

FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES

**SATISFAÇÃO E RESPOSTA SEXUAL FEMININA NA GRAVIDEZ: uma avaliação
pelo quociente sexual – versão feminina**

BRASÍLIA – DF, 2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES

**SATISFAÇÃO E RESPOSTA SEXUAL FEMININA NA GRAVIDEZ: uma avaliação
pelo quociente sexual – versão feminina**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana Pirani Carneiro
Co - Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Manso
Melchiades Nozima

BRASÍLIA – DF, 2021

FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES

**SATISFAÇÃO E RESPOSTA SEXUAL FEMININA NA GRAVIDEZ: uma avaliação
pelo quociente sexual – versão feminina.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 23 de Abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Fabiana Pirani Carneiro
(Presidente)
Universidade de Brasília

Prof.ª Dr.º Andersen Charles Darós (Banca 1)
(Membro Titular Interno)
Universidade de Brasília

Prof.ª Dr.ª Silvia Badim Marques (Banca 2)
(Membro Titular Externo)
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a todas as mulheres, em especial a todas que me antecederam por terem atravessado essa incrível jornada da vida e por nos proporcionarem a abertura de caminho, na busca pelo empoderamento feminino de forma saudável e curativa.

Dedico as mulheres que fazem parte de toda a minha ancestralidade e pelas minhas antepassadas, em especial: a minha avó materna Maria de Lourdes, a minha amada mãe Marilene Carobas, a minha mãe afetiva Corina Aires por me ensinarem tanto sobre os desafios e as maravilhas de ser mulher.

Dedico a minha irmã Karina Aires, pois a nossa união nos proporcionou a superação de qualquer obstáculo, por sermos tão fortes e corajosas, por você ter me inspirado nas minhas tomadas de decisões durante a minha caminhada, mesmo quando eu pensava que não iria sustentar e conseguir.

Dedico a todas as mulheres que tive a oportunidade de auxiliar na redescoberta da feminilidade, sexualidade, prazer e satisfação através do Tantra, do Pompoarismo, Terapias Sexuais, Meditação, Renascimento e da Doulagem.

Dedico a todas, todes e todos, para que possam se permitir e redescobrir a sexualidade em sua totalidade, desvinculada da deseducação sexual, para que vivenciem a experiência da sexualidade saudável e positiva, com prazer e satisfação, pois a sexualidade reflete e em todos os ciclos da vida e em todos os outros aspectos da vida, saúde, bem-estar e qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a espiritualidade, a todos os meus mentores e mentoras espirituais, aos meus guias, ao xamã Cavalo Doido, ao César, aos meus dirigentes espirituais Irmão In. Juliano e Irmão In. Tanyr e toda a minha ancestralidade, por me oportunizarem desfrutar dessa jornada e realizar esse sonho de concluir a minha formação no Mestrado com ênfase na área de comportamento sexual humano.

Agradeço ao meu Pai afetivo e do coração, Manoel Jerônimo, por ter tido a oportunidade de nos perdoarmos e vivenciarmos tantos momentos especiais em diversas etapas da vida, por sempre ter confiado em mim, por ter me apoiado e me inspirado a vencer e superar cada obstáculo.

Às todas mulheres gestantes participantes voluntárias e anônimas, que contribuíram e participaram deste estudo, a todas vocês a minha admiração e respeito, principalmente aquelas que acompanharam essa grande emoção que foi o meu Mestrado, pois contribuíram para continuidade desse sonho.

Aos meus amigos, em especial aqueles que se tornaram irmãos que a espiritualidade me emprestou, Petruska, Francisca, Débora, Weila, Tatiane, Aryane, Helena, Keila, Marcelo, Diogo, João Paulo, Rodrigo, entre tantas outras pessoas queridas, pois são fontes de inspiração para eu continuar contribuindo com esse conhecimento incrível de empoderamento sexual.

Agradeço carinhosamente a minha primeira orientadora Prof^a. Dr^a. Vania Moraes pela oportunidade de vivenciar essa incrível e desafiadora experiência que o mestrado oportuniza, com muito aprendizado, superação e inspiração.

À minha segunda orientadora Fabiana Pirani, por ter aceitado o convite de ter dado continuidade nessa minha jornada. À minha Co-Orientadora, Adriana Melchiades por me inspirar com o seu comprometimento e dedicação profissional e por todo suporte oferecido. À minha professora e orientadora da especialização Prof^a. Dr^a. Rafaela Caetano, e aos professores da UnB, Fátima, João Batista, João, Rivadávio, Alessandra, Karina, Silvia Badim, a minha amiga de Mestrado Ana Suzana e aos secretários do programa, e em especial ao Alessandro.

Agradeço imensamente a todas, todes e todos, que de alguma forma me inspiraram, acreditaram no meu potencial e capacidade, por toda forma de apoio e contribuição, para chegar até aqui e não desistir, por toda motivação e por me

fazerem confiar que dias melhores sempre chegam e que nunca estamos sozinhos, a vocês meu grande respeito e admiração para chegar aqui.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

“O sexo é o centro biológico mais profundo dentro de você. As células básicas do seu ser, do seu corpo, são sexuais; cada uma de suas células é uma célula sexual; todo o seu corpo é um fenômeno da energia sexual - energia básica pela qual você nasceu e com a qual você nasceu”.

(OSHO)

RESUMO

INTRODUÇÃO: as mudanças que ocorrem na gravidez podem desencadear a necessidade de adaptações e ações educativas de saúde para que a gestante continue vivenciando a sexualidade de forma saudável na gravidez. O presente estudo teve por objetivo avaliar o desempenho e satisfação da função sexual de mulheres no período gravídico assistidas no pré-natal em Unidade Básica de Saúde (UBS). **MÉTODOS:** trata-se de um estudo transversal, descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 61 gestantes, de risco habitual, atendidas na Rede de Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde- SUS, em unidade básica de saúde de Ceilândia-DF. Após a coleta e a tabulação dos dados armazenados em forma de planilha eletrônica, utilizou-se a Estatística Clássica Excel para análise descritiva. Os dados foram coletados de 30 de outubro de 2019 a março de 2020, sendo utilizados dois instrumentos: Q1, para caracterização das variáveis sociodemográficas/ginecológicas; Q2, para avaliar os domínios da função e satisfação sexual feminina na gravidez, pela escala Quociente Sexual – Versão Feminina (ABDO, 2006). **RESULTADOS:** as gestantes apresentavam idade média de 27 anos, a maioria era nascida em Ceilândia, parda, casada ou em união estável, sem renda ou com renda de até um salário mínimo e cursaram o ensino médio completo. Quanto aos dados ginecológicos/obstétricos, a maioria era multigesta, não desejava engravidar no momento, era Cis heterossexual, praticou sexo na gestação anterior, não praticava masturbação (antes ou na gravidez) e não relatou nenhum tipo de infecção sexualmente transmissível (IST). A maioria das participantes referiu que os profissionais de saúde não abordavam a temática sexualidade na gestação durante as consultas do pré-natal. Com relação aos domínios da resposta sexual pelo Q2, a grande maioria (81,97%) das gestantes teve desempenho sexual satisfatório na gravidez, sendo que 52,46% teve desempenho bom à excelente e 29,51% respondeu ter desempenho de regular a bom. A minoria das mulheres gestantes (18%) obteve no resultado final do QS-F, um escore abaixo de 60 pontos, sendo que 7 (11,48%) tiveram desempenho desfavorável à regular, 3 (5%) tiveram desempenho ruim à desfavorável, e apenas 1 (1,62%) teve o escore nulo à ruim, por não ter respondido as questões referentes ao QS-F. Com relação aos cinco domínios da resposta sexual a maioria das gestantes respondeu que: há desejo e interesse sexual em pelo menos 50% das vezes; as preliminares sempre estimulam; excitação e sintonia com o parceiro ocorre sempre; há dor na relação em menos de 50% das vezes; e orgasmo e satisfação ocorrem na maioria das vezes ou sempre. A minoria das mulheres gestantes referiu ter uma ou mais disfunções sexuais, sendo que as disfunções sexuais que prevaleceram foram dispareunia, disfunção do desejo sexual hipoativo e anorgasmia, disfunção de excitação e o vaginismo. **CONCLUSÃO:** os resultados deste estudo confirmam que mulheres gestantes podem continuar tendo um bom funcionamento da função sexual na gravidez, assim como satisfação e bons resultados nos domínios referentes a resposta sexual feminina apesar da falta de abordagem da temática pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Sexualidade; Comportamento Sexual; Resposta Sexual; Gestação; Pré-natal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the changes that occur during pregnancy may require adaptations and health education actions so that pregnant women continue to experience sexuality in a healthy way during pregnancy. The present study aimed to evaluate the performance and satisfaction of the sexual function of pregnant women assisted in prenatal care at a Basic Health Unit (UBS). **METHODS:** this is a cross-sectional, descriptive, exploratory study with a quantitative approach. The sample consisted of 61 pregnant women, of usual risk, assisted in the Primary Health Care Network of the public health system, in a basic health unit in Ceilândia-DF. After collecting and tabulating the data stored in the form of an electronic spreadsheet, Excel Classical Statistics was used for descriptive analysis. Data were collected from October 30, 2019 to March 2020, using two instruments: Q1, for characterization of sociodemographic/gynecological variables; Q2, to assess the domains of female sexual function and satisfaction during pregnancy, using the Sexual Quotient scale – Female Version (ABDO, 2006). **RESULTS:** the pregnant women had an average age of 27 years, most patients were born in Ceilândia, married or in a stable union, with no income or with an income of up to one minimum wage, and had completed high school. As for gynecological/obstetric data, most patients were multigesta, did not want to become pregnant at the time, were heterosexual, had sex in the previous pregnancy, did not practice masturbation (before or during pregnancy) and did not report any type of sexually transmitted infection (STI). Most participants reported that health professionals did not address the topic of sexuality in pregnancy during prenatal consultations. Regarding the domains of sexual response by Q2, the vast majority (81.97%) of pregnant women had satisfactory sexual performance during pregnancy, with 52.46% having good to excellent performance and 29.51% reported having regular performance at well. A minority of pregnant women (18%) obtained in the final result of the QS-F, a score below 60 points, with 7 (11.48%) having unfavorable to regular performance, 3 (5%) had poor to unfavorable performance, and only 1 (1.62%) had a null to bad score, for not having answered the questions related to the QS-F. Regarding the five domains of sexual response, most pregnant women responded that: there is sexual desire and interest in at least 50% of the time; excitement with the partner always occurs; there is pain in the relationship less than 50% of the time; and orgasm and satisfaction occur most or all of the time. A minority of pregnant women reported having one or more sexual dysfunctions, and the prevailing sexual dysfunctions were dyspareunia, hypoactive sexual desire dysfunction, anorgasmia and vaginismus. **CONCLUSION:** the results of this study confirm that pregnant women can continue to have a good functioning of the sexual function during pregnancy, as well as satisfaction and good results in the domains related to female sexual response, despite the lack of approach to the theme by the health professionals.

Keywords: Sexuality; sexual behavior; Sexual Response; Pregnancy; Prenatal.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
CODEPLAN.....	Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central
PDAD	Pesquisa por Amostra de Domicílios
DEO	Desejo, Excitação e Orgasmo
DEOR.....	Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução
DF	Distrito Federal
EPOR	Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução
FM	Faculdade de Medicina
HC	Hospital das Clínicas
IPq	Instituto de Psiquiatria
IST.....	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS.....	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ProSex	Programa de Estudos em Sexualidade
QSF.....	Quociente Sexual Feminino
QV	Qualidade de Vida
RA	Região Administrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - As três ondas do Feminismo.....	18
Figura 2 - Aspectos e Contextos da Sexualidade.....	19
Figura 3 - Os 9 Componentes da Sexualidade Humana	19
Figura 4 - Modelo clássico de Resposta Sexual Humana	20
Figura 5 - Os modelos lineares de Resposta Sexual Humana	22
Figura 6 - Aspectos excitatórios e supressores sexuais da fase “desejo” do modelo de Resposta Sexual proposto por Kaplan (1999)	23
Figura 7 - Modelo de Resposta Sexual Circular Basson (2001)	24
Figura 8 - Novos conceitos do modelo de Resposta Sexual Circular.....	25
Figura 9 - Alterações das Definições das Disfunções Sexuais Femininas pelos Manuais de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)	27
Figura 10 - Os Direitos Reprodutivos	32
Figura 11 - Os Direitos Sexuais	32
Figura 12 - O papel da Atenção Básica em relação à Saúde Sexual e Reprodutiva	33
Figura 13 - Fluxograma do estudo	52
Figura 14 - Estado Civil das participantes do estudo	55
Figura 15 - Situação Conjugal das participantes	55
Figura 16 - Histograma da idade de início da atividade sexual das participantes ...	58
Figura 17 - Resultados dos domínios da resposta sexual (Q ¹) por idade gestacional	61
Figura 18 - Conversa sobre sexualidade na gestação incluindo a abordagem do profissional de saúde	62
Figura 19 – Resultados dos Domínios do QS-F por Idade Gestacional	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da População de Ceilândia- DF segundo o sexo (feminino/masculino)	45
Tabela 2 - Perfil social das gestantes entrevistadas (n=61)	53
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfico da amostra de gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal de risco habitual em Unidade Básica de Saúde.....	54
Tabela 4 - Caracterização dos hábitos de vida e patologias das gestantes participantes	56
Tabela 5 - Caracterização de dados (gineco-obstétricos) da amostra total de gestantes entrevistadas que fazem acompanhamento de pré-natal de risco habitual em Unidade Básica de Saúde	57
Tabela 6 - Caracterização da vida sexual de gestantes em risco habitual	59
Tabela 7 - História Sexual e Domínios da Resposta Sexual (Q1) das gestantes atendidas em UBS	60
Tabela 8 - Função sexual de mulheres no ciclo gravídico pelo QS-F	63
Tabela 9 - Respostas das gestantes em acompanhamento de Pré-natal em UBS ao QS-F.....	65
Tabela 10 - Respostas do Desejo e Interesse Sexual de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F	66
Tabela 11 - Respostas dos aspectos das Preliminares de gestantes atendidas em UBS obtidos (QS-F)	67
Tabela 12 - Respostas dos aspectos da Excitação da mulher e Sintonia com o parceiro de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F.....	68
Tabela 13 - Respostas dos aspectos do conforto na relação sexual de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F.....	69
Tabela 14 - Respostas dos aspectos do Orgasmo e Satisfação Sexual de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F	70
Tabela 15 - Desempenho da Disfunção sexual de mulheres no ciclo gravídico pelo QS-F e Idade Gestacional	71
Tabela 16 - Categorização das disfunções sexuais descritas pelas gestantes ...	72
Tabela 17 - Pontuação obtida no QS-F das gestantes com disfunções sexuais	73

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ASPECTOS E DEFINIÇÕES DA SEXUALIDADE HUMANA: com ênfase na sexualidade feminina	17
2.1 Resposta Sexual Humana: modelos e ciclos lineares	20
2.2 Modelo de Resposta Sexual Circular: com ênfase na resposta sexual feminina.....	23
2.3 Definições das Disfunções Sexuais Femininas	25
3 GESTAÇÃO	29
3.1 Alterações decorrentes do ciclo gravídico	29
3.2 Gestação, Sexualidade e Conjugalidade	30
3.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos	31
4 SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER GESTANTE E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ	35
4.1 Reforma Sanitária Brasileira	37
4.2 Atenção à saúde pública: atenção básica e primária de saúde	38
4.3 Políticas e Programas de Saúde da Mulher	39
4.4 Suporte do Profissional de saúde no atendimento as mulheres gestantes na atenção pré-natal	42
4.5 A seleção da Unidade Básica de Saúde nº 08 do Setor P. Norte (Ceilândia - DF)	44
5 JUSTIFICATIVA	46
6 OBJETIVOS	48
6.1 Geral	48
6.2. Específicos	48
7 METODOLOGIA	49
7.1 Tipo de Estudo	49
7.2 População do Estudo	49
7.3 Critérios de inclusão e exclusão	49
7.4 Instrumentos para coleta de dados	50
7.5 Análises estatísticas	51
8 RESULTADOS	52

8.1 Questionário 1 (Q ¹) – Avaliação das variáveis sociodemográfico, ginecológica, obstétrica e história sexual das gestantes participantes do estudo	53
8.1.1 Perfil sociodemográfico das gestantes participantes do estudo	53
8.1.2 Hábitos de vida, condições e comportamento de saúde	56
8.1.3 Dados ginecológicos e obstétricos	56
8.1.4 Dados da atividade e histórico sexual	57
8.1.5 Domínios da resposta sexual do questionário (Q ¹) – história sexual	59
8.1.6 Domínios da resposta sexual do questionário (Q ¹) – história sexual por idade gestacional	60
8.1.7 Conversa sobre o tema “sexualidade na gestação” pela abordagem do profissional e da paciente	61
8.2 Questionário 2 –QUOCIENTE SEXUAL – versão feminina (QS-F)	63
8.2.1 Desempenho da função sexual feminina	63
8.2.2 Resultados obtidos pelo QS-F	64
8.2.3 Avaliação geral do QS-F	64
8.3 Os cinco domínios da resposta sexual pelo QS-F	66
8.3.1 Desejo e interesse sexual	66
8.3.2 Preliminares	67
8.3.3 Excitação sexual e sintonia com o parceiro	67
8.3.4 Conforto na relação sexual	68
8.3.5 Orgasmo e satisfação sexual	70
8.4 Disfunção Sexual na Gestação	70
8.4.1 Disfunção sexual na gestação e idade gestacional	71
8.4.2 Avaliação Individual das gestantes com disfunção sexual	71
9 DISCUSSÃO	74
9.1 Discussão dos resultados questionário 1	74
9.2 Discussão do Método Quantitativo dos resultados do questionário 2 – quociente sexual – versão feminina (QS-F)	81
10 CONCLUSÕES	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	125
APÊNDICE B – Questionário 1 (Q ¹) Sociodemográfico	129
APÊNDICE C – Ficha de Identificação	133
APÊNDICE D – Análises Individuais das Gestantes com Disfunção Sexual	134

ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa- CEP	141
ANEXO 2 – Parecer de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	142
ANEXO 3 – Questionário 2 (Q²) – Quociente sexual – Versão Feminina (QS-F) ..	143

1 INTRODUÇÃO

A Sexualidade, atualmente é uma questão de saúde pública e de relevância na atenção básica à saúde integral, íntima, sexual e reprodutiva feminina em todas as fases da mulher, incluindo o ciclo gravídico. É uma das políticas centrais de atenção à saúde no Brasil e no mundo, e um direito fundamental a vida humana, (SAY et al., 2014; OMS, 2002).

Uma nova perspectiva de diálogo e sintonia entre sexualidade e gestação é relevante e merece destaque nos estudos e pesquisas relacionadas ao comportamento, resposta e satisfação sexual humana, pois se trata de garantir um direito que também influencia na promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida, além de minimizar os impactos de riscos e vulnerabilidades e problemas psicossociais, biológicos, físicos, relacionais (conjugais e afetivos) e culturais (WHO, 2006 p.5; DIAS; PRATA, 2008).

Historicamente, a sexualidade é repleta de mitos, crenças, controle e repressões, adquiridos e reproduzidos de geração em geração, acompanhados pelo medo, culpa e restrição de informações, que interferem diretamente no comportamento e na resposta sexual, refletindo agora (JESUS, 2000).

Dessa forma, esses aspectos normativos e reguladores, influenciaram no controle social da sexualidade, se tornando mais latente quando relacionado ao sexo feminino (RESSEL; SILVA, 2001), que por séculos, permaneceu somente como via para a reprodução, anulando qualquer associação em relação com a satisfação sexual, prazer e bem-estar.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde do inglês World Health Organization (WHO, 2006 p.5) a saúde sexual e reprodutiva é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processo e não de mera ausência de doença ou enfermidade”.

A promoção de saúde sexual e reprodutiva pode ser vivenciada de forma integral em todos os ciclos da vida humana, e apresenta benefícios para além da manutenção da atividade e da relação sexual. É um processo amplo que envolve relações afetivo-sexuais, orgânicas e psicossociais que refletem no comportamento sexual, e que está intimamente relacionada em qualquer ciclo da vida (FLORES; AMORIM, 2007; SOUSA et al., 2006).

Esse processo de promoção de saúde sexual abrange a interação dos aspectos biológicos, comportamentais, sociais, psicológicos, culturais e antropológicos, que possuem relação com a dimensão íntima, através da subjetividade de pessoas e suas relações com seus pares e com o mundo (RESSEL; GUALDA, 2003; DIAS; PRATA, 2008).

A sexualidade feminina vivenciada de forma segura e prazerosa no período gestacional de baixo risco habitual apresenta benefícios, que contribuem para o bem-estar, conexão e intimidade (JONES; CHAN; FARINE, 2011; MARTINS, 2007), é uma das formas de medir a qualidade de vida (PINHO; SIQUEIRA, 2006) e quando motivadas pelo impulso da libido, ativam também a busca pelo prazer, que é parte do ser humano e está presente em cada um de forma inerente (TAQUETE, 2008).

O exercício pleno da sexualidade e da atividade sexual no período gravídico-puerperal seja em solitude pela masturbação ou acompanhada, considerando para este estudo as relações heterossexuais com penetração, e entre outras formas, apresentam vários benefícios, que podem contribuir para a preparação e momento do parto, assim como no período da amamentação, além de melhorar a saúde emocional, aumentar a liberação do hormônio do Amor “Ocitocina”, aliviar a pressão, tonificar o útero, aliviar a depressão e melhora o humor configurando a satisfação sexual (DAVIS, 2017).

Por sua vez, a definição da resposta e satisfação sexual, se dá pelos aspectos específicos de vários domínios da atividade sexual da mulher, que podem ser subdivididos em cinco aspectos: desejo e interesse sexual, preliminares, excitação da mulher e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual e orgasmo e satisfação sexual, considerando os seus respectivos correlatos físicos e atividade sexual (ABDO, 2006).

Embora a sexualidade na gestação apresente benefícios para a mulher e para o momento do parto, existem lacunas no campo das pesquisas científicas que apresentam resultados da função sexual feminina abrangendo todos os trimestres gestacionais. Dessa forma, considerando o levantamento dessas lacunas, o presente estudo incluiu mulheres que estejam dentro dos três trimestres gestacionais e adotou a abordagem (quantitativa).

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar o desempenho e satisfação da função sexual de mulheres no período gravídico assistidas no pré-natal em Unidade Básica de Saúde.

O local de estudo escolhido foi à cidade de Ceilândia que é situada no Distrito Federal, capital do Brasil, que é a maior Região Administrativa – RA IX do DF e faz parte da inserção na Unidade de Planejamento Territorial Leste – UPT Leste, e em 26 de março de 2020, completou 49 anos de existência da cidade. O local do estudo está situado no bairro P. Norte que faz parte da definição de Ceilândia Tradicional (CODEPLAN, 2019).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 08 de Ceilândia, é pertencente à Região de Saúde Oeste. Antigamente era conhecida como os famosos Centros de Saúde, Postos de Saúde, Clínicas da Família, e atualmente são estabelecimentos de Atenção Primária de Saúde (APS), que tem a finalidade de cuidar da família, e em cada UBS tem as equipes de Estratégia Saúde da família - ESF (COSTA; CARBONI, 2009), que podem contar com o apoio das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica/ NASF-AB (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009b), e com equipe multidisciplinar, de acordo com as demandas em saúde.

A Atenção integral à saúde da mulher é desenvolvida a partir do acompanhamento da equipe de saúde articuladas na atenção ao ciclo gravídico individualmente nas consultas de pré-natal que atua na prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de saúde para gestante e seu filho (WHO, 2016). A equipe conta com o apoio de voluntários, e dos profissionais que atuam na UBS e redes sociais locais. É composto por um grupo heterogêneo, com gestantes de diversas classes sociais, escolaridade, idade, e trimestre gestacional e de residência urbana e rural, que são atendidas pelo estabelecimento de vinculação à unidade de referência da gestante em acompanhamento do pré-natal, realizada pela territorialização (BRASIL, 1997a).

A lei de vinculação já completou uma década, portanto em algumas cidades do Brasil, ainda não foi completamente implantada. A vinculação da gestante à unidade de referência na assistência pré-natal e na maternidade para o parto, em sua maioria são estabelecidas durante as consultas do pré-natal (LEAL, 2020; BRASIL, 2007, 1997a).

2 ASPECTOS E DEFINIÇÕES DA SEXUALIDADE HUMANA: com ênfase na sexualidade feminina

A sexualidade é um processo pelo qual viemos e um fator presente na vida de todos (ISNARDI, 1970; HEIBORN, 1997) e que faz parte das necessidades humanas (SANTOS 2009). É a partir dela que temos a possibilidade de ter uma história e a nossa própria existência, e que nos possibilita ser-no-mundo físico e inter-humano (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 57).

As discussões acerca dos conceitos de sexualidade apontam uma diversidade e nesse contexto nem sempre é claro e direta a definição terminológica para sexualidade (RAVAGNI, 2007). Em toda a história foram utilizados diferentes conceitos (MAROLA et al., 2011) e por isso iremos apresentar algumas ideias centrais sobre a sexualidade humana.

O conceito de sexualidade se solidificou no mundo por volta do século XIX, advindas de estudos acerca de saberes sexual e dos significados das práticas sexuais em uma perspectiva de construção da vertente cultural (CHAUÍ, 1985; FOUCAULT, 1988; MOTTIER, 2008). Segundo Ressel; Gualda (2003) a sexualidade ao contemplar uma construção cultural, será considerada a partir das vivências pessoais, os valores, crenças, mitos e preconceitos formados ao longo da vida.

Segundo Gagnon; Parker (1995), o período de 1890 a 1980 foi um marco para o período definido como “sexológico”, mesmo que com um número pequeno de pesquisadores e ativistas, desde esse período é presente o discurso sobre sexualidade.

Uma diversidade de fatores influencia para o desenvolvimento humano, e dentre eles, a sexualidade constitui um dos principais fatores do desenvolvimento humano (ISNARDI, 1970) e que ocorre em diversas etapas da vida, pois inicia com o nascimento e no decorrer da vida continua o seu processo de seu desenvolvimento (SANTOS, 2009; ISNARDI, 1970).

Dessa forma a sexualidade está presente em todas as fases do ciclo de vida humana e o seu desenvolvimento pode apresentar mudanças e variar de acordo com a idade, sexo, gênero, orientação sexual e condições de saúde (ISNARDI, 1970; HEIBORN; 1997).

Atualmente a sexualidade é reconhecida mundialmente e segundo (OMS, 2002) é um direito fundamental a vida humana com dimensões de Direitos Humanos

e de Cidadania, que estão garantidos por legislações internacionais e nacionais. (SAY et al., 2014; BRASIL, 2013).

A OMS define a sexualidade como parte integrante da vida de cada indivíduo pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992) englobando experiências afetivo-sexuais e vínculos que extrapolam a idéia permeada e associada por muito tempo ao coito, reprodução, presença e/ou ausência de orgasmo, e o sexo propriamente dito (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 57).

No Brasil os estudos referentes à sexualidade tiveram maior ênfase no período do século XX, fase marcada por uma série de movimentos feministas (FARAH, 2004; HEIBORN; 1997) configurados principalmente pelas três ondas do feminismo (Figura 1) e pelo próprio movimento de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arrômanticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais (LGBTQUIAPN+), que em seus respectivos movimentos e lutas buscaram pela garantia dos direitos sexuais e pela liberdade sexual das mulheres e da população LGBTI (CASTRO; MARQUES, 2018).

Figura 1 – As três ondas do Feminismo



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos referenciais teóricos.

Estudiosos da sexualidade em sua boa parte eram psicólogos, psicanalistas, historiadores, educadores, entre outras. Cabe ressaltar também o retorno do olhar das Ciências Sociais para as questões relacionadas à mulher e sexualidade. (COSTA; BARROSO; SARTI, 1985, p. 5-6).

Portanto, Maia (2012, 2014) define um dos conceitos mais amplos da sexualidade como um conjunto de sensações no corpo, subjetivas e de estímulos emocionais (Figura 1). Contudo, enfatiza que de uma maneira lógica não é cabível considerar isoladamente os aspectos emocionais, racionais, cognitivos e sociais, exatamente por isso reafirma que a sexualidade apresenta um conceito mais

abrangente (MAIA, 2011, 2014). Acerca da sexualidade, é possível definir que ela extrapola a ênfase no sexo e na procriação (VASCONCELOS, 1994).

Figura 2 – Aspectos e contextos da sexualidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos referenciais teóricos.

O sexo é um dos componentes da sexualidade humana, portanto, se diferencia do conceito de Sexualidade (Figura 2). Segundo Maia (2012) é a manifestação das práticas sexuais ou da relação sexual. A terminologia da palavra também é utilizada na categorização de pessoas em feminino e masculino, que poderia ser mais um componente da Sexualidade Humana.

Figura 3 - Os 9 Componentes da Sexualidade Humana



Fonte: Adaptado de Maia (2014, p. 2).

2.1 Resposta Sexual Humana: modelos e ciclos lineares

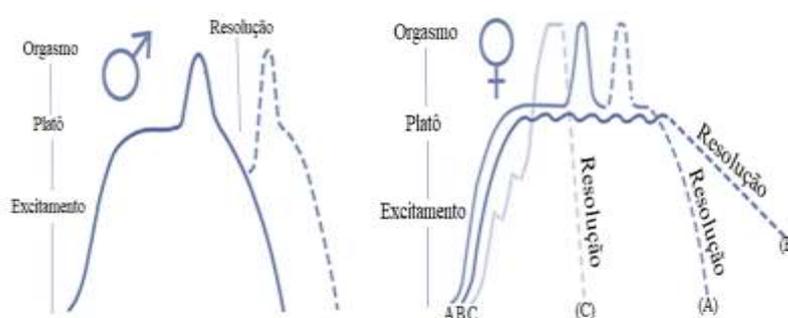
Os ciclos sexuais foram estudados e categorizados por diversos estudiosos da resposta sexual humana e seus respectivos domínios, no decorrer dos anos passaram por alterações tanto de nome, quanto de função. A primeira descrição dos ciclos de resposta sexual, foi realizada em 1897 e baseava-se em duas etapas correspondente aos aspectos fisiológico com ênfase no genital e da atividade sexual de vaso congestão e detumescência. (ELLIS, HAVENLOCK 1987).

Em meados dos anos 54, Masters; Johnson (1966) lançaram duas grandes obras, consideradas relevantes na área científica, clínica e psicológica, destacaram – se a primeira obra com o livro: A incompetência sexual, com a abordagem de técnicas de tratamento e aplicações clínicas, e a segunda que originaram o Relatório sobre a Resposta Sexual Humana (RSH), ficando reconhecidos mundialmente (KAPLAN, 1977), ambos com foco no genital.

Os modelos de resposta sexual humana de Masters; Johnson (1966) foram pioneiros e conhecidos mundialmente, pois esses estudos alinharam ciência, saúde e fases sistematizadas relacionados a resposta sexual (BOADELLA, 1985; GOMES, ALBURQUEQUE; NUNES, 1987; KAPLAN, 1999); SCHULLTHEIRS; GLINAS, 2010) período que durou por duas décadas (KAPLAN, 1977).

O modelo apresentado por Master; Johnson (1966) é um modelo multifásico, que apresenta diferença entre a resposta sexual masculina e feminina (Figura 4), classificados em três padrões A, B e C (BOOTH; EVERARD, 2002; CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006).

Figura 4 - Modelo clássico de Resposta Sexual Humana (Masters; Johnson, 1966)



Fonte: Adaptado de Cavalcanti; Cavalcanti (2006, p.53).

Após o reconhecimento do trabalho dos pioneiros Masters; Johnson (1966), outros autores receberam destaque nessa área da sexualidade, dentre eles os estudos de Kaplan (2013, 1979, 1974) e Basson (2000), Cavalcanti; Cavalcanti (2006) que contribuíram para melhor compreensão acerca da sexualidade humana, bem como para discussão e visibilidade da temática no campo da resposta sexual humana.

A partir dos anos 70, os estudos de Kaplan (1974, 1979), seguiram um modelo linear psicossomático, sendo adotado uma mudança no modelo de Masters; Johnson (1966) ao realizar a inclusão da fase “desejo” e a retirada a fase “platô” desenhadas por dois novos modelos (KAPLAN, 1977).

O primeiro modelo de Kaplan foi trifásico e estão descritos na (Figura 5), sendo eles definido pelas fases: Desejo, Excitação e Orgasmo – DEO (KAPLAN, 1974), e o segundo modelo após cinco anos alteração e foi incluído também a fase “resolução” compondo a seguinte sequência linear de resposta sexual: Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução – DEOR (KAPLAN, 1979) descritas na Figura 5. A Organização Mundial de Saúde - OMS (1993) aderiu o modelo de resposta sexual humana (RSH) advindo da junção dos modelos da RSH de Masters & Johnson e de Kaplan, para ser utilização na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Os ciclos de resposta sexual humano (RSH), adotaram um modelo clássico, caracterizado por um ciclo de fases, de uma sequência temporal e linear. Segundo Masters; Johnson (1966) o modelo pioneiro adotou essa sequência em 4 fases: Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução – EPOR (MASTERS et al., 1981; HEIMAN. LOPICCOLO, 1992), essas respostas sexuais estão descritas na (Figura 5).

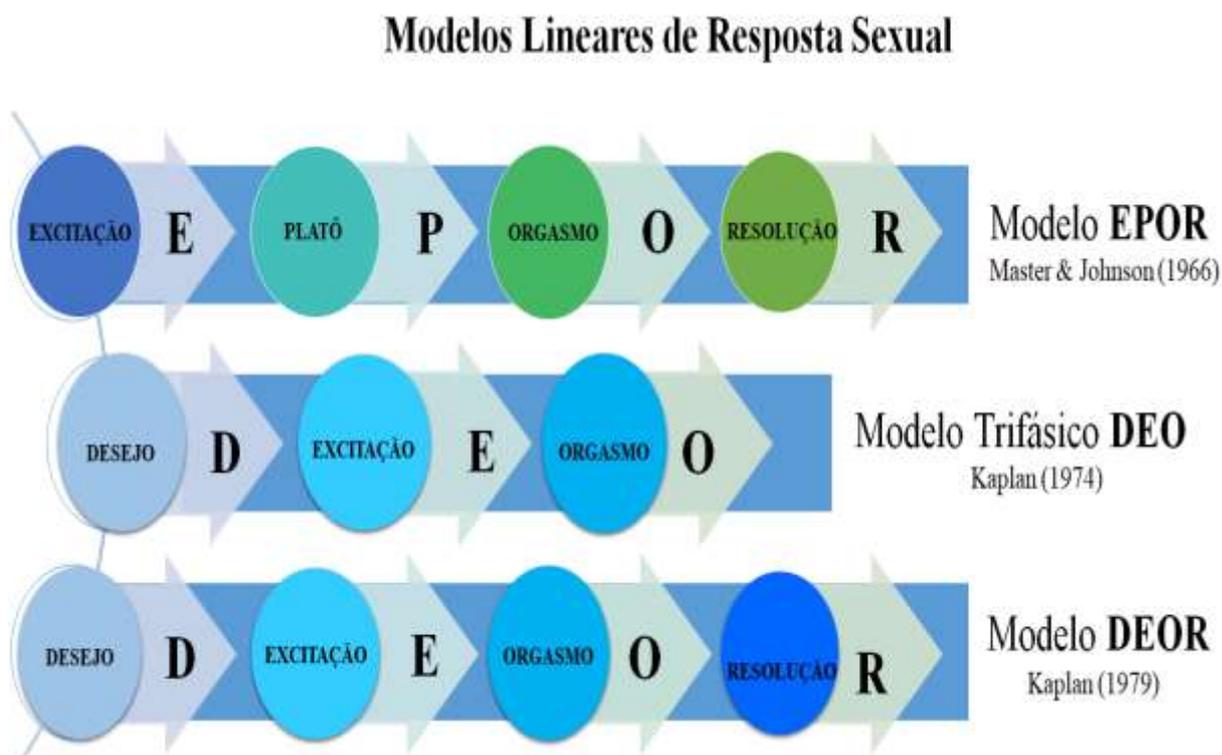
A partir dos anos 70, os estudos de Kaplan (1974, 1979), seguiram um modelo linear psicossomático, sendo adotado uma mudança no modelo de Masters; Johnson (1966) ao realizar a inclusão da fase “desejo” e a retirada a fase “platô” desenhadas por dois novos modelos (KAPLAN, 1977).

O primeiro modelo de resposta sexual de Kaplan foi trifásico e estão descritos na (Figura 5), sendo eles definido pelas fases: Desejo, Excitação e Orgasmo – DEO (KAPLAN, 1974), e o segundo modelo (Figura 5) após cinco anos de alteração foi incluído a fase “resolução”, compondo a seguinte sequência linear de resposta sexual: Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução – DEOR (KAPLAN, 1979).

Nota-se que ambos os modelos de Kaplan da resposta sexual humana (RSH), eram semelhantes para homens e mulheres e eram seguidos de fases distintas e

com interligações fisiológicas, desencadeadas pelos sistemas neurofisiológicos totalmente independentes (KAPLAN, 1983).

Figura 5 - Os modelos lineares de Resposta Sexual humana



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos referenciais teóricos.

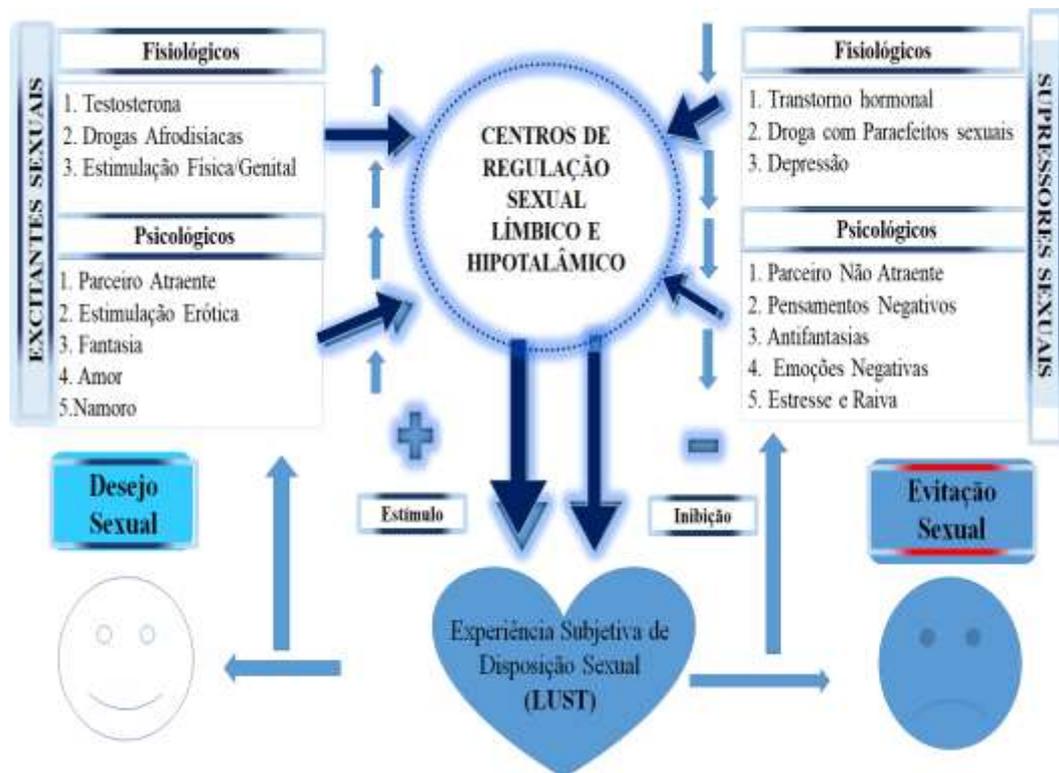
Verificou-se, segundo Abdo; Fleury (2006) que a fase do “desejo”, desencadeava possíveis alterações neurológicas, e retirou-se a fase do “platô”, pois correspondia da própria fase crescente da “excitação” (KAPLAN, 1977) que é composta de alterações vasogênicas (ABDO; FLEURY, 2006).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1993) aderiu o modelo de resposta sexual humana (RSH) advindo da junção dos modelos da RSH de Masters & Johnson e de Kaplan, para ser utilização na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Segundo Kaplan (1999) existem dois aspectos sexuais que acontecem na fase da resposta sexual que corresponde ao “desejo”, que é uma fase classificada por ocorrer após o estímulo sexual positivo (RUDGE, 2007) e que estão presentes no modelo psicossomático dual da motivação sexual humana, composto por fatores fisiológicos e psicológicos, que atuam na região do Sistema Nervoso Central – SNC

e que estão relacionados aos centros reguladores sexuais límbico e hipotalâmico que desencadeiam os estímulos a nível fisiológico e psicológico, que promovem a regulação dos excitantes sexuais ou dos supressores sexuais relacionados a motivação sexual (KAPLAN, 1999) descritos na (Figura 6).

Figura 6- Aspectos excitatórios e supressores sexuais da fase “desejo” do modelo de Resposta Sexual proposto por Kaplan (1999)



Fonte: Adaptado de KAPLAN (1999 p. 34).

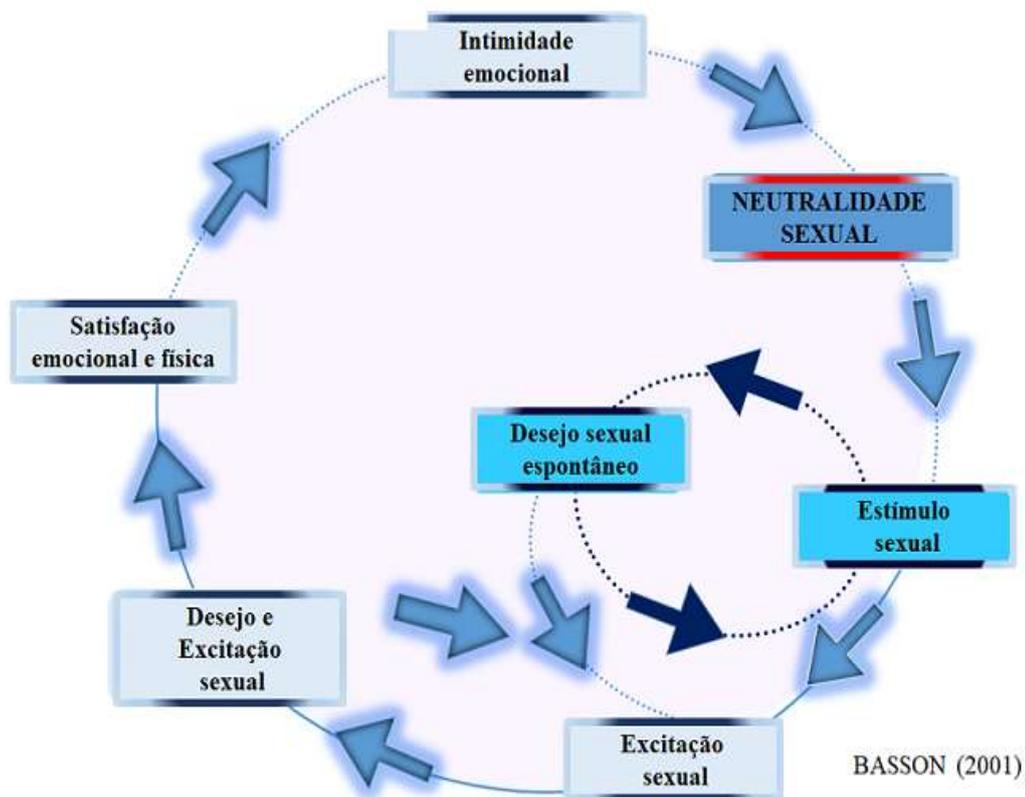
2.2 Modelo de Resposta Sexual Circular: com ênfase na resposta sexual feminina

Um novo modelo de resposta sexual foi proposto por Basson (2001), com uma proposta de um modelo circular (Figura 7) que avaliou aspectos para além do foco no genital, é um modelo que engloba um contexto mais integral e foco na intimidade e na boa interação entre os pares (BASSON, 2010).

De acordo com Basson (2001) esse é um modelo que difere dos modelos clássicos lineares, por apontar diferenças nas particularidades da resposta sexual feminina, que vão além da diferença somente na resposta do orgasmo como citado anteriormente no trabalho pioneiro de Masters; Johnson, sendo que no modelo circular retira-se novamente a fase de resposta sexual correspondente a resolução (BASSON, 2002; MASTER; JOHNSON, 1977).

Segundo o modelo circular de Basson (2001), a resposta sexual inicia-se de forma neutra, desencadeada de uma motivação não sexual, que está, portanto, relacionada pelo nível de intimidade emocional, que é um dos aspectos bem valorizado, assim como a satisfação sexual.

Figura 7 - Modelo de Resposta Sexual Circular Basson (2001)

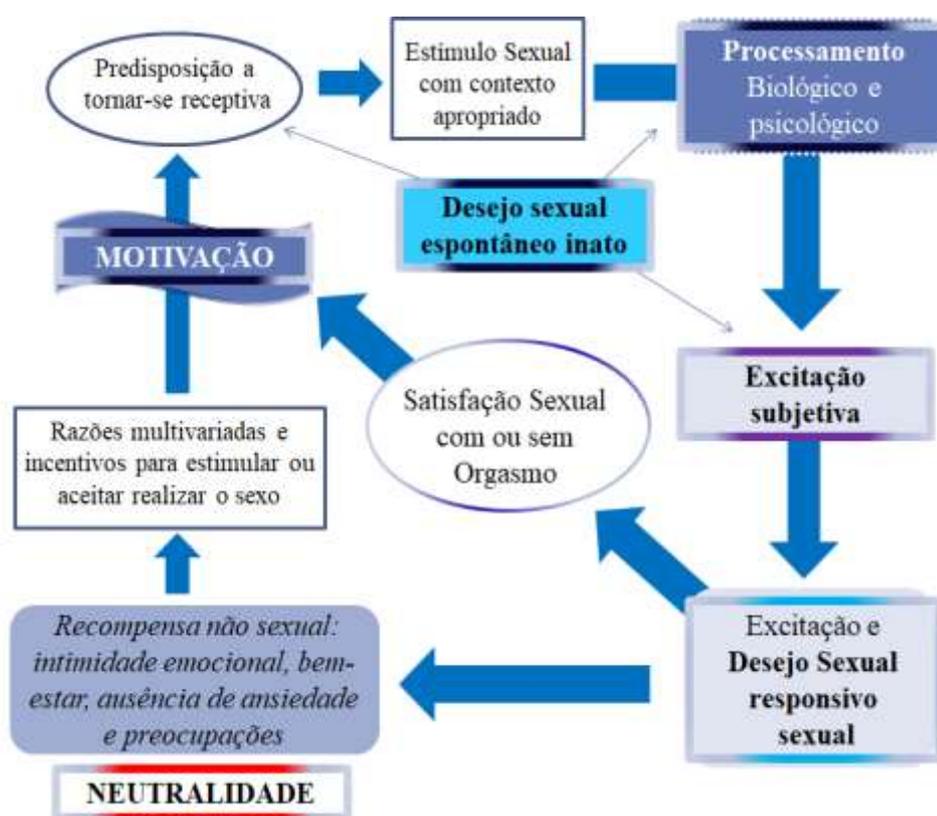


Fonte: Adaptado Basson (2001).

De acordo com Basson et al (2005) novos conceitos foram incluídos em relação ao modelo de resposta sexual feminino, sabendo que existe diferença na fisiologia feminina que difere da masculina e dessa forma, esses conceitos foram

reunidos as diversas formas do ciclo de resposta sexual e apresentados a seguir na Figura 8.

Figura 8 - Novos conceitos do modelo de Resposta Sexual Circular



Fonte: Adaptado Basson et al (2005, p. 1328).

2.3 Definições das Disfunções Sexuais Femininas

Portanto, as disfunções sexuais femininas correspondem aos aspectos que influenciam na diminuição por meio de bloqueios, que podem tanto ser parciais, ou mesmo total de um ou mais domínios da resposta sexual feminina (RSF), que podem ser gerados por causas multifatoriais, de natureza orgânica e/ou psicossocial (MORENO, 2009; ABDO, 2009).

Segundo Kaplan (1977), as disfunções sexuais podem ser categoricamente separadas em 7, sendo definidas por transtornos e disfunções:

- Transtorno do Desejo Sexual
- Transtorno da Excitação Sexual
- Transtorno do Orgasmo
- Transtorno da Dor sexual
- Disfunção sexual associada à uma condição médica
- Disfunção sexual induzida por medicação
- Disfunção sexual sem outra especificação

Nota-se que ocorreram diversas mudanças que vem gerando avanços em relação as definições das disfunções sexuais definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais – DSM (RUSSO, 2013) com 5 versões até o momento: DSM-I (APA, 1952), DSM-II (APA, 1968), DSM-III (APA, 1980; 1987), DSM-IV (APA, 2002) e DSM-5 (NASCIMENTO et al., 2014; APA, 2013).

Os transtornos relacionados à sexualidade, eram descritos nas versões iniciais do Manual - DSM-I (APA, 1952), e DSM-III (APA, 1980; 1987) como “Desvios Sexuais” que basicamente tinham a ligação com as classificações antigas referentes às perversões que incluíam as sociopatias e psicopatias, uma definição marcada culturalmente por um preconceito e condenação das pessoas que buscavam somente pelo prazer livre da questão meramente reprodutiva (RUSSO, 2013, p.5).

Com as atualizações realizadas na terceira versão (DSM-III-R), esses transtornos passaram por uma mudança conceitual, do qual abandona a terminologia “perversões” e passam a ser classificados como “Transtornos Psicossociais” e as disfunções sexuais passaram a ganhar destaque no campo da sexologia como um problema de relevância nas áreas médicas e psiquiátricas (APA, 1987). Nessa edição foi proposto a adição de uma nova categoria no diagnóstico do transtorno do desejo (KAPLAN, 1999).

Dessa forma, as disfunções sexuais referidas na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais – DSM-IV (APA, 2002), utilizavam o modelo do ciclo de resposta sexual humana (RSH) linear como proposto pelo modelo de Kaplan: desejo, excitação, orgasmo e resolução – DEOR (KAPLAN, 1979) e no Código Internacional de Doenças – CID 10, na determinação dos critérios utilizados nos diagnósticos dos mais variados transtornos sexuais prescritos (OMS, 1993, 1996).

Na edição do manual IV-TR, a caracterização de uma disfunção sexual, era definida de acordo com a presença de dor (dispareunia e vaginismo) ou por alguma alteração presente em qualquer uma ou mais fases do ciclo sexual (ABDO, 2014) prejudicando negativamente a resposta sexual (ABDO, 2006) que desencadeiam os transtornos de desejo sexual, excitação, orgasmo e os transtornos sexuais por dor (APA, 2002) e que ocasionam o impedimento ou dificuldade do prazer satisfatório no campo da sexualidade (LABRADOR, 1994). Em 1998, esse modelo foi questionado em conferência internacional (BASSON et al., 2000).

A disfunções sexuais femininas são determinadas pela APA no Manual IV-TR em: Disfunção do Desejo sexual Hipoativo, Disfunção ou Transtorno da Excitação Sexual, Vaginismo, Dispareunia, Disfunção ou Transtorno Orgásmico (APA, 2002). Com as atualizações no DSM-V (2013) algumas alterações foram incluídas para a definição das disfunções sexuais (Figura 9).

Figura 9 - Alterações das Definições das Disfunções Sexuais Femininas pelos Manuais de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos referenciais teóricos.

Portanto, a edição mais recente do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais - DSM-5 (NASCIMENTO et al., 2014; APA, 2013), após as mais

recentes atualizações, passou por algumas alterações, no que tange à classificação das disfunções sexuais humana em 2013, que foi realizado segundo a perspectiva de especialistas norte-americanos (APA, 2013).

Apesar do DSM-5 refletir na forma como são compreendidos o comportamento e a função sexual na atualidade, tem sido bastante esperado (ABDO, 2014), quais serão as novas propostas referentes a sexualidade humana, apontadas na nova edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – CID 11 (WHO, 2020) lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), já que deve ser considerado que os impactos da sexualidade são também influenciados pelos aspectos biopsicossociais e socioculturais (MURO et al., 2012).

Sendo assim, a World Health Organization (WHO, 2020), está avançando em relação a implementação da nova classificação da décima primeira edição da CID-11¹, e pela primeira vez, será disponibilizada em versão totalmente eletrônica disponível para navegar pela versão de lançamento e estima-se que entre em vigor a partir de 1º de Janeiro de 2022. Dentre as alterações já iniciadas propostas pela Organização Mundial de Saúde – OMS, tem-se a importante mudança incluída nessa versão que foi o acréscimo do novo capítulo de número 17, que é dedicado as “Condições relacionadas à saúde sexual” (ABDO, 2014), que também compreende a nova definição de saúde pela OMS, que atualmente está sendo classificada no modelo tripartite nas modalidades: física, mental e sexual (WHO, 2020).

A Sexualidade saudável, é um dos pilares que mais contribui positivamente (VIEIRA, 2012) e que tem importância na saúde sexual e na qualidade de vida da mulher (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007; SILVA, 2014), além de estar ganhando reconhecimento atualmente (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007), e ser uma das condições, e que configura uma sexualidade saudável (POLIZER et al., 2009). De acordo com os especialistas norte-americanos, algumas das alterações feitas nas definições das disfunções sexuais foram realizadas por essas classificações pois a forma como estavam separadas são de difícil distinção.

¹ A 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças em formato eletrônico (versão 09/2000), está disponível na homepage da Internet da World Health Organization (WHO), na página: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

3 GESTAÇÃO

A sexualidade ser vivenciada na gestação de risco habitual representa saúde, bem-estar e qualidade de vida. Entretanto, o período gestacional perpassa um ciclo de significativas mudanças que assim como a sexualidade podem ser biológicas, psicológicas, relacionais e sociais, que de certa forma podem influenciar de maneira funcional ou disfuncional direta ou indiretamente no exercício da sexualidade (FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

Portanto, a sexualidade pode continuar sendo vivenciada mesmo em decorrência de ser um momento de transição que é bem definido e que é marcado pelo período de reprodução (GRANT, 1992). Portanto, são necessárias para isso algumas adaptações, principalmente por ser esse período de mudanças também que envolvem a conjugalidade (BALONE; MOURA 2008). E todas essas mudanças representam um grande desafio a condição de ambos de adaptarem (GRANT, 1992; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

3.1 Alterações decorrentes do ciclo gravídico

Dessa forma, considerando também algumas mudanças como metabolismo, hormônios, nova imagem corporal, correlacionadas entre gestação e sexualidade, (GRANT, 1992; HEILBORN, 2006) aponta que se torna necessário analisar a gestante em sua totalidade, que vão incluir os seus valores, cultura, uma dimensão que ultrapassa o fator biológico e que inclui todo o contexto sociocultural acerca dessas relações vivenciadas na gestação com a sexualidade (HEILBORN, 2006).

O desenvolvimento da gestação é influenciado por fatores sociais e culturais (DIAS; PRATA, 2008). Essas mudanças afetam profundamente a estabilidade emocional e senso do eu da mulher. Portanto, a gravidez é um momento que marca uma fase de grande importância na sua vida, e essa vivência é composta por três trimestres, onde cada um deles dura cerca de treze semanas. Cada um desses trimestres é repleto de desafios e alegrias, que começa a fazer sentido quando o processo é visto como um todo pela mulher, (DAVIS, 2006; BARTELLAS, 2000).

É relevante considerar que a ocorrência de mudanças de ciclos feminino, menarca, gestação, climatério, menopausa, alterações hormonais, podem comprometer a resposta sexual, o interesse sexual, o desejo e a frequência sexual

da mulher (ABDO, 2009). É fundamental que novas pesquisas sejam delineadas com ênfase na lógica de que a sexualidade vai além do ato sexual, reprodução, ficando bem compreendida entre as mulheres e seus parceiros, de forma que possa contribuir para a relação afetivo-sexual.

A concepção e o desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério, registra um momento importante na vida da mulher repleto de mudanças complexas hormonais, físicas e psicológicas (DAVIS, 2006; BARTELLAS, 2000). Sendo que algumas questões hormonais, podem influenciar na diminuição do desejo sexual, principalmente em decorrência dos estados de sonolência, cansaço, náuseas decorrentes da gravidez (LECH; MARTINS, 2003)

3.2 Gestação, Sexualidade e Conjugalidade

Esse período da vida da mulher e do parceiro, apresenta a possibilidade da existência de certas resistências e distanciamentos, que podem influenciar para que muitas mulheres, casais/parceiros (as), se sintam sexualmente prejudicados, principalmente pela falta de informação em decorrência dos questionamentos, mitos e tabus que englobam a sexualidade x maternidade. Embora, a manutenção da atividade sexual, seja frequentemente referida pela grande maioria de gestantes nas relações conjugais e em parcerias estáveis, sendo que em média 80 a 100% deles continuam ativos sexualmente no período gravídico (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007; MASTERS; JOHNSON, 1984).

A percepção das mudanças e transições da descoberta e identificação da gestação provoca conflitos para a mulher. E toda mulher em pleno estado de saúde pode exercer a sua sexualidade, porém nesse período da vida, ainda é repleto de mitos, tabus e preconceitos que estão incorporados ao longo de todo o processo de socialização da mulher em todos os ciclos da vida que abrange os relacionados à sexualidade e práticas sexuais (CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010; GRANT, 1992; HEILBORN, 2006).

Segundo Von-Sydow (1999) e Hyde et al. (1996) algumas mulheres no período da gestação queixam de diminuição da satisfação considerando o relacionamento vigente no período da entrevista e esse fator foi associado principalmente em relação as mulheres que não eram mais nuligesta.

Portanto, a dissociação do distanciamento da sexualidade com a gravidez e pós-parto, está relacionada com a percepção do conceber e gerar em seu corpo uma nova vida e mesmo assim também sentir o desejo de manter relações e/ou sexuais, o que pode gerar uma ambivalência de sentimentos que muitas vezes estão suscetíveis às diversas influências socioculturais (CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010). Outro fator que também influencia na resposta sexual, bem como o surgimento de disfunções sexuais de mulheres no período gravídico, é quando a gravidez não foi desejada, pois afeta o campo gerado pelo desgaste emocional (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007).

Sendo que, segundo Masters; Johnson (1966) o prazer é uma fonte de aproximação entre o casal, e segundo Fontoura (2013) e Bozon (2004) em nossa cultura é visto a forte prevalência de associação da manutenção relacional com a prática sexual vivenciada como um elo essencial entre mulheres e homens, principalmente entre aqueles que estão em alguma parceria estável, seja através do casamento ou da união estável, e em alguns casos até mesmo nos compromissos de namoro. De acordo com Lech; Martins (2003) o desejo sexual não provoca alterações significativas no relacionamento conjugal e sexual durante a gestação.

3.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos

A ênfase dos Direitos Sexuais e Reprodutivos são pautados pelo Ministério da Saúde – MS principalmente para as ações voltadas para a inclusão das mulheres no debate sobre o direito sexual (Ministério da Saúde, 2013;), e refere que os direitos sexuais e reprodutivos são direitos que estão relacionados a condição de saúde, bem-estar e qualidade de vida humana (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007).

Esses são direitos fundamentais previstos internacionalmente pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948, p.4). Essas conquistas nesse âmbito da saúde sexual e reprodutiva advindas das legislações internacionais, foram fortemente debatidas na Conferência de Cairo, realizada em 1994 (Ministério da Saúde, 2005) e tiveram forte influência advindas principalmente do movimento de mulheres, (Ministério da Saúde, 2013).

Os respectivos direitos reprodutivos, estão descritos detalhadamente em quatro aspectos na (Figura 10) e os direitos sexuais, estão descritos em 10 tópicos detalhados na (Figura 11).

Figura 10 - Os Direitos Reprodutivos



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos referenciais teóricos.

Figura 11 - Os Direitos Sexuais



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos referenciais teóricos.

Conforme Citeli (2005); Costa; Barroso; Sarti (1985, p. 5-6), ao mencionarem a abrangência da sexualidade como uma perspectiva futura de saúde sexual e reprodutiva, foi possível alcançar as definições e conceitos em nível mundial. De acordo com World Health Organization (WHO, 2006 p.5) é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processo e não de mera ausência de doença ou enfermidade”.

É previsto que os profissionais de saúde e os serviços de saúde, desenvolvam as suas atividades no que tange a inclusão de ações de atendimentos no campo da saúde reprodutiva e sexual, já que essa é uma área inseparável dos outros aspectos da vida (SANTOS et al., 2007). E dessa forma, estima-se, que sejam desenvolvidas, principalmente a partir da realização de três atividades principais integradas aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas (Figura 12).

Figura 12 - O papel da Atenção Básica em relação à Saúde Sexual e Reprodutiva



Fonte: elaborado pela autora a partir do referencial teórico.

Segundo Flores; Amorim (2007); Sousa et al., (2006) a promoção de saúde sexual e reprodutiva pode ser vivenciada de forma integral em todos os ciclos da vida humana incluindo o período gravídico, e apresenta benefícios para além da

manutenção da atividade e da relação sexual. É um processo amplo que envolve relações afetivo-sexuais, orgânicas e psicossociais que refletem no comportamento sexual (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007), e que está intimamente relacionada em qualquer ciclo da vida e que é uma das determinantes da qualidade de vida (LORENZI; SACIOLOTO, 2006).

É sabido que o termo Qualidade de Vida (QV) é utilizado de forma multidimensional, sendo que o seu conceito é subjetivo e está relacionado à vida humana e o seu principal objetivo é avaliar o resultado de determinados acontecimentos e efeitos na vida humana (AUGE et al., 2006). Os aspectos que são considerados relevantes para avaliação da (QV) são: condições de saúde física, psicológica, emocional, afetiva, relacional, vida familiar e social e a satisfação sexual (AUGE et al., 2006; PINHO; SIQUEIRA, 2006).

4 SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER GESTANTE E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

A sexualidade humana, tem ganhado destaque nos diversos campos da ciência, e áreas afins da saúde (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013). Essa temática tem sido relevante nos dias atuais, embora ainda esteja escassa a abordagem da temática relacionada a saúde pública no Brasil, e principalmente na inclusão do tema no diálogo entre o profissional de saúde e a mulher gestante atendida nos serviços de saúde pública.

A Sexualidade, atualmente é, portanto, uma questão de saúde pública e um dos temas que tem conquistado relevância na atenção básica à saúde íntima, sexual e reprodutiva feminina (CITELI, 2005; COSTA, BARROSO, SARTI, 1985, p. 5-6). É uma das políticas centrais de saúde integral à mulher que compreende o ciclo gravídico-puerperal, e representa uma conquista histórica no mundo e no Brasil (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, BRASIL, 2004; 2014).

O Ministério da Saúde – MS, refere que a sexualidade humana é um pilar que está inserido na qualidade de vida. De forma que a sexualidade deve ser vivenciada livre de constrangimento de forma integral e independente da condição física, moral e social, e esse é um dos principais direitos dos indivíduos (BRASIL, 2009).

O Sistema Único de Saúde –SUS é um direito social adquirido, advindo da conquista de lutas do movimento social, que foi sendo estruturado através do sistema de saúde brasileiro ao longo do século XX. Essa perspectiva de saúde como direito social, advém dos anos 80, período que recebeu destaque pelo desenvolvido de implantação de duas ações, uma foi o processo de implantação das Ações Integradas de Saúde- AIS e a outra foram os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde –SUDS (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

A década de 80 foi um momento de bastante articulação e movimentos sociais que contribuíram para diversas conquistas de natureza social. E diante da necessidade de mudança no rumo da Política de saúde, foi relevante para a aprovação dos Princípios e Diretrizes do SUS, a legitimação da Constituição Federal - CF de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990a, 1990b). Esses marcos históricos, foram essenciais para a Reforma do Sistema Público de Saúde, que viabilizaram a realização do desejo de concretização do SUS no Brasil (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

O objetivo do SUS é a promoção de saúde e a proteção contra determinados riscos decorrentes das diversas mudanças nas condições de vida do indivíduo, que de alguma maneira afeta a condição de saúde humana (REICHENHEIN et al., 2011).

A atuação do SUS é pautada cotidianamente na vigilância e controle de riscos de danos, e no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica realizadas principalmente nas unidades básicas de saúde – UBS (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014) centradas no controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes (SCHIMIDT et al., 2011) e no controle de doenças e infecções sexualmente transmissíveis. Bem como a implementação de políticas de saúde e política nacional de controle do álcool e outras drogas (BUSS; CARVALHO, 2009). Dessa forma a finalidade do SUS é melhorar as condições de saúde da pessoa humana, a partir de políticas econômicas, sociais e de saúde (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

De acordo com Paim (2009; 2011) estima-se que todo e qualquer brasileiro, em algum momento da vida, já teve algum contato com SUS. Sendo que a grande maioria da população brasileira, depende exclusivamente do SUS, nos acessos à ações e serviços de: proteção; manutenção e assistência à saúde.

O SUS ainda é visto pela média e boa parte da população brasileira, como um serviço para pobres (PAIM, 2009), e essa associação é realizada principalmente devido a vinculação de uma ideologia liberal e derivada da política focalizada, que têm a ausência de recursos, como sendo uma regra, nesse serviço, oferecido à essas pessoas (PAIM, 2011). Essa reprodução de ideologia dominante, reforça a naturalização da existência de desigualdades sociais e a falta de interesse de ao menos ser pensando e elaborado ações e políticas públicas de extinção ou superação desses problemas sociais e humanitários de saúde (PAIM, 2009).

Dessa forma, observa-se que existe uma dificuldade de compreensão acerca do SUS como um direito adquirido pela luta política e social em prol da promoção de uma vida mais digna para cada cidadão brasileiro, e embora o SUS seja um serviço cujo o financiamento é provido da colaboração de cada cidadão brasileiro, muitos ainda consideram ele como um “favor” e não como direito (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Portanto, o SUS é uma política de Estado que é uma conquista histórica do povo brasileiro, e por isso é considerado um direito de cidadania, que provém de um direito constituído pelo movimento das lutas e das forças sociais, que buscaram a

democracia e a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que desencadeou mudanças em todos os processos do sistema de saúde de natureza: jurídica, política, institucional, organizativa e operacional, responsáveis pela fundamentação da concepção ampliada de saúde (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

4.1 Reforma Sanitária Brasileira

A Reforma Sanitária Brasileira – RSB surgiu com a proposta de entendimento de concepção ampliada de saúde, que engloba a consideração de outros fatores para além da “ausência de doença” e compreende que saúde ampliada deve incluir o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, pois todos esses aspectos são decorrentes das diversas condições de saúde do ser humano. De forma que todas essas condições dever ser asseguradas não apenas esforço individual, mais que deve ser um direito alienável garantido pelo estado a todo e qualquer cidadão brasileiro (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

A partir da RSB tivemos um ponto de partida para que o Estado assumisse o papel de garantir políticas de natureza econômicas e sociais que promovam melhores condições da qualidade de vida (QV), incluindo as políticas de saúde com acesso universal, garantido de forma equitativa em suas ações e prestações de serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação se saúde individual e de grupos da população (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que foi desencadeado a partir de um amplo processo de reorganização da Atenção Básica, que implementou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com isso foi realizado a expansão do PSF e a formulação de Políticas de Atenção Básica de Saúde (ABS) e promoção da saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2005; BRASIL, 2006a).

E foi a partir de 1994 que a atenção à saúde da mulher e da criança alcançou destaque e a estruturação do processo da ampla reorganização da formulação das políticas de atenção básica de saúde e pela própria criação do PSF e a implementação ESF, teve enfoque em diversos estudos (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; ESCOREL et al., 2007; TEIXEIRA; VILABOAS, 2010).

4.2 Atenção à saúde pública: atenção básica e primária de saúde

A atenção básica de saúde, também compreende a prevenção e promoção de saúde sexual e reprodutiva, e torna-se imprescindível que a gestante, receba do profissional capacitado, todo o suporte e orientação, das formas de proteção, bem como o direito a realização de exames para o diagnóstico de tratamento, durante todo o acompanhamento do pré-natal ao momento da admissão da mulher grávida para preparação do parto, e momento do parto no hospital de referência estabelecido pela vinculação da gestante (BRASIL, 2018, 2013, 2007, 2005, 1997a; LEAL, 2020).

A atenção primária de saúde exerce um papel importante na promoção de ações e atividades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Essas atividades abrangem os diversos ciclos vivenciados pela mulher durante a vida, dentre eles a gestação. Estima-se que os profissionais de saúde estejam preparados para promover e ofertar ações que abrangem desde o planejamento reprodutivo aos direitos sexuais, tanto de forma individual para a paciente e/ou o paciente, quanto para o casal e também para ações em grupo, como nas rodas do pré-natal (DIXON-WOODS e cool.; 2002; BRASIL, 2013. SILVEIRA et al., 2014)

A atenção à saúde no SUS é desenvolvida na estruturação de três níveis de serviços de atenção à saúde: primária, secundária e terciária. A atenção primária de saúde é oferecida nos centros de saúde ou nas unidades básica de saúde (UBS) e densidade tecnológica é menor. As atenções secundárias e terciárias de saúde são oferecidas nos ambulatórios de especialidades com serviços de urgência e hospitais. A ênfase deste trabalho foi direcionada para os serviços prestados nas UBS com os atendimentos de assistência pré-natal para as pacientes gestantes (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

O objetivo da atenção primária de saúde (APS) é a promoção do acesso universal das ações ampla de saúde que vão desde consultas, cuidados com a saúde bucal, serviços de enfermagem, vacinação, curativos, entre outros cuidados técnicos de enfermagem, que incluem o pré-natal individual, para o casal e para grupos, mobilizações comunitárias, entre outros serviços. Nos casos atendidos pela atenção primária de saúde que não podem ser solucionados ou que necessitem de outros níveis de atenção, são realizados os acionamentos das redes de atenção e o

direcionamento dos encaminhamentos a outros serviços nesse âmbito (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Segundo Paim et al. (2011) os principais desafios enfrentados pela atenção primária de saúde, estão os descontroles de custos e os problemas na qualidade da atenção à saúde que ainda continua sendo precária, além de ter pouca coordenação.

4.3 Políticas e Programas de Saúde da Mulher

O Programa Saúde da Família (PSF) foi a principal estratégia de organização que está em desenvolvimento desde 1994 e foi considerada a estratégia principal de organização da Atenção Primária de Saúde do Brasil, e vários estudos (MACINKO et al., 2007; AQUINO et al., 2009; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010) investigaram o impacto do PSF e encontraram que ele foi positivo e que contribui principalmente para a redução da mortalidade infantil e pós neonatal, além de ter reduzido os índices de internações hospitalares, decorrentes de causas sensíveis à atenção primária (GUANAIS; MACINKO et al., 2009).

A saúde materna e infantil é frequentemente realizada na atenção primária de saúde pela Estratégia de Saúde da Família – ESF, realizadas nas unidades básicas de saúde (UBS), sendo que a saúde da mulher e a saúde infantil fazem parte das políticas e dos programas especiais que são caracterizados pela articulação das ações incluídas dentro das 13 políticas, ou programas já consolidados e destinados a atender subgrupos específicos, bem como o enfrentamento dos problemas específicos de determinadas áreas de saúde (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

As políticas de atenção integral à saúde da mulher foram criadas e fundamentadas em decorrência das doenças nas mulheres estarem associadas as determinantes sofridas em relação as condições de vida vivenciadas pela mulher, para além das próprias características biológicas. A atenção materna e infantil, por exemplo, tornou-se relevante em decorrência do grande problema de saúde da mulher que são as taxas elevadas de mortalidade materna e infantil, situações de aborto em condições de risco, as questões advindas dos elevados índices de violência doméstica e sexual, a alta prevalência de câncer ginecológico, e a própria precariedade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Dessa forma, a década dos anos 80, também foi um momento que marcou o período de lutas de mulheres em prol dos direitos da saúde materna e infantil e as questões dos direitos sexuais e reprodutivos, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde Mulher (PAISM) em meados de 1983, que foi um grande marco na atenção integral de saúde. A partir desse período o Ministério da Saúde (MS) passou a levantar as discussões desse programa que foi pioneiro no campo da saúde da mulher, principalmente em relação a saúde reprodutiva e regulação da fecundidade (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994).

O lançamento oficial da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM) foi realizado em 1984, e foi um momento onde pela primeira vez o Estado brasileiro de fato se propôs publicamente e ainda que de forma parcial também foi implantado internacionalmente um programa no cenário mundial, com a proposta de uma nova perspectiva à saúde da mulher no acesso integral da mulher aos serviços públicos de saúde, do qual não tivesse um olhar isolado para o planejamento familiar com ações no controle da reprodução (BRASIL, (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014); OSIS, 1998).

Portanto, sabe-se que o grupo materno infantil, sempre tiveram um enfoque mais enfatizado para essas políticas, mesmo antes da criação da PAISM, pois era vigente a preocupação com esse grupo. Embora, no campo das políticas públicas e da atenção materna à saúde materna-infantil, sempre fossem voltados para intervenções sobre os corpos das mulheres mães, bem como a adequação também dos corpos dos filhos e com a política é proposto a viabilização de uma nova e diferenciada abordagem integral à saúde desse grupo (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994, 1998).

A criação de programas e políticas embora de forma restrita sempre levantaram a pauta de estratégias a fim de atender os grupos que apresentavam condições de maior vulnerabilidade, e dessa forma foram incluídos as crianças e gestantes, que ganharam uma certa preconização nas políticas maternas e infantil. Embora um grande desafio que era que esses programas, não tinham nenhuma integração com outros e as metas eram definidas a nível central, e sem uma avaliação ex-ante, para identificar as reais necessidades das populações locais, o que resultava na fragmentação da assistência e no baixo impacto dos indicadores relacionado a saúde da mulher (COSTA, 1999).

Podemos então enfatizar que a conquista da (PAISM), foi resultado de todo o movimento de luta das reformas sanitária e dos movimentos sociais femininos que lutaram tanto pela integralidade na assistência ampla de saúde, como na compreensão da mulher para além da saúde reprodutiva. Os movimentos sociais de mulheres foram responsáveis pela forte atuação no campo das políticas de saúde, contribuindo para o avanço nas políticas públicas voltadas à saúde integral à mulher brasileira, que mediante essas conquistas passaram a ser reconhecidas como sujeitas de direito à cidadania (OSIS, 1994, 1998; BRASIL, 2004).

Segundo Farah (2004) foi todo esse movimento social, e principalmente o formado pelas mulheres, que corroboraram para as tomadas de decisões importantes na pauta da agenda de reforma que buscavam reivindicar a democratização ao acesso à serviços públicos e condições de qualidade de vida. E outros temas passaram a ser contemplado por conta desse importante movimento que abriu o debate para os temas relacionados a sexualidade, aborto, gestar, parir e maternar, além das diversificadas tipificações de violências, que apontaram para a desigualdade de gênero, incluindo essa questão na agenda pública.

Dessa forma a (PAISM) foi se tornando tema relevante na agenda de políticas públicas que contribuiu posteriormente para criação e efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 2004, que contempla em suas diretrizes a participação da integralidade, universalidade e equidade a partir do SUS. Após toda essa forte atuação do movimento de mulheres, a (PAISM) surge e englobou realidades diversas no âmbito social, político, cultural e de saúde (UNASUS, 2016). Sendo que toda essa construção de políticas públicas aplicadas à saúde das mulheres foi desenvolvida a partir da relevante consideração do cenário histórico de lutas e conquistas que levou em conta os fatores demográficos e a própria expectativa de vida (BRASIL, 2004).

Outro grande marco na atenção à saúde da mulher e os direitos conquistados pelos movimentos de mulheres, foi a (PNAISM), criada em 2004 (BRASIL, 2004) e que contribui para que posteriormente em 2011, fosse legitimado a criação da Rede Cegonha com a finalidade da atenção ao ciclo gravídico puerperal, concentrada no acolhimento a grávida e a parturiente, na promoção do parto seguro, atenção à criança no período de até 24 meses e oportunização do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011)

A criação da política da Rede cegonha pelo Ministério da Saúde – MS, teve por objetivo a conceituação do modelo de atenção gravídico puerperal e que foi o programa pioneiro a ser incluído na (PNAISM) e que enfatizou a integração da atuação da Doula na ação das práticas de saúde realizadas na rede do Sistema Único de Saúde (PORTELA, 2014; BRASIL, 2011) e que foi uma conquista desencadeada a partir do movimento de mulheres e das Doulas em prol da saúde obstétrica e materna (CAROBAS, 2020).

Atualmente, muitos dos nossos problemas no âmbito de saúde da mulher que já foram identificados, continuam existindo, mesmo com todas as políticas e programas de atenção à saúde da mulher. Portanto, estima-se que o SUS consolidou esse espaço de reafirmação do valor do trabalho a todos que com dedicação almejam a promoção, o cuidado da saúde de todas as pessoas, no sentido de reafirmar a dignidade da vida e da saúde de cada cidadão brasileiro (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

4.4 Suporte do Profissional de saúde no atendimento as mulheres gestantes na atenção ao pré-natal

Ampliar a oferta de informações da promoção de saúde, sexualidade, resposta e satisfação sexual no período gestacional para as mulheres atendidas no pré-natal é uma ação prevista pelos profissionais de saúde que atendem gestantes e essas ações contribuem para a melhoria do bem-estar, qualidade de vida, saúde integral, íntima e sexual ressignificando os condicionamentos ligados à conjugalidade, maternidade X sexualidade (RESSEL; GUALDA, 2003).

As orientações prestadas às mulheres assistidas pelo pré-natal na UBS devem ser realizadas desde o planejamento da primeira consulta de pré-natal, constando no histórico clínico, as informações gerais e o relatório sobre a sexualidade, como também o desenvolvimento de rodas e oficinas em grupo (BRASIL, 2013).

A falta de conhecimento, vergonha, preconceito e tabus a respeito da sexualidade na gestação, demonstram o incomodo de profissionais, pesquisadores e pacientes, em falarem sobre sexualidade no ciclo gravídico para resolver esse diálogo, todas as áreas que estão relacionadas na assistência à saúde da mulher, devem receber educação continuada, e principalmente estarem isentos de

preconceitos sobre as questões de saúde íntima, sexual e reprodutiva (SANTOS et al., 2007; MANDÚ, 2004).

Esse processo contínuo da sexualidade é interligado com os outros aspectos da vida, pertencendo naturalmente às necessidades vital e essencial humana, e cabem aos profissionais, principalmente da área da saúde, receberem as queixas, os sentimentos de demandas multifatoriais da gestante e do parceiro (BRASIL, 2005; PIASSAROLLI et al., 2010) e repassarem o conhecimento devido sobre o tema na gravidez e puerpério.

A atividade sexual na gravidez está presente entre a grande maioria (80 A 100%), dessa forma, torna-se relevante que ao serem realizados os atendimentos na assistência ao pré-natal das gestantes e de seus companheiros, recebam as devidas orientações em relação as mudanças que podem ser geradas, bem como as consequências relacionais, conjugais e sexuais que podem ser ocasionadas em decorrência a esse ciclo (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007; MASTERS; JOHNSON, 1984).

Dessa forma, os profissionais dessas áreas, precisam se empoderar de conhecimento específico, detendo de um bom conhecimento para prestar à devida atenção e cuidado aos pacientes (DOURADO et al., 2016; FIGUEIREDO, 2012; REIS et al. 2012; SANTOS et al., 2007). Portanto, as informações sobre o exercício da atividade sexual auxiliam para reduzir a ansiedade, crenças e questões infundadas, já que é um período repleto de questionamentos. Sendo que em gestação de baixo risco habitual, pode ser vivenciada sem nenhuma evidência científica de contraindicação (JONES, CHAN, FARINE, 2011; BRASIL, 2010; JESUS, 2000).

O protagonismo ativo na vivência plena da sexualidade feminina, em todas as fases da vida da mulher, ainda é marcado de repressão, preconceitos, mitos e tabus que negligenciam a informação e autoconhecimento, principalmente no ciclo gravídico-puerperal e nessa perspectiva visando essa temática como integrante ao eixo de prioridade de atuação da Atenção Básica à Saúde da Mulher (FLORES; AMORIM, 2007; SOUSA et al., 2006).

Objetiva-se no aconselhamento, estabelecer uma relação de confiança e sigilo para que uma ambiência que proporcione uma boa comunicação entre o profissional de saúde e a paciente individualmente e/ou para o casal. É pautado na escuta ativa, de forma que a paciente possa apresentar os questionamentos acerca

da sexualidade e questões abrangentes ao tema, com uma abordagem proativa, que proporcione um diálogo que se adeque o melhor possível para quem buscar por este atendimento e merece a devida atenção dos profissionais de saúde (SANTOS et. al., 2007; BRASIL, 2013).

As atividades educativas promovidas pelos profissionais de saúde oferecem informações necessárias para garantir que a paciente tenha acesso à compreensão e faça suas reflexões livre, portanto informada. Nessa prática, sugere-se o acolhimento da demanda apresentada pela paciente ou pelo casal, avaliação das vulnerabilidades, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, e são proporcionados as condições e os recursos a serem utilizados na tomada de decisões a respeito dessas questões de saúde sexual e reprodutiva individual e do casal (BRASIL, 2016; VIERA et al., 2012).

E as atividades clínicas, são direcionadas para oportunizar a promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Dessa forma, são nessa atividade que é realizado a anamnese, exames físicos, identificação e levantamento de dúvidas da paciente ou do casal sobre sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, as dificuldades relacionadas à vida sexual e possíveis disfunções sexuais, atenção pré-natal e ações de prevenção de doenças do sistema reprodutor e da mama (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2012; BRASIL, 2013).

4.5 A seleção da Unidade Básica de Saúde nº 08 do Setor P. Norte (Ceilândia-DF)

A escolha da UBS nº 08 situada em Ceilândia, no bairro P. Norte, foi realizada levando em consideração que Ceilândia é uma cidade com uma grande maioria da população de mulheres em idade fértil, que possuem o maior número de partos mensais (SESDF, 2016), além de ser justificável por apresentar dados demográficos com elevada taxa de pessoas do sexo feminino (CODEPLAN 2019).

De acordo com os dados levantados segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada bianual pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN- PDAD, 2018) em 2018. Dessa forma, estimaram-se que a caracterização da população urbana, que Ceilândia tem uma população total de 432.927 habitantes, tendo como estimativa a maioria n=

225.405 da população constituída de pessoas do sexo feminino (52,1%), dados descritos na Tabela 1 (CODEPLAN, 2019).

A cobertura dos serviços na Atenção Básica de Saúde (setor primário) é realizada para zonas urbana e rural, e para este estudo prevaleceu à população pertencente à zona urbana que corresponde a Ceilândia Tradicional.

Tabela 1 - Caracterização da População de Ceilândia- DF segundo o sexo (feminino/masculino)

Sexo	Ceilândia		Ceilândia Tradicional		Pôr do Sol e Sol Nascente	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	207.522	49,7	165.039	47,5	42.483	49,7
Feminino	225.405	52,1	182.485	52,5	42.920	50,3
Total	432.927	100	347.524	100	85.403	100

Fonte: Adaptado de CODEPLAN – Ceilândia, PDAD 2018 - (CODEPLAN, 2019, p.78)

5 JUSTIFICATIVA

O presente estudo é justificável pela importância de abordar o conhecimento teórico, baseando-se em evidência científica, sobre a função e resposta sexual feminina na gravidez. Existem lacunas encontradas na revisão da literatura, que apontam que estudos na área da sexualidade, com ênfase no ciclo gravídico, são reduzidos, principalmente, tratando-se de gestantes em todos os trimestres gestacionais e em acompanhamento pré-natal na atenção primária de saúde (APS) e na atenção básica de saúde pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, pesquisas que utilizam uma abordagem quantitativa na investigação do comportamento sexual feminino na gravidez, como o presente estudo, propõem-se preencher as lacunas encontradas neste ambiente investigativo, assim como aprofundar o conhecimento científico nesta temática, contribuindo para gerar mais estudos quantitativos.

Pesquisas como esta podem, futuramente, vir a gerar ações educativas em saúde sexual e reprodutiva com ênfase na sexualidade vivenciada por mulheres no ciclo gravídico, bem como contribuir para a ampliação de informação e conhecimento sobre a sexualidade na gestação.

O presente estudo oferece subsídios aos profissionais que trabalham com comportamento sexual humano, bem como na área da atenção básica de saúde voltada à saúde da mulher que engloba a saúde sexual e reprodutiva e/ou no atendimento ao pré-natal, envolvendo os diversos profissionais que atuam de forma interdisciplinar e multidisciplinar na área da saúde pública no Brasil e no Distrito Federal.

A maioria dos estudos acerca de sexualidade e com ênfase na sexualidade feminina no período gravídico é realizada por profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas. Dessa forma, a abordagem por assistente social e Doula, nesse âmbito, compreende outros fatores para além das questões “médicas e clínicas”. A Doula atua no apoio informacional, emocional e físico da mulher na gravidez, parto, pós-parto imediato, no puerpério e nos primeiros cuidados com o bebê.

O assistente social pode contribuir com um olhar mais abrangente e que compreende as questões de saúde e sociais das pacientes, do casal e da família. Este profissional pode avaliar os impactos sociodemográficos e das condições de

saúde no reflexo da vida sexual, qualidade de vida e bem-estar dos atores envolvidos nesse contexto, tanto no período gravídico, quanto no momento do parto, pós-parto e, ainda, impactos futuros no contexto da maternidade/paternidade e da conjugalidade e seus efeitos na vida dos pais, dos filhos e da família como um todo.

6 OBJETIVOS

6.1 Geral

Avaliar o desempenho e satisfação da função sexual de mulheres no período gravídico assistidas no pré-natal em Unidade Básica de Saúde.

6.2 Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes.
- Identificar se houve conversa com os profissionais de saúde, sobre o tema sexualidade, durante o acompanhamento da gestante no pré-natal.
- Quantificar os cinco domínios da resposta sexual (desejo e interesse sexual preliminares, excitação da mulher e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual e orgasmo/satisfação sexual) da mulher gestante, pelo Questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).
- Analisar as disfunções sexuais dos cinco domínios da resposta sexual feminina vivenciada durante a gestação.

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e quantitativa do tipo transversal, através da aplicação e análise de dois questionários: sociodemográfico/clínico e Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília e pelo Comitê de ética em pesquisa da Secretária de Saúde do Distrito Federal SES/DF (ANEXO A), disponível na Plataforma Brasil, nº do Parecer: 3.546.031, CAAE: 93130818.3.3001.5553 (ANEXO B). O termo de Consentimento livre e esclarecido consta em APÊNDICE A.

7.2 População do Estudo

O estudo foi desenvolvido com gestantes atendidas na Atenção Primária de Saúde (APS), que fazem acompanhamento de pré-natal de risco habitual na Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 08 da Região Administrativa (RA) da Ceilândia, Distrito Federal (DF).

7.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas pacientes com todos os critérios abaixo:

- 1) Aceite de participação com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2) Assistência pré-natal na UBS nº 08 de Ceilândia – DF, situada no bairro P. Norte;
- 3) Gravidez de risco habitual;
- 4) Faixa etária entre 18 e 44 anos;
- 5) Mulheres Cisgênero (Cis)² Heterossexual;

² Cisgênero é a pessoa que se identifica com o sexo biológico que nasceu.

6) Ter tido relação sexual com penetração vaginal, há pelo menos nos últimos seis meses considerando a concepção da gestação atual.

Foram excluídas da amostra todas as mulheres que, por aconselhamento médico, foram orientadas para suspender a relação sexual por razões específicas, dentre elas: ruptura espontânea de membrana, risco de trabalho de parto prematuro, sangramento, entre outras.

7.4 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários, o questionário 1 que trata dos aspectos sociodemográficos/clínicos (APÊNDICE B) e ficha de identificação (APÊNDICE C) e o questionário 2 (ANEXO C) que foi utilizado para avaliar o desempenho da função sexual feminina e os domínios da resposta sexual feminina. As análises individuais incluindo os aspectos dos questionários 1 e 2 das gestantes com disfunções sexuais estão descritas no (APÊNDICE D).

A ficha de identificação foi utilizada para coleta e registro das informações que identificam a paciente como número de prontuário/registro na Unidade Básica de Saúde. O questionário sobre aspectos sociodemográficos/clínicos foi composto de cinco divisões (Dados pessoais; Dados socioeconômicos e culturais; Dados ginecológicos; História sexual e Suporte profissional).

O questionário 2 é um instrumento utilizado para a coleta de dados que apresenta uma série de questões a serem respondidas e uma carta explicando a natureza da pesquisa, podendo ser preenchido sem a presença do pesquisador, ou seja, de forma autoaplicável (MARCONI; LAKATOS, 2001).

O instrumento utilizado na pesquisa para avaliar a função sexual humana foi o Quociente Sexual – versão Feminina (QS-F), desenvolvido por Abdo (2009) em duas versões masculino e feminino, utilizando o critério de sexualidade “gênero/sexo” binário (FIGUEIREDO, 2018; GAYLE, 1993).

O Quociente Sexual – versão Feminina (QS-F) é composto por 10 questões fechadas com o objetivo avaliar e aferir cinco domínios, fenômenos da atividade e da função sexual da mulher e dos domínios da resposta sexual feminina (desejo, excitação, orgasmo e seus correlatos psicofísicos), considerando que escores maiores, refletem em melhores desempenhos sexuais femininos (ABDO, 2009; POLIZER; ALVES, 2009).

O QS-F foi desenvolvido e validado no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), ligado ao Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP). O QS-F é um instrumento acessível, autoaplicável, e que foi desenvolvido exclusivamente para a população brasileira (ABDO, 2009; MORENO, 2009).

Os questionários foram aplicados em um único dia, com duração de aproximadamente 30 (trinta) minutos, em sala (ou local) reservada (livre de ruídos, com ventilação, mesas e cadeiras e livre da presença de outras pessoas que não estejam envolvidas na pesquisa).

7.5 Análises estatísticas

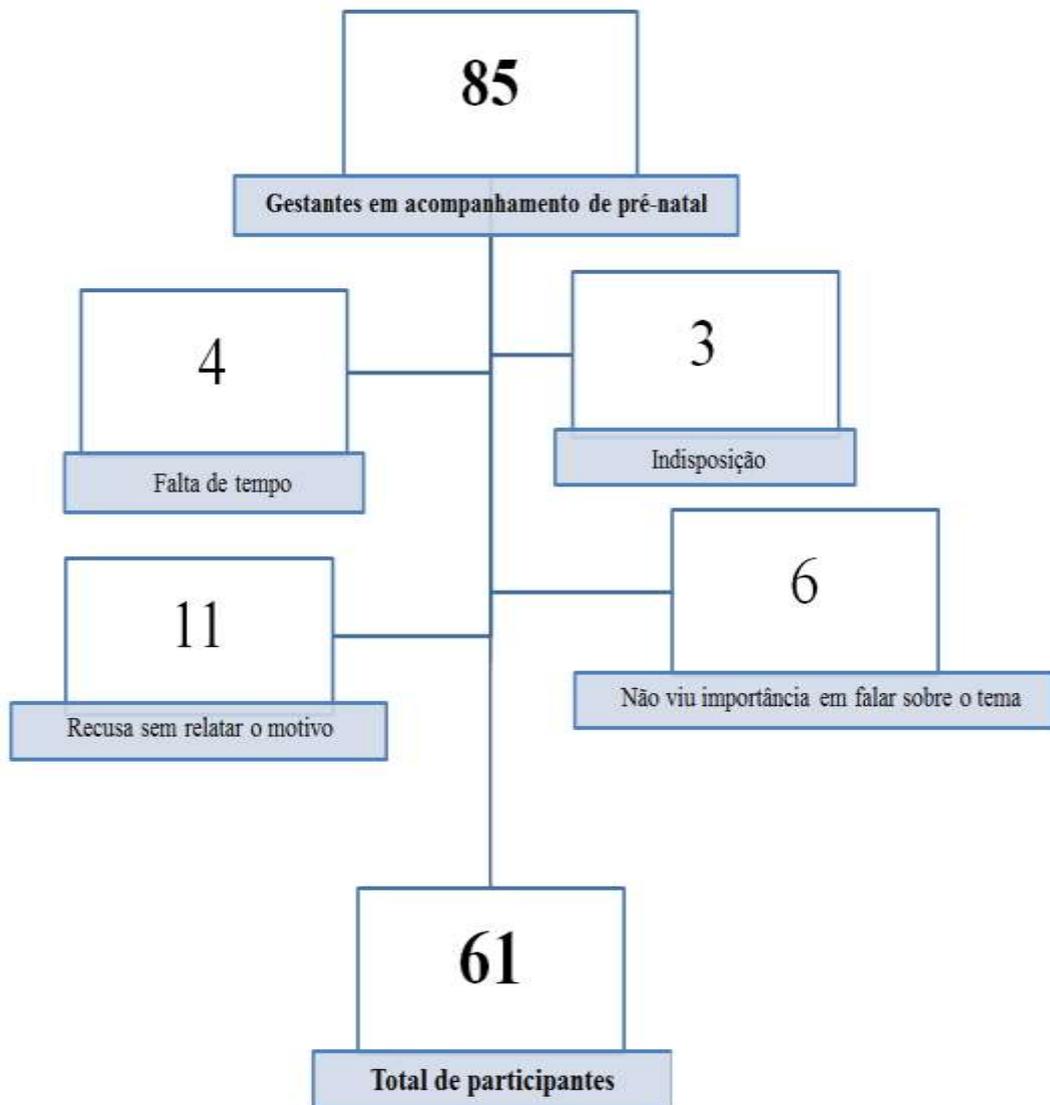
As avaliações quantitativas da Investigação da Função Sexual e da Resposta e Satisfação Sexual Feminina através do Quociente Sexual – versão feminina (QS-F) foram realizadas fazendo-se uso do Programa Excel e os dados foram armazenados em forma de planilha eletrônica, para o favorecimento da compreensão.

Os resultados foram analisados a partir da estatística descritiva da amostra utilizando: média, mediana, porcentagens e medida de variabilidade (desvio padrão).

8 RESULTADOS

Foram convidadas para participar do estudo 85 mulheres. Dentre elas, 24 se recusaram a participar por diferentes motivos, que estão descritos de acordo com o fluxograma demonstrado na (Figura 13). O processo de amostragem caracterizou-se em número amostral final de 61 voluntárias. Deste total, 11 (18%) estavam no primeiro trimestre, 21 (34%) no segundo trimestre e 29 (48%) no terceiro trimestre gestacional (dados não mostrados em tabela).

Figura 13 - Fluxograma do estudo



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

8.1 Questionário 1 (Q¹) – Avaliação das variáveis sociodemográfico, ginecológica, obstétrica e história sexual das pacientes gestantes

8.1.1 Perfil sociodemográfico das gestantes participantes do estudo

A idade das 61 participantes variou de 18 a 44 anos, com média de 27,69 anos (desvio padrão – DP = 6,57). No que diz respeito à raça e etnia, a maioria das gestantes (59,02%) se autodeclararam pardas. A naturalidade foi categorizada pela divisão das cinco regiões geográficas brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Encontrou-se o maior número de gestantes nascidas na Região do Centro-Oeste (55,73%). A origem de nascimento da maioria (54%) foi o Distrito Federal – DF, sendo que a maioria das nascidas no DF (51%) são naturais de Ceilândia. Para as que não nasceram no DF, prevaleceram (33%) as que nasceram na Região do Nordeste, e o estado mais reportado foi Ceará (dado não informado na tabela). Com relação à religião, a maior predominância (40,98%) foi de católicas (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil social das gestantes entrevistadas (n=61)

	Média	Desvio Padrão
Idade (anos) ≥ 18	27,69	6,57
Raça/Etnia n=61	N	(%)
Parda	36	59,02
Branca	14	22,95
Preta	8	13,11
Oriental	1	1,64
Não declarou	2	3,28
Naturalidade n=61		
Centro-Oeste	34	55,73
Nordeste	20	32,79
Sudeste	3	4,92
Norte	2	3,28
NA	2	3,28
Religião n=61		
Católica	25	40,98
Protestante	22	36,07
Acredita em Deus	10	16,39
Outra	1	1,69
Prefere não declarar	1	1,69
NA	2	3,28

n= número de participantes %= porcentagem NA=não respondentes

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020

Os dados sociodemográficos (condição socioeconômica - renda, estado civil, situação conjugal e escolaridade) estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfico da amostra de gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal de risco habitual em Unidade Básica de Saúde

	N	(%)
Renda n=61		
Nenhuma renda	18	29,51
Benefício Social	3	4,92
Até 1	19	31,15
De 1 a 3	17	27,86
De 3 a 6	4	6,56
Estado Civil n=61		
Namorando	13	21,30
Noiva	5	8,20
Casada/União estável	38	62,30
Separada/Divorciada	3	4,92
NA	2	3,28
Situação conjugal n=61		
Vive com o companheiro	42	68,86
Não vive com o companheiro	11	18,03
NA	8	13,11
Escolaridade n=61		
Fundamental incompleto	6	9,84
Médio incompleto	12	19,67
Médio completo	31	50,81
Superior incompleto	5	8,20
Superior completo	5	8,20
Pós-graduação completa	2	3,28

n= número de participantes %= porcentagem NA=não respondentes

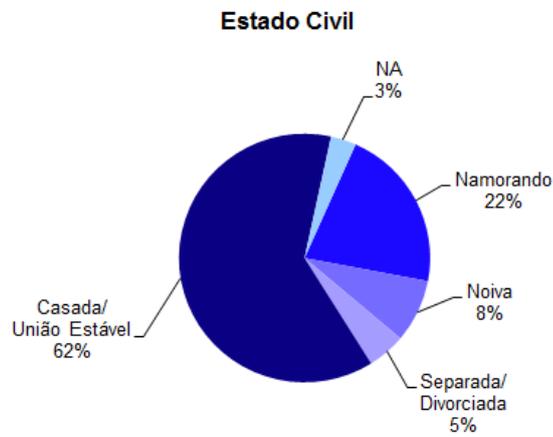
Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

A maioria das participantes (78%) declarou ter alguma ocupação e/ou formação profissional (dado não apresentado em tabela). Em relação ao nível socioeconômico individual, houve predominância (31,15%) de renda até 1 salário mínimo mensal e 29,51% das participantes declararam que não tinham renda.

Quanto à vida conjugal, a maioria (68,85%) das participantes responderam viver com o companheiro (Figura 14), apesar de apenas (62,30%) das mesmas declararem ser casadas ou em união estável (Figura 15). Quanto ao tempo de relacionamento conjugal, a maioria (54%) das participantes mantinham de 2 a 4 anos de parceria estável.

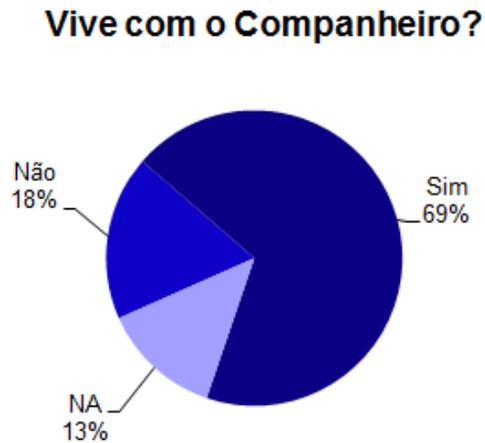
A maioria (50,81%) tem o ensino médio completo.

Figura 14 - Estado Civil das participantes do estudo



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

Figura 15 - Situação conjugal das participantes



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

Quanto ao tempo de relacionamento conjugal, acima da metade (53,85%) das participantes tinham de 2 a 4 anos de parceria estável (Dado não informado em tabela).

8.1.2 Hábitos de vida, condições e comportamento de saúde

A grande maioria das gestantes não era tabagista (88,52%), não era alcoolista e nem fazia consumo de bebida alcoólica (91,80%) e não usava drogas ilícitas (98,36%). Quanto as determinantes de saúde mental e transtornos mentais (doenças psiquiátricas), predominou a ansiedade (22,95%) e, entre as metabólicas, a hipertensão (9,83%). A maioria (62,30%) das participantes eram sedentárias, não praticavam atividade física por no mínimo três vezes por semana (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização dos hábitos de vida e patologias das gestantes participantes

	N	(%)
Tabagismo n=61		
Sim	7	11,48
Não	54	88,52
Ingestão de bebida alcoólica e/ou Etilismo n=		
Sim	5	8,20
Não	56	91,80
Drogas ilícitas n=61		
Sim	1	1,62
Não	60	98,36
Doenças Psiquiátricas n=18		
Transtorno de Ansiedade	14	22,95
Depressão	4	6,56
Doenças Metabólicas n=11		
Hipertensão	6	9,83
Diabetes	3	4,92
Tireoidopatia	1	1,64
Dislipidemia	1	1,64
Atividade Física n=61		
Não	38	62,30
Sim	20	32,78
NA	3	4,92

n= número de participantes %= porcentagem NA=não respondentes

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

8.1.3 Dados ginecológicos e obstétricos

Com relação ao número de gestações prévias, a grande maioria (72,13%) é multigesta, dados descritos na Tabela 5.

Com relação à paridade, predominou com frequências semelhantes as nulíparas (37,70%) e as primíparas (37,70%). A maior frequência de partos em gestações anteriores foi do tipo vaginal (37,70%).

Observou-se que a maioria (72,13%) referiu nunca ter tido aborto. Constatou-se que a maioria (59,02%) das mulheres, referiu que não queriam engravidar naquele momento. Verificou-se um predomínio (39,34%) de gestantes com de 4 a 6 consultas de acompanhamento do pré-natal. (Dados não informados em Tabela).

Tabela 5 - Caracterização de dados (gineco-obstétricos) da amostra total de gestantes entrevistadas que fazem acompanhamento de pré-natal de risco habitual em Unidade Básica de Saúde.

	N	(%)
Gestações anteriores n=61		
Sim (Multigesta)	44	72,13
Não (Nuligesta)	17	27,87
Paridade n=61		
0- Nulípara	23	37,70
1- Primípara	23	37,70
2- Multípara	11	18,03
3- Multípara	2	3,20
4- Multípara	1	1,64
5- Multípara	1	1,64
Tipos de Partos anteriores n=47		
Vaginal	23	37,70
Natural	6	9,84
Cesárea	18	29,51
Aborto n=61		
Sim	17	27,87
Não	44	72,13
Desejou a gestação atual? n=61		
Não queria engravidar	36	59,02
Queria engravidar	23	37,70
Não soube responder	2	3,28

n= número de participantes %= porcentagem NA=não respondentes

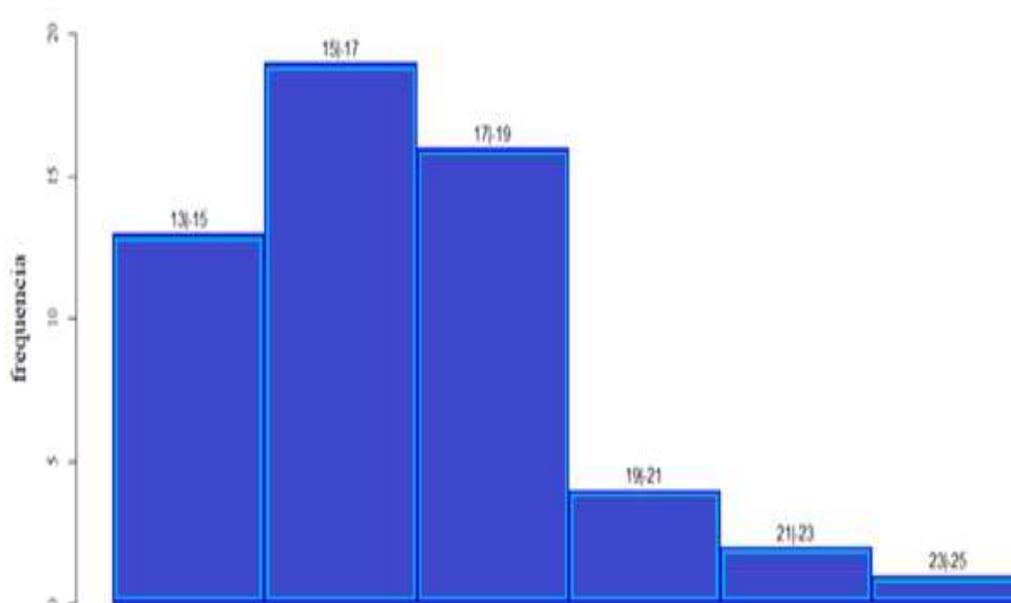
Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

8.1.4 Dados de atividade e histórico sexual

Em relação à idade da primeira relação sexual das participantes, identificou-se que o início da atividade sexual ocorreu em média aos 16,25 anos de idade, com desvio padrão 2,25 (Dados não informados em Gráfico), sendo 13 a idade mínima e 24 a idade máxima do início da vida sexual com um parceiro, considerando a atividades sexual com penetração.

A idade de início da vida sexual das participantes, estão descritas no histograma de idade correspondente ao início da vida sexual das gestantes em acompanhamento de pré-natal (Figura 16).

Figura 16 - Histograma da idade de início da atividade sexual das participantes



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

Quanto a vida sexual das participantes, foram analisados: orientação sexual, tempo de relacionamento conjugal, prática sexual durante a gestação, abuso sexual e infecção sexualmente transmissível (Tabela 6).

Encontrou-se, em relação à orientação sexual, que a grande maioria (83,61%) declarou ser heterossexual.

Ao avaliar se prática sexual era realizada nas gestações anteriores e na atual, a maioria (57,38%) teve relação sexual na gestação anterior. Na gestação atual, a maioria (86,89%) das participantes relatou que manteve atividade sexual inclusive no último mês.

A maioria (70,49%) não relatou abuso sexual durante a vida sexual antes ou durante a gestação atual, sendo que o abuso sexual esteve presente para (8,20%).

Com relação à Infecção Sexualmente Transmissível (IST), a maioria (81,97%) declarou não ter tido nenhum tipo IST antes ou durante a gestação atual.

Tabela 6 - Caracterização da vida sexual de gestantes em risco habitual

Variável	N	(%)
Prática Sexual		
Gestações anteriores n=61		
Sim	35	57,38
Não	14	19,67
NA	12	22,95
Gestação atual n=61		
Último mês		
Sim	47	77,05
Não	14	22,95
Abuso sexual n=61		
Sim	5	8,20
Não	43	70,49
NA	13	21,31
IST n=61		
Sim	-	-
Não	50	81,97
NA	11	18,03

n= número de participantes %= porcentagem NA=não respondentes

IST= Infecções Sexualmente Transmissíveis

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

8.1.5 Domínios da resposta sexual do questionário – história sexual

A resposta das participantes referente ao desempenho sexual na gestação atual foi classificada em presente ou ausente.

A maioria apresentou desejo sexual (70,49%) e excitação sexual (75,41%) sendo que a maior parte das pacientes (52,46%) não refere dor ou desconforto durante a atividade sexual realizada com penetração do pênis (Os dados estão na Tabela 7).

A maioria (54,10%) não pratica masturbação. A frequência de prática de masturbação antes da gestação foi de (13,11%) e, na gestação atual, de (11,48%). A prática de masturbação realizada sozinha é de (11,48%) e com o parceiro de (18,03%). A maioria (57,38%) refere orgasmo durante a prática sexual (Dados informados na Tabela 7).

Tabela 7 - História Sexual e Domínios da Resposta Sexual (Q1) das gestantes atendidas em UBS

Domínios da Resposta Sexual (Q1)	N	(%)
Desejo Sexual n=61		
Presente	43	70,49
Ausente	15	24,59
NA	3	4,92
Excitação n=61		
Presente	46	75,41
Ausente	14	22,95
NA	1	1,64
Dor/Desconforto relação com penetração n=61		
Presente	20	32,79
Ausente	32	52,46
NA	9	14,75
Masturbação n=61		
Presente	15	24,59
Ausente	33	54,14
NA	13	21,31
Masturbação Presente n=33		
Antes da Gestação	8	13,11
Gestação atual	7	11,48
Com Parceiro	11	18,03
Sozinha	7	11,48
Orgasmo n=61		
Presente	35	57,38
Ausente	25	40,98
NA	1	1,64

n= número de participantes %= porcentagem NA=não respondentes

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

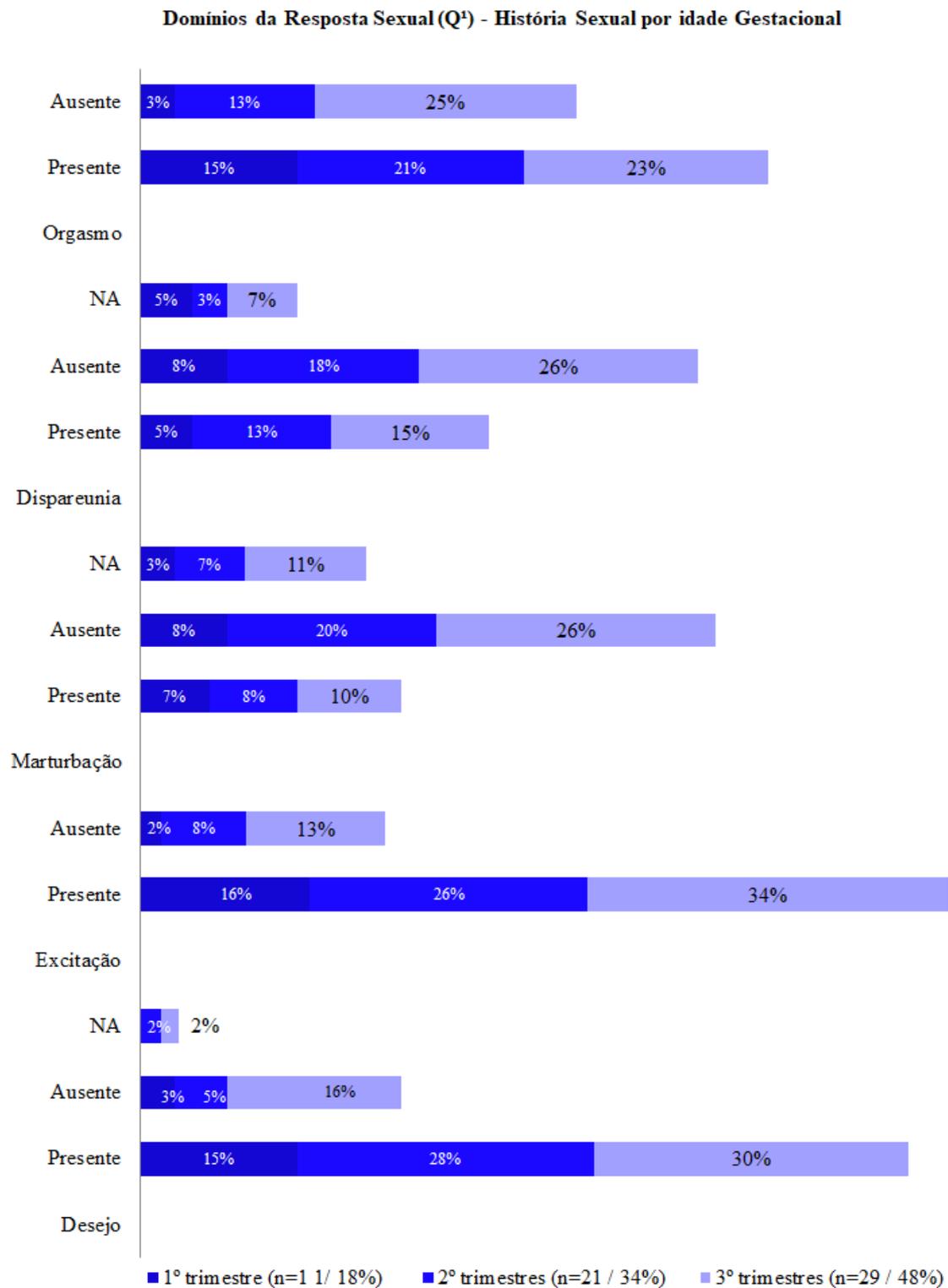
8.1.6 Domínios da resposta sexual do questionário – história sexual por Idade Gestacional

Os resultados dos domínios da Resposta Sexual (Q1) – História Sexual das mulheres gestantes participantes, foram descritos no (Figura 17), conforme a respectiva idade gestacional (por trimestres).

Foram considerados os domínios da Resposta Sexual Feminina (RSF): desejo, excitação, masturbação, dispareunia e orgasmo e foram quantificadas as respostas presentes, ausentes e as não respondentes.

Prevaleceram a maioria das gestantes que estavam no terceiro trimestre e que referiram desejo sexual (30%) presente, (34%) excitação presente, (26%) masturbação presente. Portanto, foi referido pela maioria das gestantes no terceiro trimestre (26%) dispareunia e (25%) orgasmo ausentes.

Figura 17 - Resultados dos domínios da resposta sexual (Q1) por idade gestacional



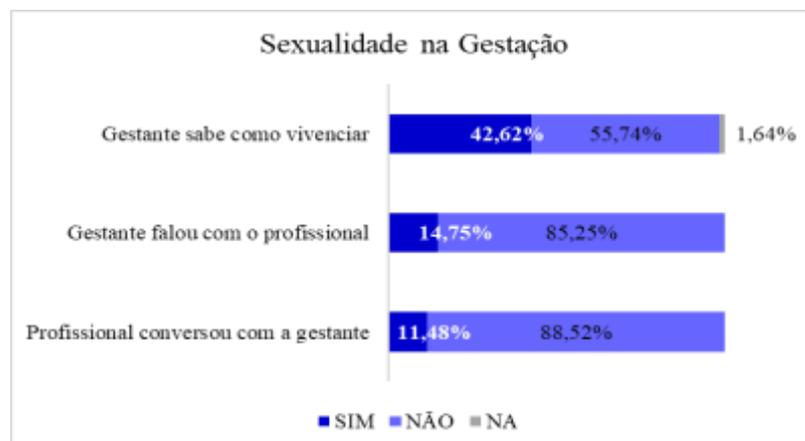
Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

8.1.7 Conversa sobre o tema “sexualidade na gestação” pela abordagem do profissional e da paciente

Sobre a pergunta “algum profissional de saúde abordou o tema de sexualidade durante o seu acompanhamento no pré-natal? ”, a grande maioria (88,52%) respondeu que o tema não foi abordado pelos profissionais de saúde. (Os dados estão demonstrados na Figura 18). Com relação a ter recebido algum tipo de orientação profissional sobre o tema, a minoria n=7 (11,48%) respondeu que recebeu algum tipo de orientação: n=2 “através de conversa”; n=2 “por palestra”; n=1 “através da caderneta da gestante”; n=1 eles “falaram que não tem nada não” e n =1 não respondeu.

A grande maioria (85,25%) das pacientes nunca conversou com algum profissional de saúde durante o seu acompanhamento do pré-natal, sobre o tema “sexualidade na gestação” (Figura 18). Sobre o assunto do tema que as levaram a conversar com algum profissional de saúde: n=1 falta de interesse sexual; n=1 curiosidade sobre os benefícios; n=1 só uma vez, mais não lembro o motivo; 1= com um ginecologista antes de engravidar; n=1 com uma Doula; n=1 sexo seguro para a saúde do bebê; n=1 por ficar cismada de ter relação sexual na gestação e n=2 não responderam sobre qual o assunto que conversaram com o profissional. Verificou-se que a maioria (55,74%) das pacientes não tem conhecimento de como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação (Figura 18).

Figura 18 - Conversa sobre sexualidade na gestação incluindo a abordagem do profissional de saúde.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa 2019/2020.

8.2 Questionário 2 - QUOCIENTE SEXUAL – versão feminina (QS-F)

8.2.1 Desempenho da função sexual feminina

Os resultados gerais de avaliação da função sexual de mulheres no ciclo gravídico pelo QS-F (Q²) indicaram que a grande maioria 50 (82%) das gestantes teve desempenho sexual satisfatório na gravidez. Um pouco acima da metade das gestantes 32 (52%) teve desempenho bom à excelente, e 18 (30%) respondeu ter desempenho de regular a bom. Foram considerados bons resultados de desempenho sexual os das gestantes que obtiveram pontuação acima de 60 no resultado final das 10 respostas do Quociente Sexual – Versão feminina (QS-F_{≥60}).

A minoria das mulheres gestantes 11 (18%) obteve no resultado final do QS-F, um escore abaixo de 60 pontos sendo que 7 (11%) tiveram desempenho desfavorável à regular, 3 (5%) tiveram desempenho ruim à desfavorável, e 1 (2%) teve o escore nulo à ruim, por não ter respondido as questões referentes ao QS-F (Tabela 8).

Tabela 8 - Função sexual de mulheres no ciclo gravídico pelo QS-F

Padrão de Desempenho da Função Sexual Escore Total do QS-F			
		N	(Percentual)
Pontuação	Função Sexual	61	(100%)
82 – 100	Bom a excelente	32	(52,46%)
62 – 80	Regular a bom	18	(29,51%)
42 – 60	Desfavorável a regular	7	(11,47%)
22 – 40	Ruim a desfavorável	3	(4,92%)
0 – 20	Nulo a ruim	1	(1,64%)

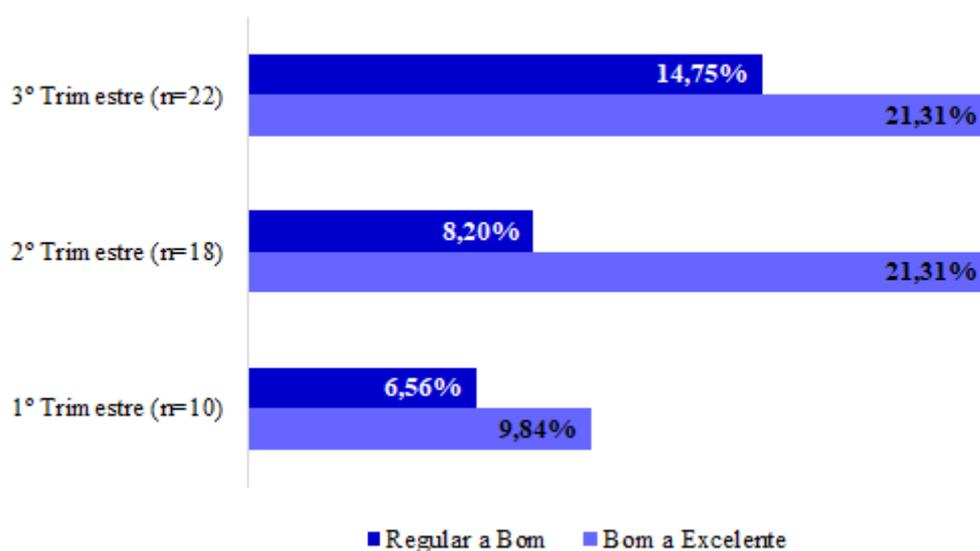
Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

8.2.2 Resultados obtidos pelo QS-F

A avaliação dos resultados da Função Sexual das mulheres gestantes foi realizado pelo Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), e foram descritos na (Figura 19), conforme a respectiva idade gestacional (por trimestres), predominando a escolha pelas gestantes de todos os trimestres, para o melhor desempenho/satisfação sexual com o resultado “bom a excelente”.

Os resultados da resposta sexual considerados satisfatórios pela avaliação dos Quociente Sexual – versão feminina (QS-F), obtidos pelas 50 participantes (81,97%) com desempenho da função sexual satisfatório, apresentaram resultados com valores totais da pontuação de 62 a 100 pontos (QS-F \geq 60).

Figura 19 - Resultados dos Domínios do QS-F por Idade Gestacional



Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

8.2.3 Avaliação geral do QS-F

A avaliação geral do questionário Quociente Sexual – versão feminina (QS-F), obtido pelas respostas das 61 gestantes participantes em acompanhamento do pré-natal, estão expostos na (Tabela 9).

Tabela 9 - Respostas das gestantes em acompanhamento de Pré-natal em UBS ao QS-F

Quociente Sexual – versão feminina (QS-F)													
Pontuação	Nunca		Raramente		Às vezes		50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre		
	0		1		2		3		4		5		
Questões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1- Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra-se de sexo ou se imagina fazendo sexo?	4	6,56%	5	8,20%	12	19,67%	11	18,03%	14	22,95%	15	24,59%	
2- O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	2	3,28%	2	3,28%	8	13,11%	9	14,75%	21	34,43%	19	31,15%	
3- As preliminares (carícias, beijos, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	1	1,64%	1	1,64%	3	4,92%	4	6,56%	10	16,39%	42	68,85%	
4- Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	1	1,64%	4	6,56%	4	6,56%	3	4,92%	14	22,95%	35	57,37%	
5- Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	3	4,92%	0	0%	2	3,28%	5	8,20%	12	19,67%	39	63,93%	
6- Durante a relação sexual, você relaxa a vagina suficiente para facilitar a penetração do pênis?	3	4,92%	1	1,64%	4	6,56%	7	11,48%	23	37,70%	23	37,70%	
7- Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	22	36,07%	6	9,84%	15	24,59%	6	9,83%	7	11,47%	5	8,20%	
8- Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	4	6,56%	4	6,56%	12	19,67%	11	18,03%	18	29,51%	12	19,67%	
9- Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	3	4,92%	2	3,28%	9	14,75%	12	19,67%	20	32,79%	15	24,59%	
10- A satisfação que consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	3	4,92%	1	1,64%	7	11,48%	10	16,39%	14	22,95%	26	42,62%	

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020.

8.3 Os cinco domínios da resposta sexual pelo QS-F

Os cinco domínios da resposta sexual das gestantes foram analisados nessa pesquisa, pelos resultados das 61 respondentes, referente às características avaliadas nos domínios da resposta sexual pelo Quociente Sexual – Versão feminina (QS-F).

8.3.1 Desejo e Interesse sexual

Observou-se nos domínios da resposta sexual, relativos ao “Desejo e Interesse sexual (questões 1, 2 e 8) que em relação a pensar espontaneamente em sexo, lembrar-se de sexo ou se imaginar fazendo sexo no ciclo gravídico, a resposta que prevaleceu (24,59%) foi “sempre”; portanto, em relação ao interesse por sexo suficiente para participar da relação sexual com vontade, predominou (34,43%) a resposta “na maioria das vezes”; e em relação a se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração) durante a relação sexual a resposta mais frequente (29,51%) foi “na maioria das vezes” (Tabela 10).

Tabela 10 - Respostas do Desejo e Interesse Sexual de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F

Desejo e Interesse sexual (QS-F)												
Pontuação	Nunca		Raramente		Às vezes		50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	0		1		2		3		4		5	
Questões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra-se de sexo ou se imagina fazendo sexo?	4	6,56%	5	8,20%	12	19,67%	11	18,03%	14	22,95%	15	24,59%
2- O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	2	3,28%	2	3,28%	8	13,11%	9	14,75%	21	34,43%	19	31,15%
8- Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	4	6,56%	4	6,56%	12	19,67%	11	18,03%	18	29,51%	12	19,67%

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020.

8.3.2 Preliminares

Referente ao domínio da resposta sexual, sobre “Preliminares” na gestação, foi avaliado através da questão 3, e teve os resultados descritos na (Tabela 11).

Verificou-se que a maioria (68,85%) das gestantes participantes, responderam que às “Preliminares” (carícias, beijos, afagos, etc.), “sempre” as estimulam a continuar a relação sexual.

Tabela 11 - Respostas dos aspectos das Preliminares de gestantes atendidas em UBS obtidos (QS-F).

Preliminares (QS-F)												
Pontuação	Nunca		Raramente		Às vezes		50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	0	1	2	3	4	5						
Questões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	3- As preliminares (carícias, beijos, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	1	1,64%	1	1,64%	3	4,92%	4	6,56%	10	16,39%	42

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020.

8.3.3 Excitação sexual e sintonia com o parceiro

Os aspectos em relação ao domínio da resposta sexual, “Excitação e Sintonia com o parceiro”, foram avaliados através das questões 4 e 5 (Dados descritos na Tabela 12).

A maioria (57,37%) respondeu que “sempre” costumava ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual no período gestacional e a maioria (63,93%), respondeu que “sempre” durante a relação sexual, à medida que a excitação do parceiro aumentava, ela também se sentia mais estimulada para o sexo (Tabela 12).

Tabela 12 - Respostas dos aspectos da Excitação da mulher e Sintonia com o parceiro de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F.

Excitação Sexual e Sintonia com o parceiro (QS-F)												
Pontuação	Nunca		Raramente		Às vezes		50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	0	1	2	3	4	5						
Questões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	4- Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	1	1,64%	4	6,56%	4	6,567%	3	4,92%	14	22,95%	35
5- Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	3	4,92%	0	0%	2	3,28%	5	8,20%	12	19,67%	39	63,93%

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

8.3.4 Conforto na relação sexual

Os domínios da resposta sexual, sobre o “Conforto na relação sexual” foram avaliados através das questões 6 e 7 na (Tabela 13).

Com relação à questão “Durante a relação sexual, você relaxa a vagina suficiente para facilitar a penetração do pênis na relação sexual? ”, predominaram as respostas na maioria das vezes (37,70%) e sempre (37,70%). Com relação a sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra a vagina prevaleceu (36,07%) a resposta “nunca” (Tabela 13).

Tabela 13 - Respostas dos aspectos do conforto na relação sexual de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F.

Conforto na relação sexual (QS-F)												
Pontuação	Nunca		Raramente		Às vezes		50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	0	1	2	3	4	5						
Questões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	6- Durante a relação sexual, você relaxa a vagina suficiente para facilitar a penetração do pênis?	3	4,92%	1	1,64%	4	6,56%	7	11,48%	23	37,70%	23
7- Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	22	36,07%	6	9,84%	15	24,59%	6	9,83%	7	11,47%	5	8,20%

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

8.3.5 Orgasmo e satisfação sexual

Nesta presente pesquisa, em relação aos aspectos do domínio da resposta sexual “Orgasmo e Satisfação Sexual”, os dados foram expostos na Tabela 14.

Ao serem questionadas sobre “Orgasmo e Satisfação Sexual”, através das questões 9 e 10, obteve-se como resposta predominante (32,79%) “a maioria das vezes”, com relação a conseguir atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realizou durante a gestação. E com relação à questão “A satisfação que consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?”, a resposta mais frequente (42,62%) foi “sempre” (Tabela 14).

Tabela 14 -Respostas dos aspectos do Orgasmo e Satisfação Sexual de gestantes atendidas em UBS obtidos pelo QS-F.

ORGASMO E SATISFAÇÃO (QS-F)												
Pontuação	Nunca		Raramente		Às vezes		50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	0	1	2	3	4	5						
Questões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	9- Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	3	4,92%	2	3,28%	9	14,75%	12	19,67%	20	32,79%	15
10- A satisfação que consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	3	4,92%	1	1,64%	7	11,48%	10	16,39%	14	22,95%	26	42,62%

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

8.4 DISFUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO

A disfunção sexual esteve presente para algumas gestantes durante o período gravídico. As avaliações do QS-F contribuíram para identificar quais as pacientes têm ou não disfunção sexual, que para este estudo considerou o período gravídico.

As análises individuais das 11 gestantes atendidas no acompanhamento do pré-natal na UBS (APÊNCICE E), considerou como disfunção sexual os transtornos nos domínios da resposta sexual (e insatisfeitas sexualmente, as gestantes que obtiveram os resultados/escore obtidos no quociente sexual – versão feminino com valores totais da pontuação de 0 a 60 (QS-F \leq 60).

8.4.1 Disfunção sexual na gestação e idade gestacional

A avaliação dos resultados do QS-F, indicou que a minoria 11 (18,03%) das gestantes apresentou insatisfação sexual em decorrência do baixo escore de desempenho sexual (igual ou abaixo de 60 pontos) e algum tipo de disfunção sexual presente na gravidez. Esse resultado indicou que das 11 (18,03%) gestantes insatisfeitas sexualmente e com disfunção sexual, prevaleceu às 7 (11,48%) mulheres que estavam no terceiro trimestre gestacional, em seguida 3 (4,92%) que estavam no segundo trimestre e apenas 1 (1,64%) que estava no primeiro trimestre gestacional (Tabela 15).

Tabela 15 – Desempenho da Disfunção sexual de mulheres no ciclo gravídico pelo QS-F e Idade Gestacional

Disfunção Sexual		Desfavorável a regular (42 a 60 pontos)	Ruim a desfavorável (22 a 40 pontos)	Nulo a ruim (0 a 20 pontos)
IDADE GESTACIONAL	1º Trimestre	1	-	-
	2º Trimestre	1	1	1
	3º Trimestre	5	2	-

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

8.4.2 Avaliação individual das gestantes com disfunção sexual

Dentre as características avaliadas individualmente dos domínios da disfunção sexual feminina durante o período gravídico, foram incluídos os transtornos das disfunções sexuais específicas da resposta sexual feminina:

- Transtorno de disfunção do desejo sexual
- Transtorno de disfunção da excitação sexual
- Dispareunia
- Vaginismo
- Transtorno de disfunção do orgasmo

As descrições da categorização das disfunções sexuais segundo a resposta sexual dos respectivos quocientes sexuais do QS-F, presentes no ciclo gravídico das 11 participantes gestantes, encontram-se informadas na (Tabela 17). Os resultados apontam que n= 6 referiram disfunção de desejo sexual, n=5 disfunção de excitação, n=5 vaginismo, n=8 dispareunia, n=6 anorgasmia, sendo que em n=2 houve disfunção sexual em todos os cinco domínios avaliados.

Tabela 16 - Categorização das disfunções sexuais descritas pelas gestantes

DISFUNÇÕES SEXUAIS DOS DOMÍNIOS DA RESPOSTA SEXUAL NO PERÍODO GRAVÍDICO							
DISFUNÇÕES		DESEJO	EXCITAÇÃO	VAGINISMO	DISPAREUNIA	ORGASMO/SATISFAÇÃO	
Pacientes	Nº 43	3º trimestre	-	-	-	SIM	-
	Nº 19	2º Trimestre	-	SIM	SIM	SIM	-
	Nº 53	3º trimestre	SIM	-	-	-	SIM
	Nº 57	1º trimestre	SIM	SIM	-	SIM	-
	Nº 26	3º trimestre	-	SIM	-	SIM	SIM
	Nº 14	3º trimestre	SIM	-	-	SIM	-
	Nº 51	3º trimestre	SIM	-	SIM	-	SIM
	Nº 16	2º trimestre	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Nº 56	3º trimestre	-	-	SIM	SIM	SIM
	Nº 33	3º trimestre	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Nº 34	2º trimestre	-	-	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

Na (Tabela 18), podem ser observados os dados gerais obtidos da pontuação dos quocientes sexuais (QS-F), respectivos do desempenho da função sexual e da resposta sexual, das pacientes assistidas no pré-natal de risco habitual em UBS, que apresentaram resultados sugestivos para disfunção sexual ($QS-F \leq 60$) no período gravídico.

Tabela 17 - Pontuação obtida no QS-F das gestantes com disfunções sexuais

QS-F		Questões										TOTAL	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		Pontuação das Respostas do QS-F											
Pacientes	Nº 43	Desfavorável a regular	2	3	3	4	4	4	5	4	4	1	58 pontos
	Nº 19		2	4	5	2	3	2	2	2	3	2	56 pontos
	Nº 53		1	2	4	4	3	4	0	2	0	3	56 pontos
	Nº 57		2	2	5	2	0	4	2	1	4	2	50 pontos
	Nº 26		5	2	2	1	3	3	4	3	2	2	48 pontos
	Nº 14		1	2	4	1	4	4	5	1	4	2	46 pontos
	Nº 51		2	0	3	5	3	1	0	1	3	0	46 pontos
	Nº 56	Ruim a desfavorável	1	4	2	3	4	0	5	2	2	2	40 pontos
	Nº 16		2	1	3	2	2	0	2	0	2	2	34 pontos
	Nº 33		4	2	1	1	0	2	3	0	0	0	24 pontos
	Nº 34	Nulo a ruim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nulo

Fonte: dados da pesquisa 2019/2020

9 DISCUSSÃO

Nas duas últimas décadas, houve um aumento de estudos de avaliação do comportamento sexual de mulheres na gestação, porém esse ainda é um tema pouco discutido na prática do âmbito da saúde pública e, principalmente, na atenção básica e primária de saúde, que abrange a saúde da mulher, e que, para as mulheres gestantes, compreende receber a assistência pré-natal durante a gestação. Sendo assim, objetivou-se avaliar a função sexual e os domínios da resposta sexual de mulheres no período gravídico assistidas no pré-natal em Unidade Básica de Saúde.

9.1 Discussão dos resultados questionário 1

As duas Regiões brasileiras com maior número de participantes neste estudo foram a Centro-oeste (local do estudo) (56%) e a Nordeste (30%). A frequência elevada de participantes da Região Nordeste se justifica pelo grande número de nordestinos que moram em Ceilândia (colocar a referência).

Com relação ao estado civil, uma pesquisa semelhante também referiu maior prevalência de participantes casadas e/ou em parceria estável (BERTOLDO, 2016). Quanto ao tempo de relacionamento conjugal, a maioria (54%) das participantes mantinham de 2 a 4 anos de parceria estável.

O estudo de Rocha et al., (2014) também obteve resultado semelhante referente ao tempo de convivência da gestante no relacionamento conjugal ao mostrar que quase metade das participantes do estudo (48%) mantinham de 1 a 4 anos de relacionamento. Estes resultados do presente e de estudo prévio são importantes porque a manutenção do contato e os fatores relacionais são determinantes relevantes para as pessoas que almejam atingir a satisfação pelo desejo, englobando inclusive o prazer físico (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Com relação à renda salarial, a maioria (59%) das participantes declararam renda de até 1 salário mínimos mensal no presente estudo. Esta renda baixa já era esperada, considerando que a maioria das mulheres que participam da atenção pré-natal na rede pública é composta por grupos com condições socioeconômicas baixas (MONTEIRO et al., 2017).

Com relação à escolaridade, a maioria (51%) tem o ensino médio completo, e esse foi um fator determinante que reflete para os resultados de bom desempenho e satisfação sexual da maioria das gestantes participantes deste estudo. Embora, divergente desses achados, um estudo prévio, referiu que a baixa escolaridade está associada a diminuição dos domínios da resposta sexual (GÜLEROĞLU; BESER, 2014).

Os resultados do presente estudo mostram ainda que a maioria das participantes (78%) declarou ter alguma ocupação e/ou formação profissional. Esta frequência elevada pode ter um impacto importante já que estudo anterior mostrou que, vulnerabilidades sociais, relacionadas a situação empregatícia, baixa escolaridade e a renda, são queixas que impactam negativamente a função e a resposta sexual feminina (ESME et al., 2013).

Outros motivos, como os fatores socioculturais e religiosos, podem afetar os aspectos da sexualidade feminina (CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010). Holanda et al. (2014), em estudo similar, referiram que a maioria das participantes era católica (50,5%) e encontrou associação relativa e significativa entre a mulher pertencer a religião católica e evangélica e ter maior frequência de disfunções sexuais.

O estudo de Salim; Gualda (2010); Abuchaim; Silva (2008) ao referir sobre as crenças e dogmas religiosos, apontam para um ideal de mulher submissa, sendo esse modelo idealizado por séculos, e dessa forma coloca-se uma divisão a partir do momento que a mulher se torna mãe, passando a ser associada a um papel divino da mãe imaculada que deve voltar-se completamente para o filho, separando-a entre ser mãe e mulher, de forma que influencia para que ela se abstenha de desfrutar os prazeres da relação sexual.

A obtenção de dados sobre a sexualidade feminina na gestação é desafiadora, e repleta de mitos e tabus principalmente quando se trata da mulher no ciclo gravídico puerperal. Nesta fase da vida, a gestante deve compreender que mesmo sendo mãe, ainda assim ela continua sendo mulher, e que a sexualidade pode ser vivenciada de forma saudável nesse período, salvo em condições particulares em que a gestante apresente condições alto risco, nas quais por indicação médica, ela deve temporariamente suspender a atividade sexual.

Algumas doenças (comorbidades) referidas neste estudo, foram apontadas por outros autores (FAUBION; RULLO, 2015; SANTOS; OLIVEIRA, 2015) como

causas que influenciam tanto diretamente, quanto indiretamente na função sexual feminina, e que são ainda mais preocupantes quando presentes no ciclo gravídico, por gerar tantos riscos obstétricos, quanto alta probabilidade de comprometimento da função sexual. Nesse contexto, as patologias (doenças crônicas, diabetes, problemas renais, entre outras) referidas no questionário deste estudo, foram escolhidas por serem definidas como marcadores de indicadores de saúde (HAMPF, 2015; FAUBION; RULLO, 2015; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; CAREY, 2006;).

Outros estudos incluíram doenças como insuficiência pulmonar e cardíaca, doenças endócrinas, e doenças do sistema nervoso dentre outras, como agravantes para gestação (DIEHL; VIEIRA, 2013) podendo ocasionar complicações obstétricas (BALESTENA, 2014) e gerar problemas na vida sexual e até mesmo levar a presença de disfunções sexuais (MASTERS; JOHNSON; KOLONDY, 1982; CAVALCANTI E CAVALCANTI 2006; CAREY, 2006).

As patologias no período gravídico são motivos de preocupações pois implicam tanto na saúde integral como na saúde sexual, reprodutiva e obstétrica (CAREY, 2006) podendo afetar direta ou indiretamente, a função sexual feminina (FAUBION; RULLO, 2015; SANTOS; OLIVEIRA, 2015) e implicar na redução ou ausência da vida sexual no período gravídico, e que também podem provocar aborto (CORBACIOGLU et al, 2012; WANNAKOSIT; PHUPONG, 2010; FOK; CHAN; YUEN, 2005), sangramentos, hemorragias, ocasionando trabalho de parto prematuro, complicações o fetais, aborto, (CORBACIOGLU et al, 2012; WANNAKOSIT; PHUPONG, 2010; AMARAL, 2014), infecções e amniorrexe prematura (FOK; CHAN; YUEN, 2005).

Com relação às patologias psicológicas, embora este estudo tenha referido depressão para apenas 7% das participantes, outros dois estudos referiram que a depressão é um fator biológico, que está associado ao desconforto sexual para mulheres, e à redução da excitação sexual subjetiva da resposta sexual feminina (ABDO, 2010; HAYES et al., 2008).

Dentre os comportamentos aditivos relacionados à saúde de mulheres, outra pesquisa verificou o impacto do tabagismo sobre a função sexual, e referiu que esse hábito apresentou baixo impacto sobre a função sexual de mulheres e que apresentou resultado significativo somente para a população do Sudeste Asiático (LAUMANN, et al. 2005).

Sobre o consumo de bebida alcoólica por mulheres, é sabido que a ingestão de álcool, dependendo da quantidade ingerida e do tempo de uso, abala, influencia, interfere e impede o bom funcionamento dos domínios presentes no ciclo de resposta sexual feminina, alterando e abalando o domínio de desejo sexual, interferindo no domínio da excitação sexual e impedindo que a mulher vivencie o prazer máximo e que ela atinja o orgasmo (CAREY, 2006). No presente estudo, a grande maioria das participantes negaram tabagismo e etilismo.

O uso de drogas foi referido no presente estudo, apenas por uma participante, que referiu fazer uso de maconha. Este resultado é importante porque segundo o estudo de Carey et al. (2006) a associação do uso de drogas e os efeitos provocados por ela torna complexa a identificação sobre o comportamento sexual.

Com relação aos dados obstétricos e ginecológicos, houve um predomínio de pacientes nulíparas (38%) e primíparas (38%). E, em relação ao tipo de parto em gestações anteriores, observou-se que, neste estudo e em estudo prévio semelhante, (FARIA; PEDROSA, 2012) predomina o parto vaginal. Estes aspectos são de relevância tendo em vista que a quantidade e o tipo de parto (FORTUNATO et al., 2017; MENTA; SCHIRMER, 2006) reflete na musculatura do assoalho pélvico (MAP) da mulher e que algumas podem apresentar efeitos no parto vaginal que ocasionam traumas no MAP, bem como a ocorrência de lesões, portanto, trabalhar o fortalecimento em prol da melhoria da força e da recuperação desses grupos musculares, minimizam e excluem a presença de queixas relacionadas as disfunções sexuais (ETIENNE; WAITMAN, 2006)

No presente estudo apenas 36% das pacientes responderam que não queriam engravidar. Esta informação deve ser considerada porque um estudo transversal, com 475 puérperas, referiu que quando ocorre uma gravidez que não foi desejada, esse fato provoca também redução do interesse no campo emocional referentes à atividade sexual na gestação, contribuindo para o surgimento da disfunção do desejo sexual hipoativo (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007).

Em relação ao estabelecimento de consultas de pré-natal na saúde pública, o Pacto pela Saúde, criado para buscar saídas para os diversos problemas e impasses na Gestão do Sistema Único de Saúde, prevê que os gestores atuem pelo pacto pela vida para a redução da mortalidade infantil e materna e para isso estima-se que com adesão do pacto, os gestores assinem juntamente o Termo de compromisso, para que promova o acesso de sete consultas ou mais de

acompanhamento do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2012; DOURADO et al., 2016; BRASIL, 2015). Outros estudos referem o estabelecimento de no mínimo 6 consultas de pré-natal. (LEAL, 2020; TOMASI et al., 2017; BRASIL, 2015).

Resultados de estudos internacionais, nacionais e do Distrito Federal vão ao encontro dos resultados deste estudo em relação à média de idade de início da vida sexual aos 16 anos (ABRAMOVAY, 2004; BORGES; SCHOR, 2005, UNESCO BRASIL, 2004) inclusive com relação à população de mulheres adultas, que estejam no período gravídico (BERTOLDO, 2016; TILAGUN; AYELLE, 2013; GLYNN, 2010).

Ao avaliar se a prática sexual era realizada nas gestações anteriores e na atual, a maioria das participantes refere relação sexual na gestação anterior (57%) e na atual (87 %). Resultados semelhantes aos do presente estudo foram notados por outros 2 estudos que observaram que apenas 10% e 14% das gestantes tiveram abstenção da prática sexual durante a gestação, sendo avaliado o período respectivo correspondente a todos os trimestres gestacionais (BERTOLDO, 2016; BONFIM; MELRO, 2014; BARBOSA, et al., 2011; SAVAL et. al., 2008). Para outros autores, que realizaram outros tipos de metodologia para o desenho do estudo, os achados encontrados referiram que 28% das grávidas relataram abstenção sexual no período da gestação (LAZAR, 2002). E em outra pesquisa, as gestantes em sua totalidade, relataram manter a prática sexual na gravidez (SACOMORI, 2009).

Com relação à infecção sexualmente transmissível (IST), a maioria (82%) das participantes declarou não ter tido nenhum tipo de IST antes ou durante a gestação atual. Um aspecto interessante com relação à IST é que quando minimamente o tema “sexualidade” é exposto, ele ainda é voltado apenas para a perspectiva de informações de prevenções e orientações sobre IST, termo atual mais indicado do que doença sexualmente transmissível - DST (WHO, 2005), e/ou sobre a reprodução e planejamento familiar (DOURADO et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2017).

Um resultado que vale ressaltar nesta pesquisa é que os profissionais de saúde não têm abordado sobre sexualidade no âmbito da Atenção Primária de Saúde e na atenção à mulher no ciclo gravídico. A grande maioria (85%) das pacientes nunca conversou com algum profissional de saúde, durante o seu acompanhamento do pré-natal, sobre o tema “sexualidade na gestação”. Esse resultado corrobora com a afirmativa de que a temática de sexualidade na gestação

além de ser tabu, não é abordada pelos profissionais de saúde no acompanhamento do pré-natal e não são desenvolvidas ações educativas em saúde e sexualidade para mulheres no ciclo gravídico. Estudo semelhante SCHÄFFER (2016), também apontou para a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e as gestantes e seus parceiros, em relação às questões que abrangem o tema.

Sendo assim, um aspecto essencial é a capacitação para educação continuada de profissionais de saúde que atuam no pré-natal para que consigam fazer uma abordagem segura e eficaz sobre o funcionamento sexual nesse ciclo da mulher. De acordo com LIMA; DOTTOS; MAMEDE (2013) o aprofundamento nessa temática por profissionais de saúde, ainda é difícil de ser abordado em decorrência da ausência de instrumentos que contribuam para o diagnóstico preciso de disfunções sexuais das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Pode-se observar que a sexualidade no período gestacional, ainda é repleta de tabus, pois os próprios profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal e em áreas de planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, não abordam essa temática, assim como não disponibilizam informações, orientações e ações em saúde com pauta na sexualidade no ciclo gravídico. E, quando a minoria aborda a temática, ainda é restrita à prevenção de IST e para o controle de natalidade ou planejamento de natalidade. Embora o termo controle da natalidade ainda seja utilizado por muitos profissionais, ele não é o mais adequado, já que atualmente a atenção básica de saúde tem adotado uma perspectiva que se baseia no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos que compreende o uso de planejamento de natalidade, como termo mais indicado e adequado. (BRASIL, 2013).

Destacou-se no presente estudo que o tema ainda é pouco discutido, inclusive pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Vale ressaltar que este resultado está em concordância com vários estudos prévios (MANDÚ, 2004; SANTOS, et al. 2007; SCHÄFFER, 2016; BRITTO et al., 2018; NOGUEIRA et al., 2017).

A temática sexualidade e gestação deve ser esclarecida pelos profissionais que atuam na área de saúde e/ou na assistência à saúde da mulher e que envolve a saúde da mulher e no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. O momento do pré-natal deve ser utilizado para informações, orientações, atividades educativas e promoção de saúde, bem como para o esclarecimento de dúvidas pertinentes as

mudanças advindas neste ciclo da vida da mulher (REIS et al. 2012; FIGUEIREDO, 2012; DOURADO et al., 2016).

Essas dificuldades da abordagem do tema sexualidade com os pacientes antecedem ao atendimento clínico e estão presentes desde o processo formativo dos profissionais em saúde (BRITTO et al., 2018; NOGUEIRA et al., 2017; DOURADO et al., 2016; PELÁ e col., 1995), por ser uma temática inexistente na composição curricular. Outro estudo encontrou que a maioria (58%) dos profissionais não obteve informações sobre sexualidade no período de formação acadêmica e a grande maioria (98%) refere a necessidade de que o tema seja incluído nos currículos para que eles se sintam embasados para tratar do tema com maior eficiência e menos constrangimento (PELÁ e col., 1995).

Pode-se observar neste estudo que a grande maioria das participantes teve dificuldade em falar sobre “sexualidade na gestação” com os profissionais de saúde. Essa mesma dificuldade foi referida em estudo prévio (BARTELLAS, 2000). A dificuldade de comunicação da paciente com o profissional de saúde permanece presente, embora seja previsto, pelos principais programas da Atenção Primária de Saúde (APS), que as equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) promovam escuta qualificada e atendimento humanizado (BRASIL, 2018, 2013).

A equipe multidisciplinar integrada à saúde da mulher, no atendimento prestado da Atenção Primária via UBS/ESF/NASF na assistência e no acompanhamento pré-natal tem um papel importantíssimo para o desenvolvimento de ações integradas, bem como interação dos membros da equipe com atuação multidisciplinar e interdisciplinar, afim de oportunizar uma relação de confiança entre o profissional de saúde e paciente e/acompanhante, tanto de forma individual, quanto para o casal.

É fundamental o profissional de saúde se manter atualizado para sanar as dúvidas das pacientes e dos parceiros, além de fazer encaminhamentos para prevenção e acompanhamentos terapêuticos, desenvolvidos na atenção à saúde da mulher na assistência pré-natal que estejam associadas à saúde sexual e reprodutiva da mulher e do homem, de forma individual ou para o casal (BRASIL, 2018, 2013), além de desenvolver atividades educativas de promoção à saúde sexual (FIGUEIREDO, 2012). Dessa forma, nota-se que a dificuldade em abordar o

tema ainda é frequente e presente tanto para os profissionais, quanto para as pacientes.

Outro problema é que não existe especialistas em comportamento sexual para atuar e atender as demandas das UBS / atenção primária, o que aumenta a dificuldade no diagnóstico, tratamento ou mesmo encaminhamento. Dois estudos referiram dados similares aos achados deste estudo, sobre a dificuldade que as mulheres encontram para terem uma boa comunicação (ROCHA et al., 2014; ESME, 2013) para obter informações com os profissionais de saúde acerca da temática “sexualidade na gestação” (WANNAKOSIT; PHUPONG, 2010), e que também é percebida e estendida em relação a dificuldade de conversar sobre essas questões com parceiro.

Outro fator é que as gestantes, na maioria das vezes, não têm conhecimento que a sexualidade pode ser vivenciada nesse ciclo e têm dúvidas de como podem continuar vivenciando e desfrutando do prazer também nessa fase. As restrições são necessárias somente em alguns casos específicos associados a condição obstétrica da mulher, de forma que mesmo com as mudanças advindas da gestação, não existe impedimento para ela manter a realização de práticas sexuais durante a gravidez (COSTA; PINTO, 2012; FERREIRA, 2012; LEITE et al., 2009).

9.2 Discussão do Método Quantitativo dos resultados do questionário 2 – quociente sexual - versão feminina (QS-F)

Este estudo avaliou o desempenho da resposta e satisfação sexual de mulheres no período gravídico através do Questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). A utilização da abordagem quantitativa foi utilizada para aprofundar o conhecimento científico nesta temática, para preencher as lacunas encontradas neste ambiente de investigação e por contribuir para que futuramente sejam geradas ações educativas em Saúde e Sexualidade para a mulher no ciclo gravídico, bem como incentivar a participação dos profissionais de saúde com Educação Continuada e desenvolvimento na atuação profissional visando melhor contribuição para que a sexualidade seja vivenciada e explorada da melhor forma possível em todos os ciclos da mulher, inclusive na gestação.

O questionário (QS-F) foi utilizado por avaliar o desempenho geral da função e satisfação sexual, ser exclusivo para a população brasileira, por ser completo, e

ainda avaliar o ciclo de resposta sexual e por também contemplar outros domínios, além de contribuir para identificar o diagnóstico de mulheres com e sem disfunções sexuais que incluem aspectos da função, questões emocionais e do campo relacional, que pertencem a sexualidade feminina (MORENO, 2009; ABDO, 2006).

O (QS-F) foi utilizado com as gestantes, considerando que estudos anteriores (FERREIRA et al., 2012; RIBEIRO; NAKAMURA; ABDO et al., 2011; FERREIRA; NETO; LATORRE, 2011; PINTO, 2012) já utilizaram anteriormente o mesmo questionário aplicado a gestantes e por ser um questionário que pode ser utilizado não sendo paramédico.

Visto que a temática ainda é um tabu e pouco discutida entre as pacientes mulheres, principalmente pelas que estão no ciclo gestacional e com os próprios profissionais de saúde, para viabilização do estudo, optou-se por escolher um instrumento que não especificou quais foram as práticas sexuais e posições vivenciadas pelas participantes, embora considere que a participante gestantes tenha tido relação sexual com penetração há pelo menos 6 meses anteriores, a contar da concepção da gestação atual.

Concernente a isto, outros estudos também não referiram a utilização de instrumentos de investigação e avaliação que contivessem informações mais íntimas e que provocassem maior resistência, vergonha, timidez e mesmo desistências de participação pela utilização de questões mais íntimas (MESINAS, et al., 2015; GÜLEROĞLU; BESER, 2014; BALESTENA et al.; 2014; CORBACIOGLU et al.; 2012; ASLAN et al.; 2005).

Dessa forma, a utilização de instrumentos auto responsivos e que analisem todos os aspectos do desempenho da função, resposta e satisfação sexual de mulheres, podem vir a ser um mecanismo relevante na identificação de problemas sexuais que também costumam afetar o psicossocial. Assim, estes instrumentos podem contribuir no levantamento desses problemas, bem como gerar ações educativas, palestras e grupos em saúde e sexualidade da mulher na gestação.

Existem outros instrumentos utilizados em estudos internacionais como o Índice da Função Sexual Feminina-FSFI que foi elaborado na língua inglesa (GÜLEROĞLU; BESSER, 2014; ASLAN, et al., 2005) validado e adaptado para a população brasileira (THIEL et al., 2008) e aplicados em gestantes (LEITE et al., 2007). Tais instrumentos têm se revelado como ferramentas importantes para a avaliação clínica de problemas sexuais femininos.

O PSFQ Gökyildiz; Beji (2005), embora seja traduzido e validado para a versão portuguesa por Amaral; Monteiro (2014) e desenvolvido para mulheres na gravidez, não foi escolhido em decorrência da experiência prévia profissional da pesquisadora que demonstrou que as mulheres sentem mais dificuldades, ficam constrangidas e geralmente se recusam a participar por conta de apresentar principalmente as imagens relacionadas as posições sexuais.

Outros três estudos internacionais, Gülerogulu; Besser (2014); Esmer et al., (2013); Aslan et al.; (2005), embora tenham utilizado outros instrumentos, corroboraram com as investigações que objetivaram avaliar a função sexual de mulheres gestantes e os fatores que envolvidos que podem afetar a sexualidade nesse período.

Um destes estudos foi realizado no Peru, do tipo transversal, descritivo e quantitativo que utilizou a aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) e formulário, para 2.117 gestantes (GÜLEROGULU; BESSER, 2014). Outro estudo foi realizado na Turquia, e avaliou a função sexual através de estudo transversal, descritivo e quantitativo, utilizando questionário para investigação com 363 gestantes (ESMER et al., 2013). Um terceiro estudo, do tipo transversal, prospectivo de coorte e quantitativo foi aplicado por meio do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) para 40 gestantes (ASLAN et al., 2005).

Reforça-se assim que, a eleição pelo QS-F para este trabalho, ocorreu pelas seguintes razões: permitir investigar os 5 domínios da resposta sexual; contemplar outros domínios da função sexual; permitir avaliar o desempenho da satisfação sexual; por identificar em qual o domínio existe a presença ou ausência de disfunção sexual; por não ser específico para gestantes; por ter também uma versão masculina o que permite avaliar também um estudo aplicável para casais; e por ser criado especificamente para a população brasileira, além de contribuir no diagnóstico de disfunções sexuais (ABDO, 2006, 2009).

A função sexual é uma das necessidades emocionais vigentes em todas as pessoas, pois todas elas buscam por uma proximidade maior de intimidade, afeto e gratificação sexual (HEIMAN. LOPICCOLO, 1992). Estudos revelaram que a função sexual está relacionada ao músculo do períneo (ANTONIELI; SIMÕES, 2009; LAZARINI et al., 2009) e quanto maior o fortalecimento que a mulher possui em relação aos músculos do assoalho pélvico (MAP), tanto maior é a satisfação (PIASSAROLLI et al., 2010; LAZARINI et al., 2009). Dessa forma, a prática do

fortalecimento do MAP, auxilia para melhoria das disfunções sexuais o que intensifica o prazer relacionado a excitação e ao orgasmo.

Sabe-se atualmente que causas multifatoriais afetam tanto a função sexual quanto os domínios da resposta sexual feminina (PIASSAROLLI et al., 2010). A aplicação e realização de um bom instrumento de investigação, com uma boa anamnese que considere aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais (FAUBION; RULLO, 2015; PIASSAROLLI et al., 2010; DIAS; PRATA, 2008), auxiliam no rastreio da satisfação sexual bem como da presença de disfunções sexuais.

Define-se que a resposta sexual saudável, é um conjunto de cinco domínios sucessivos: desejo e interesse sexual, preliminares, excitação pessoal e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual e orgasmo/satisfação sexual, advindos pelos bons resultados nas pontuações do QS-F (ABDO, 2006, 2009). Outro estudo restringe esse processo saudável da resposta sexual humana (RSH) ao conjunto das fases sucessivas do desejo, excitação, orgasmo e resolução (MARQUEZ; CHEDID; EIZERIK, 2008) pautado no modelo clássico de Masters & Johnson (Masters; Johnson, 1966).

A vivência da sexualidade no ciclo gravídico pode ser desfrutada em todos os trimestres da idade gestacional, bem como a sua própria análise e compreensão e sendo que o desempenho sexual de grávidas, assim como a própria fase sexual correspondente ao “desejo sexual”, refletem na sexualidade individual e conjugal de gestantes (CANELLA, 2000; VITIELLO, 2003; LECH; MARTINS, 2003).

Vários estudiosos estudaram a fase de resposta sexual que corresponde ao “desejo sexual” (KAPLAN, 1977, 1974; 2013; 1983; GAGNON; PARKER, 1995; BOOTH; EVERARD, 2002; BASSON, 2002, 2000; LAUMANN, et al. 2005; SILVA, 2011).

O desejo sexual foi referido no estudo de Kaplan (1974) como fase da resposta sexual humana que é potencializada através de um estímulo sexual positivo, conhecido por apetite sexual, apetência sexual e libido. E os estudos de Heiman; Lopiccolo (1992) apontaram que na verdade essa fase é influenciada por diversos aspectos, que podem estar relacionados com fatores desfrutados na vivência tanto no presente, quanto no passado, com causas predisponentes precipitantes ou perpetuadores (BASSON, 2003). Para Cavalcanti; Cavalcanti (2006) o desejo no ciclo de resposta sexual humana é uma fase encoberta.

Com relação ao domínio “Desejo e Interesse sexual”, as respostas mais frequentes das participantes do presente estudo indicaram que na maioria das vezes ou sempre há desejo ou interesse sexual. Estes resultados diferem de outros estudos (BASSON, et al., 2005; CAIN et al., 2003; GAYLER, 1999; WEIJMAN, 1992) e também da pesquisa “Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento”, cujos resultados indicam que o desejo sexual espontâneo é referido com pouca frequência por mulheres (ABDO, 2010). No estudo de Sacomori (2011), foi referido por 20 gestantes que o interesse pela atividade sexual, não sofreu interferência pela condição gestacional, bem como as preocupações pertinentes sobre a temática não são determinantes para inibição do interesse de manter a atividade sexual presente nesse período. Este estudo anterior aponta ainda que esse período revela ser mais prazeroso, para algumas mulheres. A libido (desejo sexual) é um domínio da resposta sexual humana (RSH) que pode permanecer presente durante todo os trimestres do período gravídico, e essa é uma função que é inerente a todos os seres humanos, de modo que tanto para o homem, quanto para a mulher, o desejo pode permanecer normal, durante esse período (FLORES; AMORIM, 2007).

As mulheres durante a gravidez, em um estudo, referiram não se deixarem levar por influências de alterações dos aspectos psicológicos e mesmo pelos fatores diversos, que, em muitas situações, são condicionados pela sociedade (LECH; MARTINS, 2003). E segundo outro estudo, o desejo sexual foi referido juntamente com o período gravídico, de forma que uma participante relatou que: “estou grávida e ao mesmo tempo sentindo desejo sexual” CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010, p. 36).

Com relação ao domínio da resposta sexual “excitação sexual”, a maioria (57%) respondeu que “sempre” costuma ficar lubrificada durante a relação sexual no período gestacional. Em estudo prévio, também foi encontrado, um aumento nítido da lubrificação vaginal que é relatado pelas gestantes durante todo o ciclo gravídico (ORIÁ, 2004). O estudo de Vieira (2006) apontou que o aumento da lubrificação vaginal nesse ciclo da mulher ocorre devido a congestão pélvica e o aumento na produção dos níveis de estrogênio e progesterona, que circulam no organismo durante a gestação, e que influenciam na possibilidade de a gestante atingir melhores domínios da resposta sexual de forma ainda mais satisfatória.

Mulheres que tem a habilidade em relação ao fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP), além de evitar uma série de dificuldades e problemas físicos, também melhoram a percepção da sensibilidade nos músculos circunvaginais e associados ao genital, com obtenção de melhores desempenhos da excitação e satisfação sexual (ETTIENE; WAITMAN, 2006).

Com relação ao domínio da resposta sexual “preliminares”, a maioria (69%) das participantes respondeu que as “preliminares” (carícias, beijos, afagos, etc.) “sempre” as estimulam a continuar na relação sexual. Em outros estudos, as participantes responderam que realizam a prática de preliminares e associavam essa prática à geração de prazer (BERTOLDO, 2016; ROCHA et al. 2014; RIBEIRO, 2011; CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010; FOK et al., 2005). O estudo de Camacho et al. (2010) e Abdo (2006), associou as preliminares às práticas de carícias.

Em outro estudo sobre o tipo de práticas de preliminares preferidas na relação sexual, as mulheres em sua maioria disseram que sentem mais prazer ao receberem a estimulação pelo parceiro, sendo a masturbação a prática referida com maior frequência, realizada tanto de forma individual quanto mútua, incluindo também receber o sexo oral (BERTOLDO, 2016).

Destacou-se em um estudo transversal, realizado no Rio de Janeiro/RJ com 80 gestantes dos três trimestres gestacionais que, em relação às práticas de preliminares, foi referido de forma predominante entre as participantes de todos os trimestres, que elas “sempre” realizam práticas sexuais preliminares no período gravídico (BERTOLDO, 2016).

As práticas de preliminares são referidas por outros autores, como uma das práticas que costuma ser vivenciada de forma agradável e confortável na gravidez (BASSON, 2001). Outro estudo realizado em São José do Rio Preto/SP com 60 gestantes apontou que, 95% das participantes escolheram que “sempre” realizam a prática de preliminares nas relações, e o segundo resultado mais escolhido foi “na maioria das vezes” (COSTA; PINTO, 2012).

Em relação as preliminares, o estudo de Bertoldo (2016) mostrou que as mulheres se sentem menos estimuladas a fazer a estimulação no parceiro, tanto em relação a ter que praticar masturbação e/ou o sexo oral, e que quando realizam é pensando em agradar o parceiro e não porque realmente desejam fazer essas

práticas, sendo que em outro estudo foi encontrado que cerca de 26,6% das mulheres tem dificuldade de realizarem práticas de autoerotismo (ABDO, 2009).

Segundo o estudo de Sacomori (2009), as mulheres não referem sentir prazer ao fazer as preliminares no parceiro, portanto, fazem mais para cumprir um papel, que está associado principalmente entre as que são casadas ou vivem em união estável (BOZON, 2014; FISCHER, 2001).

Segundo Camacho et. al. (2010) e Gozzo (2000), as mulheres classificam que preliminares são confortáveis e que estão comumente associadas à expressão de afeto e carinho. Na percepção das gestantes, outro estudo (FERREIRA; NETO; LATORRE, 2011) verificou que essa é uma prática considerada importante para que mulher tenha estimulação contínua até a prática sexual.

Com relação ao domínio da resposta sexual “ Orgasmo e Satisfação Sexual”, obteve-se como resultado resposta predominante (33%) “a maioria das vezes”, com relação a conseguir atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realizou durante a gestação. E com relação à questão “A satisfação que consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias? ”, a resposta mais frequente (43%) foi “sempre”. Estes resultados são semelhantes aos da pesquisa de análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação (COSTA E PINTO, 2012) em que as autoras analisaram a resposta sexual de 60 pacientes com gestação de risco habitual e atendida em clínica privada, abordadas durante o acompanhamento do pré-natal. E os resultados foram os seguintes: 38% das gestantes referiram que conseguem atingir o orgasmo a maioria das vezes nas relações sexuais que realiza, e 42% das gestantes apresentaram que o nível de satisfação obtido com a relação sexual, dá vontade de continuar tendo relações outras vezes, em outros dias. (COSTA E PINTO,2012),

Divergente dos estudos anteriores, o estudo de Erol et al., (2007) encontrou que a grande maioria das participantes do estudo (81%) referiram dificuldade para atingir o orgasmo durante a atividade sexual na gestação. Outro estudo apontou que conforme a idade gestacional (trimestre) foi avançando, as gestantes referiram diminuição do orgasmo na gravidez (ROCHA et al., 2014).

No estudo de Rocha et al. (2014), a pontuação das participantes, referente aos valores atribuídos a “satisfação sexual” foi atribuído como uma variável que não dependia da satisfação em relação ao “orgasmo”, de forma que para as participantes

do estudo referido, a satisfação sexual, englobava outros aspectos para além do domínio da resposta orgástica.

Resultado semelhante com relação à satisfação sexual de mulheres e conjugalidade referiu que quanto mais a satisfação sexual com o parceiro é presente, mais a vida sexual é valorizada, menor é a chance de inibição/redução do desejo sexual para a mulher (HAYES et al., 2008).

A satisfação sexual de mulheres no ciclo gravídico é influenciada pela tonificação e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, e observa-se que quanto mais elevada é a força que a mulher tem desses músculos, mais significativa é a satisfação sexual (FORTUNATO et al., 2017).

Dessa forma, pode-se observar a importância da realização de práticas e exercícios para os músculos do assoalho pélvico, os músculos circunvaginais e a tonificação do útero, antes e durante a gravidez e no puerpério, tanto para que as gestantes tenham uma experiência de parto satisfatória, quando para a obtenção do prazer e da satisfação sexual (DAVIS, 2017; FORTUNATO et al., 2017), para que a mulher grávida continue desfrutando de uma vida sexual saudável e com qualidade (PIASSAROLLI, 2010; LAZARINI et al., 2009; ETTIENE; WAITMAN, 2006).

O estudo de Abdo (2010) refere que a satisfação sexual é um fator de desejo que pode gerar em seu resultado, a presença de orgasmo ou multiorgasmo em mulheres (BASSON et al., 2005) e que está associada a um bom desempenho da função sexual no período gestacional (FERREIRA et al., 2012).

A abordagem para o tratamento de disfunções sexuais e para a própria educação do exercício da sexualidade saudável de uma pessoa adulta pode ser ampla, pois devido as multiciplidades e causas multifatoriais, cabe a utilização de uma abordagem abrangente e com ampla intervenção multidisciplinar (LANORTE, 2012; CARVALHO, 2011). Sugere-se que uma abordagem completa da investigação de uma avaliação de disfunções sexuais, utilize instrumentos que englobem um modelo psicossocial e que utilize a investigação da história sexual e o exame observacional (FAUBION, 2015).

O impacto negativo da disfunção sexual na vida da mulher, compromete a satisfação para com a vida em contexto de totalidade, além do que, sabe-se que a insatisfação sexual, interfere na qualidade de vida (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007), na diminuição e inibição da autoestima, e, muitas vezes, pode ter efeitos psicológicos agregando outras doenças como a ansiedade e depressão,

comprometendo a capacidade de relacionar-se, além de influenciar no relacionamento com o parceiro e nas relações interpessoais que pode ser danosas para a autoestima da mulher (CORREIA, 2017; SANTOS, OLIVEIRA, 2015; NAJAFABADY; SALMANI; ABEDI, 2011; ARAUJO et al., 2010; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007).

Sabe-se então que causas multifatoriais provocam disfunções sexuais, e, até mesmo, algumas desconhecidas pela mulher (PIASSAROLLI et al., 2010) que se tornam ainda mais relevantes no período gravídico, em decorrência das diversas preocupações que afligem a gestante (BRASIL, 2005).

Segundo as classificações de “disfunções sexuais” da DSM, para que sejam classificadas como como transtorno sexual, devem ser representadas pela frequência reduzida ou pela ausência de uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual, bem como atender alguns indicadores específicos dos critérios estabelecidos em cada transtorno pelo Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) e Indicações da Classificação Internacional de Doenças (CID) que são padrões global para informação de diagnóstico de saúde sexual (APA, 2013; NASCIMENTO, 2014). Assim como devem ser definidas e acrescentada os respectivos subtipos e especificações (APA, 2013; NASCIMENTO, 2014; ABDO, 2014).

As dificuldades em relação a algumas das fases do ciclo sexual classificadas pelos domínios da resposta sexual humana (RSH), geram o aparecimento de disfunções sexuais, que podem ser ocasionadas do transtorno de disfunção do desejo sexual, transtorno da excitação sexual, transtorno do orgasmo e do transtorno da resolução (MARQUEZ, 2008; ABDO, 2002; APA, 2002).

A diminuição da frequência sexual e da libido afeta a sexualidade feminina na gestação e impactam negativamente, ocasionando redução do desejo sexual e o interesse sexual na gravidez (ROCHA et al, 2014; CAMACHO; VARGENS; PROGIATI et al., 2010; ORIÁ, 2004; MASTERS; JOHNSON, 1996, 1979). De forma que, Canella (2000) afirma que tanto a diminuição do interesse sexual, quanto a própria ausência do desejo sexual no período gravídico é variável e pode ter causas como a rejeição voluntária.

Dessa forma, outro estudo encontrou que as mulheres relatam a associação da falta de interesse sexual às mudanças fisiológicas ocorridas na gestação (ROCHA, et al, 2014). Outro estudo também refere que essa diminuição da atividade

sexual na gestação é em decorrência de desconfortos e do medo que o casal tem de magoar o feto (ROCHA et al, 2014; FLORES; AMORIM, 2007).

O desejo sexual hipoativo é uma das maiores queixas sexuais, principalmente relatada pelas mulheres, sendo ainda maior entre as que vivem relacionamentos de casamento ou união estável longo (ABDO, 2002).

Estudo realizado com 1.219 mulheres, referiu que quase metade (48%) das entrevistas apontaram queixa para disfunção sexual de pelo menos 1 domínio da resposta sexual, sendo que 27% apresentaram disfunção do desejo sexual hipoativo (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Estudos anteriores referiram que quanto maior o tempo de duração do relacionamento conjugal, maior é a frequência de disfunção sexual referente ao desejo sexual hipoativo, (HAYES et al., 2008).

Em um estudo qualitativo, realizado no município de Major Sales/RN, desenvolvido com 25 gestantes em acompanhamento de pré-natal pela Estratégia de Saúde da Família na assistência ao pré-natal, foi encontrado que a diminuição do desejo sexual esteve evidenciada principalmente no primeiro e no terceiro trimestre (ROCHA et al., 2014).

A presença do desejo sexual hipoativo feminino deve-se às questões fisiológicas provocadas possivelmente pelos desconfortos de náuseas, vômitos e mal-estar, assim como ao próprio medo da mulher de provocar um aborto ou de prejudicar ou causar danos ao feto nesse momento inicial da gestação (POLOMENO, 2000).

Corroborando com os achados desta pesquisa, da mesma forma, outro estudo, referiu que a tendência é que quando a gestação está mais avançada (no trimestre final da gestação), o desejo sexual acaba declinando podendo até levar a abstinência sexual nesse período (ROCHA et al., 2014).

O estudo de Abdo (2009) realizado com população brasileira, mostrou a prevalência de disfunções sexuais femininas, sendo que 8,2% das entrevistadas apresentam presença de desejo sexual hipoativo, 26,6% referiram transtorno de excitação sexual e dificuldade relacionada ao autoerotismo, 17,8% apresentaram sugestão para diagnóstico de dispareunia e 26,2% não conseguiram chegar ao prazer máximo e atingir o "Orgasmo".

Com relação aos domínios da resposta sexual, o questionário 1 investigou através da categoria da variável história sexual, os respectivos domínios (desejo,

excitação, conforto na relação sexual e orgasmo) e incluiu a prática de masturbação, embora não seja a única forma da realização das preliminares, e considerou a prática realizada tanto individualmente, quanto com o parceiro.

Todas as questões relacionadas a desinformação quanto as atitudes e comportamentos sexuais de repressão sexual, desrespeito a vontade da pessoa optar ou não em participar de uma relação sexual geram um impacto na vida sexual e exercem um papel negativo tanto no âmbito da sexualidade, quanto no âmbito da conjugalidade, pois podem gerar uma série de problemas relacionais e conjugais (CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010; VON-SYDOW, 1999).

Outro estudo refere que em decorrência das questões culturais de repressão sexual feminina, que ocorrem há séculos e refletem o papel da satisfação sexual ser transferida e desenvolvida a partir da iniciativa do homem, há falta de autoconhecimento da mulher em relação ao seu próprio corpo e à sua própria sexualidade (HAMPF, 2015; DIAS; PRATA, 2008).

A prática de masturbação individual e mútua é pouco presente para a maioria das participantes deste estudo. Esses dados corroboram com os achados de outro estudo (BERTOLDO, 2016) em que as gestantes também referiram que a masturbação foi reduzida de forma significativa na gravidez.

O estudo de Bertoldo (2016) destacou que a mulher, no período gravídico, referiu que a masturbação individual e receber a masturbação, com a prática realizada também mutuamente, embora seja considerada prazerosa, é uma prática que é realizada pouco ou nunca pelos parceiros. Outro estudo referiu a pouca prática de masturbação na gestação mostra que ela é insuficiente para estimular o intercuro sexual da mulher (RIBEIRO; NAKAMURA; ABDO et al, 2011).

Dois estudos referiram que a nossa influência cultural ainda é predominante patriarcal, e continua propagando que o prazer sexual masculino é mais importante e necessário, comparado ao prazer feminino que ainda é repleto de resquícios de tabus e preconceitos e fortemente reforçado e influenciado pela indústria da pornografia. Esses aspectos ainda reforçam que a esposa tem que promover prazer ao parceiro, mesmo que isso não esteja agradando a mulher (BOZON, 2014; FISCHER, 2001).

Atualmente, tem sido destacada a importância da abordagem do discurso sobre “estrupeo marital” (SOUZA, 2018; WHO, 2015; VASCONCELOS et al, 2015) do qual muitas mulheres ainda sofrem e tem queixas frequentes por sofrerem violência

psicológica, dentre outros tipos de violências, provocadas pelo parceiro íntimo, para que as mulheres mantenham relações sexuais durante a gestação (FOK; CHAN; YUEN, 2005) e até mesmo sem consentimento, além do parceiro não querer respeitar a condição de gravidez da parceira, bem como os aspectos emocionais nesse período (CAMACHO, VARGENS; PROGIATI et al., 2010).

Essas queixas referidas anteriormente e outras como não agradar sexualmente o parceiro são fatores que influenciam e impactam negativamente a continuidade e frequência sexual no período gravídico (ROCHA et al., 2014).

O sexo por muito tempo é culturalmente tido como uma prioridade para satisfação dos homens, e toda importância sempre foi direcionada para o prazer deles (ROCHA et al., 2014; DIAS; PRATA, 2008). A sexualidade feminina recebeu, ao longo dos anos, todo esse controle da cultura patriarcal, que as mulheres tinham que cumprir esse papel nos relacionamentos, voltado para obrigação de satisfazer o seu parceiro (ROCHA et al., 2014).

Portanto, essas condutas culturais, impregnadas na deseducação sexual e repressão da sexualidade feminina, afetam negativamente a vida sexual das mulheres, desde a antiguidade, até os tempos atuais, e prejudicam o desempenho da função sexual e da resposta de todos os ciclos sexuais da mulher, além de prejudicar e gerar transtornos disfuncionais, que impedem que os adultos de ambos os sexos, vivenciem e desfrutem de uma vida sexual saudável (DIAS; PRATA, 2008).

Dois estudos (NAJAFABADY; SALMANI; ABEDI, 2011; LAZZARANI; CARVALHO, 2009) referiram que a ausência do autoconhecimento da mulher em relação ao próprio corpo assim como os problemas na área pessoal e relacional oportunizam a geração de vulnerabilidades que podem se tornar sérios predispositivos de comprometimento da saúde emocional, bem como afetar os ciclos sexuais que tendem a ocasionar também o surgimento das disfunções sexuais.

O transtorno ocasionado pela incapacidade ou dificuldade de ficar completamente ou parcialmente excitada e pela dificuldade de chegar ao orgasmo feminino, pode ser considerado um dos principais motivos de frustração pessoal e transtornos classificados como sérios no relacionamento (HEIMAN; LOPICCOLO, 1992).

O estudo de Abdo (2009) apontou que 27% das mulheres sofrem de transtorno de excitação sexual. Um outro estudo encontrou que as mulheres

referiram que no domínio “excitação sexual” as participantes referiram declínio gradual de lubrificação vaginal (ROCHA et al., 2014).

No estudo de Antonioli; Simões (2011) verificou-se que o Vaginismo, embora não esteja no ciclo sexual, é referido como uma disfunção sexual que está relacionada a presença de dor pélvica (APA, 2013), que é uma determinante que influencia no comprometimento da qualidade de vida, pois trata-se da ausência de saúde sexual (LEITE; CAMANO; SOUZA, 2007) que interfere diretamente na saúde íntima e sexual da mulher (ANTONIOLI; SIMÕES, 2011).

A presença de dispareunia não é vinculada ao ciclo de resposta sexual humana, pois embora ela seja uma disfunção sexual, ela está associada ao elemento dor, sendo que a dispareunia é citada como uma disfunção que influencia na geração de um ambiente sexual destrutivo e que ameaça e aponta riscos na integridade conjugal e relacional. Dessa forma, a dispareunia afeta também em outras questões da comunicação entre o par (MARQUEZ, 2008; APA, 2013; WHO, 2020).

A dispareunia é uma das queixas sexuais femininas mais referidas (ABDO et al., 2002) e que acomete em média 19% das mulheres brasileira (ABDO, 2006). O estudo realizado por Antonioli; Simões (2011) apontou a presença de dispareunia em 23% das mulheres gestantes. Em outros dois estudos, Fortunato et al (2017); Piassarolli (2010) observaram que a disfunção sexual feminina pode também estar associada com o enfraquecimento da musculatura dos músculos do assoalho pélvico.

O relato de dor e desconforto com a penetração na atividade sexual no ciclo gestacional, contribui para a diminuição no escore total, e aumento do domínio dispareunia como disfunção sexual (FERREIRA, 2012; ASLAN et al.; 2005; ABDO et al., 2002).

A dificuldade ou a incapacidade de atingir o prazer máximo (ABDO, 2006) ou o orgasmo feminino não é uma parte isolada da sexualidade, e sabe-se que a reação orgástica é influenciada pela dependência de muitos outros fatores, sendo essa uma queixa recorrente principalmente entre as mulheres (FERREIRA et al., 2012) e que foi prevalente em um estudo no qual 29% das mulheres não conseguiam atingir o orgasmo (ABDO, 2006) e em outro estudo posterior, da mesma autora, em que 26% das participantes também não chegam ao prazer a nível orgástico (ABDO, 2009).

Conforme estudo realizado com 1.219 mulheres, 21% delas apresentaram presença de anorgasmia (ANTONIOLI; SIMÕES, 2011). O transtorno do orgasmo na gestação (MASTERS; JOHNSONS, 1979) pode estar associado a repressão de outros domínios da resposta sexual, que correspondem ao desejo e excitação sexual (EROL et al., 2007).

Em outro estudo foi referido que o problema relacionado a incapacidade e dificuldade orgástica feminina é um resquício da cultura do patriarcado, sendo que, para algumas mulheres, não atingir o orgasmo não é uma situação que apresenta relevância significativa no relacionamento, e, já para outras, essa é uma questão que pode levar a perturbação e atingir diretamente a vida conjugal (ROCHA et al., 2014; PIASSAROLLI et al., 2010).

Segundo os achados do estudo de Rocha et al., (2014), as crenças e padrões limitantes e as questões sociais adquiridas por gerações geram um impacto individual e partilhado na relação conjugal, que interfere no âmbito sexual e todas essas preocupações, incidem na impossibilidade de uma mulher gestante, desfrutar da vivência satisfatória da sexualidade nesse ciclo da vida. Há muitos fatores e razões para os domínios sexuais da resposta sexual feminina afetarem a satisfação sexual, dentre eles, observam-se fatores de natureza psicossocial, cultural e biológica que também estão intimamente ligados ao aparecimento de disfunções sexuais femininas (PIASSAROLLI et al., 2010; ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Os achados deste estudo corroboram os de Abdo (2002), com mulheres brasileiras, já que ambos referiram que as disfunções sexuais femininas mais frequentes são dispareunia (ausência de conforto na relação sexual com a penetração na realização do ato sexual), transtorno ocasionado pela falta de desejo sexual hipoativo, e o transtorno gerado pela dificuldade ou ausência de orgasmo (anorgasmia). Dessa forma, as disfunções sexuais têm sido incluídas como um problema de saúde pública.

Os achados apresentados contribuíram para preencher/ apoiar as lacunas sobre a temática e, portanto, promover conhecimento sobre o exercício da sexualidade na gravidez. Estes achados poderão viabilizar ações futuras de promoção, prevenção e possíveis encaminhamentos para tratamento de disfunções sexuais e outras ações necessárias, para expandir o conhecimento tanto para os profissionais, quanto para as pacientes e seus parceiros, e também para fortalecer as orientações ofertadas nas consultas do pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde os serviços de saúde pública devem oferecer ações voltadas para a saúde da mulher e do homem que compreendem os aspectos da saúde integral, saúde sexual e reprodutiva, por meio do acolhimento, aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas, incluindo a mulher no período gravídico (VIEIRA et al., 2012) e também o parceiro nesse acompanhamento no decorrer do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2016; RIBEIRO et al., 2015).

Segundo Ribeiro et al. (2015) a inclusão do parceiro junto à abordagem profissional no contexto da saúde sexual e reprodutiva e no cuidado masculino nos acompanhamentos do pré-natal pode gerar prazer e satisfação para o casal, impactos positivos e refletir para a qualidade de vida, bem-estar aprimoramento e empoderamento sexual, que vai para além do período gravídico, e que poderá proporcionar benefícios inclusive para o momento do pré parto, parto, pós parto imediato, no puerpério, no materno e também para o processo de ser mulher e mãe, e em relação a maternidade, paternidade e conjugalidade (BRASIL, 2016).

De acordo com Vieira et al. (2012) a atuação dos profissionais de saúde na viabilização da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e incluir a participação do parceiro, nesses processos que envolvem o período gravídico e o acompanhamento do pré-natal é essencial, sendo que ao promover esse tipo de orientação, e informações contribuem para melhoria da forma de relacionar-se do casal, a vivência da maternidade e parentalidade, a conjugalidade e as questões que envolvem a família (BRASIL, 2016).

A falta de informação pode gerar diversos problemas sociais e conjugais, bem como o aparecimento de disfunções sexuais femininas e masculinas, distúrbios, compulsões, surgimento de desconfiança, insegurança, inibição, relações extraconjugais até mesmo separações e divórcios, que impactam no desenvolvimento saudável da família, da própria saúde, questões que refletem na renda, rompimento de vínculos, vulnerabilidades e riscos sociais, exposição a violências e acometimento ou comprometimento da saúde mental, física e sexual que podem gerar causas isoladas ou multifatoriais de disfunções e transtornos.

Como sugestão para trabalhos futuros, indica-se que seja realizado um estudo antes, durante e após a gravidez. Sugere-se também que seja incluindo outros atores: perspectiva dos profissionais de saúde, inclusão da avaliação do Quociente Sexual Versão Masculina (ABDO, 2009; 2006), incluindo também o

parceiro e os cuidados masculinos referente as questões da saúde sexual e reprodutiva (GOMES et al, 2016). O Ministério da saúde já vem desenvolvendo essas ações na atenção básica de saúde, e tem iniciado junto à promoção de inclusão do pré-natal masculino e da própria saúde integral, sexual e reprodutiva do homem, bem como a realização de grupos focais, rodas de pré-natal e ciclo de palestras abertas (BRASIL, 2016).

Dessa forma, nota-se a relevância do assistente social e da Doula na participação do processo científico e no atendimento junto com as equipes de saúde no atendimento as famílias assistidas no pré-natal e questões relacionadas à sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, bem como nos aspectos gerais e sociais de saúde, atenção materna, assistência obstétrica, como forma de prestar apoio à mulher, na ampliação do acesso à saúde integral, bem como a qualificação dos serviços de atenção ao período gravídico que contribuam para o protagonismo da mulher e minimize os impactos sociais e reduza os problemas sociais advindos da gestação (CAROBAS, 2020; SILVA, 2017).

Estima-se também que as atualizações na Classificação da CID 11^a, aponte um novo parâmetro para saúde sexual, a partir da abordagem multidisciplinar que auxiliam tanto no diagnóstico, quanto nas definições já propostas pelas atualizações da DSM-V, porém com um olhar mais amplo, que compreenda uma perspectiva para além da percepção de especialistas americanos. É um instrumento internacional de relevância para os parâmetros de saúde, e que ganhará maior visibilidade da saúde sexual, com um novo capítulo, exclusivo na 11^a versão, sugerindo novas perspectivas no campo da função e resposta sexual (WHO, 2020; ABDO, 2014).

Limitações deste estudo relaciona-se à:

- a) Durante a pesquisa, a Unidade Básica de Saúde escolhida para o desenvolvimento do estudo, interrompeu os grupos de pré-natal, e passou por um período de reforma,
- b) E, após a mudança da UBS, iniciou a Pandemia que inviabilizou a aplicação dos questionários. Dessa forma, o **n** amostral previsto (85 pacientes) não foi atingido.
- c) A inclusão da abordagem do parceiro das gestantes em acompanhamento de pré-natal, bem como a percepção de ambos em relação a vivência da sexualidade na gestação também não foi realizada porque os parceiros geralmente não acompanhavam as gestantes nas consultas.

10 CONCLUSÕES

O perfil social das entrevistadas foi composto por gestantes com idade média de 27 anos, a maioria se autodeclararam pardas, nascidas em Ceilândia, casada ou em união estável, com renda de até um salário mínimo e que cursaram o ensino médio completo. Quanto aos dados ginecológicos/obstétricos, a maioria é multigesta, não desejava engravidar no momento, é heterossexual, praticou sexo na gestação anterior, não praticava masturbação (antes ou na gravidez) e não relatou nenhum tipo de infecção sexualmente transmissível.

A grande maioria das participantes em acompanhamento do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) referiram que os profissionais de saúde não abordavam a temática sexualidade na gestação durante as consultas do pré-natal. Da mesma forma que a maioria das gestantes também nunca conversou com algum profissional sobre temática. E pode-se notar que a maioria das mulheres grávidas, não sabem como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação.

Com relação aos domínios das respostas sexuais em Q1, a maioria das gestantes, referiu desejo, excitação e orgasmo nas práticas sexuais e negou dor/desconforto durante a penetração. Com relação à pontuação referente aos domínios da resposta sexual pelo Quociente Sexual – Versão feminina (QS-F), a grande maioria (82%) das gestantes teve desempenho sexual satisfatório na gravidez, sendo que 52% teve desempenho bom à excelente e 30% respondeu ter desempenho de regular a bom. A minoria das mulheres gestantes (18%) obteve no resultado final do QS-F, um escore abaixo de 60 pontos.

Com relação aos cinco domínios da resposta sexual a maioria das gestantes respondeu que: há desejo e interesse sexual em pelo menos 50% das vezes; as preliminares sempre estimulam; excitação e sintonia com o parceiro ocorre sempre; há dor na relação em menos de 50% das vezes; e orgasmo e satisfação ocorrem na maioria das vezes ou sempre.

A minoria das mulheres gestantes referiram ter uma ou mais disfunções sexuais. Sendo que as disfunções sexuais que prevaleceram foram dispareunia, disfunção do desejo sexual e disfunção de excitação e o vaginismo.

Os resultados deste estudo confirmam que mulheres gestantes podem continuar tendo um bom funcionamento da função sexual na gravidez, assim como satisfação e bons resultados nos domínios referentes a resposta sexual feminina.

Dessa forma, sugere-se que seja desenvolvido um trabalho com os profissionais de saúde e com as pacientes para a ruptura das barreiras existentes na falta de abordagem da temática com as pacientes gestantes.

Conclui-se que a sexualidade na gestação é um assunto a ser abordado pelos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal individual, para o casal, ou em grupo, que é de fundamental importância para um bom exercício da sexualidade, bem como para a relação conjugal antes, durante, depois do parto e no puerpério de forma que seja ofertado a orientação para o que a mulher, e o casal tomem as decisões adequadas sobre essa temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, Carmita Helena Najjar. Uma nova revolução sexual. *einstein*, São Paulo, v. 12, n. 2, p.11-12, 2014. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3182> .

_____. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagn. tratamento*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-90, 2010. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a88-90.pdf>

_____. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. *Diagn. tratamento*, São Paulo, v.14, n. 2, p. 89-91, 2009. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>

_____. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina, uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *RBM rev. bras med.*, São Paulo, v. 63 n. 9, p. 477–82, 2006. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>

ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 33, n. 3, pág. 162-167, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300006> .

ABDO, Carmita Helena Najjar et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *RBM rev. bras med.*, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 250-25, 2002.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.

ABUCHAIM, E. S; SILVA, I. A. Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: “Dividindo-se entre ser mãe e mulher”. *Ciênc. cuid. Saúde.*, Maringá, v. 5, n; 2, p. 220-228, 2008.

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel; MONTEIRO, Gina Torres Rego. Tradução e validação de função sexual na gravidez (PSFQ). **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, pág. 131-138, 2014.

ANTONIOLI, R. de S.; SIMÕES, D. Abordagem Fisioterapêutica nas Disfunções Sexuais Femininas. **Rev. Neurociênc.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010.
DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8489>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA).

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Texto revisado (DSM-IV-TR). 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

_____. **DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3rd edition-revised (DSM III-R). Washington, DC: APA; 1987.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. 1980.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2. ed. 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 1952.

AUGE, A. P. et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. **Rev. Bras Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 353-357, 2006.

ASLAN G.; ASLAN, D.; KIZILYAR, A. ISPAHI, C.; ESEN, A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. **Int. j. impot. res.**, Londres, v. 17, n.2, p. 154-57,

2005. [Internet]. [Accessed on: 2020 Nov. 07]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15538394>.

AQUINO, R; OLIVEIRA, N. F; BARRETO, M. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health.**, Salvador, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

BALESTENA, J. M. S; HERNÁNDEZ, B. F; NEGRIN, J. G. S. Influence of pregnancy on women's sexuality. **Rev. cienc. Med. Pinar Rio.**, Cuba, v. 18, n. 5, p. 122-35, 2014. [Internet]. [Accessed on: 2020 Oct. 5. Available from: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n5/rpr10514.pdf>

BALONE, G. J.; MOURA, E. C. **Gravidez e Sexualidade**. Psiq.Web, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>> Acesso em 28 de Setembro de 2019.

BARTELLAS. E; CRANE, J. M.; DALEY, M; BENNET, K.A.; HUTCHENS, D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **BJOG: Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 107, n.8, p. 964-968, 2000.

BASSON, R. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **J Sex Med.**, v. 7, p. 314-326, 2010.

BASSON, R; BROTTTO, L. A. IAAN, E; REDMOND, G; UTIAN, W. H. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. **J Sex Med.**, v. 2, n. 3, p. 291-300, 2005.

BASSON, R; LEIBLUM, S; BROTTTO, L, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 24, n. 4, p. 221-9, 2003.

BASSON, R. Women's Sexual Desire-Disordered or Misunderstood? **J Sex Marital Ther**, v. 28, n. s, p. 17- 28, 2002.

_____. Human Sex-Response Cycles. **J Sex Marital Ther**, v. 27, p. 33-43, 2001.

BASSON, R. et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. **J. Urol.**, v. 163, p. 888-893, 2000.

BASSON, R. The Female Sexual Response: A Different Model. **J Sex Marital Ther.**, v. 26, p. 51-65, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Set. de 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de Dez. 1990b.

_____. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2007. Acesso em: Outubro de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Saúde Sexual e Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado/ / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.: il.

_____. Ministério da Saúde (BR). Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il.

_____. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. SINASC: nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo número de consultas de pré-natal. Brasília,

DF; 2015. Acesso em setembro, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 32).

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM 2488. 2011b.

_____. Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Assessoria técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e a puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Califé, Tania Lago, Carmen Lavras. – São Paulo: SES/SP/2010. 234 p.: il. + CD-ROM.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida em Defesa do SUS e de Gestão Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2006a. 76p.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações

Programáticas estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 158 p. c

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Série c – Projetos e Relatórios. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

BARBOSA, B. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 3, p. 464-73, 2011.

BEDONE, Regina Meria; ABDO, Carmita Helena Najjar. Síndrome metabólica como fator de risco para a disfunção sexual feminina. **Revista eletrônica de Diag. Tratamento.**, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670596>. Acesso em: 2020 Dez. 05.

BERTOLDO, Luiza Dalcin. **Análise da atividade sexual de gestantes atendidas nos serviços de pré-natal de duas maternidades públicas federais do Rio de Janeiro.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, 2016. 105 f; il.

BOADELLA, D. **Nos Caminhos de Reich.** São Paulo: Summus, 1985.

BOMFIM, I; MELRO, B. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 277-82, 2014.

BORGES, A. L. V, SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública** v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRITO, Débora Fernandes; ARAÚJO, Jade Saraiva Amorim; COELHO, Raquel Autran. **Avaliação da Sexualidade**: protocolo clínico. Sistema de gestão da qualidade. Org. Universidade Federal do Ceará.; Maternidade – Escola Assis CHAUTEAUBRIAND; e Hospital Universitários Federais (EBSERH). Ceará, 2018.

BOOTH, Clair; WAYMAN, Christopher P.; JACKSON, Vivienne Margaret. An ex vivo multi-electrode approach to evaluate endogenous hormones and receptor subtype pharmacology on evoked and spontaneous neuronal activity within the ventromedial hypothalamus; translation from female receptivity. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 7, p. 2411-2423, 2010.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2004.

BUSS, P. M; CARVALHO, A. L. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1988-2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-16, 2009.

CAIN, V.S ; JOHANNES, C. B; AVIS, N.E, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baselineresults from SWAN. **J. Sex Res.**, v. 40, n. 3, p. 266-76, 2003.

CAMACHO, K. G; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J.M. Adaptando-se a nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.32-37, 2010.

CANELLA, P. R. B. **Exercício da sexualidade durante a gestação**. Boletim Informativo online da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana. São Paulo, v. 3, n. 4, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.sbrash.org.br>. Acesso em: 10 fev. 2011.

CANESQUI, A. M. **Assistência médica à saúde e reprodução humana**. Testos NEPO, 13. Campinas, 1987, NEPO, Universidade Estadual de Campinas.

CANESQUI, A. M., 1987. **Assistência Médica e a Saúde e Reprodução Humana**. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas

CAROBAS, F. C. A. P. Avaliação do projeto do voluntariado de Doula do Hospital Regional de Ceilândia sob a perspectiva de atores envolvidos. [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública: Governança e Políticas Públicas]. Brasília, 2020. 91 fl.

CASTRO, A. F; MARQUES, S. B. Direito Sanitário da população transgênero: uma construção contemporânea. *Ibidem*. P. 272-283.

CAVALCANTI, Ricardo; CAVALCANTI, Mabel. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. Editora Roca, 1992.

CHAUÍ, Marilena. **Repressão sexual**: essa nossa (des) conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CITELI, M. T. A **pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil** (1990-2002): revisão crítica. Rio de Janeiro, CEPESC, 2005.

CODEPLAN. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – PDAD/Ceilândia, 2018. Brasília: 2019. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

CORBACIGOGLU A.; BAKIR, V. L.; AKBAYIR, O.; GOKSEDEF, B. P. C.; AKCA, A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. **J Sex Med**. [Internet] 2012 July. 9:1897-903 [accessed on June 2020]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22524554>

COSTA, Albertina; BARROSO, Carmen & SARTI, Cynthia. **Pesquisa sobre mulher no Brasil** – do limbo ao gueto? Cadernos de Pesquisa. São Paulo, n.54, p.5-15, ago, 1985.

COSTA, E; CARBONE, M. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COSTA, Valéria Dória Mendes da; PINTO, Maria Jaqueline Coelho. Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. **ReLAMS**, v.1, n.1, p.05-13, 2012.

CORRÊA, S.; MUNTARBHORN, V. **The Yogyakarta Principles: principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity**, 2007.

CORREIA, Rafaella Araújo. **Qualidade de vida e atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento de câncer de colo do útero em um hospital universitário de Pernambuco – PE**. [Dissertação de Mestrado]. Pernambuco, 2017. 149fl.

DAVIS, E. **Os prazeres da Mulher**. São Paulo- SP Ed. Cultrix: 2017.

DIAS, A. C; PRATA, K. E. M. S. O orgasmo na vida sexual da mulher contemporânea. **Rev. Bras sex hum.**, v. 19, n. 1, p. 18-32, 2008.

DOURADO, V. S; CARVALHO M. A. P; HENRIQUES, A. H. B, FIGUEIRÊDO, D. S. T. O. Pregnant women's sexuality in primary health care: atmosphere of interpretations and meanings. **J Nurs UFPE online** [internet]. 2016. [accessed on 2020 June 12]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11371/13109>

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H; SENA, M. C. M. The family health program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Rev. Panam Salud Publica.**, v. 21, p. 164-76, 2007.

ESMER, A. C; AKCA, A; AKBAYIR, O; GOKSEDEF, B. P. C, BAKIR, V. L. Female Sexual function and associated factors during pregnancy. **J. Obstet Gynaecol Res** [Internet]. 2012, Jun. [accessed on 2020 Jul 16]; 39(6):1165-172. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23718891>

EROL, B; SANLI, O. KORKMAZ, D; SEYHAN, A; AKMAN, T; KADIOGLU, A. A Cross-Sectional Study of Female Sexual Function and Dysfunction During Pregnancy. **J. Sex Med.**, v. 4, n. 5, p. 1381-7, 2007.

ETIENNE, M. de A.; WAITMAN, M. C. **Disfunções sexuais femininas**: A fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: LMP, 2006.

FACCHINI, L. A; TOMASI, E; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. 2018;42 nº espec 1:208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 1, 47-71, 2004.

FAUBION, S. S. RULLO, J. E. Sexual dysfunction in women: a practical approach. **Am Fam Physician.**, v. 92, n. 4, p. 281-8, 2015.

FERREIRA, D. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 9, p. 409-13, 2012.

FERREIRA, D. NETO, G. LATORRE, G. Análise pelo QS-F da Satisfação sexual feminina durante a gestação. **EFDsports.com**, Revista Digital. Ano 16, n. 158, 2011.

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

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos. UNA-SUS/UNIFESP. Módulo político gestor/ unidade 5. Especialização em Saúde da Família. Brasil, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf Acesso em Agosto, 2020.

FISHER, Seymour. **O Orgasmo da Mulher**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1980. 225p. Tradutor: Urias Corrêa Arantes.

FLORES, A. L. G. C.; AMORIM, V. C. O. Sexualidade na Gestação: mitos e tabus. **Revista eletrônica de Psicologia**. Ano 1, n. 01, Jul, 2007.

FOK, W. Y; CHAN, L. Y; YUEN, G. T.R. Sexual Behavior and activity in Chinese pregnant women. **Acta obst gynecol scand** [Internet]. 2005. [Accessed on 2020 Oct. 05]; 84:934-38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167907>

FONSECA, Maria Fernanda Santos Marques; BERESIN, Ruth. Avalia o da fun o sexual de estudantes de gradua o de enfermagem. **Revista eletrônica O mundo da saúde São Paulo**, v. 32, n.4, p. 430-436, 2008. Disponível em: http://saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/03_Avalia o_baixa.pdf Acesso em: 2020 Dez. 12.

FONTOURA, A. **Imposi es ao Desejo Feminino**: a mulher entre a frigidez e a ninfomania das reportagens de Ele Ela (1969-1976). In: Congresso Internacional de História, 2013.

FORTUNATO, G. L.; PATRICIA, I. A.; EMANUELA, C. N. A.; CRISTIANE, R. G. Correla o entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfa o sexual de mulheres. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 2, n. 6, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. São Paulo: Graal, 1988.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRANT, J. S. KINNEY, M. R. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnosis. **Nurs. Diagn.**, v.3, n. 1, p. 12-22, 1992.

GAGNON, J., & PARKER, R. **Conceiving Sexuality**. In J. Gagnon & R. Parker (Eds.), *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world* (pp. 3-19). New York: Routledge, 1995.

GAYLER, K. T; CONAGLEN, H. M; HARE, A; CONAGLEN, J. V. The effect of Gynecological surgery on sexual desire. **J. Sex Marital Ther.**, v. 27, n. 5, p. 395-403, 2001.

GLYNN, J. R.; KAYUNI, N.; FLOYD, S.; BANDA, E.; FRANCIS-CHIZORORO, M.; TANTON, C.; MOLESWORTH, A.; HEMMINGS, J.; CRAMPIN, A. C.; FRENCH N. Age at Menarche, Schooling, and Sexual Debut in Northern Malawi. **Plos ONE**, v. 5, n. 12, e 15334, 2010.

GÖKYILDIZ, S; BEJI, N. K. The effects of pregnancy on sexual life. **J Sex Marital Ther.**, v. 31, n. 3, p. 201-15, 2005.

GÜLEROĞLU F. Tosun; BEŞER, N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. **J Sex Med.**, v. 11, p. 146–153, 2014.

GOMES, F.; ALBUQUERQUE, A.; NUNES, J. **Sexologia em Portugal: Sexologia Clínica**. Lisboa: Texto Editora, 1987. v. 1.

GOMES, Romeu et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 11 Março 2021], pp. 1545-1552. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26842015>>.

GOZZO, T. et al. A sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Rev. Latino-AM. Enfermagem.**, v. 8, n. 3, p. 84-89, 2000.

HAYES R. D; DENNERSTEIN, L. BENNETT, C. M; SIDAT, M; GURRIN, L. C; FAIRLEY C. K. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. **J Sex Med.**, v. 5, n. 7:1, p. 681-93, 2008.

HEILBORN, M. L. **O traçado da vida:** Gênero e idade em populares do Rio de Janeiro. In: Quem Mandou Nascer Mulher? Estudo sobre Crianças e Adolescentes Pobres no Brasil (F. Madeira, org.), pp. 295-342, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 43-59, janeiro-abril, 2006.

HEIMAN, Julia; LOPICCOLO, Leslie; LOPICCOLO, Joseph. **Descobrimo o Prazer:** uma proposta de crescimento sexual para a mulher. São Paulo: Summus Editorial, 1992. Tradução: Maria Silva Mourão Netto. - 2. ed. rev. e ampl. [Novas buscas em sexualidade v.2].

Hyde, J. S., DeLamater, J. D., Plant, E. A. & Byrd, J. M. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. **Journal of Sex Research**, v. 33, p. 143- 151, 1996.

HOLANDA, Juliana Bento de Lima et al. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 573-578, 2014.

JESUS, M.C.P. Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da Enfermagem. In: RAMOS, F.R.S. et al. **Projeto Acolher;** um encontro da Enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 49.

JONES, C; CHAN, C; FARINE, D. **Sex in pregnancy.** CMAJ. 2011 Apr 19;183(7):815-8. doi: 10.1503/cmaj.091580. Epub 2011 Jan 31. PMID: 21282311; PMCID: PMC3080531.

KAPLAN, Helen Singer. **Nova terapia sexual: tratamento ativo das disfunções sexuais**. Routledge, 2013.

_____. **Transtornos do Desejo Sexual** – regulação disfuncional da motivação sexual. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

_____. **O desejo sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

_____. **Disorders of Sexual Desire**. New York: Brunner Mazel, 1979.

_____. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

_____. **The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions**. New York: Psychology Press Brunner/Mazel; 1974.

LABRADOR, Francisco Javier. **Disfunciones sexuales**. Madrid: Fund. Universidad Empresa, 1994.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. Ed. – São Paulo: Atlas, 2003.

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 ATTITUDES and Behaviors. **J Sex Med.**, v. 17, n. 1, p. 39-57, 2005.

LAZAR, M. C. S. **Práticas Sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal**. Dissertação [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia; 2002. 100p.

LAZZARANI, K. C.; CARVALHO, F. **Intervenção Fisioterapêutica na Disfunção Sexual Feminina**, um Estudo de caso. 3º Seminário de Fisioterapia da Uniamérica, 2009. ISSN 1984-7483.

LEITE, A et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Rev. Assoc Med Bras.**, v. 55, n. 5, p. 563-8, 2009.

LEITE, A. P. L.; MOURA, E. de A.; CAMPOS, A. A. S.; MATTAR, R.; SOUZA, E. de; CAMANO, L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 29, n. 8, p. 414-9, 2007.

LEITE, A. P. L.; CAMANO, L.; SOUZA, E. Gravidez e sexualidade: crítica ao dogma cartesiano aplicado às questões sexuais da grávida. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 399-401, jun. 2007.

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

LIMA, Adriani Castro de; DOTTO, Leila Maria Geromel; MAMEDE, Marli Villela. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1544-1554, Aug. 2013.
Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800007&lng=en&nrm=iso>.

LORENZI, D. R. S.; SACIOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n.4, p.256-260, 2006.

MACINKO, J SOUSA, M. F. M; GUANAIS, F. SIMÕES, C. S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the Family health program and infant mortality in Brazil, 1999 – 2004. **Soc Sci Med.**, v. 65, p. 2070-80, 2007.

MAIA A. C. B. **Inclusão e sexualidade**: na voz de pessoas com deficiência física. Curitiba: Juruá, 2011.

_____. Conceito amplo de sexualidade no processo de educação sexual. **Psicopedagogia On Line**, v.1, 2010.

_____. **Sexualidade e educação sexual**. Texto 03 Educação Especial e Inclusiva do Curso de Especialização em Educação Especial. UNESP, SÃO PAULO, 10 jul 2014. Disponível em: <<http://acervodigital.unesp.br/handle/unesp/155340>> Acesso em 18 de Jul. 2019

MANDÚ, E. N. Teixeira. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 6, p. 729 – 732, 2004.

MARQUEZ, F. Z. C; CHEDID, S. B; EIZERIK, G. C. Resposta Sexual Humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 17, n. 3-6, p. 175-183, 2008.

MARTINS, S.; GOUVEIA, R.; CORREIA, S.; NASCIMENTO, C.; SANDES, A. R.; FIGUEIRA, J.; VALENTE, S.; ROCHA, E.; SILVA, L. J. Sexualidade na gravidez: Influência no bebê? Mitos, atitude e informação das mães. **Rev. port. med. ger. fam.**, [S.l.] v. 23, n.4, p. 369 – 78, 2007.

MAROLA, Caroline Andreia Garrido; SANCHES, Carolina Silva Munhoz; CARDOSO, Lucila Moraes. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 33, p. 95-118, dez., 2011.

MASTERS, W. H; JOHNSON, V. E. **Human Sexual Response**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1966.

_____. **A conduta sexual humana**. 4. ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1981.

_____. **A resposta sexual humana**. São Paulo: ROCA, 1984.

MASTERS, William; JOHNSON, Virginia; KOLODNY, Robert. **Manual de medicina sexual**. São Paulo: Manole, 1982.

MEARLEAU – PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, (2006).

MENTA, S.; SHIRME, J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 9, p. 523-9, 2006.

MESINAS, A. G; DELGADO, T. A; LUJÁN-CAPIO, E. Análisis de la atividade sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú **Horiz méd** [Internet]. 2015 July-Sep; 10] v. 15, n. 3, p. 6-12. [Accessed on 2020, July 15] Available: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n3/a02>

MYNAIO, M. C. S. (org). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, C. N; BEENACKERS, M. A; GOLDBAUM, M; BARROS, M. B. A; GIANINI, R. J, CESAR, C. L. G, et al. Use, access, and equity in health care services in São Paulo, Brazil. **Cad Saude Publica.**, v. 33, n. 4, p. e00078015, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078015>

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2 ed. Barueri: Manole, 2009.

NASCIMENTO, M. I. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Definindo saúde sexual**: relatório de uma consulta técnica sobre saúde sexual, 28-31 Janeiro 2002, Genebra. Genebra: WHO: 2006.

_____. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: CID-10 Décima revisão. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Vol 2, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996

_____. **A classificação CID-10 de transtornos mentais e comportamentais: critérios diagnósticos para pesquisa.** Organização Mundial da Saúde, 1993.

OSIS, M. J. D. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

_____. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 14, n. SUPPL. 1, p. S25-S32, 1998. ISSN 0102-311X.

NAJAFABADY, M. T. ; SALMANI, Z. ; ABEDI, P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, **Iran. Clinics.**, São Paulo, v. 66 n.1, 2011.

NOGUEIRA, I. S; RODRIGUES, D. M. M. R; LABEGALINI C. M. G; LOPES, M. C. L; BALDISSERA, V. D. A. Perception and formation of nursing academics regarding human sexuality. **REV. Fund Care Online** [Internet]., v.9, n. 3, p. 614-619, 2017. [Accessed on 2020 Aug. 05] Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5562/pdf>

OSIS, MARIA J. M. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: história de uma intervenção.** [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

_____. PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]., v. 14, n. suppl.1, p.S25-S32, 1998. ISSN 0102-311X. Acesso em Agosto de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.

ORIÁ, M. O. B; ALVES, M. D. V; SILVA, R. M. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. **Rev. enferm UERJ.**, v. 12, n. 2, p. 160-5, 2004.

PELÁ, N. T. R et. al. A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Sexualidade humana**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 99-113, 1995.

PIASSAROLLI, V. P.; HARDY, E.; ANDRADE, N.F. de; FERREIRA, N.O. de; OSISS, M. J. D. Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico nas Disfunções Sexuais Femininas. **Rev Brasileira Ginecologia Obstetrícia.**, v. 32, n. 5, p. 234-40, 2010.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; OLIVEIRA, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. elet. enferm.** v, 08. n. 01, p. 42 – 51, 2006.

POLIZER, A. A.; ALVES, T. M.B. Perfil da Satisfação e Função Sexual de Mulheres Idosas. **Revista Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 151-158, abr./jun. 2009.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G., Organizadoras. **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília, Aben/ Governo Federal; 2000.

RASELLA, D; AQUINO, R; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattend ed deaths in Brazil: na ecological longitudinal study. **BMC Public Health.**, v.10, p. 380, 2010.

RAVAGNI, E. **O que é Sexualidade Humana?** 2007. 96 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, 2007. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1226/1/Tese_2007_EduardoRavagni.pdf. Acesso em: 15 de Julho de 2019.

REICH, Wilhelm. **A função do Orgasmo.** 5 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1979. 328p. Tradução de: Maria da Glória Novak.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços, alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, p. 75-89, 2011. Disponível em: <https://www.thelancet.com>.

REIS, Denize Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. UMA-SUS/UNIFESP.** Brasil, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf Acesso em Setembro, 2020.

RESSEL, Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 82 – 87, 2003.

RESSEL, Lúcia Beatriz; SILVA, Maria Júlia Paes da. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. **Rev. esc. enf. USP.**, v.35, n. 2, p. 150-4, 2001.

RIBEIRO, M. C; NAKAMURA, U. M; ABDO, C. H. N; TORLONI, M. R; SCANAVINO, M. T; MATTAR, R. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? **Rev. Bras ginecol obstet** [Internet]. 2011 [Accessed on 2020 Aug. 11] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n5/a03v3>

RIVAS MURO, Mauricio; CAVERO RAMIREZ, Rosa; DIAZ VELEZ, Cristian. Disfunción sexual femenina: un problema frecuente con atención creciente. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago , v. 77, n. 1, p. 80-81, 2012 . Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000100016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 26 dic. 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000100016>.

ROCHA, Maria Gilma Ferreira; VIEIRA, José Leandro Barbosa; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do; ALCHIERE, João Carlos. Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. **Rev. brasil. ciênc. saúde.**, v. 18, n.3, p. 209-218, 2014. [Accessed on 2019 Oct. 29] Available from: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16752/13688>

RUDGE, C. **Resposta Sexual Feminina**. In: XIII Congresso Latino Americano e Educação Sexual, 2006, Bahia Othon Palace Hotel. Salvador (apresentação oral).

SACOMORI, C. **Sexualidade na Gestação: Um Olhar das Ciências do Movimento Humano**. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2009.

SALIM, N. R; GUALDA, D.M. Sexuality in the puerperium: the experience of a group of women. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 4, p.888-95, 2010.

SANTOS, D. B. C. dos; ARAÚJO, D. C. de (org). **Sexualidade**. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidades. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. – Curitiba: SEED – Pr., - p 216, 2009.

SANTOS, L, V. RIBEIRO, A., CAMPOS, M. & MATOS, M. Sexualidade humana: nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery rev. enferm.** Rio de Janeiro, v. 11. n. 12. P. 303 – 306, 2007.

SANTOS, Sara Robalo; OLIVEIRA, Catarina Magalhães. Disfunção Sexual na mulher, uma abordagem prática. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 3, n.5, p. 351-353, 2015.

SAVALL, A. C; MENDES, A; CARDOSO, L. F. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioter. Mov.**, v. 21, n. 2, p. 61-7, 2008.

SILVA, Symone Lopes Francelino Gonçalves. **Neuropsicofisiologia do desejo sexual: alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual**. 2011.

SOUSA, L. B.; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presente no contexto familiar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 408 – 413, 2006.

SOUZA, Eduardo F. et al. **O estropo marital na vertente dos deveres conjugais**. 2018.

SCHÄFFER, Gabriela Laura. **Sexualidade na gestação: uma perspectiva de Atenção Integral à Saúde da Mulher** [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.

SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: cargas e desafios atuais. **The Lancet.**, p. 61-74, 2011. Disponível em: <https://www.thelancet.com>

SCHULTHEISS, E.; GLINA, S. Highlights from the history of sexual medicine. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 7, No. 6, p. 2031-2043, 2010.

TAQUETTE, S. R. **Sexualidade na adolescência**. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: MS; p. 205 - 212. (Série B. Textos Básicos da Saúde).

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em debate**, v. 29, n. 31, p. 268-83, 2005.

TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. EDUFUBA, Salvador, 2006, 236p.

TEIXEIRA, C. F; VILASBÔAS, A. L. **Desafios da formação da formação técnica ética dos profissionais das equipes de saúde da família**. In: Trad. LA. (Org.) Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010: 133-56.

TEIXEIRA C. F; SOUZA, L.E.P.F; PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira**. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-138.

TILAHUN, M.; AYELE, G. Factors associated with age at first sexual initiation youths in Gamo Gofa, South West Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Public Health** [periódico na Internet]. 2013 Jul. [accessed on 2020 Jan 04];13:622. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/622>

THIEL, R. R. C.; DAMBROS, M.; PALMA, P.C.R.; THIEL, M.; RICETTO, C.L.Z.; RAMOS, M.F. Tradução Para Português, Adaptação Cultural E Validação Do Female Sexual Function Index. **Rev Brasileira Ginecologia Obstetrícia.**, v. 30, n. 10, p.504-10, 2008.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 dez. 2020. Epub 03-Abr-2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

VASCONCELOS, MAL; PONTES, I. O.; SILVA, JWPS. Violência sexual nas relações conjugais e a possibilidade de configurar-se crime de estupro marital. **Cadernos de Graduação**, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2015.

VIEIRA, Teresa Cristina Barroso et al. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2012, v. 34, n. 11 [Acessado 23 Junho 2021], pp. 485-487. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032012001100001>>.

VIEIRA, E. **Sexualidade feminina no ciclo gravídico-puerperal**. In: BARROS, S. M. O. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. 2ª ed. São Paulo: Roca, p.75-90, 2006.

VITIELLO, N. O exercício da sexualidade durante a gestação. **Jornal da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 35, 2003.

VON-SYDON, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. **Journal of Psychomatic Research**, v. 47, n.1, p-27-49, 1999.

WANNAKOSIT, S; PHUPONG V. Sexual Behavior in Pregnancy : Comparing between Sexual Education Group and Nonsexual Education Group. **J sex med** [Internet]. 2010 Oct. [accessed on 2020 Feb 22];18(1):32-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20214714>

WEIJMAN, S. W. C; VAN de W. H. B; HAHN, D. E; BOUMA, J. Psychosexual functioning after treatment for gynecological câncer: na integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. **Int J Gynecol Cancer**., v. 2, n. 6, p. 281-90, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: a guide to essential practice**. 2005. Disponível em: < <http://www.who.int/en/> >.

_____. **Sexual health, human rights and the law**. World Health Organization; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>

_____. **Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.

_____. **Classificação Internacional de Doenças – CID 11**. [homepage Internet]. Accessed: 2020 Dec Available: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>> .

_____. **CID-11 - Décima primeira revisão da classificação internacional de Doenças: o padrão global para informação de diagnóstico de saúde**. Accessed: 2020 Dec 26 Available: <https://icd.who.int/en>

_____. **CID-11 versão 09/2020**. Accessed: 2020 Dec. Available: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Financiamento

Este trabalho foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [número de concessão, processo nº 88882.384135/2019-01]

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
--

A Senhora está sendo convidada a participar de forma voluntária da pesquisa **“Sexualidade, Prazer e Orgasmo e seus benefícios no período gravídico: uma análise da resposta e satisfação sexual pelo QS-F”**, sob a responsabilidade da pesquisadora do Programa de Mestrado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – UnB, Fernanda Carobas Aires Correia Pires, sob a orientação da Professora Vânia Maria de Moraes Ferreira. O motivo que nos leva a estudar este tema é em virtude da grande importância da sexualidade e satisfação sexual na manutenção da autoestima e da saúde integral à mulher grávida, por serem funções relevantes que podem contribuir na conjugalidade e nos relacionamentos interpessoais, bem como para a correlação entre maternidade e sexualidade, que podem fomentar alterações e novas formas de adaptações para que ambas continuem sendo vivenciadas e exploradas nesse período, além de cooperar de forma fundamental para manutenção de uma boa qualidade de vida. Portanto, esta pesquisa tem o objetivo avaliar o desempenho da resposta e satisfação sexual de mulheres no período gravídico.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

Após sucinta explicação do objeto da pesquisa pela pesquisadora em sala reservada (ventilada com mesas e cadeiras) na Unidade Básica de Saúde (UBS) no setor de Acompanhamento da Mulher no Ciclo gravídico (Pré-natal), sua participação se dará por meio de procedimentos da pesquisa que envolve responder dois questionários auto-responsivo (pode responder sozinha), o primeiro será o questionário sociodemográfico que é sobre questões de aspectos sociais, ginecológicos, suporte profissional, assistência pré-natal e o segundo questionário que é o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) que avalia a função sexual e os domínios (desejo, excitação, orgasmo, conforto e intimidade e correlatos psicofísicos), validado no Brasil. O tempo estimado é 30 (trinta) minutos, agendado para conforme a melhor conveniência para a senhora, porém não há obrigatoriedade

em cumprimento de tempo para responder os instrumentos, sendo respeitado o seu tempo e disponibilidade para responder. A senhora poderá ainda ser selecionada, de forma aleatória, para participar de encontros em grupo, serão quatro encontros em grupo focal (GF) para discussão sobre a sexualidade e gestação. O tempo estimado para que a senhora participe de cada encontro do grupo focal é de 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos.

A senhora pode apresentar possível constrangimento, desconforto, timidez ao participar dos grupos focais e ao responder os questionários, por envolver perguntas sobre a intimidade da própria sexualidade, gestação por envolverem emoções decorrentes das alterações que estão acontecendo no ciclo gravídico. Portanto, de forma a tentar minimizar esses riscos, a senhora contará com o acompanhamento da pesquisadora principal que estará disponível para solucionar dúvidas. Além disso, os grupos focais e os questionários serão realizados em sala reservada (livre de ruídos, com ventilação, mesas e cadeiras e livre da presença de outras pessoas que não estejam envolvidas na pesquisa).

A pesquisadora (como assistente social) se disponibiliza a dar suporte por meio da escuta qualificada e encaminhamento para atendimento individual no Serviço Social da UBS nº 08 e para a equipe multidisciplinar, se necessário, das demandas espontâneas que porventura surgirem advindas da pesquisa.

No caso deste projeto acarretar algum risco ou caso sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, a pesquisadora e a instituição assumem a responsabilidade obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil de dar assistência adequada integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, sem nenhum ônus e pelo tempo que for necessário.

Além disso, a pesquisadora responsável, ao perceber qualquer risco ou danos significativos a participante da pesquisa, previstos ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se compromete a comunicar o fato, imediatamente ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Como benefícios serão levantadas informações pelo Questionário 'Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) sobre sua sexualidade (desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual) na gestação e disponibilizadas à senhora mediante solicitação à equipe da UBS nº 08 e de forma totalmente gratuita que podem auxiliar

no conhecimento e ressignificação da sua experiência sexual, bem como dos fatores interferentes nesse momento. Como benefício secundário, suas informações também podem contribuir para ações educativas de saúde com vistas a gerar uma ação de Promoção à Saúde Sexual no ciclo gravídico e dialogar a respeito das questões sexuais, estendida a todos os interessados. Além disso, caso tenha necessidade de alguma intervenção terapêutica, a senhora será encaminhada para equipe multidisciplinar.

Para participar deste estudo a senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem e alimentação) serão de responsabilidade da pesquisadora. A senhora será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador e pela equipe de saúde da UBS.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e será divulgado na Instituição aqui no setor de Acompanhamento da Mulher Ciclo (Pré-natal) da Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 08 Ceilândia, e na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - FM/UnB, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas podendo ser publicados posteriormente. A senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sobre a guarda do pesquisador, por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Fernanda Carobas Aires Correia Pires, no telefone 61 99131-3659, (disponível para ligação a cobrar) no horário matutino, após as 08:00hs, via e-mail: fernandacarobas@gmail.com ou pessoalmente na UBS nº08 Ceilândia.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CEP/FM). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses do

participante em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos da participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br, horário de atendimento de 08:00hs às 12:00hs e de 13:00hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FM se localiza na Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília-UnB, *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília-DF, Brasil, CEP: 70.910-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a senhora.

Nome e assinatura da Participante de Pesquisa

Fernanda Carobas Aires Correia Pires
Pesquisador Responsável

Brasília, _____ de _____ de 20____

APÊNDICE B – Questionário 1 (Q1) Sociodemográfico

Questionário 1 (Q1) - Questionário Sociodemográfico
--

Dados Pessoais:

Código de Identificação nº _____

Data: __/__/__

• Idade: _____ anos

• Inclui-se em qual faixa etária:

() 18 a 23 anos () 24 a 29 anos () 30 a 39 anos () 40 a 46 anos

• Em relação a raça/cor/etnia, você se considera:

() Branca () Parda () Preta () Oriental () Indígena () Prefiro não declarar

• Naturalidade

Estado de Origem: _____ e Cidade/Município de Origem: _____

• Estado Civil e Situação Conjugal:

() Solteira () Casada () Separada/Divorciada () Viúva

() Vive com companheiro () Não Vive com companheiro

• Profissão/ocupação: _____

• Religião:

() Ateísta () Acredito em Deus, mas não sigo nenhuma religião

() Católica () Católica não praticante

() Protestante (evangélica, batista, mórmon, calvista, luterano, testemunha de jeová, outro)

() Espírita Kardecista () Praticante de religião afro-brasileira (umbanda, candomblé)

() Budista () Muçumana () Judia

() tenho outra religião. Qual? _____ () Prefiro não declarar

Dados Histórico Clínico

• **Patologias:**

() Tabagismo³ () Ingestão de Bebida Alcoólica e/ou Etilismo⁴ () Drogas ilícitas. Qual? _____

• **Doenças Metabólicas:**

() Dislipidemia⁵ () Obesidade () Tireoidopatia⁶.

Qual _____ () Nefropatia () Cardiopatia (

) Hipertensão () Doença arterial coronariana () AVC () Hematopatia

() Chagas () Neoplasia. Qual e Quando? _____

() Diabetes. Tipo? _____

• **Doenças Psicológicas:**

() Depressão () Ansiedade

• **Tratamentos:** (Tipo, Frequência x dia/semana/mês). Quanto tempo e Patologia:

• **Medicações em uso** (Nome, Dose x, ao dia, quanto tempo e patologia):

• **Pratica atividade física:**

() Sedentária () Não sedentária (ao menos 30 min./dia por 3x/semana \geq 1 mês). Tipo de atividade e Frequência semanal/mensal?

Dados Socioeconômicos e culturais:

• **Escolaridade:**

() Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto

() Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto

() Pós Graduação Completa () Pós Graduação Incompleta

³ Dependência do Tabaco que integra o grupo de doenças crônicas e problemas relacionados à saúde (CID-10).

⁴ Grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa (CID-10).

⁵ Distúrbio caracterizado pela presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue.

⁶ Distúrbio na Tireoide.

Analfabeta

• Condição Socioeconômica individual:

Nenhuma renda Benefício de Programa Social

Até 1 salário mínimo De 1 a 3 salários mínimos

De 3 a 6 salários mínimos De 6 a 9 salários mínimos

Dados Ginecológicos:

• Já teve gestações anteriores: Nenhuma Sim. Quantos filhos? _____

• Quantidade e Tipo de partos: vaginal Cesárea Outros: _____

• Local: Domicílio Casa de parto Hospital Outro: _____

• Desejou a gestação atual:

Queria engravidar naquele momento Queria esperar mais tempo

Não soube informar

• Teve algum aborto? Sim Não

• Número de consultas no pré-natal:

Nenhuma De 1 a 3 De 4 a 6 7 ou mais

• Idade gestacional em semanas:

≤ 1 a 14 15 a 28 ≥ 29 _____

História Sexual

• Início da atividade sexual (idade da primeira relação sexual): _____

• Prática sexual nas gestações anteriores: Presente Ausente

• Teve Relação Sexual no último mês: Presente Ausente

- Frequência Sexual Mensal na gestação atual: _____
- Desejo sexual (libido): ()Presente ()Ausente
- Excitação: ()Presente ()Ausente
- Orgasmo (prazer): ()Presente ()Ausente
- Prática do autoerotismo (masturbação): ()Presente 1 ()Ausente 2
() antes da gestação () gestação atual () com parceiro () individual
- Dispareunia (dor/desconforto durante o ato sexual): ()Presente ()Ausente
- Infecção Sexualmente Transmissível (IST): () Presente ()Ausente
() HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () HPV ()Herpes () Outra:

Suporte Profissional

- Algum profissional de saúde abordou o tema de sexualidade durante o seu acompanhamento no pré-natal?
() Sim () Não
De que forma? _____
- Você já conversou com algum profissional sobre a sexualidade na gestação?
() Sim () Não
- Você tem conhecimento acerca de como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação?
() Sim () Não
Quais? _____

ASSINATURA

APÊNCIDE C – Ficha de Identificação**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

Data: __/__/__ Nome:

Idade: _____ anos - Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço:

Telefone: () _____ E-mail:

Carteirinha do SUS Nº

Data prevista do Parto: _____

ASSINATURA

APÊNDICE D – Análises Individuais das Gestantes com Disfunção Sexual

As análises individuais das gestantes com disfunção sexual, incluiu os dados avaliados no questionário 1 (Q¹) e no questionário 1 (Q²), buscando fazer-se uma análise mais detalhada do grupo de gestantes com prevalência de disfunção sexual realizado com as 11(18%) das pacientes com a caracterização dos respectivos números de registro conforme resultado total obtido no desempenho da disfunção sexual, sendo os números 43; 19; 53; 57; 26; 14 e 51, correspondentes a desfavorável a regular; os números 16; 33; 56 ruim à desfavorável, e 34 nulo a ruim.

A paciente de nº 43 obteve uma pontuação total no escore do QS-F de 58 pontos, ela estava no 3º trimestre gestacional, 26 anos de idade, vive com o companheiro em união estável há 1 ano, renda \leq 1 salário mínimo, auxiliar de cozinha, possui o ensino médio completo, é evangélica, não respondeu às perguntas referentes à patologia e hábitos de saúde. A gestante é queria esperar mais um tempo para engravidar, já teve 2 abortos, participou de 4 a 6 consultas de pré-natal. Na história sexual (Q¹) referiu o iniciou a vida sexual aos 18 anos, prática sexual presente na gestação atual e no último mês, respondeu que o desejo, a excitação e os orgasmos eram ausentes na gestação, não respondeu sobre a prática de masturbação e não tem IST e nem sofreu abuso sexual e na pergunta aberta sobre alguma queixa, respondeu que “não pensa muito nisso”, a respeito da sexualidade na gestação, sobre o diálogo entre o profissional e a paciente em relação ao tema “sexualidade na gestação”, respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como podem vivenciar a sexualidade na gestação. Nas respostas do QS-F (Q²), pela pontuação das questões 1,2 e 8, exclui-se disfunção de desejo. A resposta à questão 3, aponta valorização das preliminares, os resultados da pontuação das questões 4 e 5, excluí disfunção de excitação sexual, a questão 6 exclui vaginismo, e a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia, pela elevada pontuação da questão 9 observa-se orgasmo presente, e a questão 10 indica insatisfação sexual, apontado que raramente a paciente está satisfeita sexualmente.

A paciente de nº 19 pontuou o total de 56 pontos no QS-F, estava no 2º trimestre gestacional, 24 anos de idade, casada, não relatou o tempo do relacionamento conjugal, não possui renda, a escolaridade corresponde ao ensino

médio completo, evangélica e não sedentária. A gestante é nulípara, queria engravidar da gestação atual, não teve nenhum aborto, e participou de 1 a 3 consultas de pré-natal. Na história sexual (Q¹) referiu ter iniciado a vida sexual aos 18 anos, não respondeu às perguntas sobre presença/ausência de desejo sexual, excitação, orgasmo, masturbação e dispareunia, e não sofreu abuso sexual. Respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação. A resposta da questão 1, 2 e 8 dos QS-F (Q²), mostra exclusão de disfunção de desejo sexual, embora a resposta 1 mostre que a gestante não costuma pensar em sexo com frequência e o baixo escore da questão 8, mostra que a paciente às vezes sente dificuldade de manter a concentração relação sexual. A elevada pontuação da questão 3, mostra que a gestante sempre valoriza as preliminares, pela baixa pontuação da resposta 4 e 5, identifica-se disfunção de excitação sexual. A resposta da questão 6, sugere alguma dificuldade para relaxar a vagina. A questão 7, exclui dispareunia. As respostas das questões 9 e 10, exclui anorgasmia, embora apresente baixo grau de satisfação sexual.

A paciente nº 53 pontou 56 pontos no QS-F, estava no 3º trimestre gestacional, 44 anos de idade, com renda de 1 ≥ a 3 salários mínimos, cursou o ensino médio completo, possui namoro de 10 anos de duração, vivendo em casas separadas, católica não praticante, sedentária, não referiu patologias e hábitos de saúde. A gestante não queria engravidar naquele momento, teve 1 aborto, e participou de 7 ou mais consultas de pré-natal. Sobre a história sexual, referiu prática sexual presente na gestação atual, inclusive no último mês, desejo sexual presente (Q¹), e excitação, orgasmo e masturbação, e dispareunia e abuso sexual, são ausentes na gestação atual. Respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que tem conhecimento de como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação e que já leu sobre a temática. As respostas ao QS-F (Q²) nas questões 1,2 e 8 apontam para disfunção sexual do desejo, a questão 3, mostra valorização as preliminares, as respostas das questões 4 e 5 exclui disfunção de excitação sexual e demonstra que a gestante tem sintonia com o parceiro, a questão 6 e 7 exclui vaginismo e dispareunia, a questão 9 e 10

mostram disfunção de orgasmo, pois a paciente apresenta anorgasmia, embora tenha referido 50% das vezes está satisfeita sexualmente.

A paciente nº 57 gerou um total de 50 pontos no QS-F, estava no 1º trimestre, 28 anos de idade, católica, renda de \leq 1 salário mínimo, cursou o ensino fundamental incompleto, vive com o companheiro em união estável, não referiu o tempo do relacionamento, não referiu patologia e hábitos de saúde. A gestante é nulípara, não queria engravidar naquele momento, não teve nenhum aborto, e participou de 1 a 3 consultas de pré-natal. Referiu na história sexual, ter vida sexual ativa na gestação e ter tido relação sexual no último mês, não respondeu a idade que iniciou a vida sexual, no questionário 1 (Q¹) respondeu que o desejo, a excitação e o orgasmo estavam presentes, masturbação ausente, dispareunia presente, não sofreu abuso sexual. E respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como podem vivenciar a sexualidade na gestação. Nas respostas do QS-F (Q²), pela pontuação das questões 1,2 e 8, pela baixa pontuação verificou-se presença de disfunção do desejo sexual, a resposta da questão 3, mostra valorização das preliminares sempre presente na gestação, observa-se disfunção de excitação pelas respostas das questões 4 e 5, a resposta da questão 6 exclui vaginismo, a resposta a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia, a resposta 9 e 10 observa-se orgasmo, embora mostre baixa satisfação sexual.

A paciente nº 26 obteve um total de 48 pontos no QS-F, estava no 3º trimestre gestacional, 29 anos de idade, renda de \leq 1 salário mínimo, concluiu o ensino médio, solteira, estava namorando há 5 anos, evangélica, referiu ter ansiedade, consumista de álcool e tabaco e sedentária. A gestante não queria engravidar naquele momento, já teve 1 aborto, participou de 4 a 6 consultas de pré-natal. Na história sexual no questionário 1 (Q¹), não referiu a idade que iniciou a vida sexual, manteve a vida sexual ativa na gestação e teve relação sexual no último mês com pouca frequência sexual, referiu ausência de desejo, excitação e orgasmo. Praticava masturbação mútua, somente antes da gestação, não referiu abuso sexual, queixa que perdeu a libido com a gestação. E respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como podem vivenciar a sexualidade na gestação. As respostas ao QS-F (Q²) nas

questões 1,2 e 8 não apontam para disfunção sexual do desejo, a questão 3, não mostra valorização as preliminares, as respostas das questões 4 e 5 pela baixa pontuação da resposta 4 e 5, identifica-se disfunção de excitação sexual. A questão 6 exclui vaginismo e a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia. A questão 9 e 10 mostram disfunção de orgasmo, pois a paciente apresenta anorgasmia, e baixa satisfação sexual.

A paciente nº 14 obteve o total de 46 pontos no QS-F, estava no 3º trimestre gestacional, 18 anos de idade, desempregada e não possuía renda, cursou o ensino fundamental incompleto, solteira, mais estava vivendo com o namora, não referiu o tempo do relacionamento, não referiu patologias e nem hábitos e condições de saúde. A gestante era nulípara, não soube informar se desejou engravidar naquele momento, não teve nenhum aborto, e participou de 4 a 6 consultas de pré-natal. Na história sexual do questionário 1 (Q¹), respondeu ter iniciado a vida sexual aos 15 anos, manteve a prática sexual durante a gestação, porém estava ausente no último mês, desejo, excitação e orgasmo ausente, masturbação presente sendo realizada de forma mútua com o parceiro, dispareunia ausente, não sofreu abuso sexual, justificou que como vivenciou a sexualidade na gestação poucas vezes, não tinha queixa para relatar. Respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que tem conhecimento de como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação, portanto não referiu de que forma. Nas respostas do QS-F (Q²), pela pontuação das questões 1,2 e 8, pela baixa pontuação verificou-se presença de disfunção do desejo sexual, a resposta da questão 3, mostra valorização das preliminares sempre presente na gestação, observa-se ausência de disfunção de excitação pelas respostas das questões 4 e 5, embora a baixa pontuação da questão 4 sugere pouca lubrificação durante a relação sexual e a questão 5 mostre boa sintonia com o parceiro, a resposta da questão 6 exclui vaginismo, a resposta a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia, a resposta 9 e 10 observa-se orgasmo, embora mostre baixa satisfação sexual.

A paciente nº 51 obteve 46 pontos totais no QS-F, estava no 3º trimestre, 32 anos de idade, atendente, renda \leq 1 salário mínimo, cursou o ensino fundamental incompleto, união estável há 6 anos, católica, hipertensa, faz tratamento e usa o medicamento metildopa e é sedentária, A gestante teve 1 parto natural domiciliar e 2 cesarianas no hospital, não queria engravidar no momento, já teve 1 aborto, e

participou de 1 a 3 consultas de pré-natal. Na história sexual (Q¹) referiu ter iniciado a vida sexual aos 16 anos, ausência de desejo sexual e orgasmo, excitação presente, masturbação e dispareunia ausente, e não sofreu abuso sexual, queixou ter tido perda de interesse sexual devido o cansaço provocado pelo excesso de trabalho. E respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como podem vivenciar a sexualidade na gestação. A resposta da questão 1, 2 e 8 dos QS-F (Q²), mostra disfunção de desejo sexual, A resposta da questão 6, sugere vaginismo e dificuldade para relaxar a vagina. A questão 7, exclui dispareunia. As respostas das questões 9 e 10, mostra anorgasmia, e insatisfação sexual.

A paciente nº16 obteve um total de 46 de pontuação no QS-F, estava no 3º trimestre gestacional, 18 anos, operadora de caixa, renda \leq 1 salário mínimo, cursou o ensino médio completo, divorciada, portanto vive com o atual companheiro há 1 ano, católica, não referiu patologias, é sedentária. A gestante é nulípara, não teve nenhum aborto, não queria engravidar naquele momento, e participou de 1 a 3 consultas de pré-natal. Na história sexual (Q¹) referiu ter iniciado a vida sexual aos 21 anos, ausência de desejo sexual, excitação, orgasmo e masturbação e dispareunia presente, e não referiu ter ou não sofrido abuso sexual e não relatou outras queixas sexuais. Referiu manter a relação sexual durante a gestação e ter tido relação sexual no último mês. E respondeu o profissional de saúde já abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como a sexualidade pode ser vivenciada na gestação. Nas respostas do QS-F (Q²), pela pontuação das questões 1,2 e 8, pela baixa pontuação verificou-se presença de disfunção do desejo sexual em decorrência dela pensar pouco em sexo, ter baixo interesse por sexo e nunca conseguir se envolver durante a relação sexual sem se distrair, a resposta da questão 3, mostra valorização das preliminares sempre presente na gestação, observa-se disfunção de excitação pelas respostas das questões 4 e 5 e pouca lubrificação e somente às vezes ter sintonia com o parceiro, a resposta da questão 6 aponta vaginismo por ela nunca conseguir relaxar suficientemente a vagina para a penetração do pênis, a resposta a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia, a resposta 9 e 10 observa-se disfunção do orgasmo e baixa satisfação sexual.

A paciente nº 56 acumulou escore total de 40 pontos no QS-F, estava no 3º trimestre gestacional, 21 anos, microempreendedora, renda de 1 salário mínimo, cursou até o ensino superior completo, namorando, não referiu o tempo do relacionamento, acredita em Deus, mas não segue nenhuma religião, não referiu patologias, pratica yoga 3 vezes por semana. A gestante é nulípara, não teve nenhum aborto, não queria engravidar naquele momento, e participou de 7 ou mais consultas de pré-natal. Na história sexual (Q¹) referiu ter tido relação sexual nas gestações anteriores, e na atual, incluindo a prática de relações sexuais no último mês com uma frequência de 3 vezes por semana, iniciou a vida sexual aos 17 anos, o desejo sexual e excitação foi referido como presente na gestação, orgasmo e prática de masturbação ausente, presença de dispareunia, e não referiu resposta se sofreu ou não abuso sexual. Respondeu que um profissional de saúde conversou com ela a respeito do tema “Sexualidade na gestação”, que ela também procurou um profissional de saúde para saber a respeito da prática do sexo seguro para a saúde do bebê e ela respondeu saber que a sexualidade pode ser vivenciada na gravidez com cuidado e referiu queixa sexual pela diminuição no prazer e demora para atingir o orgasmo na gestação. As respostas ao QS-F (Q²) nas questões 1,2 e 8 não apontam para disfunção sexual do desejo, a questão 3, não mostra valorização as preliminares, as respostas das questões 4 e 5 aponta excitação sexual, com presença de lubrificação presente às vezes nas relações sexuais e sintonia com o parceiro 50% das vezes. A questão 6 sugere diagnóstico de vaginismo e a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia. A questão 9 e 10 mostram disfunção de orgasmo, pois a paciente apresenta que ela atinge pouco o orgasmo, e apresenta baixa satisfação sexual.

A paciente nº 33 obteve o total de 24 pontos no QS-F, estava no 3º trimestre gestacional, 19 anos, atendente, renda \leq 1 salário mínimo, cursou o ensino médio completo, solteira e namorando, católica, não referiu patologias, pratica atividade física 3 vezes por semana. A gestante é nulípara, não teve nenhum aborto, queria engravidar naquele momento, e participou de 4 a 6 consultas de pré-natal. Na história sexual (Q¹) referiu ter iniciado a vida sexual aos 15 anos, ausência de desejo sexual, excitação e orgasmo, não referiu masturbação presente ou ausente, dispareunia presente, não sofreu abuso sexual. Respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de

como podem vivenciar a sexualidade na gestação e não relatou outras queixas sexuais. Nas respostas do QS-F (Q²), pela pontuação das questões 1, 2 e 8, pela baixa pontuação verificou-se presença de disfunção do desejo sexual, embora pense em sexo a maioria das vezes, portanto apresentou quase nenhum interesse por sexo e nunca conseguir se envolver durante a relação sexual sem se distrair, a resposta da questão 3, não mostra valorização das preliminares na gestação, observa-se disfunção de excitação pelas respostas das questões 4 e 5 e raramente ter lubrificação e nunca obter sintonia com o parceiro, a resposta da questão 6 aponta vaginismo por ela às vezes não conseguir relaxar suficientemente a vagina para a penetração do pênis, a resposta a questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia, e a resposta 9 e 10 observa-se disfunção do orgasmo e nenhuma satisfação sexual.

A paciente nº 34 apresentou escore do QS-F nulo por não ter respondido nenhuma das questões do questionário, 18 anos, autônoma, renda de 1_≥ a 3 salários mínimos, escolaridade: ensino médio incompleto, solteira, namorando há 2 anos, evangélica, patologia presente para ansiedade, é sedentária. A gestante é nulípara, e queria esperar mais tempo para engravidar, não teve nenhum aborto, e participou de 4 a 6 consultas de pré-natal. Na história sexual no questionário 1 (Q¹), iniciou a vida sexual aos 14 anos, manteve a vida sexual ativa na gestação e teve relação sexual no último mês, referiu desejo, excitação e orgasmo presente. Praticava masturbação mútua com o parceiro durante a gestação, e não sofreu abuso sexual e outras queixas sexuais. E respondeu que nenhum profissional abordou o tema durante o acompanhamento do pré-natal, que ela também nunca conversou com um profissional de saúde a respeito e que não tem conhecimento de como podem vivenciar a sexualidade na gestação.

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

02/10/2019

Plataforma Brasil



FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES - Pesquisador | V3.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 30min 21

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Sexualidade, Prazer e Orgasmo e seus benefícios no período gravídico: uma análise da resposta e satisfação sexual pelo Q5-F
 Pesquisador Responsável: FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES
 Contato Público: FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descrição CID - Gerais:
 Descrição CID - Específicas:
 Descrição CID - da intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 31/08/2019



- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UNB
 Cidade: BRASÍLIA

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5558 - UnB - Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília
 Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
 Telefone: (51)3107-1918
 E-mail: cepfm@unb.br

- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

<mailto:cepfm@unb.br>

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

Nome: Superintendência da Regional de Saúde Oeste
 Cidade: BRASÍLIA

[Voltar](#)

ANEXO B – Parecer de Aprovação Plataforma Brasil

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sexualidade, Prazer e Orgasmo e seus benefícios no período gravídico: uma análise da resposta e satisfação sexual pelo OS-F
Pesquisador Responsável: FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES
Area Temática:
Versão: 1
CAAE: 93130818.3.3001.5553
Submetido em: 31/08/2019
Instituição Proponente: Superintendência da Regional de Saúde Oeste
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: FUNDO COORD DE APERFEIÇAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP


 Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1426384

+ DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- LISTA DE APRECIACÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Origem *	Ações
POc	FERNANDA CAROBAS AIRES CORREIA PIRES	1	31/08/2019	29/10/2019	Aprovado	PO	  

ANEXO C – Questionário 2 (Q²) – Quociente Sexual – versão feminina

Questionário 2 (Q2) - Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda este questionário com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

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

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

ABDO (2006)

ASSINATURA

Para o cálculo do escore final, a questão 7 deverá ser transformada, pois está no sentido reverso. A transformação deverá ser feita por meio da seguinte fórmula: $5 - Q7$.

O escore final deverá ser calculado da seguinte maneira:

1. Soma dos escores das questões 1,2,3,4,5,6,8,9 e 10 e do escore final, melhor o desempenho/satisfação sexual da mulher.

Resultado:

Padrão de desempenho sexual

82 a 100 pontos = bom a excelente

62 a 80 pontos = regular a bom

42 a 60 pontos = desfavorável a regular

22 a 40 pontos = ruim a desfavorável

0 a 20 pontos = nulo a ruim