

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

Fernanda de Araújo

**SATISFAÇÃO SEXUAL E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM GESTANTES
SAUDÁVEIS**

GOIÂNIA
2021

Fernanda de Araújo

**SATISFAÇÃO SEXUAL E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM GESTANTES
SAUDÁVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como critério como para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadoras: Profª Dra. Elizabeth Rodrigues de Moraes;
Profª Gabriela Rios Pereira.

GOIÂNIA

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante toda minha trajetória acadêmica, com saúde e forças para chegar até o final. Pois o Senhor é minha força, meu refúgio e fortaleza.

Agradeço imensamente a mim, por nunca desistir e seguir em frente mesmo com limitações e pedras no caminho.

A minha família e em especial minha Mãe, por sua presença e amor incondicional na minha vida.

A minha madrinha, que acima de tudo é uma grande amiga, sempre presente nos momentos difíceis com uma palavra de incentivo, nunca me permitindo desistir.

A minha orientadora Prof^a. Elizabeth Rodrigues, por sempre me aconselhar e ajudar a ver uma luz no fim do túnel. Sou grata a ela por aceitar e depositar confiança na minha proposta de tema. Por sua humildade e conhecimento, e por me manter motivada durante todo o processo.

Agradeço também a Prof^a Gabriela Rios, por compartilhar comigo todo o seu conhecimento e corroborar com o resultado desse trabalho.

Aos meus colegas do curso de Fisioterapia, pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

Agradeço aos meus amigos que sempre me apoiaram e incentivaram meu crescimento profissional.

Agradeço a Pontifícia Universidade Católica de Goiás e o seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

Agradeço também a Escola de Saúde de Goiás - Secretaria da Saúde e ao Hospital Maternidade Dona Iris, por permitirem as coletas de dados necessários para a realização desse estudo.

SUMÁRIO

1	RESUMO	4
2	ABSTRACT	5
3	INTRODUÇÃO	5
4	MATERIAIS E METODOS	6
5	RESULTADOS	8
6	DISCUSSÃO	14
7	CONCLUSÃO	16
	REFERENCIAS	17
	APÊNDICES	22
	Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido	22
	Apêndice B - Questionário Sociodemográfico	25
	ANEXOS	26
	Anexo A Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	26
	Anexo B - Questionário Female Sexual Function Index (FSFI)	27
	Anexo C - Normas para publicação – Revista Temas em Saúde	33

**SATISFAÇÃO SEXUAL E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM GESTANTES
SAUDÁVEIS**
**SEXUAL SATISFACTION AND ANXIETY SYMPTOMS IN HEALTHY
PREGNANT WOMEN**

Fernanda de Araújo

Gabriela Rios Pereira

Elizabeth Rodrigues de Moraes

RESUMO - A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a sexualidade um aspecto fundamental na qualidade de vida de qualquer ser humano. A atividade sexual faz parte da sexualidade humana, podendo modificar-se ao longo da vida. Durante a gravidez, a sexualidade e com ela a satisfação sexual feminina, sofre diversas mudanças, assim como os sintomas de ansiedade materna o que pode influenciar no curso da gestação. Este estudo objetivou avaliar a satisfação sexual, a presença de sintomas de ansiedade em gestantes saudáveis e verificar se há associação entre elas. Trata-se de um estudo transversal e analítico realizado com 18 gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Goiânia, Goiás. Questionário de avaliação sociodemográfico e gestacional, *Questionário Female Sexual Function Index* (FSFI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A caracterização do perfil demográfico e gestacional foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi verificada por meio do Teste t de Student e Análise da variância (ANOVA). Os dados foram analisados com o auxílio do Statistical Package for Social Science, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). A média de idade das participantes foi de $24,06 \pm 4,52$ anos, com média de idade gestacional de $28,94 \pm 4,81$ semanas e 72,2% apresentam ansiedade. No FSFI a média do escore total foi de $18,39 \pm 3,83$, e a média de satisfação sexual foi de 1.84 ± 0.80 . Observou-se uma relação significativa entre os sintomas de ansiedade e os fatores de desejo ($p < 0,04$) e dor ($p < 0,01$) do FSFI. A satisfação sexual se apresentou maior em gestantes com a gravidez não planejada ($p < 0,01$). Conclui-se que a satisfação sexual assim como os demais fatores do FSFI teve uma média baixa entre as gestantes avaliadas, porém, apresentou uma pontuação melhor em gestantes que tiveram uma gravidez não planejada. A maioria das gestantes apresentaram sintomas de ansiedade moderados a severo, interferindo de forma significativa nos fatores de desejo e dor na função sexual. A satisfação sexual e os sintomas de ansiedade não apresentaram associações.

Palavras-chave: Ansiedade; Disfunções sexuais fisiológicas; Gestantes.

ABSTRACT - The World Health Organization (WHO) considers sexuality a fundamental aspect in the quality of life of any human being. Sexual activity is part of human sexuality and can change throughout life. During pregnancy, sexuality, and with it female sexual satisfaction, undergoes several changes, as well as symptoms of maternal anxiety, which can influence the course of pregnancy. This study aimed to evaluate sexual satisfaction, the presence of anxiety symptoms in healthy pregnant women and to verify if there is an association between them. This is a cross-sectional and analytical study carried out with 18 pregnant women attended at Basic Health Units in Goiânia, Goiás. Sociodemographic and gestational assessment questionnaire, Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). The characterization of the demographic and gestational profile was performed using absolute frequency, relative frequency, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. Data normality was verified using Student's t test and analysis of variance (ANOVA). Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (IBM Corporation, Armonk, USA) version 26.0. The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$). The mean age of the participants was 24.06 ± 4.52 years, with a mean gestational age of 28.94 ± 4.81 weeks and 72.2% had anxiety. In the FSFI, the mean total score was 18.39 ± 3.83 , and the mean sexual satisfaction was 1.84 ± 0.80 . There was a significant relationship between anxiety symptoms and the FSFI desire ($p < 0.04$) and pain ($p < 0.01$) factors. Sexual satisfaction was higher in pregnant women with an unplanned pregnancy ($p^* 0.01$). It is concluded that sexual satisfaction, as well as the other factors of the FSFI, had a low average among the evaluated pregnant women, however, it presented a better score in pregnant women who had an unplanned pregnancy. Most pregnant women had moderate to severe anxiety symptoms, significantly interfering with desire and pain factors in sexual function. Sexual satisfaction and anxiety symptoms were not associated.

Keywords: Anxiety; Physiological sexual dysfunctions; Pregnant women.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde considera a sexualidade como um aspecto fundamental na qualidade de vida de qualquer ser humano. Essa dimensão é fundamental em tudo o que somos, sentimos e fazemos (OMS, 2015). A atividade sexual faz parte da sexualidade e se apresenta modelável, podendo modificar-se ao longo da vida, de acordo com o contexto do indivíduo (BARACHO, 2018). Da mesma forma se comporta a satisfação sexual, que depende das variáveis de resposta sexual, podendo ter ou não a presença do orgasmo. O sexo é uma força sociológica e cultural muito mais do que uma relação física de dois indivíduos (SERATI et al., 2010).

Considerando um indivíduo saudável em período regular da vida, a atividade sexual é descrita por fases de resposta. Segundo Kaplan (1974), a resposta sexual humana é uma sucessão racional e ordenada de ocorrências fisiológicas cuja função é preparar os corpos de

dois parceiros para a união reprodutora, onde as fases da resposta sexual estão divididas em Desejo Sexual, Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução. Atualmente a resposta sexual se resume em três fases: Desejo, Excitação e Orgasmo. Durante a gravidez, a sexualidade e com ela a satisfação sexual feminina, sofre diversas mudanças (ASLAN et al., 2005). No período gestacional podem ocorrer modificações ou transtornos em qualquer uma das fases de resposta sexual, dificultando ou até mesmo inibindo a satisfação sexual e acarretando no surgimento de disfunções sexuais (CLAYTON, 2003). As disfunções sexuais femininas apresentam natureza multifatorial e está sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares. (MENDONÇA et al., 2011).

A ansiedade faz parte do processo humano de desenvolvimento podendo se apresentar em qualquer período vital e acontece em momentos de medo, perigo ou tensão (SCHIAVO, RODRIGUES E PEROSA, 2018). Na gravidez a ansiedade é considerada como um estado emocional esperado e pode ser descrita como um conjunto de preocupações e medos relacionados ao período gestacional, parto, saúde do feto e as incertezas futuras com relação a maternidade (SCHIAVO, RODRIGUES & PEROSA, 2018; ARAÚJO et al., 2020). Quando a ansiedade materna é excessiva pode influenciar no curso da gestação, predispondo a complicações obstétricas como a pré-eclâmpsia e a evolução para uma depressão pós-parto (ALDER, FINK, BITZER, HOSLI & HOLZGREVE, 2007).

A satisfação sexual na gestação é um assunto pouco abordado na literatura, assim como o nível de ansiedade e suas consequências na relação sexual durante esse período. Dessa forma há a necessidade de mais estudos com essa temática visando proporcionar as gestantes uma melhor assistência, podendo servir de alerta para os profissionais de saúde que assistem esse público. O presente estudo tem como objetivo avaliar a satisfação sexual, a presença de sintomas de ansiedade em gestantes saudáveis e verificar se há associação entre elas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e analítico realizado com gestantes atendidas nas Unidades Básica de Saúde de Goiânia, Goiás: CSF Real Conquista; CS Jose Egídio Martins. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa PUC GO (5.390.739) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa Hospital e Maternidade Dona Iris (5.434.253).

A coleta foi realizada com 18 gestantes, tendo como critérios de inclusão: ser gestante saudável, com idade acima de 18 anos, que esteja entre a 20ª e 38ª semana de gestação e em atendimento regular de pré-natal. Os critérios de exclusão gestantes cardiopatas, pneumopatas

ou com doença neurológica ou musculoesquelética, com descolamento de placenta, ou qualquer situação que ameace a vida ou a evolução da gestação, com idade inferior a 18 anos, com proibição médica para prática sexual ou que não tinha capacidade de compreensão dos questionários.

As participantes foram abordadas na sala de espera da consulta médica, convidadas a participar da pesquisa e somente após a assinatura do TCLE prosseguiu-se as avaliações.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: Questionário de avaliação sociodemográfico e gestacional, *Questionário Female Sexual Function Index* (FSFI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os questionários foram respondidos individualmente, de forma autoaplicável.

O questionário de avaliação sociodemográfico e gestacional foi desenvolvido pelas pesquisadoras e abordou informações pessoais das entrevistadas, rotina profissional, história gestacional e hábitos de vida.

O inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento validado (Cunha 1999), é composto por 21 itens, com pontuação variando de 0 a 3 pontos, sendo a pontuação mínima 0 e a máxima 63 pontos. As indicações para interpretar a ansiedade auto informada, de acordo com a adaptação brasileira são: 0-10, ansiedade mínima; 11-19, ansiedade leve; 20-30, ansiedade moderada; e 31-63, ansiedade severa. Foi considerado ter sintomas de ansiedade escore total acima de 20 pontos.

O FSFI é um instrumento validado por Thiel et al, (2008), composto por 19 itens, multidimensional, que abrange cinco domínios separados da função sexual feminina: desejo/excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. As questões sobre o fator desejo possuem escore entre 1 e 5, sobre os fatores excitação e lubrificação os escores são de 0-5. Já referente aos fatores orgasmo, satisfação e dor o escore é de 0-5. Pontuação menor ou igual a 26 é classificada como disfunção sexual. O escore total pode variar de 2 a 36 pontos (WIEGEL et al., 2005).

A caracterização do perfil demográfico e gestacional foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A comparação dos domínios do FSFI com o perfil da amostra e com o nível de ansiedade foi realizada utilizando os testes t de Student e Análise da variância (ANOVA). Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Um total de 47 gestantes foram triadas, 29 gestantes foram excluídas, sendo 7 por idade, 6 por período gestacional, 12 por gravidez de risco e 4 por não concordarem ou não assinarem o TCLE, portanto, compuseram a amostra final 18 gestantes.

A média de idade das participantes foi de $24,06 \pm 4,52$ anos, com média de idade gestacional de $28,94 \pm 4,81$ semanas. Entre as gestantes entrevistadas 55,6% estavam em união estável, a renda familiar de 61,1% das participantes é de responsabilidade principal do companheiro e 66,7% possui essa renda entre 1 e 2 salários mínimo. 55,6% das gestantes são multíparas e esse mesmo percentual entre elas teve uma gravidez não planejada (55,6%). Outro fator apresentado com relação ao perfil gestacional é que 61,1% das entrevistadas se sentem ansiosas com relação ao parto, conforme observado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico da amostra (n = 18).

	N	%
Estado civil		
Casada	8	44.4
União estável	10	55.6
Escolaridade		
Fundamental completo	1	5.6
Médio incompleto	10	55.6
Médio completo	6	33.3
Superior incompleto	1	5.6
Provedor da casa		
Casal	7	38.9
Companheiro	11	61.1
Renda familiar		
Até 1 salário	3	16.7
1 a 2 salários	12	66.7
2 a 3 salários	3	16.7
Filhos		
Não	9	50.0
Sim	9	50.0
Gravidez		
Não planejada e aceita por ambos os pais	10	55.6

Planejada	8	44.4
Outras gestações		
Não	8	44.4
Sim	10	55.6
Tipo de parto		
Cesária	5	35.7
Natural	5	35.7
Primeira gestação	4	28.6
Aspectos de ansiedade		
Aspecto físico no pós	1	5.6
Parto	11	61.1
Saúde do bebê	6	33.3
Acontecimento que aumenta ansiedade		
Nenhum	9	50.0
Doença	1	5.6
Mudança de residência	1	5.6
Outros	5	27.8
Pandemia	2	11.1

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

Em relação a avaliação dos sintomas de ansiedade observou-se que a maioria apresenta ansiedade moderada a severa, portanto 72,2% apresentam ansiedade (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos sintomas de ansiedade (n = 18).

	N	%
BECK		
Mínimo	2	11.1
Leve	3	16.7
Moderada	7	38.9
Severa	6	33.3
BECK		

Sem ansiedade	5	27.8
Com ansiedade	13	72.2

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

Quanto aos resultados do FSFI a média do escore total foi de $18,39 \pm 3,83$, os melhores resultados (maior escore) foram de desejo e orgasmo e os piores resultados foram satisfação e lubrificação (menor escore). O fator dor no questionário FSFI, tem sua pontuação contada de forma invertida (decrecente) de 5-0, onde uma média baixa não significa disfunção sexual, tendo em vista que o score máximo é 6.0.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos domínios do FSFI.

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Fator desejo	3.80	1.51	3.90	1.20	6.00
Fator de Excitação	3.20	0.93	3.30	0.00	4.80
Fator Lubrificação	3.08	1.76	3.60	0.00	5.70
Fator de Orgasmo	3.56	1.17	3.60	0.00	4.80
Fator Satisfação	1.84	0.80	1.60	0.80	4.00
Fator de dor	2.91	1.88	3.00	0.40	6.40
FSFI total	18.39	3.83	18.30	12.70	26.30

Ao relacionar os escores de sintomas de ansiedade com o perfil sociodemográfico não houve relação com nenhuma variável ($p > 0,05$). Ao relacionar ansiedade com o FSFI observou-se relação entre ansiedade e os fatores desejo e dor, nas comparações múltiplas é possível identificar a relação dos fatores desejo e dor com os sintomas de ansiedade moderada vs severa e de severa vs moderada, ou seja, quando maior o nível de ansiedade, menor é o desejo sexual e maior é a dor na relação sexual. (Tabela 4 e Tabela 5).

Tabela 4. Resultado da comparação do nível de ansiedade com os domínios do FSFI.

	BECK				p^*
	Mínimo	Leve	Moderada	Severa	
Fator desejo	$3,90 \pm 0,42$	$4,60 \pm 1,93$	$4,54 \pm 1,14$	$2,50 \pm 1,22$	0,04
Fator de Excitação	$3,60 \pm 0,42$	$3,70 \pm 0,96$	$2,74 \pm 1,22$	$3,35 \pm 0,44$	0,40
Fator Lubrificação	$2,70 \pm 1,27$	$4,40 \pm 0,92$	$2,79 \pm 2,23$	$2,90 \pm 1,62$	0,60
Fator de Orgasmo	$4,40 \pm 0,00$	$4,00 \pm 0,69$	$2,80 \pm 1,35$	$3,93 \pm 0,96$	0,16

Fator Satisfação	1,80 ± 0,28	2,67 ± 0,46	1,94 ± 0,99	1,33 ± 0,41	0,11
Fator de dor	2,80 ± 0,57	1,73 ± 1,67	4,51 ± 1,30	1,67 ± 1,59	0,01
FSFI total	19,20 ± 1,27	21,10 ± 4,69	19,33 ± 3,08	15,68 ± 3,82	0,16

*ANOVA; DP, desvio padrão

Comparações múltiplas

Tabela 5. Tukey HSD

Variável dependente		<i>p</i>	
Fator desejo	Leve	Mínimo	0.931
		Moderada	1.000
		Severa	0.140
	Mínimo	Leve	0.931
		Moderada	0.922
		Severa	0.555
	Moderada	Leve	1.000
		Mínimo	0.922
		Severa	0.044
	Severa	Leve	0.140
		Mínimo	0.555
		Moderada	0.044
Fator de dor	Leve	Mínimo	0.845
		Moderada	0.059
		Severa	1.000
	Mínimo	Leve	0.845
		Moderada	0.466
		Severa	0.768
	Moderada	Leve	0.059
		Mínimo	0.466
		Severa	0.014
	Severa	Leve	1.000
		Mínimo	0.768
		Moderada	0.014

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Ao relacionar os domínios do FSFI com o perfil sociodemográfico foi encontrado relação entre provedor da casa e excitação ($p=0.04$), ou seja, quando o provedor da casa é o companheiro o fator excitação foi melhor avaliado. Ademais o fato de não ter filhos relacionou-se com fator desejo (melhor resultado) ($p=0,03$) e ter a gravidez não planejada influenciou no fator satisfação ($p=0,01$) (Tabela 5).

Tabela 6. Resultado da comparação dos domínios do FSFI com o perfil sociodemográfico e gestacional.

	Fator desejo	Fator de Excitação	Fator Lubrificação	Fator de Orgasmo	Fator Satisfação	Fator de dor	FSFI total
Estado civil	p = 0,30	p = 0,71	p = 0,10	p = 0,56	p = 0,36	p = 0,72	p = 0,08
Casada	3,38 ± 1,84	3,04 ± 1,29	2,33 ± 1,98	3,45 ± 1,72	1,85 ± 1,13	2,75 ± 1,96	16,79 ± 4,46
União estável	4,14 ± 1,18	3,33 ± 0,54	3,69 ± 1,36	3,64 ± 0,51	1,84 ± 0,47	3,04 ± 1,91	19,68 ± 2,84
Escolaridade	p = 0,12	p = 0,72	p = 0,76	p = 0,41	p = 0,69	p = 0,31	p = 0,40
Fundamental completo	4,80 ± 0,00	3,00 ± 0,00	3,30 ± 0,00	3,60 ± 0,00	1,60 ± 0,00	6,40 ± 0,00	22,70 ± 0,00
Médio completo	2,60 ± 1,24	3,40 ± 0,41	2,80 ± 1,54	4,00 ± 0,91	1,53 ± 0,59	2,07 ± 1,51	16,40 ± 3,93
Médio incompleto	4,44 ± 1,39	3,09 ± 1,22	3,36 ± 2,05	3,20 ± 1,33	2,04 ± 0,95	3,04 ± 1,89	19,17 ± 3,70
Superior incompleto	3,60 ± 0,00	3,30 ± 0,00	1,80 ± 0,00	4,40 ± 0,00	2,00 ± 0,00	3,20 ± 0,00	18,30 ± 0,00
Provedor da casa	p = 0,61	p = 0,04	p = 0,09	p = 0,93	p = 0,55	p = 1,00	p = 0,20
Casal	4,03 ± 1,76	2,74 ± 1,25	2,10 ± 1,75	3,37 ± 1,65	1,83 ± 1,08	2,86 ± 2,56	16,93 ± 3,60
Companheiro	3,65 ± 1,41	3,49 ± 0,52	3,71 ± 1,52	3,67 ± 0,82	1,85 ± 0,63	2,95 ± 1,45	19,33 ± 3,82
Renda familiar	p = 0,55	p = 0,85	p = 0,38	p = 0,37	p = 0,62	p = 0,88	p = 0,86
Até 1 salário	4,60 ± 1,93	3,20 ± 0,17	3,60 ± 2,16	3,60 ± 1,06	2,00 ± 1,06	2,67 ± 1,97	19,67 ± 6,07
1 a 2 salários	3,60 ± 1,25	3,35 ± 0,52	3,18 ± 1,72	3,87 ± 0,69	1,67 ± 0,56	2,77 ± 1,96	18,43 ± 3,69
2 a 3 salários	3,80 ± 2,42	2,60 ± 2,25	2,20 ± 1,93	2,27 ± 2,20	2,40 ± 1,39	3,73 ± 1,97	17,00 ± 2,74
Filhos	p = 0,03	p = 0,71	p = 0,14	p = 0,40	p = 0,19	p = 0,33	p = 0,08
Não	4,60 ± 1,50	3,07 ± 1,29	3,63 ± 1,92	3,29 ± 1,35	2,13 ± 0,96	3,33 ± 2,15	20,06 ± 3,55

Sim	3,00 ± 1,08	3,33 ± 0,35	2,53 ± 1,49	3,82 ± 0,96	1,56 ± 0,51	2,49 ± 1,57	16,73 ± 3,51
Gravidez	p = 0,24	p = 0,71	p = 0,65	p = 0,21	p = 0,01	p = 0,14	p = 0,21
Não planejada e aceita por ambos os pais	4,14 ± 1,53	3,12 ± 1,22	3,00 ± 1,56	3,24 ± 1,30	2,16 ± 0,74	3,52 ± 1,88	19,18 ± 2,89
Planejada	3,38 ± 1,47	3,30 ± 0,39	3,19 ± 2,09	3,95 ± 0,92	1,45 ± 0,74	2,15 ± 1,68	17,41 ± 4,77
Outras gestações	p = 0,10	p = 0,61	p = 0,06	p = 0,72	p = 0,17	p = 0,53	p = 0,08
Não	4,50 ± 1,57	3,04 ± 1,37	3,94 ± 1,80	3,35 ± 1,43	2,20 ± 1,00	3,25 ± 2,29	20,28 ± 3,73
Sim	3,24 ± 1,27	3,33 ± 0,33	2,40 ± 1,46	3,72 ± 0,96	1,56 ± 0,48	2,64 ± 1,56	16,89 ± 3,35
Tipo de parto	p = 0,38	p = 0,53	p = 0,06	p = 0,53	p = 0,27	p = 0,67	p = 0,23
Natural	3,36 ± 1,24	3,18 ± 0,16	1,08 ± 0,45	3,84 ± 1,15	1,36 ± 0,46	2,72 ± 1,84	15,54 ± 2,71
Cesária	3,12 ± 1,43	3,48 ± 0,40	3,72 ± 0,50	3,60 ± 0,85	1,76 ± 0,46	2,56 ± 1,43	18,24 ± 3,65
Primeira gestação	4,50 ± 1,51	2,78 ± 2,01	3,60 ± 2,56	2,70 ± 1,83	2,30 ± 1,24	3,50 ± 2,32	19,38 ± 3,28
Aspectos de ansiedade	p = 0,73	p = 0,69	p = 0,41	p = 0,21	p = 0,92	p = 0,69	p = 0,23
Aspecto físico no pós	4,80 ± 0,00	3,30 ± 0,00	5,10 ± 0,00	4,00 ± 0,00	1,60 ± 0,00	4,00 ± 0,00	22,80 ± 0,00
Parto	3,87 ± 1,32	3,30 ± 0,52	3,11 ± 1,81	3,93 ± 0,78	1,85 ± 0,72	2,91 ± 1,93	18,97 ± 4,27
Saúde do bebê	3,50 ± 1,99	3,00 ± 1,52	2,70 ± 1,73	2,80 ± 1,56	1,87 ± 1,06	2,73 ± 2,08	16,60 ± 2,18
Acontecimento que aumenta ansiedade	p = 0,15	p = 0,16	p = 0,38	p = 0,16	p = 0,28	p = 0,23	p = 0,10
Nenhum	4,33 ± 1,15	3,27 ± 0,28	3,77 ± 1,55	3,78 ± 0,67	1,82 ± 0,64	3,38 ± 1,59	20,34 ± 3,44
Doença	2,40 ± 0,00	4,80 ± 0,00	3,60 ± 0,00	3,60 ± 0,00	2,40 ± 0,00	0,40 ± 0,00	17,20 ± 0,00
Mudança de residência	1,20 ± 0,00	3,90 ± 0,00	3,00 ± 0,00	2,40 ± 0,00	1,60 ± 0,00	2,80 ± 0,00	14,90 ± 0,00
Pandemia	2,40 ± 0,00	3,00 ± 0,00	0,90 ± 0,00	4,80 ± 0,00	1,00 ± 0,28	0,80 ± 0,00	12,90 ± 0,28

*Teste *t* de Student; **ANOVA

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou um alto índice de ansiedade, 72% da amostra apresentaram sintomas de ansiedade classificadas entre moderada e severa.

Contrapondo ao resultado encontrado, outros estudos realizados com o inventário de Ansiedade de Beck (BAI), durante o período pandêmico de COVID-19 no período de junho a setembro de 2020, verificaram uma prevalência menor que o presente estudo. O estudo realizado na cidade de Natal/RN, com 438 gestantes com média de idade de 27,7 anos, foi encontrado uma prevalência de 8,7% da amostra com nível de ansiedade acima do mínimo (REIS et al., 2022). Em outro estudo na Turquia, foi encontrado uma prevalência de 17,5% com sintomas moderados e 5,9% apresentaram níveis severos de sintomas de ansiedade (OZOLCAY et al., 2021).

Já outros estudos realizados com o uso do instrumento IDATE, antes do período pandêmico, estão de acordo com os resultados encontrados no presente estudo. O estudo de Araújo et al. (2008), com 151 gestantes encontrou uma alta prevalência de sintomas de ansiedade (64,9%). E um outro estudo realizado em Sergipe identificou a presença de sintomas ansiosos durante a gravidez em 60% da amostra (ARAUJO NG e SANTOS EC, 2021).

Sintomas severos de ansiedade diferem dos sentimentos normais de nervosismo e envolvem outros sentimentos como o medo excessivo, que podem afetar as relações pessoais, evoluindo para quadros de depressão. (CASTILLO et al., 2020). Diversos acontecimentos podem estar ligados a ansiedade, como preocupações e medos relacionados ao período gestacional, parto, saúde do feto e as incertezas futuras da maternidade (SCHIAVO, RODRIGUES & PEROSA, 2018). Assim como preocupações relacionadas ao período pandêmico de COVID-19.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, depressão e ansiedade aumentaram mais de 25% em toda a população, apenas no primeiro ano da pandemia da COVID-19 (OMS, 2022). O presente estudo demonstra um elevado índice de sintomas de ansiedade na gravidez podendo ter relação com qualquer um dos acontecimentos citados anteriormente.

Foi identificado também disfunção sexual, uma vez que a média geral do FSFI foi de 18,39%, considera-se ausência de disfunção sexual escores acima de 26,5%. Observando de forma isolada a satisfação sexual, identificou-se uma média de $1,84 \pm 0,80$.

Em um estudo feito no interior do Rio Grande do Sul (RS) entre 2014 e 2015 com 112 gestantes em qualquer período gestacional, também identificou um escore ruim no fator satisfação sexual ($3,45 \pm 1,02$), sendo o pior fator avaliado, independente do período gestacional (KÖHLER et al., 2017). Assim como um estudo mais recente realizado no Reino Unido por Cassis et al., (2018) aplicado em 85 gestantes tendo como resultado na pontuação média total do FSFI 21,4 no terceiro trimestre e o fator satisfação com media 3,6.

Diferente do presente estudo, um estudo realizado em 2010 no estado de São Paulo, composto por 51 gestantes e utilizando o Quociente Sexual — Versão Feminina (QS-F), identificou que cerca de um terço (35%) referiu satisfação sexual, enquanto 15,7% afirmou estar sexualmente muito satisfeito (FERREIRA et al., 2012).

A sexualidade é capaz de melhorar a saúde física e mental mas pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. Qualquer alteração em domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) pode resultar em uma disfunção sexual, podendo afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida, tanto da gestante como do companheiro e da família (FERREIRA, SOUSA, & AMORIM, 2007).

Nesse estudo, quando comparado os níveis de ansiedade com os domínios do FSFI foi encontrado associação entre o pior resultado no fator desejo e no fator dor para níveis de ansiedade moderada e severa, ou seja, quanto mais elevado os níveis de sintomas de ansiedade, menor é o desejo sexual da gestante e maiores são as queixas e relatos de dor durante a relação sexual. Não foram encontrados estudos que avaliassem a relação de sintomas de ansiedade e a função sexual, dificultando assim comparações dos resultados do presente estudo.

Ao comparar os valores encontrados referente a disfunção sexual e os dados sociodemográficos, evidenciou-se um melhor resultado no fator excitação onde o parceiro é o provedor da casa no fator desejo quando a gestante é primípara e no fator satisfação quando a gravidez é não planejada.

Do mesmo modo, um estudo realizado em Recife, com 262 gestantes, utilizando o questionário *Pregnancy Sexual Response Inventory* (PSRI) encontrou prevalência de insatisfação satisfação quando a gravidez foi não planejada ($61 \pm 55,0$) (GUENDLER et al 2019). Em um outro estudo brasileiro, realizado em 2010 no município de Rio Branco, a presença de disfunção sexual durante a gravidez também esteve associada a gravidez não planejada (LIMA, DOTTO, & MAMEDE, 2013).

Não foram encontrados estudos que avaliassem as relações entre domínios específicos da função sexual como desejo e excitação com dados sociodemográficos. Porém, um estudo realizado com 261 gestantes do município de Fortaleza, em 2014, apontou uma melhor média para os fatores lubrificação (5,0), orgasmo (4,4) e satisfação (5,1), dentro deste resultado, está descrito que as gestantes que moram com o companheiro, estão no terceiro trimestre e viviam a primeira gestação não apresentam disfunção sexual, já as gestantes que não possuíam trabalho remunerado e tiveram uma gravidez não planejada, apresentaram disfunção sexual (SOARES et al., 2020).

O período gestacional, configura uma fase de diversas variações e mudanças nas emoções, certezas e hormônios da mulher. As mudanças vividas tanto no perfil sociodemográfico, quanto nos aspectos específicos da gestação, podem afetar de forma incisiva as funções sexuais da gestante. É importante ver o gestante na sua completude, assim como cada aspecto da sua vida que possa influenciar na gestação.

Esse estudo apresentou como limitações o número pequeno de participantes, e a escassez de estudos que se aprofundam em avaliar os sintomas de ansiedade e função sexual, respectivamente, tratando de forma detalha cada domínio, assim como estudos que associe o perfil sociodemográfico aos fatores de disfunção sexual. Portanto, se faz importante a realização de novos estudos, com um número amostral maior, para elucidar a relação entre sintomas de ansiedade e satisfação sexual.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a satisfação sexual assim como os demais fatores do FSFI teve uma média baixa entre as gestantes avaliadas, porém, apresentou uma pontuação melhor em gestantes que tiveram uma gravidez não planejada. A maioria das gestantes apresentaram sintomas de ansiedade moderados a severo, interferindo de forma significativa nos fatores de desejo e dor na função sexual. A satisfação sexual e os sintomas de ansiedade não apresentaram associações.

Observa-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no atendimento das gestantes, assim como a necessidade de incluir a investigação de aspectos de saúde mental na assistência pré-natal, bem como a inserção de medidas preventivas e de promoção da saúde materna nesses serviços. É válido ressaltar que a conscientização das gestantes com relação a

prestação de serviço de profissionais como Fisioterapeutas e Psicólogos, na assistência gestacional e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALDER J, *et al.* Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine*. v.20, 3 ed., mar. 2007, p. 189-209. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/14767050701209560?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em 13 out. 2021.

ARAUJO D.M.R. *et al.*, Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (3): 333-340, jul. / set., 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bY5tdHjWpKK38dcRPS5kkvr/?lang=pt>. Acesso em 08 de jul. 2022.

ARAUJO N.; SANTOS E.C. Depressão, Ansiedade e Suporte Social na Gestação: um estudo exploratório pré-intervenção. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 9, n. 3, p. 01-13, out. 2021. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/7739 Acesso em 08 de jul. 2022.

ARAÚJO, AB *et al.* Cuidados de enfermagem à mulher com ansiedade e depressão durante a gravidez: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 10, pág. e4349106961, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6961>. Acesso em: 3 out. 2021.

ASLAN, G. *et al.* A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int jornal of Impotence research*, ed 17, p154–157 2005. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/3901288>. Acesso em: 21 set. 2021.

BAPTISTA, A.S. & FURQUIM, P.M. (2003). *Enfermaria de Obstetrícia*. Em: Baptista, M.N. & Dias, R.R. *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos*. p. 11-13. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

CASSIS C. *et al.* What happens to female sexual function during pregnancy? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 258, p. 265-268, mar. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211521000038>. Acesso em 10 de out. 2022.

Castillo, ARGL *et al.* Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2000, v. 22, suppl 2, pp. 20-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006> Acesso em 01 de nov. 2022.

CHANG SR, CHAO YM, KENNEY NJ. *I am a woman and i'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. Birth (Berkeley, Calif.).* v. 33, 2 ed., p 147-153, jun. 2006. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2006.00087.x>. Acesso em 14 out. 2021.

CLAYTON, A. H. *Sexual function and dysfunction in women. Psychiatric Clinics of North America*, v 26, ed 3, p 673-682, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X03000431?via%3Dihub>.

CORBACIOGLU A, et al. *The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. The Journal OF SEXUAL MEDICINE.* v. 9, 7 ed., p 1897-1903, jul 2012. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)34032-7/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)34032-7/fulltext). Acesso em 14 out. 2021.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do psicólogo. 2001. Acesso em: 25 set. 2021.

ETIENNE, M. A. Sexualidade | Disfunções e Tratamentos. In: BARACHO, Elza (org.). *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher.* 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. cap. 47, p. 653.

FERREIRA DQ. et al. Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.34, 9ed., p. 409-13 set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/djSMPbQmWjCZgXwRTDVvVHk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 06 de jul. 2022.

FERREIRA, ALCG; SOUSA, AI; AMORIM, MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007, v. 7, n. 2, pp. 143-150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004> Acesso em 15 de out. 2022.

GUENDLER, J.A. et al., Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2019, v. 41, n. 09, pp. 555-563. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695021> Acesso em 20 de ago. 2022.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A.; *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. 7 ed.

KAPLAN, H. S. (org). *A nova terapia do sexo: Tratamento dinâmico das disfunções sexuais.* Tradução: Oswaldo Barreto e Silva. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974. 5 ed. Título original: *The New Sex Therapy.*

KÖHLER B.S.; *et al.*, Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde* v. 16, n. 3, p. 360-366, jul. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92953906007>. Acesso em 19 de set. 2021.

KÖHLER, B. S. M. *et al.* *Sexual dysfunction in three gestational trimestres. ConScientiae Saúde*, v. 16, 3 ed., p. 360-366, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92953906007.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

LIMA AC *et al.* Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, 8 ed., p. 1544-1554, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/T389pGxwPrWpMnDbbkNp6Sg/?lang=pt&format=pdf> acesso em 06 de jul. 2022.

LIMA, A.C.; DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, M.V. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013, v. 29, n. 8, pp. 1544-1554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164012> Acesso 24 de ago. 2022.

MALAREWICZ, A.; SZYMKIEWICZ, J.; ROGALA, J.; *Sexuality of pregnant women. Ginekologia Polska*, v. 77, n. 9, p. 733-739, 2006.

MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas - Revisão de literatura. *Revista Femina*, v. 39, 3 ed., mar. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2011/v39n3/a2495.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

MINISTERIO DA SAÚDE. Comitê de Ética e Pesquisa (CoEPS) Resolução 466/12. Regimento Interno. Triênio: 2014-2017

MURTAGH, J. Função sexual feminina, disfunção e gravidez: implicações para a prática. *Journal of Midwifery e Women's Health*, v. 55, 5 ed., out. 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.jmwh.2009.12.006>. Acesso em 02 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021

OZOLCAY O. *et al.* Levels and Predictors of Anxiety and Depression in Turkish Pregnant Woman During the Covid-19 Pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet* Vol. 44 No. 2/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/qHYpZzVM5YbVQWKCdxzVXXQ/> Acesso em 08 de jul. 2022.

PAULETA, J. A.; PEREIRA, N. M.; GRAÇA, L. M. *Sexuality During Pregnancy. Journal of Sexual Medicine.* v. 7, 1 ed., p 136-142, jan. 2010. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)32816-2/fulltext#relatedArticles](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)32816-2/fulltext#relatedArticles). Acesso em 2 set. 2021.

PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, 5 ed., maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Vq4zFyP6dZSK44qXNnjxKjJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 02 set.2021.

REIS M.A. *et al.*, Ansiedade materna durante a pandemia do Covid-19 em maternidade escola de Natal/RN. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 7332-7344, mar./abr., 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46891> Acesso em 06 de jul. 2022.

SCHIAVO, R A; RODRIGUES, O M P R; PEROSA, G B. Variáveis associados à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, pág. 2091-2104, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 out. 2021.

SERATI, M. *et al.* *Female sexual function during pregnancy and after childbirth. The Journal OF SEXUAL MEDICINE*, v. 7, 8 ed., p. 2782-2790, ago. 2010. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)33151-9/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)33151-9/fulltext). Acesso em: 19 set. 2021.

SILVA et al. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03253. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VksFnnCm69jLxXp3PdVXYHC/?lang=en>. Acesso em 28 jul. 2022.

SILVA, M.M.J. *et al* Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados*. *Journal of Nursing UFPE On Line*, Recife, v. 9, n. 7, p. 9027-9037, 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7511/pdf_8441. Acesso em 12 out. 2021.

SOARES P.R.A.L. *et al.*, Sexuality and associated risk factors in pregnant women. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(Suppl 4): e20180786. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bFjK4GHj8tTnRtvMLJGvM7n/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 02 de nov. 2022.

THIEL, R.R.C. *et al.* Tradução para português, adaptação cultural e validação do *Female Sexual Function Index*. *Ver. Bras Ginecol Obstet.* v.30, 10 ed., out. 2008, p 504. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bF7SYs4SbxJV4FjZZFSC3vP/?lang=pt>. Acesso em 24 ago. 2021.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 31, p. 1-20, 2005. Disponível em: <https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/files/2014/10/2005-Wiegel-Meston-Rosen.pdf>. Acesso em 15 de mar. 2021.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE NA SATISFAÇÃO SEXUAL DE GESTANTES SAUDÁVEIS. Meu nome é Elizabeth Rodrigues de Moraes, sou professora do Curso de Fisioterapia da PUC Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em todas as folhas e em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do pesquisador responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do número 62 99605 0075, ligações a cobrar (se necessárias) ou através do e-mail elizabeth.r.morais@hotmail.com. Residente Rua Colônia, Quadra 240C, Lotes 26 e 28, 240 - Jardim Novo Mundo, Goiânia - GO, 74713-200. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, St. Universitário, Goiânia/GO. Funcionamento: das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinada ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Pesquisadores: Elizabeth Rodrigues de Moraes, professora do curso de Fisioterapia da PUC-Goiás; Gabriela Rios Pereira, professora do curso de Fisioterapia da PUC-Goiás e Fernanda de Araújo, acadêmica do curso de Fisioterapia da PUC Goiás.

O motivo que nos leva a propor essa pesquisa é avaliar a possível relação entre o transtorno de ansiedade e a baixa ou perda da satisfação sexual na gestação, podendo servir de alerta para os profissionais de saúde que assistem esse público. Dessa forma há a necessidade de mais estudos com essa temática visando proporcionar as gestantes uma melhor assistência.

Tem por objetivo Avaliar a influência dos níveis de ansiedade na satisfação sexual de gestantes saudáveis.

O procedimento de coleta de dados será através de três instrumentos: Questionário de avaliação sociodemográfico e gestacional, com 13 questões, Questionário Female Sexual Function Index (FSFI) com 19 questões sobre domínios da sua função sexual e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) com 21 questões que avaliam possíveis traços de ansiedade. Os questionários serão

respondidos individualmente, autoaplicável, o tempo que levarão para responder é de aproximadamente 10 minutos, em local reservado.

Riscos: A presente apresenta riscos mínimos a sua saúde, uma vez que não possui procedimentos invasivos. No entanto, pode causar algum desconforto ao responder os questionários por auto avaliar suas experiências sexuais durante a gestação ou se lembrar de situações delicadas relacionadas a sintomas de ansiedade, também poderá sentir-se cansada pela quantidade de perguntas. Assim, pode vir a acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação. Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação os questionários serão aplicados de forma individual, buscando o maior conforto, não havendo necessidade de identificação.

Benefícios: Esta pesquisa terá com benefícios novas oportunidades de discussão sobre o tema, podendo melhorar a compreensão quanto a relação sexual na gravidez e a satisfação sexual de futuras gestantes.

Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo.

Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo, 5 anos e, após esse período os documentos em papel serão incinerados e os dados digitalizados excluídos com suas pastas resetadas. Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a pleitear indenização.

Caso seja do seu interesse faremos a devolutiva dos resultados da pesquisa, para isso basta você colocar endereço de e-mail ou WhatsApp para envio do arquivo.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pelo pesquisador responsável. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Declaração do Pesquisador

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declara que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste

estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu, _____, abaixo assinado, discuti com a Profa. Elizabeth Rodrigues de Moraes e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE NA SATISFAÇÃO SEXUAL DE GESTANTES SAUDÁVEIS. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, _____, de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B**QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO****Dados demográficos**

Nome: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Atualmente você mora com seu companheiro: ☐ Sim ☐ Não**Situação Sócio Profissional**

Profissão: _____

Quem é o provedor familiar na sua casa? _____

Renda Familiar: _____

Período gestacional

A gravidez foi:

☐ Planejada ☐ Não planejada e não aceita por ambos os pais☐ Não planejada mas aceita por ambos os pais ☐ Não planejada e não aceita por um dos pais.
Qual? _____

Número de gestações anteriores: _____

Número de filhos vivos: _____

Tipos de partos anteriores: _____

Qual os aspectos referentes a gravidez que lhe causam maior ansiedade

☐ Parto ☐ Saúde do bebe ☐ Aspecto físico após o parto☐ Falta de apoio após o parto ☐ Aspecto físico atual

Durante a gravidez houve algum acontecimento de vida específico que possa referir como responsável pelo aparecimento/aumento da ansiedade e/ou tristeza:

☐ Nenhum ☐ Divórcio/Separação ☐ Mudança de emprego ☐ Doença☐ Perda do emprego ☐ Morte de familiares e/ou pessoas próximas ☐ Mudança de residência☐ Pandemia ☐ Outro _____

ANEXO A



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Departamento
de Psicobiologia



INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO B

ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

INSTRUÇÕES: Essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Ao responder estas questões considere as seguintes definições: Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais; Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina; Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual; MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Todas as informações são confidenciais e somente serão discutidas com você.

1. Quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Maior parte do tempo (mais da metade das vezes)
- ☐ Às vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2. Como você classifica o seu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou ausente

3. Quantas vezes você se sentiu realmente excitada sexualmente durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre

☐ Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

☐ Às vezes (cerca da metade das vezes)

☐ Poucas vezes (menos da metade das vezes)

☐ Quase nunca ou nunca

4. Como você classificaria a sua excitação sexual durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito alta

☐ Alta

☐ Moderada

☐ Baixa

☐ Sem excitação

5. Como estava sua confiança (segurança) em ficar excitada sexualmente durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito alta

☐ Alta

☐ Moderada

☐ Baixa

☐ Sem confiança

6. Quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Quase sempre ou sempre

☐ Maioria das vezes (mais da metade das vezes)

☐ Às vezes (cerca da metade das vezes)

☐ Poucas vezes (menos da metade das vezes)

☐ Quase nunca ou nunca

7. Quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- ☐ Às vezes (cerca da metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8. Que dificuldade você teve de ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Pouco difícil
- ☐ Não houve dificuldade.

9. Quantas vezes você manteve a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- ☐ Às vezes (cerca da metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

10. Que dificuldade você teve em manter a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Pouco difícil

☐ Não houve dificuldade

11. Quando você foi estimulada sexualmente ou teve relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

☐ Sem atividade sexual

☐ Quase sempre ou sempre

☐ Maioria das vezes (mais da metade das relações)

☐ Às vezes (cerca da metade das relações)

☐ Poucas vezes (menos da metade das relações)

☐ Quase nunca ou nunca

12. Quando você foi estimulada sexualmente ou teve relação sexual, que dificuldade você teve para atingir o orgasmo (clímax)?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco difícil

☐ Não houve dificuldade.

13. Que grau de satisfação você teve com sua facilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

14. Que grau de satisfação você teve com o seu envolvimento emocional e amoroso durante a atividade sexual entre você e seu parceiro?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15. Que grau de satisfação você teve em relação ao sexo com seu parceiro?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Que grau de satisfação você vem tendo com sua vida sexual?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

17. Com que frequência você teve desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Não houve relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- ☐ Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos do que a metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18. Com que frequência você teve desconforto ou dor logo após a penetração vaginal?

- ☐ Não houve relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais da metade das vezes)

☐ Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

☐ Poucas vezes (menos do que a metade das vezes)

☐ Quase nunca ou nunca

19. Como você classificaria a intensidade de desconforto ou dor durante ou logo após a penetração vaginal?

☐ Não houve tentativa de coito

☐ Muito alto

☐ Alto

☐ Moderado

☐ Baixo

☐ Muito baixo ou nulo

ANEXO C

Normas para publicação – Revista Temas em Saúde

1. Temas em Saúde (TS) publica artigos acadêmicos, resenhas e traduções sobre a temática da saúde em geral, conforme parecer do Conselho Editorial.
2. TS aceita trabalhos redigidos nos idiomas português, espanhol, francês e inglês.
3. Os artigos submetidos ao Conselho Editorial deverão – obrigatoriamente – conter resumo e palavras-chave em inglês.
4. Os trabalhos submetidos ao Conselho Editorial da TS devem ser originais, não podendo ter sido publicados em outros órgãos, com exceção dos originais em língua estrangeira vertidos ao português e dos originais em português vertidos para outra língua.
5. Os artigos submetidos devem ter no máximo 6 autores.
6. As submissões deverão ser enviadas exclusivamente por via eletrônica – para o endereço eletrônico contato@temasemsaude.com, sob o formato DOC, DOCX, RTF ou ODT.
7. Para submissão é cobrada uma taxa de R\$ 500,00 por artigo. O valor deve ser depositado na seguinte conta:

Banco do Brasil

Agência 1234-3

Conta 107512-8

CPF 033.332.304-10

Carlos Bezerra Lima

O valor também pode ser pago via Pix, utilizando a chave do **CPF 033.332.304-10**.

O comprovante de depósito deverá ser enviado por e-mail junto à submissão em anexo, nunca em corpo do e-mail.

8. Ideias e conceitos em trabalhos assinados são de responsabilidade dos seus autores, que devem atestar sua autoria e assumir a responsabilidade autoral pelos mesmos no ato do envio de sua submissão à revista.
9. Com a concordância de ambas as partes para a publicação do trabalho na TS, o autor cede os direitos autorais de sua publicação à revista, mantendo o direito de reutilizá-la em futuras coletâneas de sua obra.
10. Todas as submissões serão inicialmente avaliadas pelo Conselho Editorial e encaminhadas a dois pareceristas, que podem: (a) indicar a publicação; (b) indicar a publicação desde que sejam feitas revisões; ou (c) negar a publicação.
11. O Conselho Editorial da TS – sob cuja responsabilidade recai a avaliação preliminar de todos os materiais submetidos para publicação na mesma – se reserva o direito de sugerir ao autor modificações formais, a fim de adequar sua submissão ao padrão editorial e científico da revista; porém, nenhuma modificação estrutural poderá ser publicada sem o prévio consentimento do autor.
12. A decisão sobre a publicação dos materiais submetidos cabe ao Conselho Editorial da TS, que deverá fundamentá-la a partir da avaliação dos pareceristas e das Normas para Submissão de Trabalhos aqui elencadas.
13. O autor será notificado da aceitação, aceitação com ressalva ou não aceitação do trabalho pelo Editor, não cabendo digressões a respeito do parecer emitido.

Diretrizes para autores

Formatação

1. O manuscrito deve ter o formato .DOCX, .DOC, .RTF ou. ODT (Libreoffice), nunca .PDF, conter entre 8 e 25 laudas. Tamanho da página: A4, margens esquerda e superior de 3,0 cm, direita e inferior de 2,0 cm, espaçamento entrelinhas 1,5, fonte Times New Roman, 12 pt. As notas de rodapé, quando houver, devem ser formatadas automaticamente, tamanho 10 pt. Citações e notas, fonte tamanho 10 pt. Títulos e subtítulos devem ser negritados, sem Caps Lock (somente com a primeira letra em maiúsculo e nomes próprios).

2. O manuscrito deve conter as seguintes partes: a) título, b) resumo, acompanhado de no mínimo 3 e no máximo 5 palavras-chaves, e suas c) traduções para inglês (no caso de artigos em inglês, colocar resumo em português também), d) corpo do artigo e e) referências bibliográficas. Nota: os dados relativos às credenciais do autor devem ser enviados em arquivo separado.

3. O manuscrito deve ser original ou de revisão literária que atualize o estado da arte do tema, tratar de temática na área de saúde ou possuir vinculação com a área. Deve cumprir critérios gerais de qualidade e formatação, primando pela ética na publicação científica.

Modelos Para Elaboração De Referências [Em acordo com NBR 6023/2002 – ABNT]

1. As referências devem constar em ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor.
2. Os títulos de periódicos deverão ser escritos por extenso, e nunca devem ser abreviados.
3. Exemplos:

Livro com 1 autor:

Modelo: SOBRENOME1, Nome1; Título. Edição. Local: Editora, data. Volume ou total de páginas. (Série ou Coleção). Obs.: Documentos com até 3 autores, indicar os três separados por “;” (ponto-e-vírgula). Nunca utilizar “e”, “and” ou “&;

Livro com +3 autores:

Quando uma livro possuir mais de 3 autores, citar o primeiro, acompanhado da expressão et al.

Modelo: SOBRENOME1, Nome1 et al; Título. Edição. Local: Editora, data. Volume ou total de páginas. (Série ou Coleção).

Capítulo de livro

Modelo: SOBRENOME, Nome. Título do capítulo: subtítulo. In: SOBRENOME, Nome. Título do livro. Local: Editora, data. Páginas inicial-final do capítulo.

Dissertações e Teses

Modelo: SOBRENOME, Nome. Título da tese ou dissertação: subtítulo. Data de defesa. Total de páginas ou folhas. Dissertação ou Tese (Mestrado ou Doutorado em área de concentração) - Departamento ou Centro, Instituição, Local, data de publicação.

Tabalho apresentado em congressos, simpósios e similares

Modelo: SOBRENOME, Nome; SOBRENOME, Nome. Título do trabalho. In: TÍTULO DO EVENTO, nº., data, Local de realização. Anais...ou Resumos... ou Proceedings... Local de publicação: Editora, data. Páginas inicial-final do trabalho.

Trabalhos acadêmicos e apostilas

Modelo: SOBRENOME, Nome. Título: subtítulo. Local: Departamento, data. Número de páginas. Trabalho de Conclusão de Curso ou Trabalho de Graduação ou Relatório de Estágio ou Apostila.

Publicações periódicas (revistas científicas em geral, jornais)

Modelo: SOBRENOME, Nome. Título do artigo. Título do periódico, Local, volume,número, páginas inicial-final do artigo, data.

Sites da Internet

Modelo: SOBRENOME, Nome ou AUTORIA INSTITUCIONAL ou entrada pelo TÍTULO (se não houver autoria). Título. Disponível em: <endereço eletrônico>. Acesso em: data.

Notas e citações

Devem seguir a NBR 10520/2002 – ABNT.

Exemplos: Sugerimos a consulta ao documento público BIBLIOTECA COMUNITÁRIA. Guia para padronização de Citações: de acordo com NBR 10520/2002, São Carlos, 2010. Disponível publicamente neste link: <http://www.bco.ufscar.br/servicos/arquivos/guia-de-padronizacao-de-citacoes>

Prevenção Contra Plágio E Outros

Todos os originais apresentados são previamente submetidos a motores de verificação de plágio. Em casos de percentagem superior a 40% os autores são convidados a se manifestarem sobre. A veracidade de fontes, conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.