A prevalência pode variar de 25% a 92% nos diferentes países (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; ABDO *et al.*, 2004; ÇAYAN *et al.*, 2004; NOBRE; PINTO-GOUVEIA; GOMES, 2006; OKSUZ; MALHAN, 2006).

A gestação compreende um dos ciclos da vida da mulher com transformações físicas, emocionais e sexuais. A influência da gestação na sexualidade feminina é um fato (ÓRIA; ALVES; SILVA, 2004). Durante a gravidez, a maioria das mulheres mostra uma diminuição no desejo e na frequência de relacionamentos sexuais (GOKYILDIZ; BEJI, 2005; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008; FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009). O esclarecimento sobre as alterações na função sexual durante este período pode contribuir para que a qualidade de vida e a saúde sexual dos casais sejam mantidas (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

No Brasil, há poucos instrumentos validados para avaliar a função sexual feminina na gestação, tendo sido encontrados o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o Inventário da Resposta Sexual na Gestação (PSRI). O FSFI é um instrumento auto-aplicável, com possibilidade de avaliação das últimas quatro semanas, que foi desenvolvido para avaliar a função sexual de mulheres não grávidas (LEITE *et al.*, 2007). Já o PSRI foi construído para ser aplicado em gestantes brasileiras com intuito de avaliar as alterações na sexualidade durante a gravidez. O Inventário possui 38 questões sobre dados sócio-demográficos, percepção da sexualidade e comportamento sexual durante a gestação apresentando como limitação o fato de não refletir a função sexual antes da gravidez e nos diferentes trimestres em um único instrumento (RUDGE *et al.*, 2009).

Com base nessa realidade, buscou-se um instrumento com a capacidade de avaliar a função sexual feminina em seus diferentes domínios e que abordasse os diferentes trimestres da gestação. O *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) é um questionário composto por 27 questões, que pretendem captar os cinco domínios da resposta sexual antes da gravidez e em cada trimestre do período gestacional (GÖKYILDIZ; BEJI, 2005).

O objetivo do presente estudo foi realizar a tradução para a língua portuguesa, a adaptação transcultural e a validade de conteúdo do *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) no Brasil, para posterior análise psicométrica do instrumento.

## **Material e métodos**

Trata-se de um estudo metodológico que seguiu o processo proposto por Beaton *et al.* (2007) para alcançar a adaptação transcultural. A autorização para a tradução foi concedida pelas autoras do instrumento e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (UFAC).

Nesse estudo, a amostra foi composta de 30 grávidas no último trimestre de gestação que freqüentavam o pré-natal na maternidade pública e Unidades Básicas de Saúde da cidade de Rio Branco, Acre. As participantes foram selecionadas de acordo com o agendamento de consultas do ambulatório, no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2011, com idade a partir de 18 anos. Os critérios de exclusão foram gestantes com comprometimento cognitivo que inviabilizasse a comunicação ou o entendimento das perguntas, as que não tinham parceiro ou aquelas com gravidez de alto risco.

### *Instrumento*

O *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* é um instrumento parcialmente publicado no artigo *The effects of pregnancy on Sexual Life*, pelas autoras Sule Gokyildiz e Nezihe Kizilkaya Beji (2005), cujas questões avaliam as modificações na função sexual durante a gravidez.

O instrumento original foi aplicado em gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da Universidade de Istambul, Turquia. É composto por 27 questões que se relacionam com a ideia geral sobre sexo durante a gravidez, a percepção do corpo, a vida íntima do casal, a frequência de relações sexuais, o desejo e a satisfação sexual, a lubrificação vaginal e a dispareunia. O instrumento completo foi gentilmente cedido pelas autoras (Tabela 1).

Nas questões de 12 a 27, o tempo verbal deve ser adaptado para contemplar os períodos anteriores à gestação, primeiro, segundo e terceiro trimestres. Assim, para a mesma pergunta existem quatro respostas que correspondem a cada período perguntado cujo número correspondente deve ser indicado no espaço destinado entre colchetes.

Além do instrumento a ser validado, a entrevista incluiu itens e questões que possibilitaram caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes.

## Procedimentos

Os passos metodológicos para alcançar a equivalência semântica, segundo Beaton *et al.* (2007), incluem: tradução, retradução (*back translation*), revisão da tradução por grupo de especialistas e pré-teste (Figura1).

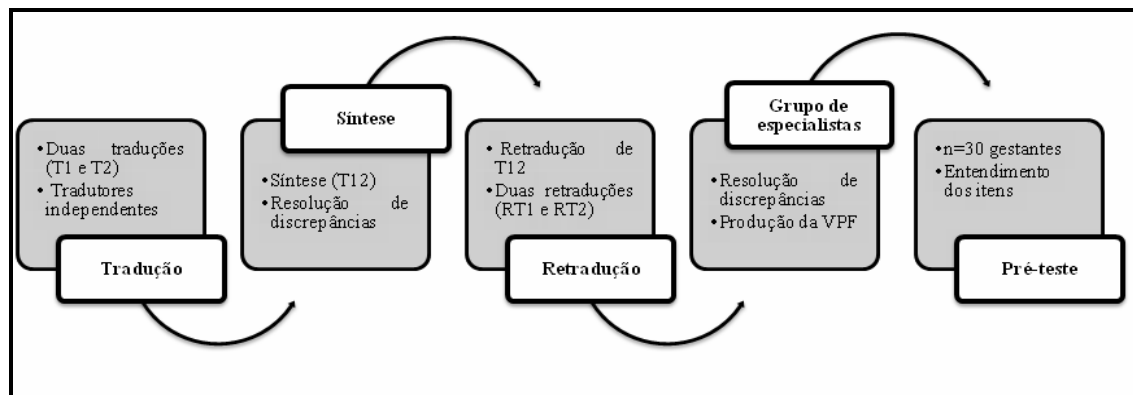


Figura 1. Representação dos passos para adaptação transcultural do PSFQ para uso no Brasil, segundo modelo proposto por Beaton *et al.*, 2007.

A tradução do instrumento foi realizada por dois profissionais, com fluência em inglês e que tinham como língua materna o português do Brasil. Apenas um estava ciente dos objetivos e conceitos que envolvem o instrumento. Essa etapa resultou em duas traduções (T1 e T2), sendo as ambiguidades solucionadas pelas autoras, resultando em uma síntese das duas versões (T12).

Em seguida, a versão traduzida em português foi vertida para o inglês, por dois outros tradutores bilíngues, independentes, que não receberam informações sobre os conceitos e propósitos do instrumento, resultando em duas retraduições (RT1 e RT2). Foi então, realizada a comparação dessas versões com o instrumento original em inglês e as avaliações da tradução indicaram equivalência semântica entre as traduções. Para apreciação do significado geral, utilizou-se a proposta de Reichenheim e colaboradores de qualificação em quatro níveis: inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000). Ao final dessa etapa, chegou-se a uma versão final da retradução (RT12) que foi aprovada pela autora da versão original do PSFQ.

A avaliação por um grupo de especialistas, formado por profissionais na área a ser pesquisada pelo instrumento, consolidou a tradução para o português. Ao grupo foi solicitada a avaliação dos itens quanto às equivalências semântica,

idiomática, cultural e conceitual, obtendo a validade de conteúdo. A produção da versão pré-final (VPF) do questionário foi obtida por consenso em relação a cada item.

Após a avaliação pelos especialistas, o instrumento foi aplicado a um grupo de 30 gestantes, com a finalidade de assegurar que a versão adaptada havia preservado a equivalência com a versão original. A aplicação foi realizada por três entrevistadoras treinadas.

Essa etapa é importante para a detecção de erros e confirmação de que as perguntas são compreensíveis (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000). Também, foram observados os aspectos práticos da aplicação. As alterações propostas pelas entrevistadas para o melhor entendimento do instrumento foram acolhidas, o que resultou na versão final em português (VF).

## **Resultados**

Os conceitos de função sexual, da versão original do PSFQ, foram considerados adequados para utilização no Brasil. Eles abarcam as alterações da vida sexual ocorridas durante a gravidez, na avaliação dos profissionais da área envolvidos nesse estudo, e estão em consonância com o que se encontra na literatura científica. Com a equivalência de conteúdo *função sexual* para o contexto brasileiro, verificou-se que os itens do questionário representavam os domínios necessários para avaliação do referido constructo. Assim, julgou-se que a maioria dos itens eram equivalentes e que, em alguns, havia a necessidade de modificações para oferecer à população do estudo um instrumento com termos claros e culturalmente adequados.

A primeira etapa do processo de equivalência semântica resultou em duas traduções bastante congruentes, embora a primeira tradução tenha demonstrado maior similaridade com a versão original. Foram realizadas análise e adaptações das duas traduções, obtendo-se a síntese das versões.

As retraduições foram comparadas e não havia diferença entre as traduções e o original em 19 dos 27 itens. A análise do significado geral na retradução 1 (RT1) mostrou que 86% dos itens foram classificados como inalterados e 7%, respectivamente, como pouco e muito alterados. Na retradução 2 (RT2), 82% dos itens foram classificados como inalterados, 11% como muito alterados e 7% como

pouco alterados. Em ambas retraduições nenhum item foi considerado completamente alterado.

As divergências nas retraduições foram solucionadas, além de todas as produções das etapas anteriores com composição da versão pré-final pelos especialistas, observando os aspectos estilísticos e de clareza dos termos.

### *Contribuição do grupo de especialistas*

De uma forma geral, não houve grandes modificações. Nas questões em que havia as expressões *sexual intercourse* e *sexual relationship* foram traduzidas por “relação sexual”, enquanto que *coitus* foi expresso em português como “ato sexual”, todas definidas com base no sentido expresso na versão original.

As primeiras quatro questões referem-se ao período anterior à gravidez e enfocam o desejo de engravidar e possíveis problemas para essa concretização que podem influenciar na vida sexual do casal. Na questão 2 (*Quanto tempo levou para engravidar sem evitar?*), como a palavra “evitar” para as brasileiras representa métodos contraceptivos, acrescentou-se, entre parênteses, a expressão “sem método contraceptivo” para melhor explicar o item. Os especialistas sugeriram a inclusão de uma questão (2.1 *Você teve dificuldade para engravidar mesmo querendo?*) pois identificaram a necessidade de introduzir o tema, cuja resposta contextualiza as duas perguntas seguintes. Com isso, o questionário passou a ter 28 perguntas.

Na questão 3, foi acrescentado “tratamento para engravidar”, por ser uma expressão de maior veiculação entre os brasileiros, para explicar o termo tratamento para infertilidade. A expressão *sexuality and pregnancy*, utilizada na questão 5, foi traduzida para “sexo durante a gravidez”, por representar uma definição mais próxima do sentido original da pergunta.

Na questão 8, houve acréscimo de “mudanças durante a gravidez” por ser entendimento do grupo que a pergunta se propõe a representar os sentimentos das gestantes com relação as alterações da gestação sobre seu corpo. Na questão 9, foi incluída a expressão entre parênteses “o seu e não o dele!” para enfatizar a ideia central da pergunta.

A questão 15 foi reformulada para ser fiel ao sentido original, tendo sido retirada a expressão *overall* para facilitar a compreensão. Houve a necessidade de



acrescentar a informação de que há a possibilidade de indicar mais de uma opção nas questões 23 e 24. A expressão “disfunção erétil”, utilizada na questão 26, foi modificada por “não manter a ereção”, pois o termo não é comum na comunidade para a qual o instrumento está sendo adaptado.

### *Participantes do pré-teste e suas contribuições*

As trinta gestantes entrevistadas apresentaram média de idade de 24,5 anos, sendo a maioria parda, em união estável e com ocupação remunerada. Quanto à escolaridade, 50% tinham ensino médio ou mais, obtendo-se assim, uma representação das participantes com mais anos de estudo e também daquelas com menor escolaridade. Com relação aos dados gestacionais, a média de gestações foi de 2,2, sendo a ocorrência de aborto mencionada por 17% das entrevistadas. A média de idade da primeira relação sexual foi de 15,2 anos (Tabela 2).

A participação das gestantes no pré-teste resultou na inclusão de termos coloquiais na versão final, com o intuito de facilitar sua compreensão junto à população. Vale ressaltar que os termos em questão não substituíram os termos técnico-científicos, mas foram acrescentados como opção para facilitar o entendimento das perguntas.

As gestantes avaliaram os itens e fizeram comentários verbais que foram anotados por uma das autoras nas respectivas questões. Todas as suas sugestões foram incorporadas ao instrumento, sendo colocados entre parênteses como opção para os termos técnicos, no caso de não entendimento. Para a palavra “preliminares” incluiu-se a frase “momentos que antecedem o ato sexual, propriamente dito”. Da mesma forma, para “orgasmo” acrescentou-se a expressão “clímax”. Na opção de “não manutenção da ereção” foi incluída a palavra “falhou”, e ainda, quanto a “gozou antes de ter ereção completa” acrescentou-se “ejaculação precoce”. As gestantes demonstraram grande interesse nos resultados das perguntas e enfatizaram a necessidade de realização deste questionário em todas as unidades de saúde.

A versão final da tradução foi a resultante da apreciação do grupo de especialistas e dos membros da população de gestantes de Rio Branco, Acre (Tabela 3).

## Discussão

A função sexual repercute na longevidade das relações afetivas e na qualidade de vida das pessoas (LORENZI *et al.*, 2006). As disfunções sexuais femininas são resultantes de múltiplos fatores e contam com menos opções terapêuticas quando comparada ao sexo oposto, o que dificulta seu diagnóstico e tratamento (ABDO; FLEURY, 2006).

As disfunções sexuais estão presentes em diferentes países e suas prevalências demonstram que se trata de um grave problema de saúde, devendo, portanto, ser investigadas (SÁNCHEZ *et al.*, 2004; LAUMANN *et al.*, 2005; BLÜMEL *et al.*, 2009). A busca por instrumentos validados no Brasil para avaliação da função sexual capazes de retratar as mudanças ao longo da gestação não logrou êxito, sendo encontrado na literatura científica internacional o PSFQ, que parecia capaz de objetivar questões subjetivas, possibilitando sua avaliação.

A maioria dos questionários voltados a esta temática estão publicados em inglês e direcionados para a população de mesma língua, necessitando de tradução e adaptação transcultural, bem como avaliação das propriedades psicométricas (PACAGNELLA *et al.*, 2008). A escolha por um instrumento construído em realidade distinta ocorreu devido à ausência de um instrumento padrão-ouro no Brasil, o que torna necessária a construção ou a busca por um instrumento.

O presente estudo cumpriu as etapas de tradução, retradução e avaliação por especialistas, conforme modelo de Beaton *et al.* (2007), para obtenção da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento. O modelo foi escolhido pela coerência dos passos metodológicos propostos que garante a veracidade e aplicabilidade do instrumento.

Os especialistas prestaram grande colaboração para a obtenção da versão final, não apenas incluindo explicações aos termos de mais difícil compreensão, mas também na detecção de problemas e dificuldades do instrumento, fato comprovado pela inclusão de uma questão. Além disso, julgaram o instrumento e o que se propõe a medir, concluindo que o PSFQ contempla e é capaz de verificar alterações na função sexual através da representação de seus domínios ao longo do período gestacional.

O modo de aplicação do instrumento foi por entrevista participativa realizada por uma mesma pessoa para evitar erros metodológicos (LEITE *et al.*, 2007). As

gestantes que responderam e avaliaram os questionários muito contribuíram para a adaptação transcultural. Vale ressaltar que sua se deu de forma não intencional e mesmo assim obteve representantes de diferentes níveis de escolaridade, contribuindo para a validação semântica e demais etapas importantes para a validação externa (HARB; CAUMO; HIDALGO, 2008).

## **Conclusão**

A tradução e adaptação transcultural do PSFQ para a população brasileira foram concluídas de acordo com a metodologia adotada. A versão pré-testada mostrou-se compreensível e de fácil aplicação. No entanto, este é um estudo inicial do processo de validação, sendo necessária a análise de suas qualidades psicométricas para posterior uso do instrumento em pesquisa com gestantes. As etapas de análise das propriedades psicométricas já foram realizadas e seus resultados serão apresentados em outro artigo.

## **Referências**

- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. 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.; OLIVEIRA, W.M.; MOREIRA JR, E.D. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). **Int. J. Impot. Res.** v.16, n.1, p.160-6, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos: DSM-IV-TRTM.** 4.ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTTTO, L. et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. **J. Sex. Med.** v.1, n.1, p.40-48, jul., 2004.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & quickDASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível em <<http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>> Acesso em: 18 de mai. de 2010.
- BLÜMEL, J.E.; CHEDRAUI, P.; BARON, G. et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. **Menopause.** v. 16, n. 6, p.1139-48, 2009.

- ÇAYAN, S.; AKBAY, E.; BOSLU, M.; et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. **Urol. Int.** v. 72, n. 1, p.52-7, 2004.
- FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev. Bras. Fisioter.** v.13, n.5, p.383-9, 2009.
- GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **PHYSIS: Rev 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. **J. Sex. Marital Ther.** v.31, n.3, p.201-215, mai./jun., 2005.
- GOMES, M.E.A.; SILVEIRA, L.C; PETIT, S.H. et al. A sexualidade das mulheres atendidas no Programa Saúde da Família: uma produção sociopoética. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.16, n.3, p.382-8, mai./jun., 2008.
- HARB, A.B.C.; CAUMO, W.; HIDALGO, M.P.L. Tradução e adaptação da versão brasileira do Night Eating Questionnaire. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 6, p.1368-76, 2008.
- LAUMANN, E.O.; NICOLOSI, A.; GLASSER, D.B. et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **Int. J. Impotence Res.** v. 17, n. 1, p.39–57, 2005.
- LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA.** v. 281, n. 6, p.537-44,1999.
- LEITE, A.P.L.; MOURA, E.A.; CAMPOS, A.A.S. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.29, n.8, p.396-401, ago. 2007.
- LORENZI, D.R.S.; BARACAT, E.C.; SACILOTO, B. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev. Assoc. Med.Bras.** v. 52, n. 5, p.312-7, 2006.
- MARNACH, M.L.; CASEY, P.M. Understanding women's sexual health: a case-based approach. **Mayo Clin. Proc.** New York, v.83, n.12, p.1382-1387, Dec., 2008.
- NOBRE, P.J.; PINTO-GOUVEIA, J.; GOMES, F.A. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. **J. Sex. Marital Ther.** v.32, n.2, p.173-82, 2006.
- OKSUZ, E.; MALHAN, S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. **J. Urol.** v. 175, n. 2, p.654-8, 2006.
- 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.2, p.160-5, mai./ago., 2004.

PACAGNELLA, R.C.; VIEIRA, E.M.; RODRIGUES JR, O.M. et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 2, p.416-26, 2008.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L.; HASSELMANN, M.H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.6, p.610-6, 2000.

RUDGE, C.V.C.; CALDERON, I.M.P.; DIAS, A. et al. Design and validity of a questionnaire to assess sexuality in pregnant women. **Reprod. Health**. v.6, p.12, 29 jul., 2009.

SÁNCHEZ, F.; CONCHILLO, M.P.; VALLS, J.J.B. et al. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). **Aten. Primaria**. v. 34, n. 6, p.286-94, 2004.

SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioter. Mov**. v.21, n.2, p. 61-70, abr./jun., 2008.

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

Tabela 1- Versão original do *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ)

1. Did you want this pregnancy? 1. Yes 2. No		
2. If you say yes, how long did you wait to get pregnant without contraception?		
3. Did you receive a treatment for infertility before this pregnancy? 1. Yes 2. No		
4. If you say yes, did it effect your sexual life? 1. You 2. Your partner		
5. What do you think about sexuality and pregnancy? 1. may be 2. shouldn't be 3. harmful to baby 4. harmful to mother 5. not have an idea 6. Other		
6. Who/What is your source of information about pregnancy and sexual life? 1. Mother 2. Partner 3. Friend 4. Doctor 5. Nurse 6. Course 7. Others _____		
7. When did you experience first coitus after you learned pregnancy? _____		
8. What do you feel about your body? _____		
9. What does your husband feel about your body? _____		
10. Does pregnant clothes make women attractive? _____		
11. Did you experience any problem during pregnancy? _____		
12. How frequently do you have sexual intercourse? 1. More than once a day 2. Once a day 3. 3 or 4 times a week 4. Twice a week 5. Once a week 6. Once every two weeks 7. Once a week 8. Less than once a month 9. Not at all	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
13. How frequently do you feel sexual desire? 1. More than once a day 2. Once a day 3. 3 or 4 times a week 4. Twice a week 5. Once a week 6. Once every two weeks 7. Once a week 8. Less than once a month 9. Not at all	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
14. Who initiates having sexual intercourse or activity? 1. I always do 2. I usually do 3. My partner and I each initiate about equally often 4. My partner usually does 5. My partner always does	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
15. Overall, how satisfactory do you think your sexual relationship is to your partner? 1. Extremely unsatisfactory 2. Moderately unsatisfactory 3. Slightly unsatisfactory 4. Slightly satisfactory 5. Moderately satisfactory 6. Extremely satisfactory	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
16. Overall, how satisfactory to you is your sexual relationship with your partner? 1. Extremely unsatisfactory 2. Moderately unsatisfactory 3. Slightly unsatisfactory 4. Slightly satisfactory 5. Moderately satisfactory 6. Extremely satisfactory	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
17. When your partner makes sexual advances, how do you usually respond? 1. Usually accept with pleasure 2. Accept reluctantly 3. Often refuse 4. Usually refuse	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
18. Do you experience vaginal dryness which prevent to coitus? 1. Always, much than 90% 2. Usually, 75% 3. Sometimes, 50% 4. Rarely, less than 25% 5. Very rarely, less than 10% 6. Not at all	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
19. Do you experience genital pain during coitus? 1. Always, much than 90% 2. Usually, 75% 3. Sometimes, 50% 4. Rarely, less than 25% 5. Very rarely, less than 10% 6. Not at all	[ ] Before pregnancy [ ] I. Trimester	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester
20. Do you feel stimulation during intercourse? 1. Always, much than 90% 2. Usually, 75% 3.	[ ] Before pregnancy	[ ] II. Trimester [ ] III. Trimester

Sometimes, 50% 4. Rarely, less than 25% 5. Very rarely, less than 10% 6. Not at all	<input type="checkbox"/> I. Trimester	
21. How long does it take to foreplay? 1. Less than 1 minute 2. 1-3 minute 3. 4-6 minute 4. 7-10 minute 5. 11-15 minute 6. 16-30 minute 7. 30 minute-1 hour	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester
22. How long does it take to coitus? 1. Less than 1 minute 2. 1-2 minute 3. 2-4 minute 4. 4-7 minute 5. 7-10 minute 6. 10-15 minute 7. 15-20 minute 8. 20-30 minute	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester
23. Which way orgasm do you experience? 1. Masturbation 2. Foreplay with my partner 3. Coitus with my partner 4. Anorgasmia	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester
24. Which positions do you experience during pregnancy? 1. Male superior 2. Female superior 3. Side by side 4. Variety	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester
25. Do you fear of sexual intercourse? 1. Always, much than 90% 2. Usually, 75% 3. Sometimes, 50% 4. Rarely, less than 25% 5. Very rarely, less than 10% 6. Not at all	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester
26. Does your partner experience erectile dysfunction? 1. Always, much than 90% 2. Usually, 75% 3. Sometimes, 50% 4. Rarely, less than 25% 5. Very rarely, less than 10% 6. Not at all	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester
27. Does your partner experience ejaculation before full erection? 1. Always, much than 90% 2. Usually, 75% 3. Sometimes, 50% 4. Rarely, less than 25% 5. Very rarely, less than 10% 6. Not at all	<input type="checkbox"/> Before pregnancy <input type="checkbox"/> I. Trimester	<input type="checkbox"/> II. Trimester <input type="checkbox"/> III. Trimester

Tabela 2 - Características sociodemográficas e reprodutivas das gestantes do pré-teste

Variáveis	N (%)
Idade (anos) (média ± desvio padrão)	24,5 ± 4,4
Raça/cor da pele	
Branca	03 (10,0)
Negra	07 (23,4)
Parda	18 (60,0)
Indígena / Oriental	02 (6,6)
Situação conjugal	
Casada	12 (40,0)
Vive com companheiro	12 (40,0)
Não vive com um companheiro	06 (20,0)
Grau de escolaridade	
Analfabeto	01 (3,3)
Fundamental	14 (46,7)
Médio	13 (43,3)
Superior	02 (6,7)
Com ocupação	16 (53,3)
Número de gestações (média ± desvio padrão)	2,2 ± 1,2
Idade da sexarca (média ± desvio padrão)	15,2 ± 1,5

<b>Total</b>	30 (100,0)
--------------	------------

Tabela 3 - Versão final em português do *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ)

1. Esta gravidez foi desejada? 1. Sim 2. Não		
2. Quanto tempo levou para engravidar sem evitar (sem método contraceptivo)?		
2.1. Você teve dificuldade para engravidar mesmo querendo? 1. Sim 2. Não		
3. Se sim, você realizou tratamento para infertilidade (tratamento para engravidar) antes desta gravidez? 1. Sim 2. Não		
4. Se realizou, isto influenciou na vida sexual? 1. Sua 2. Do seu parceiro		
5. O que você acha sobre sexo durante a gravidez? 1. Poderia ser 2. Não deveria acontecer 3. Prejudicial ao bebê 4. Prejudicial à mãe 5. Não tenho ideia a respeito 6. Outros		
6. Quem/Qual foi sua fonte de informação sobre gravidez e vida sexual? 1. Mãe 2. Parceiro 3. Amigo 4. Médico 5. Enfermeira 6. Curso 7. Outros		
7. Quando você teve a sua primeira relação sexual depois de saber que estava grávida?		
8. Como você se sente sobre as mudanças do seu corpo durante a gravidez?		
9. O que seu parceiro acha sobre seu corpo? (o seu e não o dele!)		
10. As roupas de grávida tornam as mulheres atraentes?		
11. Você teve algum problema durante a gravidez?		
12. Com que frequência você tinha relação sexual? 1. Mais de uma vez ao dia 2. Uma vez ao dia 3. 3 ou 4 vezes por semana 4. Duas vezes por semana 5. Uma vez por semana 6. Uma vez a cada duas semanas 7. Uma vez por mês 8. Menos que uma vez ao mês 9. Não tive relações sexuais	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
13. Com que frequência você sentia desejo sexual? 1. Mais de uma vez ao dia 2. Uma vez ao dia 3. 3 ou 4 vezes por semana 4. Duas vezes por semana 5. Uma vez por semana 6. Uma vez a cada duas semanas 7. Uma vez por mês 8. Menos que uma vez ao mês 9. Não sentia	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
14. Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual? 1. Sempre eu 2. Às vezes eu 3. Meu parceiro e eu com a mesma frequência 4. Meu parceiro às vezes tinha iniciativa 5. Meu parceiro sempre tinha iniciativa	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
15. Como você pensa que seu parceiro considera a relação sexual de vocês dois? 1. Extremamente insatisfatória 2. Moderadamente insatisfatória 3. Pouco insatisfatória 4. Pouco satisfatória 5. Moderadamente satisfatória 6. Extremamente satisfatória 7. Não sei	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
16. Em geral, quão satisfatória é para você sua relação sexual com seu parceiro? 1. Extremamente insatisfatória 2. Moderadamente insatisfatória 3. Pouco insatisfatória 4. Pouco satisfatória 5. Moderadamente satisfatória 6. Extremamente satisfatória 7. Não sei	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre



17. Quando seu parceiro toma iniciativa na relação sexual de vocês, como você geralmente responde? 1. Geralmente aceito com prazer 2. Aceito relutante 3. Frequentemente recuso 4. Geralmente recuso	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
18. Você teve secreta vaginal que dificultasse a relação sexual? 1. Sempre (mais de 90%) 2. Geralmente (75%) 3. Algumas vezes (50%) 4. Raramente (menos de 25%) 5. Muito raramente (menos de 10%) 6. Nunca	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
19. Você tem dor genital durante o ato sexual? 1. Sempre (mais de 90%) 2. Geralmente (75%) 3. Algumas vezes (50%) 4. Raramente (menos de 25%) 5. Muito raramente (menos de 10%) 6. Nunca	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
20. Você se sente estimulada durante a relação sexual? 1. Sempre (mais de 90%) 2. Geralmente (75%) 3. Algumas vezes (50%) 4. Raramente (menos de 25%) 5. Muito raramente (menos de 10%) 6. Nunca	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
21. Quanto tempo dura as preliminares (“momentos que antecedem o ato sexual propriamente dito”)? 1. Menos de 1 minuto 2. 1 a 3 minutos 3. 4 a 6 minutos 4. 7 a 10 minutos 5. 11 a 15 minutos 6. 16 a 30 minutos 7. 30 minutos a 1 hora	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
22. Quanto tempo dura o ato sexual? 1. Menos de 1 minuto 2. 1 a 2 minutos 3. 2 a 4 minutos 4. 4 a 7 minutos 5. 7 a 10 minutos 6. 10 a 15 minutos 7. 15 a 20 minutos 8. 20 a 30 minutos 9. Mais de 30 minutos	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
23. Em quais destas opções você experimenta o orgasmo (“clímax”)? <i>Obs.: Pode indicar mais de uma opção para cada período.</i> 1. Masturbação 2. Preliminares com meu parceiro 3. Durante o sexo com meu parceiro 4. Não tenho orgasmo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3º trimestre
24. Quais as posições que você adotou durante a gravidez? <i>Obs.: Pode indicar mais de uma opção para cada período</i> 1. Homem por cima 2. A mulher por cima 3. Lado a Lado 4. Outras variedades	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3º trimestre
25. Você tem medo de manter relações sexuais? 1. Sempre (mais de 90% das vezes) 2. Geralmente (75%) 3. Às vezes (50%) 4. Raramente (menos de 25%) 5. Muito raramente (menos de 10%) 6. Nunca	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
26. Seu parceiro já experimentou episódio de não manter a ereção (“falhou”)? 1. Sempre (mais de 90% das vezes) 2. Geralmente (75%) 3. Às vezes (50%) 4. Raramente (menos de 25%) 5. Muito raramente (menos de 10%) 6. Nunca	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre
27. Seu parceiro já gozou antes de ter ereção completa (“ejaculação precoce”)? 1. Sempre (mais de 90% das vezes) 2. Geralmente (75%) 3. Às vezes (50%) 4. Raramente (menos de 25%) 5. Muito raramente (menos de 10%) 6. Nunca	<input type="checkbox"/> Antes da gravidez <input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre



## 5 ARTIGO 2

### **ANÁLISE DA CONFIABILIDADE E VALIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO *PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE***

ANALYSIS OF RELIABILITY AND VALIDITY OF THE PORTUGUESE VERSION OF  
THE PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE

#### **Resumo**

O objetivo do presente estudo é avaliar a confiabilidade e validade do *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) para uso no Brasil. Para tanto, foi realizado um estudo de validação com 352 mulheres no último trimestre de gestação em Rio Branco, Acre. A validade de constructo do instrumento foi avaliada por análise fatorial, a consistência interna pelos coeficientes alfa de Chronbach e ômega de McDonald e a reprodutibilidade pela estatística kappa em 100 gestantes que responderam duas vezes o mesmo questionário (teste-reteste). A análise fatorial demonstrou a presença de seis domínios: subjetividade, dor e desconforto; frequência e receptividade; desejo; satisfação; orgasmo; e estímulo. Os valores da consistência interna segundo o alfa variaram de 0,57 a 0,65, enquanto na análise do ômega foi de 0,69 a 0,77. Na amostra o valor de kappa ficou acima de 0,72. A versão em português do PSFQ pode ser utilizada para avaliar a função sexual durante a gravidez.

**Palavras-chave:** Gravidez. Disfunções Sexuais. Estudo de validação.

#### **Abstract**

The aim of this study is to evaluate the reliability and validity of *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ) for use in Brazil. To that end, we conducted a validation study with 352 women in the last trimester of pregnancy in Rio Branco, Acre. The construct validity of the instrument was assessed by factor analysis and the internal consistency by Chronbach alpha coefficients and omega McDonald. The reproducibility was evaluated by kappa statistic in 100 women who answered the same questionnaire twice (test-retest). Factor analysis showed the presence of six domains: subjectivity, pain and discomfort, frequency and receptivity, desire, satisfaction, orgasm, and encouragement. The values of the second alpha internal

consistency ranged from 0.57 to 0.65, while the analysis of the omega was 0.69 to 0.77. In the sample kappa value was above 0.72. The Portuguese version of PSFQ can be used to assess sexual function during pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy. Sexual Dysfunctions. Validation Studies.

## Introdução

As inúmeras pesquisas na área da saúde e a facilidade de intercâmbio das informações metodológicas contribuem para a necessidade de adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos de medidas oriundos de outros países (REICHENHEIM, 2007). Tal avaliação permite determinar se as dimensões e os domínios do instrumento estão adequados ao que ele se propõe a mensurar e incluem as análises de sua validade e confiabilidade que são etapas fundamentais para a equivalência de uma medida (FAYERS; MACHIN, 2007).

O termo confiabilidade refere-se ao grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto e/ou o grau de consistência interna entre os seus itens, apontando o quanto determinado medida está livre de erros aleatórios (MCDOWELL; NEWELL, 1996; STREINER; NORMAN, 2008). Já a validade de um instrumento tem como objetivo verificar a capacidade do mesmo de medir exatamente aquilo para o qual foi construído (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HAIR *et al.*, 2009; MCDOWELL; NEWELL, 1996).

No estudo das disfunções sexuais femininas, a utilização de instrumentos para avaliar questões subjetivas é de grande relevância e amplamente utilizada em países desenvolvidos (DAKER-WHITE, 2002; PASQUOLOTTO *et al.*, 2005), enquanto no Brasil, os instrumentos ainda são escassos (VALADARES *et al.*, 2010).

Os avanços nos estudos sobre a resposta sexual mostraram que existem diferenças entre homens e mulheres e que instrumentos embasados no modelo linear hoje são contestados, pois os aspectos subjetivos devem ser avaliados na resposta sexual feminina (BASSON *et al.*, 2004).

A ocorrência de qualquer alteração em uma das fases do ciclo da resposta sexual que se manifeste de forma persistente e recorrente é considerada como disfunção sexual (ABDO; FLEURY, 2006), sendo esta um importante problema de saúde pública (WHO, 2006).

Durante a gravidez, a função sexual pode se manifestar de formas diferentes, o que pode enriquecer ou reduzir o prazer a dois (LECH; MARTINS, 2003). Apesar de a gestação advir da sexualidade, estudos comprovam a influência da primeira sobre a última por diversos fatores, tais como a alteração na imagem corporal, a mudança de papéis sociais, a qualidade do relacionamento, as alterações hormonais, entre outros (DE JUDICIBUS; MACCABE, 2002; LAMARRE; PATERSON; GORZALKA, 2003; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

São poucos os instrumentos validados à avaliação dos efeitos da gravidez sobre a função sexual no Brasil. Os dois disponíveis são o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o Inventário da Resposta Sexual na Gestação (PSRI). O primeiro foi desenvolvido para avaliar a função sexual feminina, não sendo específico para a gravidez (LEITE *et al.*, 2007; ROSEN, 2000). O segundo foi construído para gestantes brasileiras, mas não aborda os diferentes períodos gestacionais (RUDGE *et al.*, 2009). Nesse contexto, surge a necessidade de se contar com um instrumento que possibilite a avaliação da resposta sexual feminina antes e durante a gravidez.

A busca na literatura internacional identificou o *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire*, desenvolvido por Gökyildiz e Beji (2005) que tem essa característica, pois informa sobre os cinco domínios da resposta sexual saudável, que são: início da atividade sexual, com ou sem a consciência do desejo; excitação subjetiva com respectiva resposta física; sensação de excitação subjetiva, desencadeado a consciência do desejo, atingido ou não o orgasmo; e a satisfação física e emocional (BASSON *et al.*, 2004). A adaptação transcultural para o português do Brasil desse instrumento foi realizada pelas autoras (Ver capítulo 3 da dissertação).

Por entender que a gravidez é um período de intensas transformações, inclusive quanto à sexualidade, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire*, quanto a confiabilidade e validade, para posterior uso no Brasil.

## **Material e métodos**

Trata-se de um estudo metodológico para validar a adaptação transcultural do instrumento *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ), que avalia os efeitos da gravidez na vida sexual em gestantes no município de Rio Branco, Acre.

### *População e amostra*

A população da pesquisa foi composta por gestantes com 35 semanas ou mais de gestação, atendidas nas Unidades de Saúde (Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família) e na maternidade Bárbara Heliodora, residentes na zona urbana de Rio Branco, n período de dezembro de 2010 e maio de 2011.

O tamanho mínimo da amostra estimado para validação do instrumento era de 280 gestantes, correspondendo a dez respondentes por item, considerado adequado para análise fatorial e coeficientes de correlação (HAIR *et al.*, 2009), tendo sido entrevistadas 352 gestantes.

O teste-reteste foi realizado em 100 gestantes no último trimestre para a avaliação da reprodutibilidade. O número mínimo para obtenção de kappa de 0,9 e com proporção de acertos de 0,70, segundo Sim e Wright (2005), seria de 89 participantes; entretanto, sabe-se que aumentar o número de sujeitos é a melhor estratégia para incrementar o poder do estudo.

Foram critérios de exclusão as gestantes que possuíam comprometimentos cognitivos que inviabilizem a comunicação ou o entendimento das perguntas, aquelas sem companheiro ou com gravidez de alto risco.

### *Instrumentos*

O *PSFQ* é um instrumento parcialmente publicado no artigo *The effects of pregnancy on Sexual Life* (2005), pelas autoras Gökyildiz e Beji, cujas questões avaliam as modificações na função sexual durante a gravidez.

O instrumento original foi aplicado em gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da Universidade de Istambul, Turquia. É composto por 27 questões abertas e fechadas que refletem a resposta sexual antes e em cada trimestre da gestação. As questões abordam a idéia geral sobre sexo durante a gravidez, a percepção do corpo, a vida íntima do casal, a frequência de relações sexuais, o desejo e a satisfação sexual, a lubrificação vaginal e a dispareunia.

Além do instrumento a ser validado, a entrevista incluiu itens e questões para caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes.

### *Procedimentos*

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, foram realizadas visitas às unidades de saúde da família, centros de saúde e maternidade Bárbara Heliodora, localizados na zona urbana de Rio Branco, para aplicação dos questionários às gestantes que cumpriam os critérios de inclusão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

As gestantes eram convidadas a participar sendo informado o objetivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado, sendo todas as perguntas feitas diretamente à gestante.

Após a aplicação do questionário, foram mantidos contatos semanais por telefone com as primeiras 150 gestantes para posterior realização do reteste. Esse total foi escolhido com intuito de alcançar pelo menos 100 gestantes devido à possibilidade de perdas de seguimento. O reteste ocorreu no período de pós-parto imediato, durante a internação, dentro do intervalo de 15 a 20 dias da primeira aplicação. A escolha do local facilitou a coleta das informações, pois a maternidade Barbara Heliodora é a unidade de referência em Rio Branco. Ao conseguir a segunda entrevista de 100 gestantes, as demais foram informadas do término da coleta para o reteste.

### *Análises dos dados*

Foi utilizada a estatística descritiva para a caracterização da amostra por meio da média, mediana e desvio-padrão das variáveis contínuas e proporções das categóricas. A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento foi obtida por meio da análise da confiabilidade e validade.

Para a confiabilidade, foi utilizada a estatística kappa que verificou a estabilidade do instrumento (reprodutibilidade) ao medir a proporção de concordância observada entre as duas avaliações num mesmo indivíduo, corrigindo a concordância por acaso normalmente esperada. Para sua classificação, foram utilizados os pontos de corte propostos por Landis e Koch (1977): abaixo de 0 pobre; 0 a 0,20 fraca; 0,21 a 0,40 provável; 0,41 a 0,60 moderada; 0,61 a 0,80 substancial; e 0,81 a 1,00 quase perfeita.

Outra análise da confiabilidade, a consistência interna, foi avaliada pelos coeficientes alfa de Cronbach e ômega de McDonald, tendo sido considerado como limite inferior aceitável valores acima de 0,60 (HAIR *et al.*, 2005). O alfa e o ômega

são estimados com base em relações bisserial (entre variáveis ordinais e contínuas) e policóricas (variáveis ordinais). A utilização desses dois indicadores deve-se ao fato do alfa ser considerado o menor valor atribuível a consistência interna, e o ômega de McDonald o maior valor, sendo o cálculo baseado na proporção da variância comum dos itens do instrumento (MCDONALD, 1999; ZINBARG; REVELLE; YOVEL, 2005; REVELLE; ZINBARG, 2009).

A validade do instrumento foi avaliada pela análise fatorial que tem como objetivo identificar relações inaparentes entre os itens, agrupando aqueles correlacionados entre si. Para avaliar o ajuste dos dados para essa técnica de análise estatística, foram usados o índice Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Consideraram-se os itens que apresentassem coeficientes de correlação superiores a 0,40. Para a análise das componentes principais foram escolhidos os fatores que obtiveram autovalores (*eigenvalues*) superiores a 1. A extração dos fatores principais foi efetuada após rotação *Varimax* e critério de *Kaiser* (HAIR *et al.*, 2009).

O processamento e análise dos dados foram realizados SPSS, versão 13, para o Windows. A análise do ômega de McDonald que foi realizada no R rotina *psych* e a da estatística kappa, no STATA, versão 10.

## **Resultados**

A idade das gestantes entrevistadas variou entre 15 e 35 anos, com média de 23,9 anos (dp 4,4). Acima de 90% delas relatou situação conjugal estável. Em relação à escolaridade, cerca de dois terços referiam ensino médio ou superior. A maioria não tinha renda própria e contava com renda familiar inferior a dois salários mínimos. O início da vida sexual ocorreu em média aos 15 anos de idade (dp 2,1). Mais de 40% das entrevistadas eram primigestas. O aborto prévio foi relatado por 22,4% da amostra (Tabela 1).

### *Confiabilidade*

A concordância das respostas obtidas no teste e no reteste do PSFQ foi superior a 90% em todas as questões, exceto para aquela relativa à opinião do parceiro sobre o corpo da gestante (questão 7) que foi de 84% (Tabela 2).



A estatística kappa foi calculada para as questões ordinais do PSFQ, sendo excluídas sete questões por apresentarem caselas de valor igual a zero no teste-reteste. As questões excluídas e o percentual de concordância foram: "1. Esta gravidez foi desejada? (99,0%); 2.2. Você teve dificuldade em engravidar, mesmo querendo? (98,0%); 3. Se sim, realizou tratamento para infertilidade (tratamento para engravidar) antes desta gravidez? (100,0%); 4. Se realizou, isto influenciou na vida sexual? (100,0%); 8. Você teve algum problema durante a gravidez? (90,0%); 23. Em quais destas opções você experimenta o orgasmo ("clímax")? (99,0%); 24. Quais as posições que você adotou durante a gravidez? (91,0%)".

Os valores de kappa foram superiores a 0,851, considerado quase perfeita segundo Landis e Koch (1977) para todas as questões, exceto a sétima, referente à opinião do parceiro sobre o corpo da gestante, classificada como substancial, com kappa de 0,725 (Tabela 2).

A consistência interna, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, resultou em valores superiores a 0,60, com exceção da questão 10, relativa à frequência do desejo sexual. No entanto, os resultados do ômega de McDonald foram maiores que o alfa em todas as questões, com variabilidade de 0,69 a 0,77 (Tabela 3).

### *Validade*

Com base na análise fatorial por componentes principais, das 28 questões do PSFQ foram obtidos seis fatores, assim nomeados: 1. frequência e receptividade; 2. desejo; 3. subjetividade, dor e desconforto; 4. satisfação; 5. estímulo; e 6. orgasmo. Os domínios 2 e 3 permaneceram com duas questões que também se relacionaram com o domínio 5, tendo permanecido com um valor próximo de 0,4 (Tabela 4)

A análise inicial do critério de Kaiser do autovalor dos seis domínios permaneceu maior que 1, explicando 57,96% da variância. Todas as questões apresentaram valores de comunalidades acima de 0,45.

### **Discussão**

As análises de confiabilidade e validade do PSFQ informam que o instrumento é uma ferramenta útil para identificar alterações na função sexual

feminina durante a gravidez. Analisar a função sexual feminina é de grande importância para a manutenção da saúde geral e da qualidade de vida da mulher e do casal (ABDO; FLEURY, 2006). Durante a gravidez, a função sexual da mulher sofre influência dos hormônios, dos conflitos psíquicos, das alterações nos papéis sociais e de outros fatores concernentes a esse período tão específico (BRTNICKA; WEISS; ZVERINA, 2009; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008; ÓRIA; ALVES; SILVA, 2004). A observação de que ocorre declínio em todas as etapas da função sexual conforme a gravidez avança (GOKYILDIZ e BEJI, 2005) deve ser um fator de preocupação para a saúde pública e de inquietação para a comunidade científica.

O total de gestantes que participou do estudo foi adequado para a validação do instrumento que visa avaliar a função sexual durante a gravidez. A situação conjugal foi um dos fatores de exclusão do estudo, pois para verificar se a gestação resultaria em alterações na vida sexual seria necessária a manutenção da disponibilidade de relações sexuais no período, fato que foi garantido pela exclusão de mulheres que relataram não ter parceiro.

Em estudo realizado em Maceió, com 92 gestantes cujo critério de inclusão era ter cursado no mínimo até a quinta série do ensino fundamental, 66% das participantes tinham como escolaridade o ensino fundamental (LEITE *et al.*, 2007), diferindo do presente estudo em que mesmo sem restrição de escolaridade a maioria das gestantes possuíam o segundo grau, fato que propiciou o melhor entendimento das questões. No entanto, a presença de melhor escolaridade não resultou em maior renda pessoal ou familiar, visto que a maioria não possuía renda e a família sobrevivia com menos de dois salários mínimos.

O início da vida sexual na faixa dos 15 anos corroborou com a encontrada em estudo nacional (ABDO *et al.*, 2002), fato que preocupa pela associação com doenças sexualmente transmissíveis e aborto (BORGES *et al.*, 2007). Vale mencionar, que a ocorrência de aborto foi mencionada por 22,4% das entrevistadas.

Os instrumentos utilizados para avaliar a função sexual na gestação devem ser analisados quanto à confiabilidade, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto e/ou o grau de consistência interna entre os seus itens (STREINER; NORMAN, 2008). Os instrumentos que utilizaram esse recurso no Brasil, para o mesmo público, foram o Female Sexual Function Index (FSFI) e o Inventário da Resposta Sexual na Gestação (PSRI). No entanto, o presente estudo é o primeiro nesse assunto a utilizar as análises estatísticas

aplicadas para reprodutibilidade com kappa e a consistência interna com o ômega no país (LEITE *et al.*, 2007; RUDGE *et al.*, 2009).

A aplicação do teste em gestantes com idade gestacional acima de 35 semanas resultou na aplicação do reteste no período do pós-parto, durante a internação hospitalar, fato que facilitou a busca das mulheres bem como a entrevista. O intervalo de tempo de 15 a 20 dias foi escolhido por considerar suficiente para reduzir o viés de memória e próximo para diminuir a probabilidade de alterações sistemáticas (SHROUT, 2002) comuns nesse momento gestacional. Os resultados do kappa para a aplicação do teste-reteste variaram de 0,725 a 1,000, com alta concordância, comprovando sua estabilidade.

A classificação da análise do kappa para a maioria das questões foi excelente, sendo atribuída classificação substancial à pergunta subjetiva sobre o que o parceiro acha do corpo da gestante no momento da entrevista. A hipótese para essa redução pode ser o tempo entre o teste e reteste, que mesmo adequado, pode resultar em inúmeras modificações, principalmente quanto ao pensamento. Mesmo assim, o intervalo de confiança permaneceu dentro dos limites dessa classificação.

Os resultados da estabilidade apontam que não houve diferença significativa entre a aplicação durante a gravidez e no pós-parto imediato, fato que viabiliza a aplicação desse questionário, para avaliar a função sexual durante a gestação, nas maternidades.

Outra medida da confiabilidade é a consistência interna, responsável por avaliar a consistência entre as variáveis em uma escala múltipla (POLIT; BENCK; HUNGLER, 2004; HAIR *et al.*, 2009). A forma de cálculo mais comum para a consistência interna é o alfa de Cronbach, criado em 1951, que verifica a variância dentro do item e a covariância entre um item particular e outro item da escala (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009).

O alfa depende do número de itens da escala podendo ser diretamente aumentado por este fator (CORTINA, 1993). Assim, o instrumento pode não ser consistente, mas apresentar bons resultados nesse indicador por ter muitos itens. Segundo o próprio Cronbach (2004), o alfa não consegue expressar todas as informações da confiabilidade, sendo visto como uma pequena medição do todo que representa essa análise (CRONBACH; SHAVELSON, 2004).

Apesar das limitações do alfa, a sua ampla utilização se mantém devido à possibilidade de realização dos cálculos nos diversos pacotes estatísticos. Por outro lado, o resultado do ômega é mais facilmente realizado no programa do R na rotina *psych*.

O ômega de McDonald obteve valor total de 0,74 para o PSFQ, apresentando uma diferença expressiva nos valores em comparação com o alfa de Cronbach. Essa diferença nos valores do ômega em relação ao alfa também foi observada no estudo realizado para validar o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem, sendo esse o primeiro trabalho a publicar o ômega de McDonald para o cálculo da consistência interna no Brasil (SILVA Jr *et al.*, 2011).

Para a validação do instrumento optou-se pela utilização da técnica estatística multivariada de análise fatorial, a qual examina os padrões ou relações latentes das variáveis com vista a reduzir no menor número de fatores (HAIR, 2009).

Os instrumentos validados no Brasil para avaliar a função sexual não utilizaram esse método. O FSFI utilizou a correlação de Pearson em comparação com o Quociente Sexual - versão feminina (QS-F), em uma amostra de 32 gestantes. Os domínios excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação do FSFI apresentaram fortes correlações com os domínios do desejo e interesse sexual, preliminares, excitação pessoal e sintonia com o parceiro, e orgasmo e satisfação, não tendo correlação com o domínio conforto/dor (Leite *et al.*, 2007).

O PSRI apresenta como domínios a frequência, o desejo, a excitação, o orgasmo, o prazer, a dispareunia, a iniciação e as dificuldades sexuais femininas e do parceiro. Diverge do presente estudo por ter obtido apenas a validade de conteúdo por meio da avaliação de especialistas (RUDGE *et al.*, 2009).

No presente estudo, a validade de critério não foi realizada, pois não existe um padrão ouro para a análise da função sexual feminina no Brasil, fato que abre a possibilidade da busca pelo melhor método de captar quantitativamente as alterações na função sexual feminina.

Pesquisas sobre o tema são escassas e recentemente as definições sobre o ciclo da resposta sexual saudável feminina ainda estavam sendo esclarecidas (BASSON *et al.*, 2004). As diferenças nas relações sexuais de homens e mulheres existem e devem ser pesquisadas de forma a obter o melhor método de diagnóstico para os possíveis distúrbios existentes.

Os seis fatores encontrados pela análise do componente principal do PSFQ compreendem os domínios necessários para avaliar a função sexual feminina, com base nas etapas da resposta sexual saudável feminina. Ressalta-se a relevância de perguntas subjetivas que permeiam o universo feminino quando o assunto é sexo, questões que permitam não apenas mensurar o ato, mas o que acontece antes, durante e depois.

Na análise fatorial, a presença de questões que pontuam em diferentes domínios pode ser explicada pela influência que a frequência da relação sexual e o medo de realizá-las tem no contexto da função sexual feminina durante a gravidez. A frequência relaciona-se com o estímulo e com o desejo, bem como o medo influencia no estímulo e na subjetividade, dor e desconforto na relação sexual. Apesar de apresentarem valores menores no domínio estímulo foram mantidas para ressaltar o dinamismo da função sexual feminina durante a gestação.

## **Conclusão**

Os resultados obtidos na análise da consistência interna e reprodutibilidade teste-reteste apresentados confirmam a confiabilidade do instrumento PSFQ para uso em gestantes no Brasil, podendo sua aplicação ser realizada na gestação ou no pós-parto imediato sem prejuízo das informações. Vale mencionar, que os maiores valores de ômega em relação ao alfa confirmam os achados na literatura científica e apontam para a necessidade de apresentar ambos os resultados com vista a diminuir os vieses existentes na estimação dos dados. Além disso, esse é o primeiro trabalho no Brasil a utilizar esse indicador para validar um instrumento sobre função sexual feminina.

A validade do PSFQ foi obtida pela análise fatorial e demonstrou a presença de seis domínios condizentes com a literatura. Portanto, a versão em português do PSFQ possui propriedades psicométricas adequadas, configurando-se em um instrumento útil para avaliar a função sexual durante a gravidez.

## **Agradecimentos**

As autoras agradecem a colaboração de Sérgio Henrique Almeida da Silva Júnior, doutorando da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP),

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, na análise do ômega de McDonald.

## Referências

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. 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.; OLIVEIRA JR, W.N.; MOREIRA JR, ED. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. **RBM Rev. Bras. Med.** v. 59, p.250-7, 2002.

BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTTTO, L. et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. **J. Sex. Med.** v.1, n.1, p.40-48, jul., 2004.

BORGES, A.LV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Rev Esc. Enferm. USP.**, v.41, n.4, p.597-604, 2007.

BRTNICKA, H.; WEISS, P.; ZVERINA, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. **Bratisl Lek Listy.** v.110, n.7, p. 427-31, 2009.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, v.78, n.1, p.98-104, 1993.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v.16, p.297-334, 1951.

CRONBACH, L.J.; SHAVELSON, R.J. **My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures.** Los Angeles, CA: The Regents of the University of California, 2004. Disponível em: <<http://www.cse.ucla.edu/products/reports/r643.pdf>> Acessado em: 20 out. de 2011.

DAKER-WHITE, G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: systematic review. **Arch Sex Behav.** v.31, p.197-209, 2002.

DE JUDICIBUS, M.A.; MCCABE, M.P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **J. Sex. Res.** v.39, n.2, p.94-103, 2002.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes.** 2.ed. England: Wiley, 2007.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando SPSS.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

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

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; et al. **Análise multivariada de dados.** 6.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

LAMARRE, A.K.; PATERSON, L.Q.; GORZALKA, B.B. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. **Can J Hum Sex.** v.12, p.151-168, 2003.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics.** v.33, n.1, p.159-74, 1977.

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

LEITE, A.P.L.; MOURA, E.A.; CAMPOS, A.A.S. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.29, n.8, p.396-401, ago. 2007.

MCDONALD, R.P. **Test theory: a unified treatment.** Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.** 2.ed. New York: Oxford University, 1996.

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.2, p.160-5, mai./ago., 2004.

PASQUALOTTO, E.B.; PASQUALOTTO, F.F.; SOBREIRO, B.P. et al. Female sexual dysfunction: the important points to remember. **Clinics.** v.60, n.1, p.51-60, 2005.

POLIT, D.F.; BENCK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.41, n.4, p.665-673, 2007.

REVELLE, W.; ZINBARG, R.E. Coefficients alpha, beta, ômega, and the GLB: comments on Sijtsma. **Psychometrika.** v.74, p.145-54, 2009.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther.**, v.26, n.2, p.191-208, 2000.

RUDGE, C.V.C.; CALDERON, I.M.P.; DIAS, A. et al. Design and validity of a questionnaire to assess sexuality in pregnant women. **Reprod. Health.** v.6, p.12, 29 jul., 2009.

SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioter. Mov.** v.21, n.2, p. 61-70, abr./jun., 2008.

SHROUT, P.E. Reliability. In: TSUANG, M.T.; TOHEN, M. **Textbook in psychiatric epidemiology.** New York: Wiley & Sons, 2002.

SILVA Jr, S.H.A.; VASCONCELO, A.G.G.; GRIEP, R.H. et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1077-87, jun., 2011.

SIM, J.; WRIGHT. C.C. The kappa statistic reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. **Phys. Ther.** v.85, n.3, p.257-68, 2005.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 4.ed. New York: Oxford University Press Inc., 2008.

VALADARES, A.L.R.; PINTO-NETO, A.M.; SOUSA, M.H. et al. Adaptação sociocultural do Short Personal Experiences Questionnaire (SPEQ) no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.32, n.2, p.72-6, 2010.

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

ZINBARG, R.E.; REVELLE, W.; YOVEL, I. et al. Cronbach's , Revelle's , and McDonald's: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. **Psychometrika**. v.70, p.123-33, 2005.



Tabela 1 - Características socioeconômicas e reprodutivas das gestantes entrevistadas em Rio Branco

Variáveis	Categorias	N	%
Idade (anos)	15 a 20	89	25,3
	21 a 25	144	40,9
	26 a 30	90	25,6
	31 a 35	29	8,2
	Média (dp)	23,9 (4,4)	
Situação conjugal	Casada	73	20,7
	Vive com companheiro	263	74,7
	Tem companheiro, mas não vive com ele ou não é fixo	16	4,5
Escolaridade	Nunca estudou	07	2,0
	Ensino fundamental	110	31,3
	Ensino médio	203	57,7
	Ensino superior	32	9,1
Renda própria*	Sim	111	31,8
	Não	238	68,2
Renda familiar (Salários mínimos)*	≤ 1	107	30,7
	De 1 a < 2	103	29,5
	De 2 a < 5	132	37,8
	≥ 5	07	2,0
Sexarca (anos)	< 15	150	42,6
	Igual a 15	115	32,7
	> 15	87	24,7
	Média (dp)	15,0 (2,1)	
Gestações	Uma	143	40,6
	De 2 a 4	172	48,9
	≥ 5	37	10,5
	Média (dp)	2,4 (1,6)	
Aborto	Sim	79	22,4
	Não	273	77,6
<b>Total</b>		<b>352</b>	<b>100,0</b>

\* N menor na renda própria (3 *missing*) e na renda familiar (13 *missing*).

Tabela 2 - Concordância e coeficiente Kappa obtido pelo teste-reteste das questões mantidas do PSFQ

Itens do PSFQ	Concordância (%)	Kappa	IC 95%
2. Quanto tempo levou para engravidar sem evitar (sem método contraceptivo)?	97,7	0,975	0,935 – 0,987
5. O que você acha sobre sexo durante a gravidez?	98,0	0,944	0,935 – 0,974
6. Como você se sente sobre as mudanças do seu corpo durante a gravidez?	94,0	0,932	0,859 – 0,916
7. O que seu parceiro acha sobre seu corpo? (o seu e não o dele!)	84,0	0,725	0,645 – 0,760
9. Com que frequência você tinha relação sexual?	94,0	0,929	0,917 – 0,952
10. Com que frequência você sentia desejo sexual?	94,0	0,929	0,894 – 0,953
11. Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual?	97,0	0,951	0,913 – 0,954
12. Como você pensa que seu parceiro considera a relação sexual de vocês dois?	94,0	0,920	0,903 – 0,947
13. Em geral, quão satisfatória é para você sua relação sexual com seu parceiro?	93,0	0,903	0,844 – 0,957
14. Quando seu parceiro toma iniciativa na relação sexual de vocês, como você geralmente responde?	91,0	0,873	0,828 – 0,901
15. Você teve secreta vaginal que dificultasse a relação sexual?	94,0	0,851	0,757 – 0,934
16. Você tem dor genital durante o ato sexual?	95,0	0,886	0,821 – 0,944
17. Quem/Qual foi sua fonte de informação sobre gravidez e vida sexual?	95,0	0,919	0,899 – 0,961
18. As roupas de grávida tornam as mulheres atraentes?	100,0	1,000	–
19. Quando você teve a sua primeira relação sexual depois de saber que estava grávida?	95,0	0,906	0,859 – 0,946
20. Você se sente estimulada durante a relação sexual?	91,0	0,886	0,838 – 0,948
21. Quanto tempo duram as preliminares (“momentos que antecedem o ato sexual propriamente dito”)?	94,9	0,935	0,920 – 0,973
22. Quanto tempo dura o ato sexual?	87,9	0,854	0,781 – 0,892
25. Você tem medo de manter relações sexuais?	92,0	0,851	0,838 – 0,866
26. Seu parceiro já experimentou episódio de não manter a ereção (“falhou”)?	98,0	0,865	0,809 – 1,000
27. Seu parceiro já gozou antes de ter ereção completa (“ejaculação precoce”)?	99,0	0,934	0,897 – 1,000

Tabela 3 - Consistência interna segundo alfa e ômega por itens mantidos do PSFQ

Itens do PSFQ	Alfa de Cronbach	Ômega de McDonald
2. Quanto tempo levou para engravidar sem evitar (sem método contraceptivo)?	0,64	0,74
5. O que você acha sobre sexo durante a gravidez?	0,62	0,73
6. Como você se sente sobre as mudanças do seu corpo durante a gravidez?	0,64	0,74
7. O que seu parceiro acha sobre seu corpo? (o seu e não o dele!)	0,64	0,74
9. Com que frequência você tinha relação sexual?	0,62	0,73
10. Com que frequência você sentia desejo sexual?	0,57	0,69
11. Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual?	0,63	0,74
12. Como você pensa que seu parceiro considera a relação sexual de vocês dois?	0,62	0,72
13. Em geral, quão satisfatória é para você sua relação sexual com seu parceiro?	0,60	0,71
14. Quando seu parceiro toma iniciativa na relação sexual de vocês, como você geralmente responde?	0,61	0,72
15. Você teve secreta vaginal que dificultasse a relação sexual?	0,64	0,74
16. Você tem dor genital durante o ato sexual?	0,60	0,72
17. Quem/Qual foi sua fonte de informação sobre gravidez e vida sexual?	0,65	0,75
18. As roupas de grávida tornam as mulheres atraentes?	0,63	0,74
19. Quando você teve a sua primeira relação sexual depois de saber que estava grávida?	0,64	0,74
20. Você se sente estimulada durante a relação sexual?	0,61	0,72
21. Quanto tempo duram as preliminares ("momentos que antecedem o ato sexual propriamente dito")?	0,62	0,73
22. Quanto tempo dura o ato sexual?	0,62	0,73
25. Você tem medo de manter relações sexuais?	0,62	0,73
26. Seu parceiro já experimentou episódio de não manter a ereção ("falhou")?	0,64	0,77
27. Seu parceiro já gozou antes de ter ereção completa ("ejaculação precoce")?	0,65	0,77
<b>Total</b>	0,64	0,74

Tabela 4 - Cargas fatoriais dos itens mantidos no modelo do PSFQ

Itens do PSFQ	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
22 Quanto tempo dura o ato sexual?	0,713					
21 Quanto tempo duram as preliminares ("momentos que antecedem o ato sexual propriamente dito")?	0,704					
14 Quando seu parceiro toma iniciativa na relação sexual de vocês, como você geralmente responde?	0,588					
11 Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual?	0,506					
5 O que você acha sobre sexo durante a gravidez?		0,697				
10 Com que frequência você sentia desejo sexual?		0,671				
9 Com que frequência você tinha relação sexual?		0,583			0,426	
16 Você tem dor genital durante o ato sexual?			0,746			
26 Seu parceiro já experimentou episódio de não manter a ereção ("falhou")?			0,728			
15 Você teve secura vaginal que dificultasse a relação sexual?			0,467			
25 Você tem medo de manter relações sexuais?			0,435		0,432	
12 Como você pensa que seu parceiro considera a relação sexual de vocês dois?				0,854		
13 Em geral, quão satisfatória é para você sua relação sexual com seu parceiro?				0,730		
19 Quando você teve a sua primeira relação sexual depois de saber que estava grávida?					0,630	
20 Você se sente estimulada durante a relação sexual?					0,608	
7 Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual?						0,761
23 Em quais destas opções você experimenta o orgasmo ("clímax")?						0,632

Nota: Método de extração pela análise do componente principal e de rotação por varimax com normalização Kaiser. KMO=0,692;  $\chi^2=865,597$ ; p-valor < 0,001.



## 6 ARTIGO 3

### ESTUDO DA FUNÇÃO SEXUAL EM GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE EM CAPITAL BRASILEIRA

#### SEXUAL FUNCTION IN PREGNANT WOMEN ATTENDING PUBLIC HEALTH SECTOR IN THE BRAZILIAN CAPITAL

##### Resumo

O objetivo do presente estudo foi verificar os efeitos da gestação na função sexual de mulheres atendidas em unidades públicas de saúde da capital Rio Branco, Acre. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa do tipo transversal, com gestantes de baixo risco, no último trimestre de gestação e que relataram possuir parceiro, sendo utilizado como o instrumento validado *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ)*. As gestantes apresentaram declínio dos domínios da função sexual nas comparações entre os trimestres da gestação ( $p < 0,001$ ), com exceção do fator denominado subjetividade, dor e desconforto. A frequência das relações sexuais passou de 43,4% antes da gestação para 3,7%, na opção uma vez ou mais ao dia, no segundo trimestre. Houve redução do tempo das preliminares e do ato sexual, do estímulo e da satisfação em todas as comparações. Dificuldades de lubrificação foram mencionadas por 5,1% das mulheres antes da gestação com posterior aumento de 13,9 pontos percentuais no último trimestre. Houve aumento da dor e do medo ao longo da gestação, sendo este último o valor de  $p$  menor que 0,05 em todas as análises. Assim, houve aumento no percentual das alterações sexuais ao longo da gestação que devem ser avaliados durante as consultas de pré-natal nas unidades públicas de saúde.

**Descritores:** Gravidez, Sexualidade, Disfunção Sexual.

##### Abstract

The aim of this paper was to investigate the effects of pregnancy on the sexual function of women attending public health units of the Rio Branco, Acre. For this purpose, we developed a cross-sectional study, with low-risk pregnancies in the last trimester of pregnancy and who reported having a partner, using as a tool the *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ)*. Pregnant women have

declined from the domains of sexual function when comparing the periods studied throughout pregnancy ( $p < 0.001$ ), except for the factor called subjectivity, pain and discomfort. The frequency of intercourse increased from 43.4% before pregnancy to 3.7%, the option once or more a day in the second trimester. It was observed reduction in the time of the act of foreplay, of the sexual stimulation, and of sexual satisfaction for all comparisons. Lubrication difficulties were mentioned by 5.1% of women before pregnancy with subsequent increase of 13.9 percentage points last trimester. There was an increase of pain and fear throughout pregnancy, the latter being the p-value less than 0.05 in all analyzes. Thus, there was an increase in the percentage of sexual changes during pregnancy should be evaluated during prenatal consultations in public health units.

**Keywords:** Pregnancy, Sexuality, Sexual Dysfunction.

## Introdução

A gravidez é um momento especial na vida da mulher, com alterações físicas, biológicas e psíquicas que requerem certo grau de adaptação, inclusive na sexualidade (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). A sexualidade não deve ser vista como uma dimensão isolada do indivíduo, mas como a integração dos planos biopsicossociais que refletem toda a expressão emocional do ser humano (GOMES *et al.*, 2008). Nesse campo, a função sexual aborda os processos fisiológicos, psicológicos e relacionais envolvidos na resposta sexual cujas alterações podem ser passíveis de tratamento (GIAMI, 2007).

Apesar da existência do sexo ser concomitante à criação do ser humano, os aspectos fisiológicos da resposta sexual humana somente foram identificados em 1966, por Masters e Johnson, sendo as quatro fases do ciclo da resposta sexual, denominadas excitação, platô, orgasmo e resolução, sendo comuns em homens e mulheres (TSAI *et al.*, 2011).

O modelo atualmente hegemônico é circular e compreende cinco fases: 1. o início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem desejo; 2. a excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado; 3. a sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo; 4. o aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico; 5. a satisfação

física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos (BASSON *et al.*, 2004).

Assim, uma alteração em qualquer fase da resposta sexual que causa estresse e dificuldades interpessoais pode ser definida como disfunção. As disfunções sexuais são classificadas em dispareunia, vaginismo e quatro tipos de transtorno: de desejo ou interesse sexual, de excitação ou lubrificação, orgástico e de aversão sexual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, a presença de disfunção sexual foi de 43% entre as mulheres (LAUMANN, 1999). Em Alagoas, entre as gestantes a prevalência de disfunção sexual no primeiro trimestre foi de 46,6%, no segundo de 34,2% e no terceiro alcançou 73,3% das gestantes (LEITE e al., 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esse é um importante problema de Saúde Pública que deve ser investigado (WHO, 2006).

Durante a gravidez, a sexualidade tende a se manifestar de formas diferentes, o que pode enriquecer ou reduzir o prazer a dois (LECH; MARTINS, 2003). No primeiro trimestre de gestação, a sexualidade pode ser comprometida pelos sintomas específicos deste período, enquanto no segundo, alguns casais referem medo de machucar a mãe ou o bebê durante a relação sexual, fato que pode representar uma regressão afetiva e uma insegurança emocional (VITIELLO, 2002). Nos três últimos meses, a fadiga, a ansiedade e o medo do parto tendem a diminuir a função sexual feminina. Outro fator é a perda do interesse sexual do parceiro devido o efeito não-erótico da aparência da mulher no final da gravidez (LEITE *et al.*, 2009).

A influência da gestação na sexualidade feminina é uma realidade (ORÍÁ; ALVES; SILVA, 2004). O esclarecimento sobre as alterações na função sexual durante este período pode contribuir para que a qualidade de vida e a saúde sexual de casais sejam mantidas (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). Os poucos estudos sobre o tema no Brasil e a inexistência em Rio Branco encorajaram a realização do presente estudo que tem como objetivo verificar os efeitos da gestação na função sexual de mulheres atendidas no setor público de saúde de Rio Branco, Acre.

## **Material e Métodos**



Trata-se de um inquérito sobre os efeitos da gravidez na função sexual de gestantes atendidas no setor público de saúde no município de Rio Branco, Acre. Eram elegíveis para a pesquisa as gestantes atendidas nas Unidades de Saúde (Centros de Saúde e Unidade de Saúde da Família) e na maternidade Barbara Heliadora, com companheiro e idade gestacional acima de 35 semanas, residentes na zona urbana de Rio Branco, no período de dezembro de 2010 a maio de 2011. A gravidez de alto risco e o comprometimento físico ou mental que inviabilizasse responder ao questionário foram considerados como critérios de exclusão.

O instrumento utilizado para avaliar a função sexual foi o *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ)*, adaptado e validado para uso em gestantes no Brasil (ver capítulos 3 e 4). Trata-se de um questionário composto por 28 itens capazes de informar sobre os domínios frequência e receptividade; desejo; subjetividade, dor e desconforto; satisfação; estímulo; e orgasmo. Também foram incluídas questões para caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes que participaram do estudo.

As entrevistas foram realizadas em espaço reservado nas unidades de saúde, com as gestantes que obedeciam aos critérios de seleção e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo obedeceu aos dispositivos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre. As mulheres eram convidadas a participar do estudo por ordem de chegada ao serviço de saúde e não houve recusa. Para caracterização da amostra foi realizada análise descritiva com frequências absoluta e relativa, médias e desvio-padrão das variáveis contínuas.

As variáveis numéricas contínuas estudadas foram idade, sexarca e o número de gestações, sendo essas duas últimas também analisadas de forma categóricas. As questões abertas do *PSFQ* foram categorizadas em conformidade com as respostas das entrevistadas, permanecendo no estudo como: o sentimento quanto às mudanças no corpo (feliz, indiferente/normal e triste); pensamento sobre o que o parceiro acha do seu corpo (bonito, indiferente/normal e feio); roupas de grávida tornam as mulheres atraentes (sim e não); e o tempo para ter a primeira relação sexual após saber que estava grávida (não manteve relações sexuais, mais de um mês, de 2 a 4 semanas, na mesma semana e no mesmo dia).

Além disso, as questões sobre as opções em que experimenta o orgasmo (masturbação, preliminares, sexo e não tenho orgasmo) e posições sexuais adotadas (homem por cima, mulher por cima, lado a lado e variedades) foram categorizadas em uma situação, duas a mais e não tem para a as opções, e em uma, duas e três ou mais posições sexuais adotadas. A distribuição de frequência foi realizada para todos os itens de ambas as categorizações. A escolha por essa nova classificação ocorreu pela possibilidade de uma mesma gestante poder escolher todas as categorias.

Para determinar as mudanças durante a gestação foram realizadas comparações entre as respostas dos itens do PSFQ no período anterior à gestação e nos diferentes trimestres. Os dados coletados foram submetidos ao teste de normalidade (Shapiro-Wilk) e não preencheram os critérios para dados paramétricos, sendo utilizado o teste de homogeneidade marginal para variáveis ordinais não-paramétricas que visa comparar dois conjuntos de dados provenientes dos mesmos participantes (AGRESTI, 1983; HAIR *et al.*, 2009). Nesse teste, o desfecho de interesse são as alterações intra-indivíduo ou intrapares obtidas por meio das distribuições marginais entre as respostas sistematicamente diferentes umas das outras (MOTTA; OLIVEIRA Jr, 2009; HIRSCH *et al.*, 2011). O processamento e análise dos dados foram realizados no pacote estatístico SPSS, versão 13, para o Windows, sendo o grau de confiança adotado na análise de 95%.

## **Resultados**

Participaram da pesquisa 352 gestantes com idade entre 15 e 35 anos (média: 23,9; desvio-padrão: 4,4), sendo que 11% tinham até 18 anos. A sexarca ocorreu na idade de 15 anos ou mais para 75,3% (média: 15,0; desvio-padrão: 2,1). Cerca de 67% tinham ensino médio ou superior, enquanto 59,6% referiram renda familiar abaixo de dois salários mínimos. Quanto ao número de gestações (média: 2,4; desvio-padrão: 1,63), 40,6% eram primigestas, sendo a média de idade desse grupo de 22,6 anos.

O aborto foi mencionado por 22,4%, com média de 1,4 abortos entre as que relataram. O número de parceiros sexuais ao longo da vida variou de dois a cinco, e 14,5% relataram que a gravidez atual não era desejada. Por outro lado, o tratamento para infertilidade foi realizado por 1,7% das gestantes, sendo a ocorrência de

problemas citada por 8,5%, nos quais se inclui desde problemas conjugais a alterações na saúde (Tabela 1).

Ao serem perguntadas sobre o que achavam de sexo durante a gravidez, 9,1% das gestantes responderam que não deveria acontecer ou que era prejudicial. E quanto à presença de pensamentos negativos relacionadas ao próprio corpo, aproximadamente 20% referiram sentir-se triste, fato esse que se intensificou ao serem perguntadas sobre o que elas pensavam que o parceiro achava do corpo grávido, com 78,7% respondendo que ele achava feio. Além disso, para 23,3% às roupas de grávida não eram atraentes, por terem traços infantis ou por deixarem a mulher com aparência de ter um peso maior que o real. Vale ressaltar que a ocorrência de relações sexuais depois de saberem que estavam grávidas se deu no mesmo dia ou na mesma semana para 78,1% das entrevistadas (Tabela 2).

A iniciativa para a relação sexual sempre pelo parceiro era de 17,9% antes da gravidez, e no terceiro trimestre aumentou para 42,9%. Consequentemente, a iniciativa por ambos passou de 75,6% antes da gravidez para 11,9% no último trimestre. No entanto, a resposta da gestante às iniciativas do parceiro foi correspondida favoravelmente em aproximadamente 97% antes da gravidez, enquanto no último trimestre, o maior percentual foi de recusas com 84% (Tabela 3).

Como reflexo das recusas, a frequência das relações sexuais diminuiu ao longo da gestação: 43,4% das gestantes referiram de uma a mais vez por dia antes da gravidez, enquanto 2,6% relataram essa frequência no segundo trimestre. As categorias de nenhuma até uma relação por mês não foram citadas antes da gravidez, já no último trimestre chegou a 7,5%. Por outro lado, a opção mais frequente foi a de duas a quatro relações sexuais por semana, nos quatro períodos avaliados.

A frequência de desejo sexual obteve maior percentual na faixa de uma a duas vezes por semana nos diferentes períodos, enquanto que de duas vezes por mês a nenhuma passou de 2,8% antes da gravidez para 25% no terceiro trimestre. Embora, 75% das gestantes nesse último período tenham relatado sentir desejo sexual pelo menos uma vez por semana.

Também houve redução do tempo de duração das preliminares, dado a diminuição de frequência de 11 ou mais minutos (39%, 36%, 23% e 16% nos quatro períodos analisados). Seguindo essa tendência, a frequência de resposta do tempo superior a 30 minutos de duração do ato sexual também se reduziu. A manutenção

do estímulo sempre durante a relação sexual também se alterou, passando de 88,3% antes da gravidez para 6% no último trimestre.

A escolha de três ou mais posições sexuais adotadas reduziu durante os períodos analisados (83%, 74%, 20% e 5%, respectivamente). No período anterior à gestação foram citadas as posições: homem por cima (88,9%), mulher por cima (96%), lado a lado (83%) e variadas (82%), sendo que no último trimestre as respostas para essas posições foram 3%, 4%, 91% e 1%, respectivamente.

Mesmo assim, na percepção da mulher quanto à satisfação com a relação sexual antes da gravidez era extremamente satisfatória para o parceiro (68%) e para ela (66,2%). No terceiro trimestre, a opção de pouco satisfatória para ele foi mencionada por 43,8% e para ela por 46,5% (Tabela 4).

As análises das frequências apontam mudanças na função sexual ao longo da gestação, com resultado significativo da maioria dos itens do *PSFQ* na avaliação das modificações das respostas entre os períodos anteriores à gestação e nos diferentes trimestres ( $p < 0,001$ ) (Tabela 5).

A presença de alteração na lubrificação (*secura vaginal*) antes da gravidez foi citada por 5,1% das mulheres e no último trimestre houve um aumento de 13,9 pontos percentuais. No entanto, as modificações ocorridas não foram significativas na comparação entre os períodos antes da gravidez com o 1º ( $p = 0,550$ ) e com o 2º trimestres ( $p = 0,054$ ). Já as análises com o terceiro trimestre foram significativas em relação ao período anterior à gestação, fato corroborado pelo aumento da ocorrência de *dispareunia* no último trimestre (11,6%) em comparação ao período anterior à gestação (5,7%). Quanto ao medo de manter relações sexuais, que antes da gestação era de 2,9%, apresentou incremento, resultando em 25,5% no terceiro trimestre, sendo essas alterações significativas nas comparações entre os períodos analisados ( $p < 0,05$ ) (Tabelas 4 e 5).

As modificações na função sexual relatadas previamente culminam com o aumento da informação sobre ausência de orgasmos, que antes da gestação era 4,8% e no último trimestre alcançou 9,1%. A mudança não foi significativa para a comparação do primeiro com o segundo trimestre ( $p = 0,102$ ). Vale ressaltar, que a prática da masturbação foi mantida (12%, 10%, 9% e 9% nos diferentes períodos).

Ao serem perguntadas sobre a ocorrência de *disfunção erétil* pelo parceiro, a confirmação foi obtida em 5,4% no período anterior a gestação, com redução para 2,3% no último trimestre. Antes da gravidez o mesmo valor foi obtido para a

ocorrência de ejaculação precoce, sendo no terceiro trimestre mencionada por 2,9%. Não houve modificações significativas ao comparar o primeiro e o segundo trimestre de gestação para ambas as disfunções sexuais do parceiro, e para a ejaculação precoce, também na comparação entre o segundo e o terceiro trimestre ( $p=1,000$ ).

## **Discussão**

A disfunção sexual é um problema complexo, multifatorial e de alta prevalência entre as mulheres (TSAI *et al.*, 2011), inclusive durante a gestação. A influência desse período sobre a função sexual resultou em significativa diminuição dos domínios da função sexual com exceção do fator subjetividade, dor e desconforto nos diferentes períodos avaliados.

Um estudo prospectivo, realizado com 500 mulheres grávidas na Nigéria, apontou manutenção do desejo sexual em 60% das entrevistadas e diminuição da atividade sexual em 64%, com maior iniciativa para a relação sexual pelo parceiro no último trimestre gestacional. As razões para a redução da atividade sexual incluíram náuseas e vômitos, medo, constrangimento físico, falta de interesse, desconforto e fadiga (ORJI, 2002). A iniciativa para relação sexual se alterou com maior procura por parte do parceiro e maior recusa as investidas pelas gestantes.

Em pesquisa realizada com 150 gestantes que frequentavam um ambulatório de pré-natal em Istambul, foi verificado a redução na frequência sexual e no desejo para a opção de uma a quatro vezes por semana ( $p<0,001$ ). A procura por parte do parceiro para a relação aumentou, bem como as recusas pela gestante e o sentimento de medo. Houve também redução do tempo de realização das preliminares e do ato sexual, bem como do pensamento de satisfação para ambos e conseqüentemente da ocorrência de orgasmos. Tais resultados estão em consonância com o presente no estudo, enquanto o relato de aumento na lubrificação vaginal diverge (GÖKYILDIZ; BEJI, 2005).

O medo é um dos problemas que pode alterar a função sexual, citado em diversos trabalhos e que se apresenta de forma diferente nos trimestres gestacionais, primeiramente pela insegurança do novo, medo de perder o bebê, machucar, sangrar, depois pela proximidade com o parto, o risco de antecipar o trabalho de parto, entre outros (ORIÁ; ALVES; SILVA, 2004; MARTINS; GOUVEIA; CORREIA, 2007; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008; ANTONIOLI; SIMÕES,

2010). No Canadá, em pesquisa conduzida com 141 gestantes em diferentes trimestres gestacionais, os resultados apontaram a redução da frequência das relações sexuais associada ao medo do parto prematuro, de machucar o feto, de hemorragias e de infecções ( $p < 0,001$ ) (BATELLAS; CRANE; DALEY, 2000). A abordagem para evitar os danos causados pelo medo deve iniciar nas primeiras consultas do pré-natal e incluir a gestante e seu parceiro com intuito de manter a saúde mental e o bom relacionamento do casal.

Em Alagoas, foi realizado um estudo de coorte com 271 gestantes saudáveis e com relacionamentos estáveis, acompanhadas desde o diagnóstico laboratorial de sua gestação atual. Os resultados não foram significativos para as comparações entre o primeiro e segundo trimestre para os domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, tendo sido observado resultado igual para o orgasmo no presente estudo. No entanto, houve uma diminuição significativa em todos esses domínios no terceiro trimestre em comparação com o segundo ( $p < 0,001$ ), fato que diverge do presente estudo que não observou significância estatística nos itens dor e orgasmo (LEITE e al., 2009).

A diminuição da frequência e da qualidade da atividade sexual contribui para o aparecimento de alterações físicas e psicológicas que podem resultar em graves problemas conjugais (BRTNICKA; WEISS; ZVERINA, 2009). A gestação deve ser um momento de união e fortalecimento dos laços conjugais sendo de extrema importância a inclusão do parceiro nas consultas de pré-natal para realizar esclarecimentos de dúvidas, visando reduzir os medos e as incertezas sobre a prática sexual durante o período gestacional.

A disfunção orgásmica é a segunda causa de disfunção sexual no mundo e a terceira no Brasil (WEST; VINIKOOR; ZOLNOUM, 2004; ABDO *et al.*, 2004). O relato de anorgasmia aumentou no último trimestre em comparação com o período anterior à gestação, fato também observado em 149 gestantes que participaram de um estudo de coorte na Tailândia ( $p < 0,001$ ). Nesse mesmo estudo também houve redução na frequência das relações sexuais, do desejo, da satisfação e do medo. Além disso, a procura por posições mais confortáveis durante a gravidez foi igualmente mencionada, com diminuição da posição homem por cima e mulher por cima para uma posição lado a lado, onde não resultaria em peso e desconforto, principalmente no último trimestre (UWAPUSITANON; CHOOBUN, 2004). Essas

mudanças podem servir para aproximar o casal, devendo ser vistas como uma forma de maior interação e estímulo no ato sexual.

Os mitos sobre sexo e gestação permanecem e também foram verificados em outro trabalho, no qual 5,7% informaram que poderia provocar parto prematuro, 3,4% aborto e 1% magoar o bebê (MARTINS; GOUVEIA; CORREIA, 2007). As dúvidas levam ao medo que pode resultar em não realização do ato sexual em alguns casos, sendo a consulta pré-natal um bom momento para realizar o esclarecimento de dúvidas para a gestante e o parceiro sobre esse aspecto. Além disso, o pensamento de que o parceiro acha feio o seu corpo grávido demonstra insegurança sobre seu poder de atração sexual. Para as mulheres, o corpo é um elemento central da feminilidade e a ausência de controle do corpo pela ação biológica as tornam temerosas (REZENDE, 2011).

As alterações na função sexual da gestante podem decorrer de problemas sexuais do parceiro, sendo observada na pesquisa atual a presença de disfunção erétil e de ejaculação precoce, que são as principais causas de disfunção sexual nos homens (ABDO *et al.*, 2002).

Vale mencionar, alguns limites do presente estudo, como a utilização do delineamento transversal e a amostra não representativa das gestantes da população, devido às dificuldades operacionais de realização de um estudo de maior abrangência. Entretanto, trata-se da primeira aplicação do PSFQ e novos estudos mais abrangentes contribuirão para o melhor entendimento desse fenômeno na população.

Em contrapartida, a pesquisa foi realizada com instrumento devidamente adaptado e validado para a realidade local. O PSFQ é um instrumento completo para avaliar os efeitos da gestação na função sexual. Outro ponto positivo foi a realização de entrevistas em todas as unidades públicas de saúde responsáveis pelas consultas de pré-natal, não tendo ocorrido dificuldade de aceitação por parte das gestantes, visto que não houve recusas. A elevada escolaridade da maioria das gestantes pode ter contribuído para o melhor entendimento dos objetivos da pesquisa e conseqüente consentimento na participação.

Estar gestante não deve significar perder a sensualidade ou a capacidade de sentir prazer, é na verdade um momento propício para novas experiências no campo da sexualidade. A função sexual é uma parte integrante da mulher devendo ser avaliada como algo necessário a manutenção da saúde e do bem-estar.

## Conclusão

O estudo identificou um aumento no percentual de alterações sexuais ao longo da gestação, com significativa redução na frequência dos domínios da função sexual entre as gestantes pesquisadas em todas as comparações, com exceção da denominada subjetividade, dor e desconforto. Estudos prospectivos e de base populacional devem ser realizados com intuito de confirmar os achados nos diferentes trimestres gestacionais com relação à função sexual. Além disso, a inclusão do parceiro em pesquisas com gestantes poderá contribuir para o esclarecimento de sua influência nas disfunções sexuais nesse período.

A saúde da gestante não deve limitar-se ao estado de saúde do bebê, mas a todos os fatores que podem interferir no seu estado de bem-estar, sendo a função sexual um deles. Os profissionais de saúde podem cooperar por meio de orientações para a manutenção de uma vida sexual saudável, bem como da avaliação e tratamento das disfunções sexuais detectadas durante as consultas de pré-natal nas unidades públicas de saúde.

## Referências

ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JR, W.N.; MOREIRA JR, E.D. et al. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **Int. J. Impot. Res.** v.16, p.160-6, fev., 2004.

ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JR, W.N.; MOREIRA JR, ED. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. **RBM Rev. Bras. Med.** v. 59, p.250-7, 2002.

AGRESTI, A. Testing marginal homogeneity for ordinal categorical variables. **Biometrics**, v.39, n. 2, p. 505-10, jun. 1983.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos**: DSM-IV-TRTM. 4.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.

BARTELLAS, E.; CRANE, J.M.G.; DALEY, M. et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **Br J Obstet Gynaecol.** v.107, n.8, p.964-8, ago., 2000.



- BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTTTO, L. et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. **J Sex Med.** v.1, n.1, p.40-8, 2004.
- BRTNICKA, H.; WEISS, P.; ZVERINA, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. **Bratisl Lek Listy.** v.110, n.7, p.427-31, 2009.
- FIELD, A. **Descobrimdo a estatística usando SPSS.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev Bras Fisioter.** v.13, n.5, p.383-9, 2009
- GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva,** v.17, n.2, p.301-20, 2007.
- GÖKYILDIZ, S.; BEJI, N.K. The effects of pregnancy on sexual life. **J Sex Marital Ther.** v.31, n.3, p.201-15, may./jun., 2005.
- GOMES, M.E.A.; SILVEIRA, L.C.; PETIT, S.H. et al. A sexualidade das mulheres atendidas no Programa Saúde da Família: uma produção sociopoética. **Rev Latino-am Enfermagem,** v.16, n.3, p.382-8, 2008.
- HIRSCH, O.; KELLER, H.; ALBOHN-KÜHNE, C. et al. Pitfalls in the statistical examination and interpretation of the correspondence between physician and patient satisfaction ratings and their relevance for shared decision making research. **BMC Medical Research Methodology,** v. 11, n. 71, p.1-10, 2011.
- KROEFF, L.R.; MENGUE, S.S.; SCHMIDT, M.I. et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Rev Saúde Pública,** v.38, n.2, p.261-7, 2004.
- LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA,** v.281, n.6, p.537-44, 1999.
- LECH, M.B.; MARTINS, P.C.R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. **Rev Estudos de Psicologia,** v.20, n. 3, p. 37-46, 2003.
- LEITE, A.P.L.; CAMPOS, A.A.S.; DIAS, A.R.C. et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev Assoc Med Brasileira,** v. 55, n.5, p.563-8, 2009.
- MARTINS, S.; GOUVEIA, R.; CORREIA, S. et al. Sexualidade na gravidez: influência no bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. **Rev Port Clin Geral,** v.23, p.369-78, 2007.
- ORIÁ, M.O.B.; ALVES, M.D.S.; SILVA, R.M. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. **Rev Enferm UERJ,** v.12, n.2 p.160-5, 2004.
- ORJI, E.O.; OGUNLOLA, I.O.; FASUBAA, O.B. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. **Journal Obstetrics Gynaecology,** v.22, n.2, p.166-168, 2002.
- PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev Saúde Pública,** v.38, n.4, p.495-502, 2004.

- REZENDE, C.B. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. **Cadernos Pagu**. Campinas, n.36, p.315-344, jan./jun., 2011.
- SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioter Mov**. v.21, n.2, p.61-70, abr./jun., 2008.
- SILVA, A.I.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. **Rev psiquiatr clín.**, v.25, n.3, p.253-264, 2005.
- SUN, X.; YANG, Z. Generalized McNemar's Test for Homogeneity of the Marginal Distributions. **SAS Global Forum**, 2008. Disponível em: <<http://www2.sas.com/proceedings/forum2008/382-2008.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- TSAI, T.F.; YEH, C.H.; HWANG, T.I.S. Female sexual dysfunction: physiology, epidemiology, classification, evaluation and treatment. **Urol Sci.**, v.22, n.1, p.7-13, 2011.
- UWAPUSITANON, W.; CHOOBUN, T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **J Med Assoc Thai.**, v.87, supl.3, p.45-49, 2004.
- VITIELLO, N. O exercício da sexualidade durante a gestação. **J Soc Obstet Ginecol.**, São Paulo, v.3, n.35, p.1-12, jul., 2002.
- WEST, S.L.; VINIKOOR, L.C.; ZOLNOUM, D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. **Annu Rev Sex Res.**, v.15, p.40-172, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Defining sexual health**: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization, 2006.

Tabela 1 - Características socioeconômicas e reprodutivas das gestantes entrevistadas em Rio Branco, Acre

Variáveis	Categorias	N	%
Escolaridade	Nunca estudou	07	2,0
	Ensino fundamental	110	31,3
	Ensino médio	203	57,7
	Ensino superior	32	9,1
Renda familiar (Salários mínimos)	< 2	210	59,7
	≥ 2	142	40,3
Sexarca (anos)	> 15	87	24,7
	≤ 15	265	75,3
Gestações	Primigesta	143	40,6
	2 ou mais	209	59,4
Aborto	Sim	79	22,4
	Não	273	77,6
Parceiros sexuais	1 parceiro	58	16,5
	De 2 a 5	224	63,6
	De 6 a mais	70	19,9
Gravidez desejada	Sim	301	85,5
	Não	51	14,5
Tratamento para infertilidade	Sim	06	1,7
	Não	346	98,3
Problemas durante a gravidez	Sim	30	8,5
	Não	322	91,5
<b>Total</b>		<b>352</b>	<b>100</b>

Tabela 2 - Aspectos gerais sobre a influência da gravidez na função sexual

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo e Gravidez	Não deveria acontecer	15	4,3
	Prejudicial à mãe e/ou ao bebê	17	4,8
	Não tenho idéia a respeito	03	0,8
	Poderia ser	317	90,1
Sentimento quanto às mudanças no corpo	Feliz	241	68,5
	Indiferente/normal	41	11,6
	Triste	70	19,9
Pensamento sobre o que o parceiro acha do seu corpo	Bonito	277	78,7
	Indiferente/normal	52	14,8
	Feio	23	6,5
Roupas de grávida tornam as mulheres atraentes	Sim	270	76,7
	Não	82	23,3
Tempo para ter a primeira relação sexual após saber que estava grávida	Não manteve relações sexuais	01	0,3
	Mais de um mês	08	2,3
	De 2 a 4 semanas	68	19,3
	Mesma semana	234	66,5
	Mesmo dia	41	11,6
<b>Total</b>		<b>352</b>	<b>100</b>

Tabela 3 - Distribuição de frequências das atitudes que permeiam a relação sexual

Itens do PSFQ	Categorias	Antes da	Trimestres		
		gravidez	1º	2º	3º
		(AG)	N (%)	N (%)	N (%)
Iniciativa para relação sexual	Sempre eu	06 (1,7)	02 (0,6)	05 (1,4)	06 (1,7)
	Às vezes eu	03 (0,9)	02 (0,6)	06 (1,7)	03 (0,9)
	Meu parceiro e eu	266 (75,5)	233 (66,2)	62 (17,6)	42 (11,9)
	Meu parceiro às vezes	14 (4,0)	36 (10,2)	145 (41,2)	150 (42,6)
	Meu parceiro sempre	63 (17,9)	79 (22,4)	134 (38,1)	151 (42,9)
Resposta à iniciativa do parceiro*	Geralmente aceito	338 (96,9)	197 (56,9)	47 (13,7)	33 (9,6)
	Aceito relutante	03 (0,9)	106 (30,6)	74 (21,5)	22 (6,4)
	Frequentemente recuso	05 (1,4)	39 (11,3)	198 (57,5)	234 (67,8)
	Geralmente recuso	03 (0,8)	04 (1,2)	25 (7,3)	56 (16,2)
Frequência de relação sexual	Mais de uma vez ao dia	16 (4,5)	05 (1,4)	02 (0,6)	00 (0,0)
	Uma vez ao dia	137 (38,9)	76 (21,6)	11 (3,1)	09 (2,6)
	3 ou 4 vezes por semana	175 (49,8)	212 (60,1)	172 (48,8)	80 (22,6)
	Duas vezes por semana	19 (5,4)	35 (9,9)	114 (32,4)	152 (43,1)
	Uma vez por semana	04 (1,1)	09 (2,6)	24 (6,8)	65 (18,5)
	Uma vez a cada duas semanas	01 (0,3)	02 (0,6)	14 (4,0)	20 (5,7)
	Uma vez por mês	00 (0,0)	03 (0,9)	07 (2,0)	14 (4,0)
	Menos que uma vez ao mês	00 (0,0)	01 (0,3)	02 (0,6)	03 (0,9)
Duração do ato sexual*	Não tive relações sexuais	00 (0,0)	09 (2,6)	06 (1,7)	09 (2,6)
	Menos de 1 minuto	00 (0,0)	01 (0,3)	02 (0,6)	02 (0,6)
	1 a 2 minutos	01 (0,3)	02 (0,6)	01 (0,3)	01 (0,3)
	2 a 4 minutos	00 (0,0)	02 (0,6)	06 (1,7)	11 (3,1)
	4 a 7 minutos	04 (1,1)	07 (2,0)	19 (5,4)	27 (7,7)
	7 a 10 minutos	15 (4,3)	18 (5,1)	52 (14,8)	102 (29,1)
	10 a 15 minutos	55 (15,7)	63 (17,9)	117 (33,3)	138 (39,3)
	15 a 20 minutos	49 (14,0)	103 (29,3)	109 (31,1)	48 (13,7)
	20 a 30 minutos	32 (9,1)	60 (17,1)	31 (8,8)	13 (3,7)
Mais de 30 minutos	195 (55,5)	95 (27,1)	14 (4,0)	09 (2,5)	
Posições sexuais*	Uma posição	61 (17,3)	88 (25,1)	275 (78,4)	330 (94,0)
	Dois posições	00 (0,0)	04 (1,1)	04 (1,1)	04 (1,1)
	Três ou mais	291 (82,7)	259 (73,8)	72 (20,5)	17 (4,9)

\* N menor na resposta a iniciativa do parceiro.

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos sentimentos que permeiam a relação sexual

Itens do PSFQ	Categorias	Antes da gravidez (AG) N (%)	Trimestres		
			1º N (%)	2º N (%)	3º N (%)
Pensamento quanto a Satisfação do parceiro*	Extremamente insatisfatória	03 (0,9)	04 (1,1)	04 (1,1)	04 (1,1)
	Moderadamente insatisfatória	00 (0,0)	02 (0,6)	01 (0,3)	03 (0,9)
	Pouco insatisfatória	01 (0,3)	02 (0,6)	01 (0,3)	08 (2,3)
	Pouco satisfatória	02 (0,6)	04 (1,1)	69 (19,9)	152 (43,8)
	Moderadamente satisfatória	106 (30,2)	182 (52,3)	242 (69,7)	153 (44,1)
	Extremamente satisfatória	238 (68,0)	154 (44,3)	30 (8,7)	27 (7,8)
Satisfação com a relação sexual*	Extremamente insatisfatória	01 (0,3)	04 (1,1)	03 (0,9)	08 (2,2)
	Moderadamente insatisfatória	00 (0,0)	02 (0,6)	04 (1,1)	01 (0,3)
	Pouco insatisfatória	01 (0,3)	02 (0,6)	03 (0,9)	06 (1,7)
	Pouco satisfatória	06 (1,7)	06 (1,7)	74 (21,1)	163 (46,5)
	Moderadamente satisfatória	111 (31,5)	185 (52,9)	242 (69,1)	151 (43,1)
	Extremamente satisfatória	233 (66,2)	151 (43,1)	24 (6,9)	22 (6,2)
Secura vaginal	Sempre	06 (1,7)	04 (1,1)	01 (0,3)	02 (0,6)
	Geralmente	00 (0,0)	02 (0,6)	06 (1,7)	01 (0,3)
	Algumas vezes	06 (1,7)	03 (0,9)	04 (1,1)	06 (1,7)
	Raramente	04 (1,1)	05 (1,4)	10 (2,8)	16 (4,5)
	Muito raramente	02 (0,6)	04 (1,1)	25 (7,1)	42 (11,9)
	Nunca	334 (94,9)	334 (94,9)	306 (86,9)	285 (81,0)
Dor genital durante a relação sexual	Sempre	03 (0,9)	04 (1,1)	03 (0,9)	04 (1,1)
	Geralmente	01 (0,3)	00 (0,0)	04 (1,1)	04 (1,1)
	Algumas vezes	07 (2,0)	12 (3,4)	12 (3,4)	12 (3,4)
	Raramente	03 (0,9)	02 (0,6)	04 (1,1)	04 (1,1)
	Muito raramente	06 (1,7)	04 (1,1)	12 (3,4)	17 (4,8)
	Nunca	332 (94,2)	330 (93,8)	317 (90,1)	311 (88,5)
Orgasmo*	Uma situação	303 (86,1)	306 (87,2)	314 (89,5)	307 (87,5)
	Duas ou mais	32 (9,1)	24 (6,8)	16 (4,5)	12 (3,4)
	Não tem	17 (4,8)	21 (6,0)	21 (6,0)	32 (9,1)
Medo de manter relações sexuais	Sempre	02 (0,6)	03 (0,9)	02 (0,6)	11 (3,1)
	Geralmente	00 (0,0)	00 (0,0)	07 (2,0)	04 (1,1)
	Algumas vezes	01 (0,3)	07 (2,0)	05 (1,4)	07 (2,0)
	Raramente	04 (1,1)	01 (0,3)	06 (1,7)	16 (4,5)
	Muito raramente	03 (0,9)	04 (1,1)	30 (8,5)	52 (14,8)
	Nunca	342 (97,1)	337 (95,7)	302 (85,8)	262 (74,5)

\* N menor para percepção de satisfação do parceiro e da gestante e orgasmo.

Tabela 5 - Comparação da distribuição das respostas das gestantes sobre função sexual nos diferentes momentos pesquisados, segundo teste de homogeneidade marginal

Itens do PSFQ	Teste de Homogeneidade Marginal - <i>Stand. MH (p)</i>				
	AGx1 <sup>o</sup>	AGx2 <sup>o</sup>	AGx3 <sup>o</sup>	1 <sup>o</sup> x2 <sup>o</sup>	2 <sup>o</sup> x3 <sup>o</sup>
Frequência de relação sexual	8,002 (<0,001)	13,400 (<0,001)	14,977 (<0,001)	9,451 (<0,001)	9,526 (<0,001)
Frequência de desejo sexual	5,679 (<0,001)	11,570 (<0,001)	13,109 (<0,001)	8,930 (<0,001)	8,153 (<0,001)
Iniciativa para relação sexual	4,790 (<0,001)	11,393 (<0,001)	12,000 (<0,001)	10,162 (<0,001)	4,082 (<0,001)
Resposta a iniciativa do parceiro*	10,481 (<0,001)	16,118 (<0,001)	16,755 (<0,001)	14,289 (<0,001)	7,778 (<0,001)
Pensamento quanto a Satisfação do parceiro*	7,451 (<0,001)	11,371 (<0,001)	9,231 (<0,001)	13,023 (<0,001)	9,231 (<0,001)
Satisfação com a relação sexual*	7,520 (<0,001)	13,394 (<0,001)	14,079 (<0,001)	11,706 (<0,001)	8,755 (<0,001)
Secura vaginal	0,598 (0,550)	1,923 (0,054)	2,943 (0,003)	3,293 (0,001)	2,063 (0,039)
Dor genital durante a relação sexual	0,980 (0,327)	2,227 (0,026)	2,796 (0,005)	2,245 (0,025)	1,147 (0,251)
Estímulo durante a relação sexual	9,017 (<0,001)	15,476 (<0,001)	16,622 (<0,001)	14,001 (<0,001)	11,215 (<0,001)
Duração das preliminares	4,418 (<0,001)	9,433 (<0,001)	12,039 (<0,001)	8,693 (<0,001)	8,154 (<0,001)
Duração do ato sexual	9,590 (<0,001)	14,638 (<0,001)	15,590 (<0,001)	12,227 (<0,001)	9,590 (<0,001)
Opções em que experimenta o orgasmo	2,837 (0,005)	3,900 (<0,001)	5,196 (<0,001)	1,633 (0,102)	7,350 (<0,001)
Posições sexuais adotadas	4,768 (<0,001)	14,596 (<0,001)	16,596 (<0,001)	13,513 (<0,001)	7,350 (<0,001)
Medo de manter relações sexuais	2,250 (0,024)	4,842 (<0,001)	7,296 (<0,001)	4,285 (<0,001)	6,088 (<0,001)
Disfunção erétil	3,530 (<0,001)	3,286 (0,001)	2,401 (0,016)	0,000 (1,000)	2,000 (0,046)
Ejaculação precoce	2,086 (0,037)	2,565 (0,010)	2,538 (0,011)	1,000 (0,317)	0,000 (1,000)

\* N menor para percepção de satisfação do parceiro e da gestante e para resposta a iniciativa do parceiro.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção da sexualidade em sua plenitude durante a gestação é essencial para a saúde da mulher, do casal e, conseqüentemente do bebê. A busca por instrumentos com a capacidade de verificar os efeitos da gestação sobre a função sexual resultou na identificação do *Pregnancy and Sexual Function Questionnaire* (PSFQ). Esse, após tradução, adaptação transcultural e verificação das propriedades psicométricas (confiabilidade e validade), confirmou seu poder de avaliação, sendo posteriormente aplicação em gestantes.

A ocorrência de modificações significativas nos domínios da função sexual nas gestantes de Rio Branco sinaliza a necessidade de acompanhamento integral da mulher nos serviços de saúde. Assim, a introdução de instrumentos como o PSFQ durante as consultas de pré-natal pode contribuir para a identificação de transtornos sexuais que podem se desenvolver durante a gravidez e ocasionar prejuízos irreversíveis nos campos pessoal, conjugal e familiar. Além disso, possibilita o fortalecimento do vínculo e a facilitação de diálogos sobre diferentes temas que influenciam a saúde da gestante. Assim, recomenda-se o uso do PSFQ nas consultas de pré-natal nos diferentes trimestres gestacionais.

O atendimento à gestante no pré-natal deve ir além da rotina de solicitação de exames, prescrição de suplementos e orientações sobre o parto. Deve acompanhar as mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes desse momento de intensas transformações. Deve ser capaz de orientar não somente a mulher, mas seu companheiro para o entendimento dos processos envolvidos na geração de um novo ser. A concretização da vida deve ser um momento de união, não havendo lugar para incertezas e medos.

Vale mencionar que a prevenção e o cuidado das disfunções sexuais em gestantes deve ser uma preocupação não somente dos profissionais de saúde, mas do poder público manifestado por meio de ações holísticas voltadas à saúde e ao bem-estar da mulher em todos os momentos da vida. À concretização dos direitos sexuais da gestante, por meio da valorização dos aspectos subjetivos, em muito favorecerá a construção de um Sistema de Saúde voltado à integralidade e equidade, princípios fundamentais na atenção pré-natal.



**REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. Elaboração e validação do quociente sexual: versão feminina, uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **RBM Rev Bras Med.** v.63, n.9, p.477-82, 2006.
- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v.33, n.3, p.162-167, 2006.
- ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.11, n.2, p.109-111, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos: DSM-IV-TRTM.** 4.ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAÚJO, N.M. **É a vida de sempre:** corpo e sexualidade no processo de nascimento. 2009. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
- BARTELLAS, E.; CRANE, J.M.P.; DALEY, M. et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **BJOG.** v.107, n.8, p.964-968, 2000.
- BASSON, R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. **Obstet Gynecol.** v.98, n.2, p.350-353, 2001 (erratum in *Obstet Gynecol.* v.98, n.3, p.522, sep., 2001).
- BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTT, L. et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. **J. Sex. Med.** v.1, n.1, p.40-48, jul., 2004.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine.** v.25, n.24, p.3186-3191, 2000.
- \_\_\_\_\_. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & quickDASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível em <<http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>> Acesso em: 18 de mai. de 2010.
- BERMAN, J.R.; ALEXANDER, J.L. **The relationship between female urology and sexual medicine: what urologists need to know about menopause, lower urinary tract and sexual function complaints in women.** Instructional and Postgraduate AM and PM Course Handouts. AUA/04, São Francisco/USA. Annual Meeting. 8-13 May, 2004.
- BORGES, V.L.F.; MEDEIROS, S.F. Validação de questionário para avaliara função sexual feminina após menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.31, n.6, p.293-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n6/05.pdf>> Acesso em: 15 de ago. de 2010.

CARMINES, E.G.; ZELLER, R.A. **Reliability and validity assessment**. Thousand Oaks, CA: Sage. 1979.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARVALHO, P.R. Subjetividade capitalística e sexualidade contemporânea: construindo um sentido. **Mnemosine**, v.5, n.2, p.162-173, 2009.

CORREIA, G.B. Sexualidade e maternidade: “nós” e “laços” de um fenômeno cultural. **Rev. Bras. Sexualidade Humana**, v.8, n.1, p.21-34, jan./jun. 1997.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, v.78, n.1, p.98-104, 1993.

DAKER-WHITE, G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: systematic review. **Arch Sex Behav**. v.31, p.197-209, 2002.

DE JUDICIBUS, M.A.; MCCABE, M.P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **J. Sex. Res.** v.39, n.2, p.94-103, 2002.

DE PAULA, F.J.; SOARES Jr, J.M. HAIDAR, M.A.; DE LIMA, G.R.; BARACAT, E.C. The benefits of androgens combined with hormone replacement therapy regarding to patients with postmenopausal sexual symptoms. **Maturitas**. v.56,n.1, p.69-77, 2007.

DEL GIORNO, C.; FONSECA, A.M.; BAGNOLI, V.R. et al. Efeitos do Trifolium Pratense nos sintomas climatéricos e sexuais na pós-menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.56, n.5, p.558-62, 2010.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. 2.ed. England: Wiley, 2007.

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. Saude Mater. Infant.** v,7, n.2, p.143-50, 2007.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

FLORES, A.L.G.C.T.; AMORIM, V.C.O. Sexualidade na gestação: mitos e tabus. **Revista Eletrônica de Psicologia**. ano 1, n.1, jul., 2007. Disponível em <<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/andrea.htm>> Acesso em: 01 de jan. de 2011.

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

FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev. Bras. Fisioter.** v.13, n.5, p.383-9, 2009.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.301-320, abr., 2007.

GIR, E.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, N.T.R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.33-40, abr., 2000.

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

GOMES, M.E.A.; SILVEIRA, L.C; PETIT, S.H. et al. A sexualidade das mulheres atendidas no Programa Saúde da Família: uma produção sociopoética. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, p.382-8, mai./jun., 2008.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, v.24, n.3, p.61-63, 1995.

GUNTHER, H. **Como elaborar um questionário**. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, n.1. Brasília: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003.

HAEBERLE, E.J. **The sex atlas**. The Continuum Publishing Company, New York. 1983. Disponível em: <[http://www2.hu-berlin.de/sexology/ATLAS\\_EN/index.html](http://www2.hu-berlin.de/sexology/ATLAS_EN/index.html)>. Acesso em: 05 de ago. de 2010.

HAINES, C.J.; SHAN, Y.O.; KUEN, C.L. et al. Sexual behavior during pregnancy among Hong Kong Chinese woman. **J Psychosom Res.** v.40, n.3, p.299-304, mar., 1996.

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. et al. **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP, E. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev. HCPA.**, v.27, n.1, p.10-4, 2007. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/fsfi.pdf>> Acesso em: 10 de jul. de 2010.

HOBART, J.C.; LAMPING, D.; THOMPSON, A.J. Evaluating neurological outcome measures: the bare essentials. **J Neurol Neurosur Psychiatry.** v.60, n.2, p.127-130, feb., 1996.

KAMATA, A.; TURHAN, A.; DARANDARI, E. Estimating reliability for multidimensional composite scale scores. **Annual meeting of American Educational Research Association**. Chicago, Apr., 2003. Disponível em: <[http://mailer.fsu.edu/~akamata/papers/MD\\_rel\\_paper.pdf](http://mailer.fsu.edu/~akamata/papers/MD_rel_paper.pdf)>. Acesso em: 10 de jul. de 2011

LAMARRE, A.K.; PATERSON, L.Q.; GORZALKA, B.B. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. **Can J Hum Sex.** v.12, p.151-168, 2003.

LAZAR, M.C.S. **Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal**. 2002. 456f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

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

LEIBLUM, S.R. CME: Redefining female sexual response. **Contemporary Ob/Gyn.** V. 45, n.1, p. 120-126, nov. 2000.

LEITE, A.P.L.; CAMPOS, A.A.S.; DIAS, A.R.C. et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev. Assoc. Med. Brasileira.** São Paulo, v.55, n.5, p.563-8, 2009.

LEITE, A.P.L.; MOURA, E.A.; CAMPOS, A.A.S. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.29, n.8, p.396-401, ago. 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MALDONADO, M.T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J.C. **Nós estamos grávidos.** 8.ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MALUF, M.F.M.; SCANAVINO, M.T.; BARROS, A.C.S.D. et al. O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Mastologia.** v.18, n.1, p.2-11, 2008.

MARNACH, M.L.; CASEY, P.M. Understanding women's sexual health: a case-based approach. **Mayo Clin. Proc.** New York, v.83, n.12, p.1382-1387, Dec., 2008.

MASTER, W.R.; JOHNSON, V.E. **Human sexual response.** Boston: Little, Brown & Co, 1966.

MCDONALD, R.P. **Test theory: a unified treatment.** Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1999.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.** 2.ed. New York: Oxford University, 1996.

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.2, p.160-5, mai./ago., 2004.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** Brasília: Laboratório de pesquisa em avaliação e medida, 1999.

PASQUALOTTO, E.B.; PASQUALOTTO, F.F.; SOBREIRO, B.P. et al. Female sexual dysfunction: the important points to remember. **Clinics.** v.60, n.1, p.51-60, 2005.

PERESTRELLO, D. **Trabalhos escolhidos.** Psicologia médica, psicossomática, psicanálise. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

POLIT, D.F.; BENCK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.665-673, 2007.

REVELLE, W.; ZINBARG, R.E. Coefficients alpha, beta, ômega, and the GLB: comments on Sijtsma. **Psychometrika**. v.74, p.145-54, 2009.

RODRIGUES Jr., O.M. Inventários de sexualidade: uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. **Terapia Sexual**. v.1, p.77-84, 1999.

RODRIGUES, J.C. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.17, n.1, p.89-109, jan./abril, 2009.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **J Sex Marital Ther.**, v.26, n.2, p.191-208, 2000

ROSEN, R.C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. **Fertil Steril**. v.77, n.4 (Supl.4), p. S89-93, apr., 2002.

RUDGE, C.V.C.; CALDERON, I.M.P.; DIAS, A. et al. Design and validity of a questionnaire to assess sexuality in pregnant women. **Reprod. Health**. v.6, p.12, 29 jul., 2009.

SANTANA, G.W.; AOKI, T.; AUGÉ, A.P. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). **Int Urogynecol J**. v.23, n.1, p.117-21, Jan., 2012

SATO, F.P. **Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioter. Mov**. v.21, n.2, p. 61-70, abr./jun., 2008.

SCHIEBER-JOTA, F.S.V.B.O. O meu prazer é meu maior desejo: uma análise da sexualidade feminina na contemporaneidade. **Revista Intercâmbio**, v. 2, p. 3-14, 2007.

SILVA Jr, S.H.A.; VASCONCELO, A.G.G.; GRIEP, R.H. et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1077-87, jun., 2011.

SILVA, A.I.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.25, n.3, p.253-264, 2005.

SODRÉ, P.C.; FARO, A.C.M. Estudo sobre as alterações da função sexual em mulheres com lesão medular resistentes na cidade de Ribeirão Preto/SP. **Acta Fisiatr**. v.15, n.3, p.149-155, 2008.

- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SOLBERG, D.A.; BUTLER, J.; WAGNER, N. Sexual behavior in pregnancy. **N Engl J Med.**, v.228, p.1098-1103, may. 1973.
- STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 4.ed. New York: Oxford University Press Inc., 2008.
- SUEIRO, E.; GAYOSO, P.; PERDIZ, C.; et al. Embarazo e sexualidad. **Aten Prim.**, v.22, n.6, p.340-346, 1998.
- SUPLICY, M. **Conversando sobre sexo**. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- THIEL, R.R.C. **Tradução, adaptação cultural e validação do “Female Sexual Function Index (FSFI)” para língua portuguesa**. 2008. 90f. Tese (Doutorado em Cirurgia), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas – SP, 2008.
- TREVISAN, R. **A sexualidade humana: uma visão histórico-social**. 2008. Disponível em: <<http://www.ritatrevisan.com.br/pdf/artigos/a-sexualidade-humana.pdf>>, Acesso em: 07 de jul. de 2010.
- TRIPOLI, T.M.; SATO, H.; SARTORI, M.G. et al. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. **J Sex Med.** v.8, n.2, p.497–503, feb., 2011.
- UWAPUSITANON, W.; CHOOBUN, T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **J Med Assoc Thai.** Thailand, v. 87, (Suppl.3), p.S45-49, 2004.
- VALADARES, A.L.R.; PINTO-NETO, A.M.; SOUSA, M.H. et al. Adaptação sociocultural do Short Personal Experiences Questionnaire (SPEQ) no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.32, n.2, p.72-6, 2010.
- VITIELLO, N. O exercício da sexualidade durante a gestação. **Atualizações do jornal da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo**. São Paulo, v.3, n.35, 2002. Disponível em <<http://www.sogesp.com.br/protocolos/atualizacao/atualizacao28.html>> Acesso em: 10 de jul. de 2010.
- VOLKMER, V. **Significados de maternidade para mulheres com trajetória reprodutiva marcada por perdas gestacionais recorrentes**. 2009.214f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.
- VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. **J Psychosom Res.** v.47, n.1, p.27-49, jul., 1999.
- WIMMER-PUCHINGER, B. **Schwangerschaft als krise**. Psychosoziale bedingungen von schwangerschafts komplikationen. Berlin: Springer 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva**. Geneva: WHO, 2006.

ZELLER, R.A.; CARMINES, E.G. **Measurement in the social sciences: the link between theory and data**. Cambridge: Cambridge University Press, 1980

ZINBARG, R.E.; REVELLE, W.; YOVEL, I. et al. Cronbach's , Revelle's , and McDonald's: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. **Psychometrika**. v.70, p.123-33, 2005.





**Apêndice A** – Instrumento de avaliação dos dados de identificação, socioeconômicos, demográficos e de função sexual.

**QUESTIONÁRIO SOBRE MUDANÇAS NA VIDA SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ**

A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO												
1. Nº do Questionário:	2. Data de aplicação: ___/___/_____	3. Entrevistador:										
4. Local da entrevista:												
B – DADOS DEMOGRÁFICOS		Tabulação										
5. Nome:												
6. Endereço: _____												
6.1 Cidade: _____												
7. Tel. contato: Fixo: ( )                      Celular: ( )                      Parente: ( )												
8. Data de nascimento: ___/___/_____	9. Qual é a sua idade? _____ anos											
10. Em relação a sua cor/raça, você se considera...	[1] Branca                      [4] Indígena [2] Negra                      [5] Amarela (oriental) [3] Parda                      [9] NR/NS											
C – DADOS SOCIOECONÔMICOS		Tabulação										
11. A respeito da sua situação conjugal, você...	[1] Casada [2] Vive com companheiro [3] Tem companheiro, mas não vive com ele [4] Não tem companheiro fixo [9] NR/NS											
12. Você estudou na escola?	[0] Não                                      [4] Ensino médio incompleto [1] Não, mas sabe ler e escrever      [5] Ensino médio completo [2] Ensino fundamental incompleto    [6] Nível superior incompleto [3] Ensino fundamental completo      [7] Nível superior completo											
13. Quais foram suas ocupações ao longo da vida?												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Ocupação</th> <th style="text-align: left;">Tempo (meses ou anos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13.1</td> <td>13.1a</td> </tr> <tr> <td>13.2</td> <td>13.2a</td> </tr> <tr> <td>13.3</td> <td>13.3a</td> </tr> <tr> <td>13.4</td> <td>13.4a</td> </tr> </tbody> </table>	Ocupação	Tempo (meses ou anos)	13.1	13.1a	13.2	13.2a	13.3	13.3a	13.4	13.4a	
Ocupação	Tempo (meses ou anos)											
13.1	13.1a											
13.2	13.2a											
13.3	13.3a											
13.4	13.4a											
14. Você possui renda mensal?	[1] Sim [2] Não											
15. Se você possui renda própria, o seu rendimento mensal é...	[1] Menos de 1 salário mínimo                      [5] De 3 a menos de 5 salários mínimos [2] 1 salário mínimo                                      [6] De 5 a menos de 10 salários mínimos [3] De 1 a menos de 2 salários mínimos            [7] De 10 ou mais salários mínimos [4] De 2 a menos de 3 salários mínimos            [9] NR/NS											
16. O rendimento total de todas as pessoas remuneradas da sua casa é...	[1] Menos de 1 salário mínimo                      [5] De 3 a menos de 5 salários mínimos [2] 1 salário mínimo                                      [6] De 5 a menos de 10 salários mínimos [3] De 1 a menos de 2 salários mínimos            [7] De 10 ou mais salários mínimos [4] De 2 a menos de 3 salários mínimos            [9] NR/NS											
<b>Escala para Classificação Econômica (ABEP, 2009)</b>												

17. Posse de itens	Não tem	T E M (quantidade)			
		1	2	3	4
TV em cores	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Vídeo cassete/DVD	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Rádios	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Banheiros	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Automóveis	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Empregadas mensalistas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Máquinas de lavar	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Geladeira	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Freezer (independente ou 2ª porta da geladeira)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>18. Quem é o chefe da Família?</b>		[1] Parceiro [2] Eu (a mesma) [3] Pai	[4] Outro familiar [5] Outros especificar _____		
<b>19. Instrução do Chefe da Família</b>					
[1] Analfabeto/ Até a 3ª Série Fundamental					[ ]
[2] 4ª Série Fundamental					[ ]
[3] Fundamental Completo					[ ]
[4] Médio Completo					[ ]
[5] Superior Completo					[ ]

D – DADOS DA FUNÇÃO SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ		Tabulação
<b>20. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?</b> _____ anos		
<b>21. No total, com quantos parceiros você teve relações sexuais até hoje (casuais ou regulares)?</b> _____ <i>Obs.: caso tenha dúvida para indicar um número exato, escolher uma das alternativas ao lado.</i>	[1] 1 parceiro [2] De 2 a 5 parceiros	[3] De 6 a 10 parceiros [4] Mais de 10 parceiros
<b>22. Esta gravidez foi desejada?</b>	[1] Sim [2] Não	
<b>23. Quanto tempo levou para engravidar sem evitar (sem método contraceptivo)?</b>	_____ meses	
<b>24. Você teve dificuldade em engravidar, mesmo querendo?</b>	[1] Sim [2] Não	
<b>25. Se sim, realizou tratamento para infertilidade (tratamento para engravidar) antes desta gravidez?</b>	[1] Sim [2] Não	
<b>26. Se realizou, isto influenciou na vida sexual?</b>	[1] Sua [2] Do seu parceiro	
<b>27. O que você acha sobre sexo durante a gravidez?</b>	[1] Poderia ser [2] Não deveria acontecer [3] Prejudicial ao bebê	[4] Prejudicial à mãe [5] Não tenho idéia a respeito [6] Outros _____
<b>28. Como você se sente sobre as mudanças do seu corpo durante a gravidez?</b> _____		
<b>29. O que seu parceiro acha sobre seu corpo? (o seu e não o dele!)</b> _____		
<b>30. Você teve algum problema durante a gravidez?</b> _____		

<p><i>Nas questões a seguir que tiverem itens a serem respondidos referentes aos períodos <b>antes da gravidez, primeiro, segundo ou terceiro trimestre de gestação</b>, favor considerar a mesma pergunta para cada período e preencher o espaço em colchete com o número indicado para cada resposta. Por exemplo: Você fumava antes da gravidez? Você fumava no 1º trimestre de gestação? Você fumava no 2º trimestre de gestação? Você tem fumado durante o 3º trimestre de gestação?</i></p>			
	<p>[1] <i>Sim</i> [2] <i>Não</i></p>	<p>[1] <i>Antes da gravidez</i> [1] <i>1º trimestre de gestação</i> [2] <i>2º trimestre de gestação</i> [2] <i>3º trimestre de gestação</i></p>	
<b>31. Com que frequência você tinha relação sexual?</b>	[1] Mais de uma vez ao dia	<b>31.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Uma vez ao dia	<b>31.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] 3 ou 4 vezes por semana	<b>31.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Duas vezes por semana	<b>31.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
	[5] Uma vez por semana		
<b>32. Com que frequência você sentia desejo sexual?</b>	[6] Uma vez a cada duas semanas	<b>32.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[7] Uma vez por mês	<b>32.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[8] Menos que uma vez ao mês	<b>32.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[9] Não tive relações sexuais	<b>32.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>33. Quem tinha a iniciativa para relação ou atividade sexual?</b>	[1] Sempre eu	<b>33.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Às vezes eu	<b>33.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] Meu parceiro e eu com a mesma frequência	<b>33.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Meu parceiro às vezes tinha iniciativa	<b>33.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
	[5] Meu parceiro sempre tinha iniciativa		
<b>34. Como você pensa que seu parceiro considera a relação sexual de vocês dois?</b>	[1] Extremamente insatisfatória	<b>34.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Moderadamente insatisfatória	<b>34.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] Pouco insatisfatória	<b>34.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Pouco satisfatória	<b>34.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
	[5] Moderadamente satisfatória		
<b>35. Em geral, quão satisfatória é para você sua relação sexual com seu parceiro?</b>	[6] Extremamente satisfatória	<b>35.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[7] Não sei	<b>35.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
		<b>35.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
		<b>35.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>36. Quando seu parceiro toma iniciativa na relação sexual de vocês, como você geralmente responde?</b>	[1] Extremamente insatisfatória	<b>36.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Moderadamente insatisfatória	<b>36.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] Pouco insatisfatória	<b>36.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Pouco satisfatória	<b>36.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
	[5] Moderadamente satisfatória		
	[6] Extremamente satisfatória		
	[7] Não sei		
	[1] Geralmente aceito com prazer		
	[2] Aceito com resistência		
	[3] Frequentemente recuso		
	[4] Geralmente recuso		
	[9] Não se aplica		

<b>37. Você teve secreta vaginal que dificultasse a relação sexual?</b>	[1] Sempre (mais de 90%)	<b>37.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Geralmente (75%)	<b>37.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] Algumas vezes (50%)	<b>37.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Raramente (menos de 25%) [5] Muito raramente (menos de 10%) [6] Nunca	<b>37.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>38. Você tem dor genital durante o ato sexual?</b>	[1] Sempre (mais de 90%)	<b>38.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Geralmente (75%)	<b>38.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] Algumas vezes (50%)	<b>38.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Raramente (menos de 25%) [5] Muito raramente (menos de 10%) [6] Nunca	<b>38.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>39. Quem/Qual foi sua fonte de informação sobre gravidez e vida sexual?</b>	[1] Mãe [2] Parceiro [3] Amigo [4] Médico	[5] Enfermeira [6] Curso [7] Não recebeu informações [8] Outros _____	
<b>40. As roupas de grávida tornam as mulheres atraentes?</b>			
<b>41. Quando você teve a sua primeira relação sexual depois de saber que estava grávida?</b>			
<b>42. Você se sente estimulada durante a relação sexual?</b>	[1] Sempre (mais de 90% das vezes)	<b>42.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] Geralmente (75%)	<b>42.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] Às vezes (50%)	<b>42.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] Raramente (menos de 25%) [5] Muito raramente (menos de 10%) [6] Nunca	<b>42.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>43. Quanto tempo duram as preliminares (“momentos que antecedem o ato sexual propriamente dito”)?</b>	[1] Menos de 1 minuto	<b>43.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] 1 a 3 minutos	<b>43.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] 4 a 6 minutos	<b>43.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] 7 a 10 minutos [5] 11 a 15 minutos [6] 16 a 30 minutos [7] 30 minutos a 1 hora	<b>43.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>44. Quanto tempo dura o ato sexual?</b>	[1] Menos de 1 minuto	<b>44.1</b> [ ] Antes da gravidez	
	[2] 1 a 2 minutos	<b>44.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
	[3] 2 a 4 minutos	<b>44.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
	[4] 4 a 7 minutos [5] 7 a 10 minutos [6] 10 a 15 minutos [7] 15 a 20 minutos [8] 20 a 30 minutos [9] Mais de 30 minutos	<b>44.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>45. Em quais destas opções você experimenta o orgasmo (“clímax”)?</b> <i>Obs.: Pode indicar mais de uma opção para cada período.</i>		Antes da gravidez <b>45.1a</b> [ ] <b>45.1b</b> [ ] <b>45.1c</b> [ ]	
	[1] Masturbação	1º trimestre de gestação <b>45.2a</b> [ ] <b>45.2b</b> [ ] <b>45.2c</b> [ ]	
	[2] Preliminares com meu parceiro	2º trimestre de gestação <b>45.3a</b> [ ] <b>45.3b</b> [ ] <b>45.3c</b> [ ]	
	[3] Durante o sexo com meu parceiro [4] Não tenho orgasmo	3º trimestre de gestação <b>45.4a</b> [ ] <b>45.4b</b> [ ] <b>45.4c</b> [ ]	

<b>46. Quais as posições que você adotou durante a gravidez?</b> <i>Obs.: Pode indicar mais de uma opção para cada período.</i>	[1] O homem por cima [2] A mulher por cima [3] Lado a lado [4] Outras variedades	Antes da gravidez <b>46.1a</b> [ ] <b>46.1b</b> [ ] <b>46.1c</b> [ ] <b>46.1d</b> [ ]	
		1º trimestre de gestação <b>46.2a</b> [ ] <b>46.2b</b> [ ] <b>46.2c</b> [ ] <b>46.2d</b> [ ]	
		2º trimestre de gestação <b>46.3a</b> [ ] <b>46.3b</b> [ ] <b>46.3c</b> [ ] <b>46.3d</b> [ ]	
		3º trimestre de gestação <b>46.4a</b> [ ] <b>46.4b</b> [ ] <b>46.4c</b> [ ] <b>46.4d</b> [ ]	
<b>47. Você tem medo de manter relações sexuais?</b>	[1] Sempre (mais de 90% das vezes) [2] Geralmente (75%) [3] Às vezes (50%) [4] Raramente (menos de 25%) [5] Muito raramente (menos de 10%) [6] Nunca	<b>47.1</b> [ ] Antes da gravidez	
		<b>47.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
		<b>47.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
		<b>47.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
		<b>48.1</b> [ ] Antes da gravidez	
		<b>48.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
<b>48. Seu parceiro já experimentou episódio de não manter a ereção (“falhou”)?</b>	[1] Sempre (mais de 90% das vezes) [2] Geralmente (75%) [3] Às vezes (50%) [4] Raramente (menos de 25%) [5] Muito raramente (menos de 10%) [6] Nunca	<b>48.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
		<b>48.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
		<b>49.1</b> [ ] Antes da gravidez	
		<b>49.2</b> [ ] 1º trimestre de gestação	
		<b>49.3</b> [ ] 2º trimestre de gestação	
		<b>49.4</b> [ ] 3º trimestre de gestação	
<b>49. Seu parceiro já gozou antes de ter ereção completa (“ejaculação precoce”)?</b>	[1] Sempre (mais de 90% das vezes) [2] Geralmente (75%) [3] Às vezes (50%) [4] Raramente (menos de 25%) [5] Muito raramente (menos de 10%) [6] Nunca		

<b>E – ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA – IFSF / FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)</b>		<b>Tabulação</b>
<p><i>Estas perguntas são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. As definições (explicações) que seguem são aplicadas para responder o questionário:</i></p> <p><i>Atividade sexual: pode incluir carícias, estimulação sexual preliminar, masturbação e coito vaginal.</i></p> <p><i>Relação sexual é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina.</i></p> <p><i>Estimulação sexual: inclui estimulação sexual preliminar com o parceiro, auto-erotismo (masturbação) ou fantasia sexual.</i></p> <p><i>O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.</i></p>		
<b>68. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?</b>	<input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos do que a metade do tempo) <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	
<b>69. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?</b>	<input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou nenhum	
<p><i>A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.</i></p>		
<b>70. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?</b>	<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	

<p><b>71. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>nível (grau)</u> de excitação sexual durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Muito alto  <input type="checkbox"/> Alto  <input type="checkbox"/> Moderado  <input type="checkbox"/> Baixo  <input type="checkbox"/> Muito baixo ou nenhum</p>	
<p><b>72. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu <u>grau</u> de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Altíssima confiança  <input type="checkbox"/> Alta confiança  <input type="checkbox"/> Moderada confiança  <input type="checkbox"/> Baixa confiança  <input type="checkbox"/> Baixíssima ou nenhuma confiança</p>	
<p><b>73. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você ficou satisfeita com seu <u>nível (grau)</u> de excitação durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca</p>	
<p><b>74. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca</p>	
<p><b>75. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o <u>grau</u> de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível  <input type="checkbox"/> Muito difícil  <input type="checkbox"/> Difícil  <input type="checkbox"/> Pouco difícil  <input type="checkbox"/> Nada difícil</p>	
<p><b>76. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca</p>	
<p><b>77. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o <u>grau</u> de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível  <input type="checkbox"/> Muito difícil  <input type="checkbox"/> Difícil  <input type="checkbox"/> Pouco difícil  <input type="checkbox"/> Nada difícil</p>	
<p><b>78. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que <u>freqüência</u> você atingiu o orgasmo (clímax)?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca</p>	
<p><b>79. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o <u>grau</u> de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível  <input type="checkbox"/> Muito difícil  <input type="checkbox"/> Difícil  <input type="checkbox"/> Pouco difícil  <input type="checkbox"/> Nada difícil</p>	

<p><b>80. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o <u>grau</u> de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Muito satisfeita  <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita  <input type="checkbox"/> Indiferente  <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita  <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>	
<p><b>81. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o <u>grau</u> de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual  <input type="checkbox"/> Muito satisfeita  <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita  <input type="checkbox"/> Indiferente  <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita  <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>	
<p><b>82. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o <u>grau</u> de satisfação na relação sexual com seu parceiro?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita  <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita  <input type="checkbox"/> Indiferente  <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita  <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>	
<p><b>83. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o <u>grau</u> de satisfação com sua vida sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita  <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita  <input type="checkbox"/> Indiferente  <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita  <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>	
<p><b>84. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>frequência</u> você sentiu desconforto ou dor <u>durante</u> a penetração vaginal?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Não houve tentativa de penetração  <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca</p>	
<p><b>85. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>frequência</u> você sentiu desconforto ou dor <u>após</u> a penetração vaginal?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Não houve tentativa de penetração  <input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)  <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca</p>	
<p><b>86. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>grau (nível)</u> de desconforto ou dor <u>durante ou após</u> a penetração vaginal?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Não houve tentativa de penetração  <input type="checkbox"/> Altíssimo  <input type="checkbox"/> Alto  <input type="checkbox"/> Moderado  <input type="checkbox"/> Baixo  <input type="checkbox"/> Baixíssimo ou nenhum</p>	



**Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidada a participar do Projeto de Pesquisa “Validação do *Gokyildiz Questionnaire Form* sobre as mudanças na vida sexual durante a gravidez”, cujo objetivo é validar a versão adaptada do instrumento *Gokyildiz Questionnaire Form* em uma amostra de primigestas do município de Rio Branco, Acre. Além disso, estaremos obtendo informações socioeconômicas, demográficas e de seus hábitos de vida. Estão garantidas todas as informações que você queira sobre o projeto antes, durante e depois do estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária, não incorrerá em custos pessoais, nem tampouco em qualquer tipo de remuneração, e não haverá riscos dela decorrentes. Qualquer informação divulgada em relatório ou publicação garantirá a confidencialidade de seus dados pessoais. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo e de retirar seu consentimento a qualquer momento.

O projeto está sendo realizado pela pesquisadora Thatiana Lameira Maciel, professora da Universidade Federal do Acre (UFAC), podendo a mesma ser contatada para qualquer tipo de esclarecimento por e-mail: [thatianalameira@hotmail.com](mailto:thatianalameira@hotmail.com) ou pelos telefones (68) 9999-9696/ (68) 3225-3048.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e os objetivos do estudo do qual fui convidada a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Assinatura do entrevistado

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do pesquisador

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Apêndice C – Solicitação de autorização a autora Sule Gokyildiz

Article The Effects of Pregnancy on Sexual Life

De: **Thatiana Lameira Maciel** (thatianalameira@hotmail.com)

Enviada: domingo, 20 de junho de 2010 13:24:59

Para: [sulegok@mynet.com](mailto:sulegok@mynet.com)

---

Dear Sule Gokyildiz

My name is Thatiana Lameira Maciel, nurse and I'm student at University of Acre, Rio Branco, Brazil, doing master course about Collective Health, under of teacher the orientacion Gina Torres Rego Monteiro.

As I'm developing my master dissertacion project to do a research on sexuality on pregnancy. I was working on a research for my dissertation at the Pubmed Website and reading your article: **THE EFFECTS OF PREGNANCY ON SEXUAL LIFE.**

The article is very interesting for my project.

I'm very interested in apply this questionnaire in my city.

I read the full article in internet but I would like to have access to the full questionnaire (with 63 questions), because I have only some questions.

I'm writing this e-mail to show my interest in working with the questionnaire you have developed.

So, that I would like to ask you:

Have the questionnaire been translated to Portuguese?

Have the questionnaire been adapted to Brazilian population?

Would you kindly consent on the translation, validation and use of your questionnaire in Brazil?

I would like to know if you kindly send me the full questionnaire in English by email?

Thanks a lot for your attention.

I wait your answer.

Sinceraly,

Thatiana Lameira Maciel

---

VEJA TODOS OS SEUS EMAILS DE VÁRIAS CONTAS COM UM SÓ LOGIN. [CLIQUE AQUI E VEJA COMO.](#)

---



**ANEXO A – PREGNANCY AND SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE**

1. Name-Surname:

2. Age:

3. Education:

4. Profession:

5. Marital status:

6. Did you want this pregnancy?

1. Yes

2. No

7. If you say yes, how long did you wait to get pregnant without contraception?

8. Did you receive a treatment for infertility before this pregnancy?

1. Yes

2. No

9. If you say yes, did it affect your sexual life?

1. You

2. Your partner

10. What do you think about sexuality and pregnancy?

1. may be

2. shouldn't be

3. harmful to baby

4. harmful to mother

5. not have an idea

6. other

11. Overall, how satisfactory to you is your sexual relationship with your partner?

1. Extremely unsatisfactory ( ) Before pregnancy

2. Moderately unsatisfactory ( ) I. Trimester

3. Slightly unsatisfactory ( ) II. Trimester

4. Slightly satisfactory ( ) III. Trimester
5. Moderately satisfactory
6. Extremely satisfactory
12. Overall, how satisfactory do you think your sexual relationship is to your partner?
1. Extremely unsatisfactory ( ) Before pregnancy
2. Moderately unsatisfactory ( ) I. Trimester
3. Slightly unsatisfactory ( ) II. Trimester
4. Slightly satisfactory ( ) III. Trimester
5. Moderately satisfactory
6. Extremely satisfactory
13. When your partner makes sexual advances, how do you usually respond?
1. Usually accept with pleasure ( ) Before pregnancy
2. Accept reluctantly ( ) I. Trimester
3. Often refuse ( ) II. Trimester
4. Usually refuse ( ) III. Trimester
14. How frequently do you have sexual intercourse?
1. More than once a day ( ) Before pregnancy
2. Once a day ( ) I. Trimester
3. 3 or 4 times a week ( ) II. Trimester
4. Twice a week ( ) III. Trimester
5. Once a week
6. Once every two weeks
7. Once a week
8. Less than once a month
9. Not at all
15. Who initiates having sexual intercourse or activity?
1. I always do ( ) Before pregnancy

2. I usually do ( )I. Trimester
3. My partner and I each initiate ( )II. Trimester  
about equally often ( )III. Trimester
4. My partner usually does
5. My partner always does
16. How frequently do you feel sexual desire?
1. More than once a day ( ) Before pregnancy
2. Once a day ( ) I. Trimester
3. 3 or 4 times a week ( ) II. Trimester
4. Twice a week ( ) III. Trimester
5. Once a week
6. Once every two weeks
7. Once a week
8. Less than once a month
9. Not at all
17. How long does it take to foreplay?
1. Less than 1 minute ( ) Before pregnancy
2. 1-3 minute ( ) I. Trimester
3. 4-6 minute ( ) II. Trimester
4. 7-10 minute ( ) III. Trimester
5. 11-15 minute
6. 16-30 minute
7. 30 minute-1 hour
18. Do you feel stimulation during intercourse?
1. Always, much than 90% ( ) Before pregnancy
2. Usually, 75% ( ) I. Trimester

3. Sometimes, 50% ( ) II. Trimester

4. Rarely, less than 25% ( ) III. Trimester

5. Very rarely, less than 10%

6. Not at all

19. How long does it take to coitus?

1. Less than 1 minute ( ) Before pregnancy

2. 1-2 minute ( ) I. Trimester

3. 2-4 minute ( ) II. Trimester

4. 4-7 minute ( ) III. Trimester

5. 7-10 minute

6. 10-15 minute

7. 15-20 minute

8. 20-30 minute

20. Does your partner experience erectile dysfunction?

1. Always, much than 90% ( ) Before pregnancy

2. Usually, 75% ( ) I. Trimester

3. Sometimes, 50% ( ) II. Trimester

4. Rarely, less than 25% ( ) III. Trimester

5. Very rarely, less than 10%

6. Not at all

21. Does your partner experience ejaculation before full erection?

1. Always, much than 90% ( ) Before pregnancy

2. Usually, 75% ( ) I. Trimester

3. Sometimes, 50% ( ) II. Trimester

4. Rarely, less than 25% ( ) III. Trimester

5. Very rarely, less than 10%

6. Not at all





26. Who/What is your source of information about pregnancy and sexual life?

1. Mother
2. Partner
3. Friend
4. Doctor
5. Nurse
6. Course
7. Others

27. When did you experience first coitus after you learned pregnancy?

28. Which positions do you experience during pregnancy?

1. Male superior ( ) Before pregnancy
2. Female superior ( ) I. Trimester
3. Side by side ( ) II. Trimester
4. Variety ( ) III. Trimester

29. Did you experience any problem during pregnancy?

30. What do you feel about your body?

31. What does your husband feel about your body?

32. Does pregnant clothes make women attractive?

**ANEXO B - Autorização da autora Sule Gokyildiz**

about questionnaire form (The effects of pregnancy on sexual life)

De: **Sule Gokyildiz** (sulegokyildiz@yahoo.com)  
Enviada: segunda-feira, 21 de junho de 2010 10:37:10  
Para: thatianalameira@hotmail.com

---

Dear Thatiana Lameira Maciel,  
I and Prof. Beji talked about "questionnaire form".  
We will translate our questionnaire form to English in a week and I will send it to you for your thesis.  
If you have any questions, please write me any time.  
Thank you for your interest.

Sincerely  
Sule Gokyildiz

---

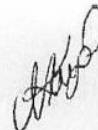
Dear Thatiana Lameira,

Thank you for your interest our "Pregnancy and Sexual Function Questionnaire". You may indeed use "Pregnancy and Sexual Function Questionnaire". We would appreciate hearing of your results in your studies.

Best luck.



Sule GOKYILDIZ



Nezihe KIZILKAYA BEJI

**ANEXO C – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)****DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO**

O Projeto de Pesquisa: “**Validação do Gokyildiz Questionnaire Form sobre as mudanças na vida sexual durante a gravidez**” protocolado sob o nº23107.017408/2010-16 da Pesquisadora **Thatiana Lameira Maciel**, após submetido a este Comitê na reunião do dia 18/11/2010 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, o pesquisador deverá trazer ao CEP/UFAC relatórios trimestrais e final, a fim de receber a aprovação final da pesquisa para posterior publicação.

Rio Branco-Acre, 22 de novembro de 2010.

  
Ester de Siqueira Pessoa  
Coordenadora do CEP-UFAC