Isabella Vernilo Teixeira

**Função sexual no período gestacional: uma associação
com depressão, ansiedade e ajustamento conjugal**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Obstetrícia e
Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia
Rosana Guerra Benute

Versão corrigida e definitiva de
acordo com a Resolução CoPGr
6018 de 13/10/2011

São Paulo

2021

Isabella Vernilo Teixeira

**Função sexual no período gestacional: uma associação
com depressão, ansiedade e ajustamento conjugal**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Obstetrícia e
Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia
Rosana Guerra Benute

Versão corrigida e definitiva de
acordo com a Resolução CoPGr
6018 de 13/10/2011

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Teixeira, Isabella Vernilo

Função sexual no período gestacional : uma
associação com depressão, ansiedade e ajustamento
conjugal / Isabella Vernilo Teixeira. -- São Paulo,
2021.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: Gláucia Rosana Guerra Benute.

Descritores: 1.Gravidez 2.Sexualidade
3.Depressão 4.Ansiedade 5.Disfunção sexual
6.Ajustamento conjugal

USP/FM/DBD-216/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

Aos meus pais, Ana Paula e Paulo, que até antes que eu pudesse, acreditaram
em mim.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Marcelo Zugaib, Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, pela oportunidade acadêmica concedida.

À Profa. Dra. Rossana Pulcineli Vieira Francisco pela oportunidade acadêmica e aos exemplos constantes de liderança.

À Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute, minha orientadora, por todos os questionamentos e parceria que levaram a grandes ensinamentos acadêmicos e pessoais.

À Dra. Maria de Lourdes Brizot pela presença e contribuição no exame de qualificação que foram muito importantes para novas reflexões acerca do estudo, especialmente no desenvolvimento de habilidades para a apresentação da aula.

À Dra. Bruna Tonietti Trevisan pela presença e contribuição no exame de qualificação, que foram essenciais para a conclusão do trabalho, especialmente pela assertividade e gentileza nos questionamentos do trabalho.

À Dra. Lisandra Stein Bernardes Ciampi de Andrade, pela presença e contribuição no exame de qualificação, se tornando fundamentais para a finalização do trabalho, especialmente no contexto estatístico.

Às estatísticas Agatha Rodrigues e Elizabeth González Patiño pelo início dos trabalhos em estatística e especialmente à Stela Verzinhasse Peres por tanto cuidado e preocupação com meu aprendizado sempre contribuindo com excelência nos cálculos estatísticos.

Às minhas amigas Jéssica Gorrão Lopes Albertini, Roberta Carolina de Almeida Jesus e Marjori Sthefany Fantin pela parceria nos projetos de pesquisa e na vida. Tudo foi mais rico, acolhedor e feliz com vocês nesse processo.

À Sra. Lucinda Cristina Pereira, secretária do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia e Ginecologia sempre solícita e apoiando em todos os momentos necessários.

A todos os profissionais da equipe de saúde e do administrativo da Clínica Obstétrica da FMUSP que me ensinaram a respeito do atendimento multidisciplinar e individualizado às pacientes.

A todas as pacientes que tive a oportunidade de ter contato profissional ou acadêmico na Clínica Obstétrica da FMUSP, que aceitaram e confiaram contribuir com este trabalho.

A toda a minha família, à minha mãe Ana Paula, ao meu pai Paulo, minhas irmãs Juliana e Beatriz e meu irmão Eduardo por de alguma forma me incentivarem a continuar e a não desistir nas dificuldades. À Olívia, minha sobrinha, pela alegria e esperança que trouxe para a minha vida, que você se inspire a contribuir com um mundo em que a ciência prevaleça.

Epígrafe

“Tudo pode ser
explicado ao povo, com
a única condição de
que você queira que
eles entendam.”

Frantz Fanon

Normatização adotada

Essa dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, testes e monografias*. Elaborado por Annelise da Cunha, Maria Julia de A. A. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3º ed. São Paulo. Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Resumo

Teixeira IV. *Função sexual no período gestacional: uma associação com depressão, ansiedade e ajustamento conjugal* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Introdução: A sexualidade é uma parte importante da vida para a manutenção das relações afetivas, bem-estar físico, emocional, mental e social. Os estudos da sexualidade gestacional têm dado destaque para gestantes de baixo risco e poucos estudos incluem gestantes de alto risco. Não existe consenso na literatura atual sobre disfunções sexuais na gestante de alto risco e a ampliação de conhecimento nesta área possibilitará o desenvolvimento de propostas para intervenção terapêutica. **Objetivos:** Os objetivos deste estudo foram: avaliar a associação entre as variáveis independentes: depressão, ansiedade e o ajustamento conjugal com a função sexual no período gestacional; comparar a função sexual feminina em gestantes em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor e total e relacionar os domínios da função sexual com as variáveis independentes. **Métodos:** Foi realizado estudo observacional transversal prospectivo com amostragem não-probabilística por conveniência. Foram incluídas 345 gestantes, sendo 225 de alto risco e 120 de baixo risco atendidas no ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do ICHC-FMUSP entre agosto de 2018 e novembro de 2019. Foi aplicado questionário para obtenção dos dados sociodemográficos, e os instrumentos FSFI para avaliação da função sexual, DAS para avaliação de ajustamento conjugal e o PRIME-MD para verificar presença de ansiedade e depressão. Para avaliar os desfechos, foram realizados modelos de regressão logística binária, univariados e múltiplos. **Resultados:** A prevalência da disfunção sexual em todas as gestantes foi de 79,1% (n=273). Houve associação significativa entre a disfunção sexual e ansiedade ($p<0,001$), disfunção sexual e depressão ($p=0,001$) e entre disfunção sexual e ajustamento conjugal ($p=0,036$). Em gestantes com ansiedade, foram encontrados valores médios e medianos significativamente menores nos domínios da função sexual: satisfação ($p<0,005$), excitação ($p<0,005$) e desejo ($p<0,005$). Os principais fatores de proteção para a disfunção sexual foram: primeiro trimestre de gestação (OR=0,15) e o segundo trimestre de gestação (OR=0,33) em comparação ao terceiro trimestre. Os principais fatores para o risco aumentado de disfunção sexual foram: a gestação de alto risco (OR=6,66), diagnóstico de ansiedade (OR=5,44), ser multigesta (OR=2,21) e desajustamento conjugal (OR=2,75). **Conclusão:** Foram observados elevados índices de disfunção sexual nas gestantes avaliadas, além de associação significativa entre disfunção sexual e ansiedade; depressão e ajustamento conjugal.

Descritores: Gravidez; Sexualidade; Depressão; Ansiedade; Disfunção sexual; Ajustamento conjugal.

Abstract

Teixeira IV. *Sexual function during pregnancy: association with depression, anxiety, and marital adjustment* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2021.

Introduction: Sexuality is important for the maintenance of affective relations and for physical, emotional, mental, and social well-being. The studies of sexuality during pregnancy have focused on low-risk pregnant women; few studies have addressed high-risk women. In current literature, there is no consensus on sexual dysfunctions in high-risk pregnancies. Broadening the knowledge in this field will enable the development of therapeutic intervention proposals. **Objectives:** This study aimed to evaluate the association between independent variables (depression, anxiety, and marital adjustment) and sexual function during pregnancy, compare the sexual function in pregnant women in six domains (desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain), and relate the sexual function domains with the independent variables. **Methods:** A prospective cross-sectional observational study was conducted with nonprobability sampling by convenience. It involved 345 pregnant women, 225 of whom were high-risk and 120 were low-risk, under treatment at the outpatient clinic of the Divisão de Clínica Obstétrica do ICHC-FMUSP between August 2018 and November 2019. A questionnaire was administered to gather sociodemographic data, FSFI tools and DAS were used to evaluate sexual function and marital adjustment respectively, and PRIME-MD was used to determine the presence of anxiety and depression. To assess outcomes, binary, univariate, and multiple logistic regressions were performed. **Results:** The overall prevalence of sexual dysfunction in pregnant women was 79.1% (n=273). There was a significant association between sexual dysfunction and anxiety (p<0.001), depression (p=0.001), and marital adjustment (p=0.036). Anxious pregnant women had significantly lower mean and median values in the sexual domains of satisfaction (p<0.005), excitement (p<0.005), and desire (p<0.005). The main protective factors against sexual dysfunction were the first (OR=0.15) and the second (OR=0.33) trimesters of pregnancy compared to the third trimester. The main factors for an increased risk of sexual dysfunction were a high-risk pregnancy (OR=6.66), anxiety (OR=5.44), being multigravida (OR=2.21), and marital maladjustment (OR=2.75). **Conclusion:** High indices of sexual dysfunction, as well as a significant association between sexual dysfunction and anxiety, depression, and marital adjustment, were found among the pregnant women in the study.

Descriptors: Pregnancy; Sexuality; Depression; Anxiety; Sexual dysfunction; Marital adjustment.

Sumário

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	7
2.1 Objetivo principal.....	7
2.2 Objetivos secundários	7
3. Revisão de Literatura.....	8
3.1 História da sexualidade: influência cultural	8
3.2 Sexualidade e gestação	14
3.3 Depressão, ansiedade e sexualidade.....	22
3.4 Ajustamento conjugal e sexualidade	14
4. Métodos.....	31
4.1 Cálculo da amostra	31
4.2 População alvo.....	32
4.2.1 Critérios de Inclusão	32
4.2.2 Critério de não inclusão	32
4.2.3 Critério de exclusão	32
4.3 Instrumentos de avaliação.....	32
4.4 Procedimentos	36
4.5 Análise estatística	36
4.6 Aspectos éticos	38
5. Resultados.....	40
6. Discussão	54
7. Conclusão.....	64
8. Anexos.....	65

Anexo A. Comitê de ética HCFMUSP.....	65
Anexo B. Termo de consentimento livre e esclarecido	69
Anexo C. Dados sociodemográficos.....	72
Anexo D. PRIME MD - Depressão	73
Anexo E. PRIME MD - Ansiedade	74
Anexo F. Escala de Ajustamento Conjugal (DAS)	76
Anexo G. Female Sexual Function Index (FSFI)	79
Anexo H. Curva ROC (<i>Receiver Operating Characteristics</i>)	82
9. Referências bibliográficas	83

Lista de Siglas, Símbolos e Abreviaturas

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AER	Aborto espontâneo de repetição
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CAPPesq	Comitê de ética em pesquisa
DAS	<i>Dyadic Adjustment Scale</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
DS	Disfunção sexual
EUA	Estados Unidos da América
EHIS	<i>Experience of Heterosexual Intercourse Scale</i>
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICHC-FMUSP	Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de confiança com 95% de certeza
FRISS	<i>Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (razão de chances)
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
SQOL-F	<i>Sexual Quality of Life Questionnaire-Female</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality of Life instrument</i>

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição de dados de acordo com artigos incluídos neste estudo que avaliaram disfunção sexual no período gestacional – 2007 a 2019.....	21
Tabela 2: Distribuição dos dados de acordo com a caracterização das gestantes participantes – HC-FMUSP – 2018 a 2019	41
Tabela 3: Distribuição dos dados de acordo com avaliação de depressão, ansiedade, conjugalidade e função sexual – HC-FMUSP – 2018 a 2019	42
Tabela 4: Distribuição de dados de acordo com a associação entre disfunção sexual e dados sociodemográficos dentre todas as participantes do estudo – HC-FMUSP – 2018 a 2019	43
Tabela 5: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre disfunção sexual e depressão, ansiedade e conjugalidade dentre todas as participantes do estudo – HC-FMUSP – 2018 a 2019.....	44
Tabela 6: Distribuição de dados de acordo com a associação entre dados sociodemográficos e os domínios desejo, excitação, satisfação, orgasmo, satisfação e dor – HCFMUSP – 2018 a 2019.....	46
Tabela 7: Distribuição de dados de acordo com a associação entre os domínios da sexualidade - Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Dor e Disfunção Sexual – e Diagnóstico de Ansiedade, Depressão e Conjugalidade HC-FMUSP – 2018 a 2019	49
Tabela 8: Distribuição dos dados de acordo com a análise de regressão logística binária univariada entre as variáveis preditoras e o desfecho presença de disfunção sexual – HC-FMUSP – 2018 a 2019	511
Tabela 9: Distribuição de dados de acordo com os fatores associados à presença de disfunção sexual. Análise de regressão logística binária múltipla – HC-FMUSP – 2018 a 2019	53

1. Introdução

A sexualidade é uma parte importante da existência humana sendo apontada pela Organização Mundial da Saúde como um dos parâmetros para qualidade de vida do indivíduo destacando a importância da saúde sexual para a manutenção das relações afetivas e para o bem-estar físico, emocional, mental e social.¹⁻³

O comportamento sexual têm bases biológicas, além de uma complexa ligação entre fatores socioculturais e psicológicos, podendo sofrer alterações no decorrer da gestação, uma vez que neste período ocorrem mudanças físicas, hormonais, sociais e psíquicas.^{4,5}

Além disso, a sexualidade está repleta de significados continuamente reelaborados culturalmente, portanto, para se pensar em sexualidade é necessário considerar o contexto sociocultural em que a mulher se encontra inserida, ainda mais quando o período envolvido é o da gravidez, tão rico em simbolismos e determinações culturais.^{6,7}

Vasquez e cols.,⁸ e Schwengber e cols.,⁹ destacam que nas culturas tradicionais, há uma dessexualização da mulher “mãe”, com a ideia de que a prática sexual não pertence às atividades que farão parte da rotina desta mulher, já que, historicamente, a sexualidade feminina encontra-se atrelada à reprodução e não à satisfação ou prazer.

A compreensão acerca da qualidade do comportamento sexual pode levar ao diagnóstico de disfunção sexual (DS), caracterizada por um prejuízo significativo na capacidade de responder ou experienciar o prazer sexual. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) destaca que em diversos contextos clínicos, não é possível conhecer a exatidão e a etiologia das disfunções sexuais.¹⁰

Tendo em vista a predominância da ideia da dessexualização da mulher “mãe”, os estudos acerca da sexualidade da gestante, são recentes com especial destaque, até o momento, para gestantes de baixo risco, grupo caracterizado por gestantes em que os riscos à saúde da mãe ou do feto se encontram na média da população.^{8,9,11–16}

Assim, a literatura científica tem apresentado, de forma geral, uma diminuição progressiva da frequência da relação sexual durante a gravidez, com alterações no desejo e satisfação sexual, principalmente por parte das mulheres, atrelando tais mudanças aos trimestres gestacionais.^{6,7,17,18}

Bartellas e cols.,⁶ Pauleta e cols.,¹⁷ e Loreto e cols.,¹⁸ apontaram que no primeiro trimestre da gravidez ocorre queda na frequência das relações sexuais devido à presença de enjoos e outros desconfortos físicos característicos deste período, tornando a mulher menos disposta ao contato sexual.

Fok e cols.,⁵ apresentam, no entanto, outra análise, e destacam que, a partir do estudo transversal realizado com 298 gestantes, observaram que a interrupção na relação sexual no primeiro trimestre se deve aos mitos de que a

relação sexual pode causar aborto espontâneo, parto prematuro ou malformação fetal.

O segundo trimestre gestacional é marcado pela retomada da atividade sexual de forma similar ao período pré-gestacional.¹⁷ Neste período da gestação ocorre diminuição dos sintomas do primeiro trimestre e ainda não há aumento significativo do ventre, melhorando a função sexual durante o segundo trimestre da gravidez quando comparado com o primeiro trimestre.^{16,19}

Makara-Studzinska e cols.,¹⁹ ressaltam que o umedecimento intenso das paredes vaginais e as mudanças vasculares na vagina e vulva podem ocasionar maior satisfação sexual do que no período anterior à gestação.

No entanto, não se trata de consenso, pois alguns estudos apontam não existir este tipo de alteração durante o segundo trimestre de gravidez, quando comparado com o primeiro trimestre.^{19,20}

O último trimestre da gravidez, por sua vez, é caracterizado por uma diminuição da frequência das relações sexuais, com menor nível de libido nas mulheres quando comparado aos trimestres anteriores da gravidez.²¹ Destaca-se que neste período existe maior desconforto da gestante devido ao aumento do ventre, o que gera dores nas costas e pernas.²²

Erol e cols.,²³ e Bartelas e cols.,⁶ destacam que, adiciona-se às preocupações do terceiro trimestre a proximidade do parto, em que os casais apresentam receio de induzir o parto, ter parto prematuro ou prejudicar o feto e por isso, muitos casais decidem interromper completamente a atividade sexual.

Para além dos aspectos culturais e dos sintomas característicos de período gestacional, outras condições podem estar associadas ao desempenho e satisfação sexual, tais como: ajustamento conjugal, ansiedade e depressão.²⁴⁻

28

Os transtornos depressivos são caracterizados pelo humor triste, vazio ou irritável, juntamente com prejuízos cognitivos e somáticos, afetando a capacidade de funcionamento de um sujeito, variando nos aspectos de duração e momento para cada indivíduo.¹⁰ Dados obtidos pelo DSM-5 também indicam que o diagnóstico de depressão pode levar à diminuição no desejo sexual.¹⁰

Quando a depressão está relacionada com a maternidade, este sintoma pode surgir na forma de excesso de constatações negativas acerca da saúde materna e a do bebê, além de sentimentos de inadequação e incapacidade no desempenho da função materna.²⁹

No que diz respeito à ansiedade, esta caracteriza-se pela antecipação de uma ameaça futura, sendo associadas a tensão corporal e por comportamentos de cautela ou esquiva devido ao excesso de vigilância ao futuro.¹⁰ No contexto gestacional, a ansiedade pode ser reconhecida como um estado emocional de insegurança, incerteza e medo da experiência.³⁰

O relacionamento conjugal foi apontado como fator importante na análise da sexualidade da gestante.²⁶ Em estudo realizado por Naldoni e cols.,²¹ constatou-se que, com o avanço da gestação, há diminuição do prazer sexual

da mulher e o aumento de sua insegurança referente ao futuro e a qualidade do relacionamento.

Para Tavares e cols.,²⁹ uma das principais motivações das grávidas para o relacionamento sexual no decorrer do período gestacional é a manutenção da harmonia no casamento, sendo a convivência marital fator preditor relevante para a prática de sexo durante a gestação.

Nesta mesma direção, Veríssimo³¹ destacou em seu levantamento bibliográfico, que entre 35% a 88% das gestantes entrevistadas no terceiro trimestre preocupavam-se em cumprir as obrigações conjugais e satisfazer o parceiro, sendo o sexo associado apenas à manutenção do relacionamento conjugal.

Para avaliar a atividade sexual no período gestacional, o instrumento mais utilizado é o *Female Sexual Function Index* (FSFI), que se propõe a avaliar a função sexual feminina, definida por uma resposta sexual humana em progressão que tem início na percepção do desejo sexual, para a excitação com um foco genital, para o orgasmo e por fim para a resolução.³²

Esse processo avaliado pelo FSFI possibilita identificar seis domínios da função sexual feminina: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.³⁻⁷

Leite e cols.,³³ traduziram e validaram o FSFI para aplicação em gestantes brasileiras, com presença de confiabilidade na utilização deste instrumento. A sexualidade é considerada como um parâmetro para a qualidade de vida, porém, são poucos os estudos desenvolvidos com gestantes consideradas de alto risco.¹⁶

Além disso, ainda não existe consenso na literatura atual sobre disfunções sexuais em gestantes e a ampliação de conhecimento nesta área possibilitará o desenvolvimento de propostas para possíveis intervenções terapêuticas.

Este trabalho se propõe a investigar a sexualidade em gestantes de alto risco e em gestantes de baixo risco, verificando se há especificidades em relação à sexualidade nestas populações.^{1, 34-40}

---

¹⁶. O termo gestação de alto risco é utilizado quando a vida e/ou saúde da mãe ou feto tem maiores chances de serem atingidas por complicações que a média da população. *Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco – Manual Técnico.*

2. Objetivos

2.1 Objetivo principal

- Avaliar a associação entre as variáveis independentes: depressão, ansiedade e ajustamento conjugal ao desfecho função sexual no período gestacional.

2.2 Objetivos Secundários

- Comparar a função sexual feminina em gestantes em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.
- Relacionar os domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) com as variáveis: depressão; ansiedade e ajustamento conjugal.

3. Revisão de Literatura

3.1 História da sexualidade: influência cultural

A cultura e as tradições de cada sociedade exercem influência sobre a vida sexual das pessoas. Uma vez que a cultura é parte constitutiva do comportamento aprendido se reproduzindo entre indivíduos e gerações, é importante conhecer alguns aspectos culturais acerca da função sexual para que, posteriormente, se possa compreender melhor esta condição no período gestacional.^{41,42}

O comportamento humano é um elemento que se articula com a história cultural, e, ao se analisar as práticas sexuais em diferentes épocas observa-se que os humanos sempre buscaram maneiras de “regulamentar” as relações afetivas e sexuais, ora com explicações relacionadas a aspectos biológicos, ora com explicações com base religiosa, e ora na ciência da época. Na sociedade atual, isso não é diferente, e estes mesmos aspectos são utilizados para explicar ou censurar a sexualidade humana.⁴³ Assim, a sexualidade especificamente no período gestacional apresenta variações, dependendo da cultura e período histórico em que se insere.⁴³

Na Nigéria, a prática sexual é vista como benéfica principalmente para o momento do parto por acreditarem que o sexo alarga a vagina facilitando a saída do bebê.⁴⁴ Tal aspecto também é ressaltado na cultura japonesa, pois algumas gestantes acreditam que atividade sexual contribui para facilitar o trabalho de parto.⁴⁵

Na China, estudo retrospectivo em dois hospitais-escola de Hong Kong, encontrou atividade sexual diminuída nos diferentes períodos da vida, em especial no período gestacional, justificado pela contenção da vivência da sexualidade na cultura chinesa, em comparação à ocidental.⁴⁶

No que diz respeito a uma sociedade matriarcal, constata-se uma discussão acerca destas culturas nos tempos primitivos. Muraro e cols.,⁴⁷ Duby e cols.,⁴¹ e Del Priori e cols.,⁴², destacaram que nestas sociedades o poder estava associado à mulher em decorrência da compreensão de que a reprodução dependia exclusivamente delas. Com isso, exaltava-se a importância da maternidade para a sobrevivência do grupo e da espécie, tendo os homens um poder reduzido em comparação às mulheres. A partir da descoberta da participação do homem no processo reprodutivo aumenta-se a valorização dos homens, pois as sociedades passam a acreditar que eles são os verdadeiros responsáveis pela reprodução e as mulheres passam a ser vistas como meras incubadoras para a procriação.⁴⁸

A partir de então, a sociedade se torna patriarcal, estruturada com uma família centralizada no poder paterno com total controle da sexualidade feminina para certeza de paternidade.⁴⁷

No período pós-cristão, as ideias de Santo Agostinho basearam os fundamentos cristãos. Este afirmava que Deus criou a reprodução sem prazer nem pecado, e destacava a culpa de Adão e Eva pela descoberta do desejo sexual corrompendo toda a humanidade.⁴¹ Com isso, o corpo passa a ser sinônimo de pecado e existe a vergonha da nudez. Para combater o desejo

sexual recomendava-se evitar banhos e não ver ou tocar o próprio corpo. Esta mentalidade perdurou até os tempos atuais, se refletindo na sexualidade feminina, entendida, muitas vezes como obscena e pecaminosa.^{48 42}

Duby e cols.,⁴¹ e Muchembled e cols.,⁴⁹ resgatam a ideia de que a dor durante o parto foi um castigo Divino a partir do pecado cometido pelo prazer sexual descoberto por Eva e que a maternidade poderia ser compreendida como uma das formas de salvação para a mulher transgressora. Assim, marca-se uma cultura em que “boas mães” são sofredoras, sacrificadas, passivas e escrava de seus filhos. Esta crença ainda se reflete atualmente em algumas mulheres e consequentemente na maternidade em diversas culturas.^{41,42}

Nestas culturas, o sexo no casamento ou qualquer vínculo e afeto sexual entre marido e mulher é considerado indesejável e, para que a relação sexual possa ocorrer livre de pecados, ter filhos passa a ser uma obrigação.^{42,49}

Com esta mentalidade, a masturbação, principalmente para o sexo feminino, era uma condenação bíblica, o que levou muitas mulheres na idade média a serem sentenciadas a fogueira.⁴¹

Para se preservar esta mentalidade do prazer feminino como pecaminoso, foi difundido como a essência do feminino o pudor e a vergonha, marginalizando a mulher que tivesse prazer sexual.⁵⁰ Além disso, o casamento era preconizado para a mulher, sendo sua inexistência motivo de desvalorização.

No período da renascença (séc. XV a XVI), o único comportamento feminino sexualmente aceito era voltado para a reprodução, sendo o desejo e o

orgasmo passíveis de punições.⁵¹ Existiam limitações sobre as posições sexuais adotadas e quais eram os tipos de carícia permitidas pela Igreja. Em relação à maternidade, a exposição dos seios mesmo durante a amamentação, era considerada vergonhosa, sendo recomendado a cobertura dos seios.⁴⁹

No iluminismo (séc. XVIII), marcou-se certo avanço na liberdade das mulheres a partir do início dos movimentos femininos em que se buscava apontar as desigualdades entre homens e mulheres quer seja no casamento quer seja no domínio do próprio corpo, em busca do direito à sexualidade e do resgate da dignidade feminina desvinculada ao casamento.⁴² O período foi marcado por uma revolução científica, por isso os conceitos cristãos já não eram mais incondicionalmente seguidos por todos, mas a visão da mulher como tendo inteligência inferior aos homens e a distinção de direitos sociais ainda se manteve.^{52,53}

No período do romantismo (séc. XVIII a XIX), a sexualidade era apontada pela medicina como uma força potencialmente perigosa para a saúde, mas manteve as diferenças entre os sexos masculino e feminino.⁵² Essa visão acarretou na privação dos desejos sexuais femininos e submissão aos desejos sexuais do marido, destacando que o prazer deveria ser apenas para o homem, não devendo existir para as mulheres. Destacava-se a ideia de que o amor pela casa, pelos filhos e pelos prazeres domésticos deveriam ser os únicos prazeres, paixões femininas. Navarro⁵² afirma que alguns médicos da época disseminavam a ideia de que a mulher deveria engravidar a cada dois anos, e

justificavam tal apontamento afirmando que a gestação e o aleitamento acabavam com qualquer possibilidade de desejo feminino para o ato sexual.

No período da revolução industrial (séculos XVIII e XIX) ocorreu uma alteração na estrutura da sociedade seguido pela expansão do individualismo no século XX.⁵³ No que diz respeito à expressão da sexualidade, Navarro⁵² destaca que a partir da teoria evolucionista de Charles Darwin em que o conceito biológico da procriação compreendeu a sexualidade para além da reprodução, permitiu a compreensão do sexo para além do conceito de pecado, possibilitando a associação entre sexo e prazer. Neste período, até o surgimento do diafragma, observou-se maior possibilidade de vivência da sexualidade, como consequência um sofrimento relacionado ao alto número de gestações. Nesta época a mulher passa a desejar ter o controle do próprio corpo e existe um crescente interesse no tema de prazer sexual.

Apesar da introdução de novos conceitos na sexualidade, a medicina da época recomendava a proibição sexual no período gravídico por considerar prejudicial para a vida do casal e para a gravidez. Esta crença que não encontra embasamento no saber científico, perdura, em certa medida, até os dias atuais.⁵⁴

No século XX, após a segunda guerra mundial é quando o casamento passa a ser escolhido por afeto. Com o avanço da ciência e o conhecimento de que sem a ovulação a gestação não acontece, em 1961 a pílula anticoncepcional chega ao mercado resultando em uma mudança radical do comportamento amoroso e sexual: a possibilidade de dissociar sexo da procriação, aliando-o ao prazer.⁵¹⁻⁵⁴

Nos anos de 1960 os jovens contestam os costumes e padrões da sociedade judaico-cristã através da revolução sexual que teve como objetivo o fim da repressão sexual.⁴² Mesmo assim, as normas e regras sociais de repressão pertinentes ao prazer feminino ligado ao ato sexual ditam os comportamentos e acabam regulando as ações das mulheres.

Na década de 70 surgiram os primeiros estudos de sexualidade feminina no período gravídico. O enfoque na compreensão da frequência sexual em cada um dos trimestres permitiu a compreensão de uma diminuição na frequência e desejo sexual das gestantes no primeiro trimestre, associando a fatores biológicos da gestação como sonolência e náuseas.⁵⁵⁻⁵⁷ O segundo trimestre foi indicado como o período de maior frequência sexual e o último trimestre uma diminuição significativa em todas as gestantes.⁵⁵⁻⁵⁷

Estes dados apontam para repressão da sexualidade feminina ao longo da história, e a gravidez e a maternidade como desfechos positivos que justificariam o ato sexual. Assim, Masters e cols.,⁵⁷ destacam que, embora às culturas tenham buscado apoiar a compreensão da sexualidade feminina na biologia e no conhecimento religioso das épocas, o que se constata é que se perpetuaram os conceitos distorcidos associados a esta temática.

Atualmente, nos países ocidentais, embora já se notem muitas alterações decorrente das transformações em que as sociedades percorreram no que entendem sobre a sexualidade feminina, amor e casamento, o processo de transformação é paulatino, e ainda perduram crenças preconceituosas.⁵² No que diz respeito ao período gestacional, a imagem de Maria, mãe de Jesus,

imaculada e perfeita, ainda aparece como modelo de mulher e mãe, podendo ocasionar dificuldades na área sexual vivenciada pelo casal.^{49,50}

O relacionamento sexual no período gravídico pode ser considerado como um aspecto importante na vida do casal, podendo estar relacionado a possíveis crises na vida conjugal.⁴²

Atualmente, a imagem corporal é muito valorizada e destacada nos meios de comunicação e o padrão de beleza esperado para o feminino retrata mulheres magras e esguias, influenciando negativamente a vivência do período gravídico, com alteração no esquema corporal pertinente a este período. Este padrão de beleza esperado e imposto culturalmente pode gerar conflitos em relação ao sentir-se desejada pelo parceiro ou receosa de ser trocada por outra mulher.⁵¹ Emocionalmente, é um período contraditório, pois a gestante pode estar em um período que é culturalmente considerado excepcional e ao mesmo tempo ter questões de insatisfação consigo mesma.⁵⁶

Os aspectos apresentados podem interferir no desejo sexual da gestante. É um período que apresenta desorganização no autoconceito da gestante, o que também acontece com o parceiro. Adaptações se tornam necessárias no âmbito individual e também nas relações.⁵⁸

3.2 Sexualidade e gestação

Por muito tempo os estudos sobre a sexualidade feminina foram escassos e limitavam-se ao âmbito reprodutivo, dado o modelo tradicional da medicina

ocidental que atribuía ao corpo e seu funcionamento desconsiderando quaisquer abordagens relacionadas à satisfação e ao prazer.^{59,60}

A sexualidade da gestante é afetada por inúmeros fatores, tais como alterações em como a gestante percebe sua imagem corporal, indisposição, mudanças em seu funcionamento fisiológico, adaptação a novas funções sociais, alterações no relacionamento afetivo, mudanças de humor, entre outros sintomas, que podem ser experienciados pela gestante, e por seu parceiro.^{43-46,61-64} No entanto, a prevalência da disfunção sexual em gestantes não é consenso na literatura científica.¹³⁻³⁴

Khalesi e cols.,¹¹ em estudo realizado com 123 gestantes primigestas de baixo risco, verificou a prevalência de disfunção sexual utilizando o instrumento FSFI e constatou que não houve diferença nos resultados da função sexual entre gestantes que se encontravam no primeiro e no segundo trimestre ($p=0,247$). Entretanto, encontrou diferença significativa no terceiro trimestre ($p<0,05$), indicando disfunção sexual neste período, com uma diminuição em todos os domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) quando comparadas às gestantes que se encontravam no segundo e no primeiro trimestre.

Daud e cols.,⁶⁵ analisaram a presença de disfunção sexual em 100 gestantes utilizando o mesmo instrumento (FSFI) e constatou que 81% das entrevistadas apresentaram disfunção sexual. Os trimestres gestacionais foram as únicas variáveis que tiveram associação significativa com a incidência de disfunção sexual, sendo que as gestantes que se encontravam no primeiro e no

segundo trimestre apresentaram menor propensão para desenvolver disfunção sexual em comparação ao terceiro trimestre, apresentando um aumento da disfunção sexual conforme o aumento da semana gestacional. Os domínios desejo, excitação, satisfação e dor mostraram menor pontuação no terceiro trimestre quando comparado aos demais trimestres da gestação.

Outro estudo realizou uma comparação da função sexual utilizando o instrumento FSFI com 210 mulheres não grávidas e 246 gestantes. Os autores apontaram que o escore médio global do FSFI em mulheres grávidas foi menor do que mulheres não grávidas (18,9 vs. 22,7; $p < 0,05$) e o mesmo foi observado para todos os domínios do FSFI.¹² Este estudo apontou que 91,08% das gestantes e 67,61% das não gestantes apresentaram disfunção sexual com diferença significativa entre os grupos ($p = 0,001$). No entanto, no grupo de gestantes quando avaliado a existência de diferença entre disfunção sexual e os trimestres gestacionais, não foi constatado diferença significativa ($p = 0,632$). O estudo revela que quanto maior a paridade, maior a disfunção sexual. Não foram apresentadas diferenças significativas entre grávidas e não grávidas com disfunção sexual em relação a idade ($p = 0,0529$) e nível educacional ($p = 0,559$).¹²

Em nosso país, estudo realizado por Silva e cols.,⁶⁶ avaliaram 60 gestantes de baixo risco, com o instrumento FSFI, que estavam no segundo ou terceiro trimestre e encontraram prevalência de disfunção sexual em 40% das participantes. Os autores destacaram que a disfunção sexual está diretamente relacionada ao aumento das semanas gestacionais e da idade materna, sendo

que quanto maior a idade, maior probabilidade de disfunção. A paridade não foi um fator associado à disfunção sexual.

Diferindo do estudo de Silva e cols.,⁶⁶ Ninivaggio e cols.,²² avaliaram 627 gestantes utilizando o FSFI observaram que mulheres de menor faixa etária possuem função sexual inferior às mulheres de maior faixa etária. O estudo revelou disfunção sexual em 36,3% das mulheres que se encontravam no primeiro trimestre gestacional; em 36,8% no segundo trimestre e em 57% das gestantes que estavam no terceiro trimestre. Sendo que a disfunção sexual teve aumento estatisticamente significativo do segundo para o terceiro trimestre ($p<0,001$).

Outro estudo realizado em nosso país, conduzido por Mathias e cols.,¹⁴ incluindo 102 gestantes no terceiro trimestre de gestação corrobora com os resultados do estudo conduzido por Ninivaggio e cols.,²² no qual mulheres com menos idade possuem função sexual inferior às mulheres de maior idade.

Kohler e cols.,¹³ em um terceiro estudo brasileiro, avaliaram 112 gestantes de baixo risco em Santa Maria no Rio Grande do Sul, e observaram disfunção sexual em 33,04% das mulheres. Observou-se uma tendência de aumento da prevalência da disfunção sexual juntamente com a evolução da gestação, sendo que os domínios orgasmo e satisfação foram os mais afetados nos três trimestres gestacionais. A diferença na associação entre disfunção sexual e primeiro e segundo trimestre foi significativa ($p=0,018$), mostrando que no primeiro trimestre a disfunção sexual era maior, bem como entre o terceiro e o primeiro trimestre ($p=0,014$) sendo que no terceiro trimestre a disfunção sexual

era maior. Quando comparados o segundo e o terceiro trimestre, não houve diferença estatística ($p=0,900$). Este resultado indicando que não há diferença significativa entre o terceiro e o segundo trimestre difere dos encontrados em outros estudos em que os pesquisadores demonstram que no terceiro trimestre existe índice maior de disfunção sexual quando comparadas as mulheres que se encontram no primeiro e no segundo trimestre da gravidez.^{45,47}

Em estudo conduzido no Egito foram entrevistadas 451 mulheres no período pré-gestacional e em seguida, as mesmas gestantes, foram entrevistadas novamente em cada trimestre gestacional. No estudo foram incluídas gestantes que tinham parceiro fixo há mais de 6 meses, que eram primigestas e foram excluídas gestantes que apresentaram gestação de alto risco. Foi encontrada prevalência de 68,8% de disfunções sexuais entre as gestantes. Destaca-se que ocorreu redução das médias obtidas em todos os domínios do FSFI quando comparado todos os períodos gestacionais ao período pré-gestacional. Os piores escores foram encontrados no terceiro trimestre.⁶⁷

Em um estudo brasileiro com o objetivo de pesquisar alterações na função sexual feminina durante a gestação, realizado por meio do FSFI com 181 mulheres não gestantes e 177 gestantes independentemente do período gestacional, tendo como critério de exclusão a presença de depressão, constatou-se que a disfunção sexual nas gestantes foi de 40,4% e de 23,3% nas não gestantes, com significativa diferença entre os escores estudados ($p=0,01$). Os autores discutem o preconceito abordado para a discussão do tema sexualidade atribuindo esta dificuldade pelo desconhecimento sobre o assunto.⁶⁸

Diferentemente dos demais estudos apresentados, Bello, e cols.,⁶⁹ estudaram 375 gestantes atendidas em clínicas públicas nigerianas, das quais 6,2% apresentaram complicações na gravidez, não especificadas no estudo. Do total de mulheres, 91,6% tiveram relações sexuais durante a gravidez. Os autores destacaram aumento da libido feminina durante o período gestacional, tendo como prática sexual mais comum o sexo vaginal, com aumento de práticas de masturbação e de sexo anal. Tendo em vista as especificidades culturais, os autores apontam que a prática da sexualidade durante o período da gravidez foi motivada principalmente por acreditarem que o trabalho de parto se torna mais fácil e para manter a harmonia do casamento.⁶⁹

Veríssimo,³¹ realizou pesquisa com 200 grávidas saudáveis, utilizando como instrumentos para sua pesquisa o FSFI e o *Body Exposure during Sexual Activities* (BESAQ). O autor aponta como principais resultados a diminuição das práticas sexuais orientadas para a mulher (prevalecendo a masturbação masculina) como reflexo da diminuição do desejo sexual da gestante. Cerca de 45% das gestantes praticavam abstinência por medo de lesar o feto e a percepção de que o coito é seguro mostrou-se como determinante para a prática sexual.

Esmer e cols.,⁷⁰ realizaram estudo com o objetivo de avaliar as mudanças na função sexual feminina utilizando o FSFI. O estudo foi feito com 115 gestantes no primeiro trimestre, 118 no segundo trimestre e 115 no terceiro trimestre. Um declínio na frequência foi identificada em 58,3% das gestantes no primeiro trimestre, 66,1% nas gestantes do segundo trimestre e 76,5% das gestantes no

terceiro trimestre. Na comparação dos escores do FSFI, o primeiro e o segundo trimestre não apresentaram diferenças significativas ($p=0,71$), portanto, no terceiro trimestre a disfunção sexual foi significativamente menor do que os demais trimestres ($p<0,001$).

Os estudos sobre a sexualidade no período gestacional têm apresentado alterações quando avaliadas gestantes de baixo risco.^{11,12,70,31,59,60,65–69} No entanto, poucos são os estudos desenvolvidos com gestantes de alto-risco.

A tabela 1 apresenta uma síntese dos trabalhos utilizados neste estudo que avaliaram presença de disfunção sexual entre gestantes.

Tabela 1: Distribuição de dados de acordo com artigos incluídos neste estudo que avaliaram disfunção sexual no período gestacional – 2007 a 2019

Autores	Ano	País	Trimestre gestacional	Número de gestantes	Instrumento utilizado*	Prevalência disfunção sexual em gestantes
Silva J.M. e cols., ⁴³	2002	Brasil	Segundo Terceiro	60	FSFI	40%
Leite A.P. L. e cols., ³³	2007	Brasil	Primeiro Segundo Terceiro	92	FSFI	25,80%
Verissimo e cols., ³¹	2011	Portugal	Segundo Terceiro	200	FSFI	34,2% 73,3%
Esmer e cols., ⁷⁰	2013	Turquia	Primeiro Segundo Terceiro	115 118 115	FSFI	583% 66,1% 76,5%
Prado DA e cols., ⁶⁸	2013	Brasil	Primeiro Segundo Terceiro	177	FSFI	40,40%
Ahmed MR. e cols., ⁶⁷	2014	Egito	Primeiro Segundo Terceiro	451	FSFI	68,80%
Aydin M. e cols., ¹²	2015	Turquia	Primeiro Segundo Terceiro	246	FSFI	91,8%
Mathias. A.E.R.A. e cols. ¹⁴	2015	Brasil	Terceiro	102	FSFI	45,1%
Ninivaggio. C. e cols., ²²	2016	EUA	Primeiro Segundo Terceiro	124 403 96	FSFI	36% 37% 57%
Kohler B.S.M. e cols., ¹³	2017	Brasil	Primeiro Segundo Terceiro	112	FSFI	33,04%
Khalesi, Z.B. e cols., ¹¹	2018	Irã	Primeiro Segundo Terceiro	123	FSFI	90%
Daud S e cols., ⁶⁵	2019	Malásia	Primeiro Segundo Terceiro	100	FSFI	81%

3.3 Depressão, ansiedade e sexualidade

O período gravídico é caracterizado como fator de risco para a prevalência de desordens ansiosas ou depressivas, possibilitando interferências no processo da gravidez.⁷¹

A depressão é caracterizada clinicamente pela predominância de sentimento de tristeza ou vazio, com redução ou perda da capacidade de experimentar prazer em atividades cotidianas e tem alto impacto na vida do indivíduo, com significativo comprometimento nos âmbitos sociais, profissionais e em outras áreas de envolvimento.¹⁰

Comumente está associada às sensações de fadiga e cansaço excessivo. Tais queixas são também acompanhadas de relatos de alterações de sono (insônia e/ou sono excessivo), alterações de apetite (perda ou aumento do apetite), diminuição do interesse sexual, retraimento social, choro fácil, comportamento ou ideação suicida, além de lentificação ou agitação psicomotora. A depressão no período gestacional também pode influenciar de maneira significativa a vivência da sexualidade, visto que pode levar a uma diminuição do desejo sexual.¹⁰

O modelo cognitivo da depressão, é apresentado por Beck e cols.⁷³ a partir de dois itens essenciais de funcionamento: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva diz respeito a uma visão negativa de si mesmo, a visão negativa do mundo, e a visão negativa do futuro. As distorções cognitivas caracterizam-se por uma elaboração de sua experiência de maneira negativa com a previsão de resultados desfavoráveis para as situações. A

maneira com que as pessoas que se encontram em depressão costumam interpretar os eventos, resultam em comportamentos que podem ser depressivos, favorecendo a manutenção das interpretações negativas das situações vivenciadas, gerando sensações de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

O transtorno de ansiedade é caracterizado pelo início de uma preocupação com algo específico, que se transforma em diversas preocupações e que é acompanhada por sintomas físicos causando sofrimento e prejuízo na vida do sujeito e em suas atividades.¹⁰

A ansiedade é compreendida pelo modelo cognitivo-comportamental como um conjunto de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais complexas, que se ativam quando existe alguma situação que é antecipada pelo indivíduo e considerada aversiva, interpretada como uma ameaça incontrolável que irá prejudicar seus principais interesses. No entanto, uma preocupação pode se transformar em algo produtivo quando a pessoa consegue encontrar uma solução para os problemas, diminuindo a ansiedade e sofrimento. Quando a ansiedade se torna excessiva e não resolutive, leva a intenso sofrimento, produzindo sintomas físicos como palpitação, suor e outros sintomas e passa a ser considerada como um transtorno.⁷²

A prevalência de depressão durante o período gestacional varia entre 9% a 61,4%, sendo menor em gestantes de baixo risco e maiores em gestantes de alto risco.^{28,74}

A extensa diferença de índices pode ser justificada com diferenças na caracterização da população estudada, ou ainda, as diversas possibilidades de instrumentos utilizados na análise da depressão.⁷⁵

No que diz respeito à prevalência de ansiedade no período gestacional, os estudos científicos apresentam variação entre 5% a 54%. A elevada amplitude encontrada também pode estar relacionada aos diferentes instrumentos utilizados nas avaliações, que ora avaliam sintomatologia, ora diagnóstico.^{76,77}

As consultas pré-natais, são, predominantemente focadas nos aspectos físicos das gestantes, o que dificulta detectar possíveis transtornos psicológicos.⁷⁷ No entanto, tendo em vista os dados de morbidade depressiva durante a gravidez, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* recomendam o rastreio e a investigação da depressão entre todas as gestantes durante a realização do pré-natal.^{78,79}

Gois e cols.,⁷⁶ investigaram a presença de sintomatologia de ansiedade em 80 gestantes em uma Unidade Básica de Saúde do estado de Roraima – Brasil e identificaram, por meio da escala *Beck Anxiety Inventory* (BAI) prevalência de ansiedade mínima em 47% das gestantes, 5% com ansiedade severa e 12,5% com ansiedade moderada.

No estudo de Lee e cols.,⁷⁷ que avaliaram a presença de sintomas ansiosos e depressivos por meio da *Hospital Anxiety and Depression Scale*

(HAD) em 357 gestantes, verificou-se que 54% apresentaram sintomas ansiosos e 37,1% sintomas depressivos.

Num estudo desenvolvido por Andersson e cols.,²⁴ realizado na Suécia com 1795 gestantes de baixo risco com o objetivo de identificar o diagnóstico de transtornos psiquiátricos no 2º trimestre da gestação, com uso do instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) para avaliação, foi encontrada prevalência do diagnóstico de depressão em 10,2% das pacientes e do diagnóstico de ansiedade em 6,6% das gestantes.

Souza e cols.,⁸⁰ com o objetivo de investigar a presença de sintomas de ansiedade, depressão e modos de enfrentamento em gestantes com intercorrência clínica, avaliaram 30 mulheres utilizando a escala HAD, e observaram que 66,7% das gestantes apresentaram sintomas de ansiedade, sendo 50% com ansiedade moderada e 16,7% com sintomas leves. Com relação a depressão, 36,7% das gestantes apresentaram sintomas depressivos, sendo 10% com sintomas leves de depressão e 26,7% com sintomas moderados.

Silva e cols.,⁸¹ investigaram a ocorrência da ansiedade em gestantes em cada trimestre com 209 gestantes no sul de Minas Gerais, Brasil. Sintomas de ansiedade foram verificadas com o instrumento HAD e esteve presente em 26,8% das gestantes, sendo mais frequente no terceiro trimestre, com 42,9% de prevalência. Na análise de distribuição das gestantes de acordo com a idade gestacional não apresentou significância estatística.

Chang e cols.,²⁵ estudaram a interferência dos sintomas depressivos na função sexual nos aspectos de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor durante a gravidez, utilizando para avaliar a sintomatologia da depressão a escala *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e para avaliar função sexual o instrumento FSFI. O estudo foi realizado em Taiwan e avaliou 555 mulheres no primeiro trimestre da gestação. Os autores concluíram que sintomas depressivos durante a gestação influenciavam negativamente na função sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, dor. Os autores destacam a importância de profissionais da saúde na avaliação da sexualidade e depressão nas pacientes, considerando que são aspectos importantes na qualidade de vida.

Com a mesma finalidade, Çelikel e cols.,⁸² avaliaram 150 gestantes de baixo risco e 150 não gestantes saudáveis, com o instrumento FSFI e o *Beck Depression Inventory* (BDI). O estudo concluiu que no grupo de gestantes a prevalência da disfunção sexual era maior do que o grupo de não gestante. Não foram constatadas diferenças estatísticas no que diz respeito à presença de sintomatologia depressiva entre os dois grupos. Os autores não encontraram associação entre disfunção sexual e sintomatologia de depressão. Segundo Francisco e cols.,³¹ em seus estudos com o objetivo de comparar sintomas de depressão com o comportamento sexual entre 55 gestantes de alto risco devido à ocorrência de aborto de repetição e 50 gestantes de baixo risco, utilizaram o BDI, o FSFI e um questionário desenvolvido por eles próprios. Os resultados obtidos foram de que no grupo de gestantes de alto risco, a depressão era maior.

Os autores tem destacado alterações na prevalência de disfunção sexual e depressão e também para disfunção sexual e ansiedade.^{24,74-82}

Os estudos desenvolvidos com intuito de verificar a associação entre disfunção sexual e depressão, quer seja sintomatologia ou diagnóstico, não apresentam consenso na literatura.^{24,28,74-81}

3.4 Ajustamento conjugal e sexualidade

A sexualidade é um aspecto de extrema importância na vida dos seres humanos, e parece ser um ponto vulnerável em um relacionamento conjugal. Apesar desta importância, ainda é considerado um tema de difícil abordagem.⁸⁴

O ajustamento conjugal pode ser caracterizado como uma variável interpessoal em constante mudança que funciona como um índice que avalia de forma subjetiva e generalizada um relacionamento afetivo.⁸³

O período gestacional e as alterações decorrentes deste momento ocorrem no âmbito sociocultural, orgânico e psicológico, podendo influenciar diretamente a sexualidade do casal.¹⁷

A alteração na vivência da sexualidade da gestante tem sido apontada como fator de influência no relacionamento conjugal. Tem-se notado que, com o avanço da gestação, há diminuição do prazer sexual da mulher e o aumento da sua insegurança referente ao futuro e a qualidade do relacionamento entre os parceiros.⁸³

Uma das principais motivações das grávidas para o relacionamento sexual no decorrer do período gestacional é a manutenção da harmonia no casamento, sendo a convivência marital fator preditor relevante para a prática de sexo durante a gestação.⁸⁴

O estudo de Brandão e cols.,⁸⁵ examinou o impacto do relacionamento conjugal durante a gestação. Participaram do estudo 320 gestantes e seus parceiros (n=640). Os instrumentos de avaliação foram o *Dyadic Coping Inventory*, the *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) e o *The World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL). O estudo mostrou que durante a gestação, homens e mulheres tendem a experienciar dificuldades no ajustamento conjugal e conseqüentemente um declínio na qualidade de vida da gestante e do parceiro. Os autores destacaram que é importante o apoio psicológico na vida do casal durante o período gestacional tendo em vista que interfere diretamente na qualidade de vida.

Yanikkerem e cols.,⁸⁶ realizaram estudo com o objetivo de avaliar a função sexual e o ajustamento conjugal em 298 gestantes. Os instrumentos utilizados foram *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS) e *Marital Adjustment Scale* (MAS). Houve diminuição nas frequências sexuais que incluíram o medo de prejudicar o feto durante a relação (62,1%), medo de abortar (47,8%) e diminuição do desejo sexual (34,7%). Encontraram como fator de risco para o desajuste marital e para a disfunção sexual, gestação indesejada e ser primigesta.

O estudo de Kisa e cols.,⁸⁴ examinou o efeito da vida sexual no ajustamento conjugal em 607 mulheres grávidas saudáveis. Os instrumentos utilizados foram o *Sexual Quality of Life Questionnaire-Female* (SQOL-F) e *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). Os resultados mostraram que 30% das gestantes tiveram problemas durante a relação sexual e 50% tiveram relações dolorosas. Os autores encontraram associação positiva entre qualidade de vida e ajuste conjugal. Destacaram que as mulheres grávidas precisam ser avaliadas psicologicamente regularmente pelos prestadores de cuidados à saúde em um ambiente profissional, pois apresentam inúmeras dificuldades nas suas vidas sexuais que causam conflitos entre cônjuges afetando sua qualidade de vida.⁸⁴

Em revisão bibliográfica sobre o ajustamento conjugal relacionado a satisfação sexual destacou-se que o sucesso e o fracasso conjugal podem estar relacionados à satisfação sexual.^{83,84} A gestação representa uma crise para as gestantes e seus maridos por existir demanda psicossocial e fisiológica complexa o que gera insegurança, ansiedade e reclamações somáticas. O interesse sexual pode ser afetado pelas mudanças físicas no período gestacional e nas pesquisas analisadas, apesar de haver variações individuais, a revisão mostrou que a gravidez é geralmente acompanhada de uma diminuição do orgasmo, desejo e frequência sexual.

Savig-Reis, Birnbaum e Safir,⁴ realizaram um estudo com 361 mulheres, divididas entre gestantes e não gestantes, das quais 25 foram acompanhadas para monitorar a qualidade do relacionamento sexual durante toda a gestação, com o instrumento *Experience of Heterosexual Intercourse Scale* (EHIS). Os

resultados mostraram que há uma diminuição do desejo e da intimidade sexual no grupo de mulheres grávidas quando comparadas ao grupo de não gestantes, porém referem um aumento na satisfação com o relacionamento conjugal. Os autores também concluíram que não há alteração significativa na qualidade da função sexual durante a gravidez. Neste estudo, as gestantes relataram um menor nível de desejo sexual do que seus parceiros e de mulheres não gestantes, o que foi atribuído aos sintomas físicos e psíquicos característicos da gravidez. Notaram também que com o avanço da gravidez, as gestantes apresentaram maiores preocupações com o relacionamento conjugal do que seus parceiros e identificaram que a qualidade do relacionamento conjugal pode estimular o desejo sexual.

Fuchs e cols.,⁸⁷ analisaram o impacto da função sexual no relacionamento conjugal, em 123 casais sendo a parceira gestante, utilizando o teste FSFI nos três trimestres gestacionais. Os resultados constataram que o terceiro trimestre mostra diminuição significativa nos escores desejo, excitação, lubrificação e orgasmo e apontaram a necessidade do aconselhamento sobre a função sexual na gestação.

Desta forma, na avaliação da sexualidade torna-se importante considerar os aspectos do ajustamento conjugal no período gestacional. Com relação às implicações clínicas e práticas, a ampliação de conhecimento nesta área pode permitir a identificação de transtornos na área da sexualidade da gestante de alto risco e sua proposta para intervenção terapêutica.

4. Métodos

Trata-se de estudo observacional do tipo transversal com coleta de dados prospectiva, com amostragem do tipo não probabilística por conveniência.^{15,88–}

90

4.1 Cálculo da Amostra

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2018 a novembro de 2019. Para o cálculo do tamanho da amostra foi realizada uma coleta de dados prévia, até fevereiro de 2019 com 178 gestantes, sendo 125 de alto risco e 60 de baixo risco, assumindo nível de significância de 5%, tamanho do efeito de 0.23, para comparação de médias segundo escore FSFI (com intercorrência clínica $\bar{X}=21,8$ (dp=10) e sem intercorrência clínica $\bar{X}=24,2$ (dp=10,8) e, observou-se um poder do teste $(1-\beta)$ de 68%.

Assim, a coleta de dados foi ampliada até novembro de 2019 para atingir um poder do teste mínimo de 80%. Foram avaliadas e incluídas mais 100 gestantes de alto risco e mais 60 de baixo risco. Para o novo cálculo de amostra a variável desfecho FSFI foi categorizada segundo ponto de corte estabelecido por Rosen e cols.,⁹¹ e buscou-se uma diferença 13% na intercorrência clínica. Os parâmetros utilizados foram $\alpha=5\%$, poder do teste $(1-\beta) = 80\%$, para uma hipótese bicaudal e amostra fixa.⁹²

4.2 População Alvo

Foram incluídas neste estudo 345 gestantes sendo 225 de alto risco e 120 de baixo risco entrevistadas no ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHCFMUSP).

4.2.1 Critérios de Inclusão

Estar gestante, ter no mínimo 18 anos de idade

4.2.2 Critério de não inclusão

Ter recebido diagnóstico de malformação e/ou óbito fetal.

4.2.3 Critério de Exclusão

Foi considerado no projeto como critério de exclusão interromper as respostas aos instrumentos propostos antes de sua finalização. No entanto, neste estudo nenhuma participante foi excluída.

4.3 Instrumentos de avaliação

- Dados sociodemográficos

Foi solicitado que as participantes informassem sobre: escolaridade, crença de fé, tabagismo, ter trabalho remunerado, atualmente estar em acompanhamento psicológico, já ter tido acompanhamento psicológico alguma vez na vida, trimestre gestacional, ser primigesta, ser gestante de alto risco, ter

gestação desejada, ter gestação aceita, ter gestação planejada, ter autorização médica para atividade sexual e frequência sexual.

- FSFI (Female Sexual Function Index)

O FSFI (Anexo G) é um questionário breve, que pode ser auto aplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.¹⁷ Para isso, apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total. O FSFI congrega as características de ser prático para aplicação em estudos populacionais, é capaz de transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis e avaliar a força relativa de cada domínio ou componente da resposta sexual feminina. Outras vantagens desse questionário residem no fato de ser um índice bem estudado, validado e com capacidade de avaliar intervenções terapêuticas.^{19,20,22}

A análise dos domínios foi realizada, de acordo com Rosen e cols.,⁹¹ considerando que quanto menor a pontuação, pior a função sexual. Para a análise do escore global do FSFI foi considerado o ponto de corte de 26,55 pontos⁵. Valores iguais ou menores que 26,55 pontos foi considerado como

indicativo de disfunção sexual e valor acima desta pontuação indicativo de ausência de disfunção sexual.

- DAS (*Dyadic Adjustment Scale*)

A DAS, criada por Spanier e cols.,^{93,94} e validada no Brasil por Hernandez e cols.,⁹⁵ (Anexo F) é uma escala composta por 32 itens que buscam representar o ajustamento conjugal por meio das dimensões: consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afeto. O instrumento é apresentado por meio de uma escala tipo Likert. O escore da escala pode variar de 0 a 151 pontos, obtidos por meio da soma dos escores nos quatro fatores (consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto). De acordo com Spanier e cols.,^{93,94} escores iguais ou abaixo de 101 pontos são indicativos de indivíduos desajustados ou em sofrimento no relacionamento conjugal, acima deste valor encontram-se os indivíduos ajustados.

O consenso diádico avalia a percepção do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação, tais como: financeiras, lazer, religiosas, amizades, convencionalidade, filosofia de vida, negócios com parentes, metas, tempo gasto junto, tomadas de decisão, tarefas domésticas, tempo com lazer e decisões profissionais.

Satisfação diádica abrange a adaptação entre marido e mulher, companheirismo, intimidade afetiva, desempenho de papéis, gravidez, chegada do primeiro filho, discussão sobre o divórcio, separação, saída de casa após uma

briga, confiança no parceiro, troca de beijos, felicidade do casal, futuro do casal, compromisso para o bom desempenho do casal.

A coesão diádica refere-se à união, ao desejo de manter-se unido pelos ideais. Abrange os itens: envolvimento em questões externas e internas, estimulante troca de ideias, rir juntos, discutir calmamente entre si, trabalhar juntos em um ou vários projetos.

O fator expressão de afeto se manifesta através do relacionamento carinhoso, afetuoso e troca de afeto. Inclui demonstração de afeição, relações sexuais, demonstração de amor e disposição no relacionamento.

- PRIME-MD

Este instrumento proporciona reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais. É composto por cinco módulos (transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência) que podem ser utilizados todos os módulos ou escolher o módulo de particular interesse. Para este estudo foram utilizados os módulos para avaliação de depressão (Anexo D) e transtornos ansiosos (Anexo E).

O Prime-MD foi traduzido para o português por Fráguas Junior e Henriques Junior, retraduzido para o inglês e sua revisão foi realizada pelo autor do Prime-MD, Dr. Spitzer. O Prime-MD demonstrou boa acurácia (sensibilidade e especificidade) para os grupos diagnósticos maiores.⁹⁶

4.4 Procedimentos

As gestantes incluídas neste estudo se encontravam no ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do ICHCFMUSP aguardando para a consulta do pré-natal especializado, independentemente do trimestre gestacional que estavam. Todas as participantes que iniciaram a entrevista concluíram a realização do protocolo, sendo incluídas no estudo.

Primeiramente foi apresentado e lido o TCLE para a gestante, que após a compreensão dos processos descritos consentiu sua participação no estudo por meio da assinatura do TCLE. Após o consentimento, foi realizada, individualmente, a coleta dos dados sociodemográficos e em seguida foi solicitado que a gestante respondesse o Prime-MD módulo para transtorno do humor e de ansiedade, o FSFI e o DAS.

O pesquisador anotou as respostas dos participantes em campo específico para tal fim e os dados foram mensurados posteriormente de acordo com as instruções específicas de cada escala.

O tempo despendido para a realização do protocolo foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

4.5 Análise estatística

Foi realizada análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo).

Nas variáveis quantitativas foram realizados testes de distribuição de *Komolgorov-Smirnov* e/ou homogeneidade de variâncias pelo teste de *Levene*. A comparação entre as variáveis categóricas *versus* o escore geral e segundo domínios (desejo, lubrificação, orgasmo, excitação, satisfação e dor) foi realizada pelos testes não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, quando variável apresentou três ou mais categorias. No caso de diferença significativa, neste último caso, aplicou-se o teste *post hoc* de Dunn. Foram realizadas análises de variância (ANOVA) a dois fatores, e quando verificada diferença significativa foi aplicado o teste *post hoc* de Bonferroni para dados com homogeneidade de variância e o teste Games-Howell quando pressuposto não assumido.

O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação das variáveis independentes ao desfecho disfunção. Quando alguma variável apresentou casela com valor esperado menor ou igual a cinco, utilizou-se o teste Exato de Fisher.

Para identificar o *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) foram realizados modelos de regressão logística binária univariados e múltiplos. Na modelagem múltipla foram testados os valores significativos e aqueles com $p < 0,20$ na análise univariada pela técnica *Stepwise*. O modelo final foi construído de acordo com os parâmetros, a saber: 1) alteração na OR < que 10%; 2) melhora da acurácia observada pelo IC95%; 3) número máximo de graus de liberdade, correspondente ao desfecho (overfitting); 4) colinearidade (alta relação entre variáveis independentes); 5) testes de interação

entre variáveis independentes do modelo; 6) e qualidade do modelo quanto a predição foi avaliada pela curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) (Anexo H). No modelo final foram incorporadas variáveis significativas e aquelas que não mostraram significância, porém matematicamente ajustaram a equação, conforme itens acima, e que apresentam plausibilidade biológica relacionada ao desfecho (variáveis de ajuste: acompanhamento psicológico, número de relações sexuais e gestação planejada).⁹⁷

A análise de regressão logística multinomial univariada foi utilizada para avaliar a chance (OR) das variáveis depressão, ansiedade e conjugalidade associadas ao desfecho múltiplo.

Assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p < 0,05$) significância estatística. Os dados foram analisados no programa SPSS versão 20.0 para Windows.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa bem como o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAPPesq) da Instituição sob o número CAAE 12158213.5.0000.0068 (Anexo A e B).

Este estudo envolveu riscos mínimos para todos os participantes envolvidos. Os benefícios foram o destaque para a ampliação de conhecimento nesta área que poderá permitir a identificação de transtornos sexuais em gestantes de alto risco propiciando uma proposta de intervenção terapêutica adequada.

O serviço de Psicologia foi colocado à disposição de todas as pacientes nos casos de verificação de demanda de atendimento. Esses atendimentos foram realizados pelas psicólogas que atuam na Divisão de Clínica Obstétrica, mas estes atendimentos não fizeram parte deste estudo.

5. Resultados

Neste estudo foram incluídas 345 gestantes, sendo 225 gestantes de alto risco e 120 de baixo risco.

A média de idade do total da amostra foi de 29 anos (DP=5,3). No que diz respeito ao período gestacional, 53 (15%) gestantes encontravam-se no 1º trimestre, 148 (43%) no 2º trimestre e 144 (42%) no 3º trimestre.

A descrição dos dados de caracterização da população que participou do estudo encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos dados de acordo com a caracterização das gestantes participantes – HC-FMUSP – 2018 a 2019

Variáveis		N	%
Escolaridade	Fundamental	34	9,9
	Médio	254	74,3
	Superior	54	15,8
Idade (anos)	Média (DP)	29,9 (5,3)	
	Mediana (mínimo e máximo)	30,0 (18 – 45)	
Fumante	Sim	9	2,6
	Não	336	97,4
Crença ou fé	Sim	297	86,1
	Não	48	13,9
Trabalho remunerado	Sim	203	58,8
	Não	142	41,2
Acompanhamento Psicológico em algum período da vida	Sim	88	25,5
	Não	257	74,5
Acompanhamento Psicológico na época da entrevista	Sim	19	5,5
	Não	326	94,5
Trimestre Gestacional	Primeiro	53	15,4
	Segundo	148	42,9
	Terceiro	144	41,7
Primigesta	Sim	130	37,7
	Não	215	62,3
Gestação de alto risco	Sim	225	65,2
	Não	120	34,8
Gestação desejada	Sim	284	84,0
	Não	54	16,0
Recomendação de abstinência sexual	Sim	15	4,3
	Não	330	95,7
Frequência das relações sexuais durante a gestação	Aumentou	6	1,8
	Diminuiu	285	83,3
	Não mudou	51	14,9
Gestação planejada	Sim	169	48,9
	Não	176	51,1
Gestação aceita	Sim	337	97,7
	Não	8	2,3

Em relação a disfunção sexual, depressão, ansiedade e desajustamento conjugal, encontrou-se presença em 79,1%; 18,3%; 28,1% e 31%, respectivamente. Os dados encontram-se apresentados na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos dados de acordo com avaliação de depressão, ansiedade, conjugalidade e função sexual – HC-FMUSP – 2018 a 2019

Variáveis		N	%
Disfunção Sexual	Presença	273	79,1
	Ausência	72	20,9
Depressão	Sim	63	18,3
	Não	282	81,7
Ansiedade	Sim	97	28,1
	Não	248	71,9
Conjugalidade	Desajustamento	107	31,0
	Ajustamento	238	69,0

Houve associação entre disfunção sexual e os dados sociodemográficos. O terceiro trimestre de gestação mostrou associação significativamente maior com a presença da disfunção sexual ($p < 0,001$), quando comparado a ausência de disfunção sexual. Já o grupo de gestantes que se encontravam no segundo trimestre mostrou significativamente maior associação com a ausência de disfunção sexual ($p < 0,001$), quando comparado à presença de disfunção sexual.

Para o grupo de gestantes de alto risco, houve associação significativamente maior para a disfunção sexual ($p < 0,001$) quando comparado a ausência da disfunção sexual.

Para as gestantes de baixo risco, a significância encontrada foi na ausência da disfunção sexual ($p < 0,001$), quando comparada a presença da disfunção sexual.

A descrição dos dados sociodemográficos da população do estudo e a associação ou não com a presença de disfunção sexual durante a gravidez encontram-se apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição de dados de acordo com a associação entre disfunção sexual e dados sociodemográficos dentre todas as participantes do estudo – HC-FMUSP – 2018 a 2019

Variáveis	Categorias	Disfunção Sexual				P
		Ausência (n=72)		Presença (n=273)		
		N	%	N	%	
Fumante	Sim	0	0	9	3,30	0,118
	Não	72	100	264	96,70	
Escolaridade*	Fundamental	13	18,10Ω	21	7,80Ω	0,001
	Médio	54	75	200	74,10	
	Superior	5	6,90Ω	49	18,10Ω	
Crença ou Fé	Sim	57	79,20	240	87,90	0,026
	Não	15	20,80	33	12,10	
Trabalho remunerado	Sim	2	58,30	161	59	0,106
	Não	30	41,70	112	41	
Acompanhamento Psicológico na época da entrevista	Sim	0	0	19	7	0,010
	Não	72	100	254	92	
Trimestre Gestacional	Primeiro	13	18,10	40	14,70	0,001
	Segundo	44	61,10π	104	38,10π	
	Terceiro	15	20,80π	129	47,30π	
Primigesta	Sim	33	45,80	97	35,50	0,030
	Não	39	54,20	176	64,50	
Gestação de alto risco	Sim	19	26,40	203	75,50	<0,001
	Não	53	73,60	67	24,50	
Gestação desejada	Sim	65	90,30	219	82,30	0,039
	Não	7	9,70	47	17,70	
Recomendação de abstinência sexual	Sim	0	0	15	5,50	0,027
	Não	72	100	258	94,50	
Frequência de relações sexuais	Aumentou	0	0	6	2,20	0,002
	Diminuiu	54	75	231	85,60	
	Não Mudou	18	25	33	12,20	
Gestação planejada	Sim	47	65,30	122	44,70	0,001
	Não	25	34,70	151	55,30	
Acompanhamento Psicológico em algum período da vida	Sim	16	22,20	72	26,40	0,096
	Não	56	77,80	201	73,60	
Gestação aceita	Sim	71	98,60	266	97,40	0,326€
	Não	1	1,40	7	2,60	

**Qui-Quadrado ou € Teste Exato de Fisher; *3 missing em escolaridade.; Ω = diferença estatisticamente significativa para as categorias fundamental e superior (análise da partição do qui-quadrado); π = diferença estatisticamente significativa para as categorias segundo e terceiro trimestres gestacionais (análise da partição do qui-quadrado)

A comparação entre a presença ou ausência de disfunção sexual associado ao diagnóstico de depressão, diagnóstico de ansiedade e a conjugalidade estão apresentados na Tabela 5.

Foi encontrada associação significativa entre gestantes com diagnóstico de depressão e a presença de disfunção sexual ($p=0,001$) quando comparada a ausência de disfunção sexual. Gestantes com diagnóstico de ansiedade mostraram associação significativa com disfunção sexual ($p<0,001$), quando comparadas com ausência de disfunção sexual. As gestantes que apresentaram ajustamento conjugal se mostraram significativamente associadas a ausência de disfunção sexual ($p=0,036$), quando comparadas a presença de disfunção sexual (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre disfunção sexual e depressão, ansiedade e conjugalidade dentre todas as participantes do estudo – HC-FMUSP – 2018 a 2019

		Disfunção Sexual				P
Variáveis	Categorias	Ausência (n=72)		Presença (n=273)		
		N	%	N	%	
Depressão	Sim	4	5,60	59	21,60	0,001
	Não	68	94,40	214	78,40	
Ansiedade	Sim	5	6,90	92	33,70	<0,001
	Não	67	93,10	181	66,30	
Conjugalidade	Ajustamento	55	76,40	183	67,0	0,036
	Desajustamento	17	23,60	90	33,0	

Na tabela 6, foi feita análise pela diferença das medianas e foi encontrado significância estatística nas variáveis: Gestação com intercorrências clínicas; Trimestre; Crença ou fé; Trabalho Remunerado; Gestação desejada; Primigesta e Acompanhamento psicológico, de acordo com os domínios Desejo, Excitação, Lubrificação e Orgasmo Satisfação, Dor e presença de Disfunção Sexual.

Observou-se menores valores médios e medianos nas gestantes do terceiro trimestre em comparação ao primeiro e segundo trimestre com diferença significativa nos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo ($p<0,001$), dor e satisfação ($p<0,05$).

As gestantes sem trabalho remunerado mostraram menores valores médios e medianos em comparação as gestantes com trabalho remunerado, com diferença significativa para o domínio desejo ($p<0,05$).

Gestantes com gestação não planejada mostraram valores médios e medianos menores em comparação as gestantes com gestação planejada e com diferença significativa para o domínio desejo ($p<0,05$).

Gestantes multigestas apresentaram valores médios e medianos menores em comparação as gestantes primigestas com diferença significativa para os domínios excitação, lubrificação e satisfação ($p<0,05$).

Gestantes que possuem crença ou fé apresentaram valores médios e medianos menores em comparação as gestantes sem crença ou fé com diferença significativa nos domínios lubrificação, orgasmo e dor ($p<0,05$).

Tabela 6: Distribuição de dados de acordo com a associação entre dados sociodemográficos e os domínios desejo, excitação, satisfação, orgasmo, satisfação e dor – HCFMUSP – 2018 a 2019

Variáveis	Categorias	Desejo		Excitação		Lubrificação		Orgasmo	
		Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)
Gestação de alto risco	Não	3,50 (1,19)	3,60 (1 - 6)	2,69 (2,35)	3,60 (0 - 5,7)**	3,03 (2,61)*	3,45 (0 - 6)	2,92 (2,55)	3,60 (0 - 6)*
	Sim	3,06 (1,25)	2,40 (1 - 6)*	1,79(1,77)	2,10 (0 - 6)	2,02(2,13)	1,80 (0 - 6)	1,95(2,07)	2,00 (0 - 6)
Trimestre[†]	1º	3,40 (1,48)	3,60 (1 - 6)**	2,50 (2,07)	3,30 (0 - 6)**	2,85 (2,20)	3,30 (0 - 6) **	2,88 (2,18)	3,60 (0 - 6) **
	2º	3,61 (1,17)	3,60 (1 - 5)	2,51 (2,08)	2,85 (0 - 5,7)	2,90 (2,47)	2,85 (0 - 6)	2,71 (2,37)	2,40 (0 - 6)
	3º	2,74 (1,05)	2,40 (1 - 5)	1,53 (1,84)	0 (0 - 5,1)	1,64 (2,08)	0 (0 - 6)	1,64 (2,09)	0 (0 - 6)
Crença ou fé	Sim	3,25 (1,21)	3,00 (1 - 6)	2,00 (2,05)	2,10 (0 - 6)	2,25 (2,37)	1,80 (0 - 6)*	2,12 (2,29)	2,00 (0 - 6)*
	Não	3,07 (1,34)	2,40 (1 - 5)	2,50 (1,92)	2,40 (0 - 5,1)	2,87 (2,18)	3,00 (0 - 6)	3,00 (2,17)	3,20 (0 - 6)
Trabalho remunerado	Sim	3,33 (1,24)	3,00 (1 - 6)*	2,09 (2,05)	2,10 (0 - 6)	2,38 (2,39)	1,80 (0 - 6)	2,22 (2,26)	2,00 (0 - 6)
	Não	3,05 (1,23)	2,40 (1-5)	2,11 (2,01)	2,10 (0 - 5,4)	2,34 (2,29)	2,10 (0 - 6)	2,39 (2,33)	2,20 (0 - 6)
Gestação desejada	Sim	3,30 (1,21)	3,00 (1 - 6)*	2,17 (2,09)	2,40 (0 - 6)	2,44 (2,41)	2,10 (0 - 6)	2,36 (2,36)	2,20 (0 - 6)
	Não	2,80 (1,31)	2,80 (1 - 5)	1,91 (1,79)	1,65 (0 - 5,4)	2,15 (2,04)	1,80 (0 - 6)	2,07 (1,92)	2,00 (0 - 6)
Primigesta	Não	3,16 (1,29)	2,40 (1 - 6)	1,90 (2,00)	1,50 (0 - 6)*	2,15 (2,33)	1,80 (0 - 6)*	2,19 (2,32)	2,00 (0 - 6)
	Sim	3,30 (1,16)	3,60 (1 - 5)	2,43 (2,05)	2,40 (0 - 5,7)	2,73 (2,34)	3,00 (0 - 6)	2,46 (2,23)	2,40 (0 - 6)
Acompanhamento psicológico em algum período da vida	Sim	2.95 (1.19)	2.40 (1 - 5)*	1.87 (2.00)	1.50 (0 - 5.7)	2.20 (2.32)	1.80 (0 - 6)	2.09 (2.21)	2.00 (0 - 6)
	Não	3.31 (1.25)	3.00 (1 - 6)	2.18 (2.04)	2.40 (0 - 6)	2.42 (2.36)	2.10 (0 - 6)	2.36 (2.31)	2.40 (0 - 6)

Continua

Continuação

Variáveis	Categorias	Satisfação		Dor		Disfunção Sexual	
		Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)
Gestação de alto risco	Não	3,02 (2,58)	4,20 (0 - 6)*	2,73 (2,39)	3,40 (0 - 6)*	17,88 (12,86)	21,45 (1,8 - 34,3)**
	Sim	2,24 (2,25)	2,40 (0 - 6)	2,03 (2,12)	2,00 (0 - 6)	13,10 (10,03)	13,40 (1,2 - 33,2)
Trimestre[†]	1º	3,07 (2,44)	3,20 (0 - 6)*	2,73 (2,38)	2,40 (0 - 6)*	17,43 (11,27)	19,90 (1,2 - 33,2)**
	2º	2,92 (2,37)	3,20 (0 - 6)	2,61 (2,17)	3,00 (0 - 6)	17,27 (11,34)	17,00 (1,2 - 34,3)
	3º	1,89 (2,27)	0 (0 - 6)	1,75 (2,16)	0 (0 - 6)	11,20 (10,36)	5,40 (1,2 - 33,0)
Crença ou fé	Sim	2,39 (2,44)	2,40 (0 - 6)	2,13 (2,25)	1,80 (0 - 6)*	14,14 (11,38)	13,90 (1,2 - 34,3)*
	Não	3,03 (2,14)	3,20 (0 - 6)	2,86 (2,10)	2,80 (0 - 6)	17,34 (10,73)	14,30 (1,2 - 32,90)
Trabalho remunerado	Sim	2,46 (2,37)	2,40 (0 - 6)	2,17 (2,16)	2,40 (0 - 6)	14,65 (11,31)	14,30 (1,2 - 34,3)
	Não	2,60 (2,44)	2,40 (0 - 6)	2,42 (2,34)	2,40 (0 - 6)	14,92 (11,35)	14,10 (1,2 - 33,0)
Gestação desejada	Sim	2,60 (2,47)	2,40 (0 - 6)	2,33 (2,29)	2,40 (0 - 6)	15,21 (11,66)	14,30 (1,2 - 34,3)
	Não	2,23 (2,04)	2,40 (0 - 6)	2,12 (1,99)	2,40 (0 - 6)	13,28 (9,53)	14,10 (1,2 - 32,1)
Primigesta	Não	2,26 (2,34)	2,40 (0 - 6)*	2,12 (2,26)	2,00 (0 - 6)	13,77 (11,18)	13,80 (1,2 - 34,3)
	Sim	2,94 (2,43)	3,20 (0 - 6)	2,52 (2,19)	2,40 (0 - 6)	16,39 (11,37)	16,30 (1,2 - 34,3)
Acompanhamento psicológico em algum período da vida	Sim	2,23 (2,29)	2,40 (0 - 6)	1,95 (2,10)	1,80 (0 - 6)	13,29 (10,85)	14,10 (1,2 - 34,3)
	Não	2,61 (2,43)	2,80 (0 - 6)	2,38 (2,28)	2,40 (0 - 6)	15,26 (11,44)	14,30 (1,2 - 34,3)

Nota: * = $p < 0.050$; ** = $p < 0.001$. [†] Para a variável Trimestre foi aplicado o teste post hoc de Dunn e as diferenças observadas foram entre o 1º versus 3º trimestre e entre o 2º versus o 3º trimestre.

Na tabela 7 foi feita análise pela diferença das medianas entre as variáveis: Depressão, Ansiedade e Conjugalidade e os domínios Desejo, Excitação, Lubrificação e Orgasmo Satisfação, Dor e presença de Disfunção Sexual. Quanto menor a média e mediana, maior a chance de apresentar disfunção sexual.

Foram observados valores médios e medianos menores nas gestantes com diagnóstico de ansiedade e houve diferença significativa para os domínios desejo ($p<0,05$), excitação ($p<0,05$), orgasmo ($p<0,05$), satisfação ($p<0,05$) e no escore total de disfunção sexual ($p<0,05$).

Tabela 7: Distribuição de dados de acordo com a associação entre os domínios da sexualidade - Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Dor e Disfunção Sexual – e Diagnóstico de Ansiedade, Depressão e Conjugalidade HC-FMUSP – 2018 a 2019

Variáveis	Categorias	Desejo		Excitação		Lubrificação		Orgasmo	
		Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)
Diagnóstico de ansiedade	Sim	2,94 (1,23)	2,40 (1 - 5)*	1,65 (1,65)	1,50 (0 - 5,1)*	2,00 (2,03)	1,80 (0 - 6)	1,74 (1,84)	2,00 (0 - 6)*
	Não	3,32 (1,23)	3,00 (1 - 6)	2,28 (2,14)	2,10 (0 - 6)	2,51 (2,45)	2,10 (0 - 6)	2,50 (2,41)	2,40 (0 - 6)
Diagnóstico de depressão	Sim	2,98 (1,20)	2,40 (1 - 5)	1,83 (1,70)	1,50 (0 - 5,1)	2,31 (2,11)	2,40 (0 - 6)	1,92 (1,82)	2,40 (0 - 6)
	Não	3,27 (1,24)	3,00 (1 - 6)	2,16 (2,10)	2,10 (0 - 6)	2,38 (2,40)	1,80 (0 - 6)	2,37 (2,38)	2,00 (0 - 6)
Conjugalidade	Ajustamento	3,23 (1,27)	3,00 (1 - 6)	2,09 (2,08)	2,10 (0 - 5,7)	2,31 (2,35)	1,95 (0 - 6)	2,27 (2,31)	2,00 (0 - 6)
	Desajustamento	3,19 (1,18)	2,40 (1 - 6)	2,12 (1,94)	2,10 (0 - 6)	2,50 (2,36)	2,40 (0 - 6)	2,33 (2,24)	2,00 (0 - 6)

Nota: * = $p < 0.050$; ** = $p < 0.001$

Continua

Continuação

Variáveis	Categorias	Satisfação		Dor		Disfunção Sexual	
		Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)	Média (DP)	Mediana (min - máx)
Diagnóstico de ansiedade	Sim	2,07 (2,05)	2,40 (0 - 6)*	1,97 (2,05)	2,00 (0 - 6)	12,38 (9,24)	14,10 (1,2 - 32,1)*
	Não	2,69 (2,50)	2,80 (0 - 6)	2,39 (2,30)	2,40 (0 - 6)	15,69 (11,91)	14,30 (1,2 - 34,3)
Diagnóstico de depressão	Sim	2,31 (2,09)	2,40 (0 - 6)	2,10 (1,99)	2,40 (0 - 6)	13,45 (9,23)	14,10 (1,2 - 32,1)
	Não	2,56 (2,46)	2,40 (0 - 6)	2,31 (2,29)	2,40 (0 - 6)	15,05 (11,72)	14,30 (1,2 - 34,3)
Conjugalidade	Ajustamento	2,49 (2,44)	2,40 (0 - 6)	2,27 (2,27)	2,40 (0 - 6)	14,65 (11,54)	14,10 (1,2 - 34,3)
	Desajustamento	2,58 (2,29)	2,80 (0 - 6)	2,28 (2,17)	2,40 (0 - 6)	15,07 (10,82)	14,30 (1,2 - 34,3)

Nota: * = $p < 0.050$; ** = $p < 0.001$

Foi realizada análise de regressão logística binária univariada. Os dados obtidos mostraram que gestantes no primeiro e segundo trimestre apresentaram fatores protetores à disfunção sexual quando comparadas as do terceiro trimestre (OR=0,35; IC95%=0,16 – 0,82; $p=0,014$ para o primeiro trimestre e OR=0,27; IC95%=0,14 – 0,52; $p<0,001$ para o segundo trimestre).

Gestantes de alto risco apresentaram aproximadamente nove vezes maior chance de ter disfunção sexual quando comparadas àquelas de baixo risco (OR=8,57; IC95%= 4,74 – 15,50; $p<0,001$). Gestantes que tiveram diagnóstico de ansiedade apresentaram 6,81 maior chance (IC95%=2,65 – 17,48; $p<0,001$) de terem disfunção sexual em comparação as gestantes sem o diagnóstico.

O diagnóstico de depressão também apresentou associação significativa com 4,68 vezes maior chance (IC95%=1,64 – 13,37; $p<0,004$) de apresentar disfunção sexual quando comparadas a gestantes sem o diagnóstico de depressão. Gestantes do ensino superior tem 6,06 maior chance (IC95%=1,91 – 19,18; $p<0,002$) de apresentar disfunção sexual do que gestantes do ensino fundamental. Gestantes do ensino médio tem 2,93 maior chance (IC95%=1,07 – 4,87; $p<0,031$) de ter disfunção sexual do que gestantes do ensino fundamental.

Os dados da regressão logística binária univariada entre as variáveis preditoras e o desfecho presença de disfunção sexual são apresentados na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição dos dados de acordo com a análise de regressão logística binária univariada entre as variáveis preditoras e o desfecho presença de disfunção sexual – HC-FMUSP – 2018 a 2019

Variáveis	Categorias	OR	IC 95%		P
			Superior	Inferior	
Gestação de Alto Risco	(Sim/Não)	8,577	4,744	15,505	<0,001
Trimestre Gestacional	1º	0,35	0,16	0,82	0,014
	2º	0,27	0,14	0,52	<0,001
	3º	Ref			-
Presença de Ansiedade	(Sim/Não)	6,811	2,654	17,483	<0,001
Escolaridade	Fundamental	Ref			-
	Médio	2,293	1,079	4,874	0,031
	Superior	6,067	1,919	19,181	0,002
Primigesta	(Sim/Não)	,651	,385	1,102	0,110
Conjugalidade	(Ajustamento/Desajustamento)	1,591	,874	2,898	0,129
Presença de Depressão	(Sim/Não)	4,687	1,642	13,377	0,004
Acompanhamento Psicológico em Algum Momento da Vida	(Sim/Não)	1,254	,676	2,324	0,473
Crença ou Fé	(Sim/Não)	1,914	,974	3,760	0,060
Trabalho Remunerado	(Sim/Não)	1,027	,606	1,739	0,922
Gestação Desejada	(Sim/Não)	,502	,216	1,163	0,108
Recomendação de Abstinência Sexual	(Sim/Não)	,000	0,000		0,998
Número de relações	Não mudou	Ref			-
	Diminuiu	2,33	1,22	4,45	0,010

Nota: categoria de referência sem disfunção sexual. Número de relações sexuais aumentou(n=6) e fumantes(n=9) não calculado devido ao n insuficiente.

Foi realizada regressão logística binária múltipla. As variáveis foram testadas pelo modelo de stepwise em ordem crescente do menor ao maior valor de p conforme significância estatística até $p < 0.20$. Em paralelo, foram consideradas as variáveis com relevância clínica. Foi realizado ajuste pelas variáveis acompanhamento psicológico e número de relações sexuais. Este ajuste foi feito, pois o número de gestantes que se enquadravam nesta especificidade era baixo (número de relações aumentou $n=6$; gestação aceita $n=8$ e acompanhamento psicológico no momento da entrevista $n=19$) portanto tais variáveis não estão apresentadas na tabela 9. Não é possível encontrar

significância estatística quando não há um contraponto, no entanto, contribuiu para a melhora da qualidade matemática do modelo.

Na análise de regressão logística binária múltipla, gestantes no primeiro trimestre apresentaram um fator de proteção de 0,15 (IC95% = 0,05 – 0,42; $p<0,001$) para disfunção sexual quando comparadas as gestantes do terceiro trimestre. Gestantes do segundo trimestre também apresentaram fator protetivo de 0,33 (IC95% = 0,15 – 0,73; $p=0,006$) quando comparadas as gestantes do terceiro trimestre. Verifica-se que o desajustamento conjugal apresenta chance de quase três vezes maior para o evento (OR=2,75; IC95%=1,26 – 6,00; $p=0,011$) em comparação as gestantes com conjugalidade considerada ajustada.

Gestantes de alto risco apresentam 6,66 vezes maior chance (IC95% = 3,21 – 13,83; $p<0,001$) para disfunção sexual quando comparadas as gestantes de baixo risco. Para elucidar os IC em relação as gestantes de alto e baixo risco foi realizada a curva ROC (anexo H). O diagnóstico de ansiedade indica 5,44 maior chance (IC95%=1,74 – 17,04; $p=0,004$) de apresentar disfunção sexual quando comparadas as gestantes sem o diagnóstico. Ser multigesta apresenta 2,21 maior chance (IC95%= 1,06 - 4,60; $p=0,032$) de apresentar disfunção sexual quando comparadas a primigestas. Gestantes do ensino superior apresentam 5,18 maior chance de apresentar disfunção sexual (IC95% = 1,29 – 20,78; $p<0,020$) quando comparadas as gestantes do ensino fundamental (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição de dados de acordo com os fatores associados à presença de disfunção sexual. Análise de regressão logística binária múltipla – HC-FMUSP – 2018 a 2019

Análise de regressão logística binária múltipla					
Variáveis	Categorias	OR	IC 95%		P
			Superior	Inferior	
Gestação de Alto Risco	(Alto risco/Baixo risco)	6,667	3,212	13,839	<0,001
Trimestre Gestacional	1º	0,15	0,05	0,42	<0,001
	2º	0,33	0,15	0,73	0,006
	3º	Ref			-
Presença de Ansiedade	(Sim/Não)	5,440	1,74	17,04	0,004
Escolaridade	Fundamental	Ref			-
	Médio	2,014	0,800	5,067	0,137
	Superior	5,185	1,294	20,783	0,020
Primigesta	(Sim/Não)	2,218	1,069	4,604	0,032
Gestação Planejada	(Sim/Não)	1,895	0,912	3,94	0,087
Conjugalidade	(Ajustamento/Desajustamento)	2,754	1,262	6,009	0,011

Nota: categoria de referência sem disfunção sexual. * Modelo ajustado pelas variáveis acompanhamento psicológico, número de relações sexuais e gestação planejada.

6. Discussão

Este estudo foi idealizado para compreender a função sexual de mulheres e quais variáveis encontram-se associadas à disfunção sexual no período gestacional. Considerando o total de participantes, 345 gestantes, independentemente do risco atribuído ao período gestacional, 79,1% das mulheres apresentaram disfunção sexual no momento da avaliação.

As mulheres entrevistadas mostraram possuir representatividade em relação ao perfil sociodemográfico da mulher brasileira, pois em sua maioria possuíam escolaridade básica e religião católica.⁹⁸

A sexualidade humana é uma vivência que não envolve somente fatores biológicos, mas uma inter-relação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Com isto, a sexualidade não está relacionada apenas aos genitais, mas também aos processos cognitivos de um indivíduo, que por consequência levam a alterações no comportamento deste.⁹⁹ Desta forma, o fato da gestação ser considerada de alto risco interfere de alguma maneira, nos processos cognitivos da gestante, devido a vivência ameaçadora a que o binômio mãe bebê encontram-se expostos, influenciando na saúde sexual.

Apesar das intensas modificações socioculturais como a emancipação feminina e acesso a informações científicas, os medos e a cultura restritiva para as práticas sexuais, além do fator de risco na gestação, podem ainda se manter, por se tratar de uma mudança gradual. Estudos já demonstraram que as práticas sexuais de gestantes não adicionam riscos à gestação ou a saúde fetal, no entanto, considerando que as mulheres receberam ao longo da história todo tipo

de informação sobre a prática sexual durante a gestação, é compreensível que ainda possa existir questões semelhantes às de suas antepassadas.^{24,74,100}

Estudos realizados no Oriente Médio, mostram prevalência de 91,8% e 90% de disfunção sexual em gestantes de baixo risco.^{8,12} Apesar do uso do mesmo instrumento utilizado neste estudo, existe uma diferença nos resultados apresentados, o que pode indicar fatores culturais como preditores à disfunção sexual. No estudo de Aydin e cols.,¹² mesmo em sua análise com mulheres não gestantes, foi encontrada prevalência de disfunção sexual de 67,61%, e o alto índice foi relacionado a cultura turca na qual mulheres são ensinadas a evitar a vivência da sexualidade ao longo da vida. A mesma justificativa é utilizada referente a cultura iraniana para explicar os altos índices de disfunção sexual naquela população. Os dados sobre a influência do ambiente nos comportamentos sexuais, podem trazer a reflexão com referencial teórico da Cognitivo-Comportamental.¹⁶

A partir dessa abordagem, acredita-se que os indivíduos possuem crenças centrais que são desenvolvidas ao longo da vida de acordo com as próprias vivências. São compreensões duradouras e fundamentais a respeito de si, dos outros e do mundo, não perceptíveis para o próprio indivíduo que tende a enxergar a vida e seus acontecimentos a partir dessa ótica que é tomada como uma verdade absoluta, mesmo quando uma outra interpretação mais realista exista. As vivências sociais e representações culturais são fatores de predisposição que influenciam no desenvolvimento de crenças e auxiliam na compreensão dos padrões de comportamento dos indivíduos, uma vez que as crenças afetam o modo que pensamos e agimos.⁷³

Tendo em vista este princípio da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ao considerar o histórico de ideias negativas e conceitos distorcidos sobre a sexualidade feminina e a maternidade, esta influência cultural poderá afetar diretamente na maneira que os indivíduos interpretam as vivências acerca da sexualidade.⁷³

Quando se fala da representação da gravidez para a sociedade brasileira, é esperado culturalmente um período gestacional de bem-estar emocional e a maternidade como um período de felicidade na vida da mulher.⁷¹ Ao receber o diagnóstico da gestação de alto risco, o medo e a preocupação tomam o lugar do bem estar que era esperado e a percepção do risco enfrentado pela gestante irá determinar sua maneira de se sentir e lidar com a situação vivenciada. As gestantes de alto risco, apresentam 7,07 vezes maior chance para disfunção sexual quando comparadas com gestantes de baixo risco. A ameaça real que se encontra em uma gestação de alto risco, juntamente com as crenças e percepções das gestantes da limitação desta gestação e a falta de recursos para o enfrentamento da situação de crise gera um ciclo de manutenção do problema podendo causar sofrimento nesta gestante, trazendo prejuízos para diversos âmbitos da vida, inclusive sua sexualidade.⁵⁹

O trimestre gestacional é um outro fator que pode estar relacionado à disfunção sexual em gestantes. Entre as gestantes que se encontravam no segundo trimestre observou-se associação significativa com a ausência de disfunção sexual, quando comparado a presença de disfunção sexual. Estes resultados são comparáveis a literatura científica na qual a atividade sexual no segundo trimestre é indicada como o período que mais equivale à função sexual

das mulheres que não se encontram gestantes apresentando significância estatística para a ausência da disfunção sexual.^{13,14,43}

O estudo mostra que gestantes no primeiro trimestre apresentaram um fator de proteção para disfunção sexual quando comparadas as gestantes do terceiro trimestre. Gestantes do segundo trimestre também apresentaram fator protetivo quando comparadas as gestantes do terceiro trimestre. Esses dados encontrados neste estudo estão em concordância com outros estudos.^{24,74,100.}

O terceiro trimestre é um período em que as modificações corporais da gestante podem interferir diretamente no relacionamento sexual, além disso, a preocupação com o parto pela aproximação do nascimento e os possíveis desfechos após o nascimento podem interferir no interesse levando a uma piora na classificação da função sexual. Foi observado que em todos os domínios do terceiro trimestre as respostas foram piores em comparação ao primeiro e segundo trimestre.

Diante do prejuízo significativo na área da sexualidade desta população, mostrado neste estudo, o período da gestação que expõe a mulher a fatores estressores como as mudanças biológicas, nos relacionamentos, no trabalho e nos vínculos afetivos é um período que pode agravar para sofrimento intenso ou até transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade. Com a percepção da gestante e as estratégias de enfrentamento para o novo problema, o sofrimento emocional pode estar presente. Este estudo denotou que gestantes com diagnóstico de depressão apresentam associação significativa para presença de disfunção sexual quando comparada a ausência de disfunção sexual.

A depressão causa uma ampla gama de prejuízos na vida de um indivíduo e está associada a eventos estressantes no decorrer da vida e a fatores que podem levar a sensibilidade ao estresse e a estímulos negativos. Relações de baixa qualidade ao longo da vida também são fatores de risco para o desenvolvimento da depressão. Assim como neste estudo, estudo de Francisco e cols.,¹⁰² analisaram a sexualidade e depressão entre gestantes de baixo risco comparando com gestantes que apresentaram aborto espontâneo de repetição (AER) – que podem ser consideradas gestantes de alto risco – e demonstraram que as gestantes com AER apresentam duas vezes maior chance de apresentar depressão, além de apresentaram função sexual significativamente menor ($p=0,05$).

Deve-se considerar que a disfunção sexual, por ser uma resultante biopsicossocial pode levar a depressão e que a disfunção sexual pode ser um sintoma da depressão. Por serem fatores associados como evidenciado na literatura, o impacto negativo na vida dos indivíduos é considerado um problema de saúde pública.^{103,104}

A satisfação sexual é um fator importante para a qualidade de vida de um indivíduo.¹ Considerando todos os prejuízos que podem advir do diagnóstico de depressão, incluindo fator de risco para a disfunção sexual, o que contribuirá para a piora desta paciente, é recomendável maior encaminhamento destas gestantes para terem acompanhamento psicológico durante o pré-natal.¹⁰⁵

O mesmo resultado é encontrado na população do estudo com diagnóstico de ansiedade que mostrou associação significativa com disfunção sexual, quando comparado a ausência de disfunção sexual. Quando este dado

é buscado pela análise dos domínios, o diagnóstico de ansiedade apresentou maior associação nos domínios: desejo; excitação; orgasmo e satisfação, quando comparadas as gestantes sem diagnóstico de ansiedade.

A ansiedade é esperada em um momento que existe risco, podendo eliciar resposta de proteção e cuidado, no caso desta população, o cuidado com a gestação, e por isso, em certa medida, pode ser compreendida como um sentimento adequado. Porém, se torna inadequado e causador de sofrimento intenso quando é um sentimento desproporcional a vivência, fazendo com que a gestante tenha prejuízos significativos em suas áreas de vida e atividades cotidianas. Observam-se valores médios e medianos menores para gestantes com diagnóstico de ansiedade e houve diferença significativa para os domínios desejo, excitação, orgasmo, satisfação e na disfunção sexual.

Na terapia sexual proposta por Master e Johnson⁵⁷ e Kaplan e cols.,¹⁰⁵ a ansiedade a respeito do desempenho sexual foi considerada a causa imediata mais importante da disfunção sexual. Para estes autores, pensamentos ansiosos a respeito do desempenho sexual interrompiam o fluxo normal do funcionamento sexual inibindo a excitação e o orgasmo. Ao considerar que a ansiedade a respeito do desempenho sexual inibe a satisfação sexual, também é possível que mesmo na ausência de problemas sexuais específicos, altos níveis de ansiedade podem interferir na resposta sexual causando distração cognitiva que reduzem tanto a excitação fisiológica quanto a subjetiva. Este dado pode justificar os resultados apresentados neste estudo, que indicam que gestantes com o diagnóstico de ansiedade apresentam 5,75 vezes maior chance de

apresentar disfunção sexual quando comparadas as gestantes sem o diagnóstico.

Para a TCC, a ansiedade se mantém em três fatores de ciclo de manutenção: uma atenção seletiva, alterações fisiológicas e mudanças no comportamento. Este ciclo pode implicar na diminuição da função sexual da gestante. Se a gestante que recebe o diagnóstico de alto risco, tem atenção seletiva para as interpretações catastróficas que podem ser realistas ou não, terá a manutenção de seus comportamentos e pensamentos predominantemente ansiosos que poderá prejudicar a função sexual. Em pesquisa realizada por Lucena e cols.,¹⁰⁶ apontou que 27,6% das pessoas que preenchiam critérios para o diagnóstico de ansiedade não recebiam tratamento especializado, e o não reconhecimento dessa necessidade é apontada como um fator para a ausência de cuidado com esse transtorno.

Quando falamos de relações afetivas, gestantes que apresentaram ajustamento conjugal se mostraram significativamente associadas com a ausência de disfunção sexual, quando comparado a presença de disfunção sexual. Na construção das relações afetivas, a valorização de vínculos, reciprocidade nos sentimentos, e o prazer sexual são elementos primordiais na manutenção da relação conjugal.¹⁰⁷

O vínculo sexual do casal está relacionado com valores, convivência, diálogos, e a sexualidade é um aspecto da vida que é manifestada por um conjunto de sentimentos, desejos, fantasias vivenciadas ao longo da vida.^{24,74,100} Neste estudo, foi observado que o desajustamento conjugal apresenta quase

duas vezes maior chance para a disfunção sexual em comparação as gestantes com conjugalidade considerada ajustada.

Em estudo observacional realizado por Masters e Jonson⁵⁸, com o objetivo de descrever a resposta sexual humana do ponto de vista fisiológico, o termo disfunção foi criado, sendo inicialmente dividido em excitação, caracterizado pelo começo das sensações sexuais e orgasmo por uma descarga das tensões. Na década de 70, Kaplan e cols.,⁸⁸ em continuidade da pesquisa fisiológica da sexualidade humana incluíram a fase desejo na resposta sexual, que foi caracterizado como fatores que contribuem para o envolvimento do sujeito em uma prática sexual. Na década de 80, Barlowe e cols.,⁹⁰ relacionaram a excitação sexual com a ansiedade e incluiu que o processo cognitivo de um sujeito estaria relacionado a prática sexual e seriam essenciais para a compreensão de uma disfunção sexual.

A resposta sexual humana ocorre em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo é o despertar do interesse a algum estímulo sexual; a excitação que ocorre em seguida é caracterizada pelo aumento da tensão sexual; o orgasmo é a total liberação da tensão sexual e a resolução é a diminuição de toda a tensão sexual vivenciada pelo sujeito, voltando ao estado original.

Com isto, ao se analisar os domínios sexuais, fala-se dos processos da função sexual. Essa é a proposta da análise dos domínios no FSFI. O domínio desejo mostrou médias e medianas significativamente menores em gestantes que não planejaram a gestação quando comparadas as gestantes que a planejaram. Também foi identificado que em gestações quando não planejada e

quando não desejada pela gestante apresentaram maior frequência de disfunção sexual. O fato da gestante não desejar ou não planejar a gestação pode ser um agravante para vivência da sexualidade. Uma vez que a realidade das alterações ocasionadas pela gravidez acaba afetando a maneira que sente e se comporta, afetando inclusive a função sexual.

Ter uma crença ou fé também apresentou médias e medianas significativamente menores nos domínios orgasmo, lubrificação e para a disfunção sexual em comparação as gestantes que não tinham crença ou fé. As religiões, de forma geral, ditam normas que muitas vezes interferem diretamente na sexualidade. Por exemplo a religião católica que prevê o sexo apenas para procriação e o prazer sexual é considerado pecaminoso.⁴¹

Ser multigesta aumenta em 2,21 a chance de apresentar disfunção sexual e mostrou média e mediana significativamente menores para excitação, lubrificação e satisfação quando comparadas as primigestas. Este resultado indica maior preocupação para a gestante que já é mãe podendo ser explicado pela disponibilidade que deverá existir para mais um cuidado materno após o final da gestação e pela associação entre mãe assexuada, sendo a sexualidade não pertencente ao papel desempenhado na maternidade.^{5,6}

Na gestação de alto risco, as limitações na vida da gestante são reais. Um fator protetivo para o adoecimento mental dessa mulher seria tratar as questões referentes a sexualidade minimizando medos e favorecendo a qualidade de vida.²⁶ É um direito da mulher tratar questões de sua sexualidade e um dever do profissional da saúde. O atendimento em saúde pré-natal para todos os profissionais que a assistem, deve-se voltar a promoção de saúde da paciente

voltando-se a aspectos da importância de pré-natal, cuidados da gestação, aleitamento, direitos sexuais e reprodutivos.²⁷

A função sexual é um fenômeno biopsicossocial afetado por estímulos internos e externos, modulado pelo sistema nervoso central e periférico o que causa alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias, resultando na sexualidade física e cognitiva. Neste fenômeno, aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos estão presentes.^{108,109} A disfunção sexual surgiu apenas no século XX, após estudos sobre sexualidade humana, e considera-se que atualmente, o comportamento sexual não tem caráter apenas reprodutivo, mas é essencial na construção de uma vida de qualidade de uma pessoa.¹¹⁰

Tendo em vista os dados relevantes acerca da disfunção sexual, sugere-se que nas consultas obstétricas de pré-natal possam ser investigadas questões acerca da qualidade das orientações destas gestantes. Estudo da Unifesp aponta que a falta de tempo durante as consultas e a dificuldade de abordar o tema da sexualidade entre profissionais de saúde acabam sendo obstáculos no tratamento das disfunções sexuais.¹¹¹ Desta forma pode-se concluir que é considerado importante que as orientações sejam esclarecedoras sobre seu corpo, autonomia e desejos. A educação sexual voltada para a gestação, pode gerar mais confiança, autocuidado e melhorar a interação do casal.

7. Conclusão

O índice de disfunção sexual durante o período gestacional encontrado neste estudo foi de 79,1%. No grupo de gestantes de baixo risco a disfunção sexual foi de 23,4% e entre gestantes de alto risco de 70,9%.

Neste estudo constatou-se associação entre disfunção sexual e ansiedade, disfunção sexual e depressão e entre disfunção sexual e ajustamento conjugal.

Na comparação entre os domínios constatou-se significância estatística entre o domínio desejo e gestação de alto risco; terceiro trimestre; trabalho remunerado; gestação desejada; primigesta; acompanhamento psicológico. No domínio excitação com: gestação de alto risco; terceiro trimestre; primigesta. No domínio orgasmo com: gestação de alto risco; terceiro trimestre; crença ou fé. No domínio satisfação gestação de alto risco; terceiro trimestre; primigesta. No domínio dor com: gestação de alto risco; terceiro trimestre; crença ou fé.

Quando associado os domínios com as variáveis independentes, constatou-se significância estatística entre a ansiedade e os domínios: satisfação, excitação e desejo.

Identificou-se risco aumentado para disfunção sexual a gestação de alto risco; gestantes do terceiro trimestre, diagnóstico de ansiedade, ser multigesta e desajustamento conjugal.

8. Anexos

Anexo A. Comitê de ética HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Ajustamento conjugal, sexualidade, ansiedade e depressão: um estudo com gestantes de alto-risco

Pesquisador: Gláucia Rosana Guerra Benute

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 12158213.5.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.796.492

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de reenvio de emenda vinculada ao projeto original intitulado: Ajustamento conjugal, sexualidade, ansiedade e depressão: um estudo com gestantes de alto-risco, já aprovado por este comitê em 20/11/2013 com número de parecer No. 493.553. A presente emenda visa a inclusão de dois subprojetos a serem desenvolvidos como Mestrados respectivamente pelos pesquisadores Rafael Costa Ferreira: "Ajustamento conjugal, sexualidade e depressão: um estudo com homens durante o período gestacional" e Isabella Vermillo Teixeira: "Ajustamento conjugal, sexualidade e depressão: um estudo com gestantes de alto-risco".

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora responsável ambos subprojetos se manterão com base no protocolo de pesquisa em referencia, tendo destacado como objetivos primários desta emenda estudar desejo e satisfação com relação à sexualidade durante a gravidez; o ajustamento conjugal; a presença de depressão e ansiedade; a associação entre dados sócio-demográficos, satisfação, representações sociais, e depressão e ansiedade comparando os resultados entre os grupos estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nesta emenda mantém-se a mesma descrição de riscos e benefícios a saber: estão previstos riscos mínimos para este estudo; referem ainda que qualquer problema que necessite de apoio e tratamento psicológico específico será devidamente encaminhado para acompanhamento

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 2.796.492

especializado. Não são previstas terapêuticas experimentais ou intervenções.

Como benefícios os autores mantêm o destaque para a ampliação de conhecimento nesta área que poderá permitir a identificação de transtornos na área da sexualidade da gestante de alto risco e propiciar adequada proposta assistencial voltada para intervenção terapêutica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Emenda se mantém bem delineada, assim como na anterior. Sua relevância clínica e social deve ser destacada novamente e está de acordo com as normas para sua aprovação. Nesta emenda apresentada os autores adequaram o TCLE de acordo com o solicitado no último parecer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios para a emenda estão devidamente apresentados, e o TCLE foi atualizado e adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta de Emenda está bem estruturada, a pesquisa é de relevância clínica e social e está de acordo com as normas para sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_910900_E1.pdf	07/05/2018 15:38:05		Aceito
Outros	carta_just_emenda.pdf	07/05/2018 15:37:44	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	carta_parecer.pdf	07/05/2018 15:36:58	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	sub_projeto_Isabella_2018.doc	07/05/2018 11:16:26	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	FORM_SUB_EMENDAS_E_BROC_07_05_2018.pdf	07/05/2018 11:13:26	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2018.pdf	07/05/2018 11:11:27	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA_25_10_17.pdf	31/10/2017 17:00:06	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	projeto_mestrado_rafael_25_10_17.doc	31/10/2017 16:58:34	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

**USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE**

Continuação do Parecer: 2.796.492

Outros	sub_projeto_isabella_25_10_17.doc	31/10/2017 16:57:53	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	EMENDA_29_09_17.pdf	09/10/2017 15:41:08	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	CARTA_SUBM_02_06_17.pdf	05/06/2017 15:09:19	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	FORM_SUB_EMENDAS_E_BROC_02_06_17.pdf	05/06/2017 15:08:47	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_rafael_02_06_17.doc	05/06/2017 15:07:32	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE ajustamento conjugal (1).doc	04/11/2013 06:56:03		Aceito
Outros	carta Divisão de psicologia.doc	04/11/2013 06:55:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CIAPP_368_13_TCLE.pdf	24/10/2013 15:08:01		Aceito
Folha de Rosto	CIAPP_368_13_FOLHA_ROSTO.pdf	22/10/2013 15:39:56		Aceito
Outros	CIAPP_368_13_CADASTRO_PROTODLO_PESQUISA.pdf	17/10/2013 10:03:01		Aceito
Outros	CIAPP_368_13_APROVA_COMITE_ETICA_CONSELHO_DOG (1).pdf	23/09/2013 07:20:45		Aceito
Outros	CIAPP_368_13_APROVA_CIAPP (1).pdf	23/09/2013 07:20:29		Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	23/09/2013 06:35:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINAL projeto sexualidade gestação de alto risco.pdf	23/09/2013 06:34:43		Aceito
Outros	CIAPP_368_13_LATTES[1].pdf	23/09/2013 06:33:48		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 2.796.492

SAO PAULO, 02 de Agosto de 2018

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Anexo B. Termo de consentimento livre e esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME: :.....

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : .....

SEXO : FEMININO DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO.....

Nº..... APTO:.....

BAIRRO:.....CIDADE.....

.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

.....

2. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR:

A senhora está sendo convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa que está sendo realizada por psicólogos da Divisão de Psicologia, no Instituto Central do HCFMUSP. Essa pesquisa tem como tema o “AJUSTAMENTO CONJUGAL, SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO”. Vários estudos têm demonstrado que diversas transformações, tanto físicas quanto psicológicas, ocorrem durante a gravidez, afetando bemestar físico e emocional, relacionamento e sexualidade. Várias pesquisas mostram que a frequência e a qualidade da atividade sexual sofrem mudanças importantes durante a gestação. Nós, psicólogos, pretendemos estudar estas mudanças. Se a senhora achar que pode contribuir com a pesquisa e aceitar participar dela, lhe será pedido que responda a algumas perguntas que estão em alguns questionários: 1. Questionário de dados sociodemográficos e entrevista; 2. PRIME-MD; 3. Dyadic Adjustment Scale (DAS); 4. Female Sexual Function Index (FSFI). Isto deverá durar entre 40 e 60 minutos. Nesse tipo de atividade não existem riscos para o paciente. A princípio não há um benefício direto para o participante. Por outro lado, as informações que a senhora puder nos dar, juntamente com as de outras pacientes que participam da pesquisa, poderão nos ajudar a compreender as dificuldades de nossas pacientes com relação à sexualidade no período da gravidez, e isto poderá trazer benefícios para o tratamento de outras pessoas em situações semelhantes. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. De qualquer modo, ao final de sua participação, caso seja do seu interesse continuar falando com o psicólogo, a senhora poderá ser imediatamente encaminhado para o agendamento de consulta na Divisão de Psicologia. Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Drª Gláucia Rosana Guerra Benute que pode ser encontrada na Divisão de Psicologia do ICHC_FMUSP, no telefone 3069-6188. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua

Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br Sua participação é livre e voluntária, assim como sua liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhum tipo de prejuízo. A senhora também pode desistir de participar da pesquisa se, depois de começar a

responder as perguntas, mudar de ideia. Isso não afetará o tratamento que a senhora recebe no hospital. As informações que a senhora nos fornecer são confidenciais, não serão transmitidos ao seu médico, a outros profissionais que o atendem ou ao seu parceiro, e não irão interferir diretamente no seu tratamento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente, para preservar sua privacidade e garantir o sigilo dos dados da pesquisa. A senhora tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para esta pesquisa. A sua participação será muito importante para, no conjunto dos dados levantados, podermos conhecer as dificuldades de nossos pacientes de modo a poder implementar estratégias de enfrentamento das mesmas. Se a senhora concorda em participar do estudo, solicitamos que assine seu nome neste termo de consentimento pós-esclarecido.

6. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “AJUSTAMENTO CONJUGAL, SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO”. Eu discuti com a Drª Gláucia Rosana Guerra Benute ou alguém de sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. 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 do acesso a tratamento hospitalar 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, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

_____
/ ____ / ____

Assinatura da testemunha Data

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo. _____

Assinatura do responsável pelo estudo   Data ____ / ____ / ____

Anexo C. Dados sociodemográficos

Entrevista com a gestante

Cod. Matricula (RGHC) _____ DATA: ____/____/____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO - SOCIODEMOGRÁFICOS

1.Nome: _____

2.Idade: _____

4.Escolaridade _____

Trabalho remunerado? ( ) Não ( ) Sim

5.Crença de fé? ( ) Não ( ) Sim

Fumante? ( ) Não ( ) Sim

15.Já fez ou faz acompanhamento psiquiátrico/psicológico? ( ) Não ( ) Sim Por que? _____

15.1 Época (mês/ano) do início do tratamento psiquiátrico/psicológico
_____

II. ASPECTOS GESTACIONAIS:

1.Idade gestacional (em semanas): _____

2.Nº de Gestações: _____

5.Essa gravidez foi desejada?

Essa gravidez foi planejada?

Essa gravidez foi aceita?

Agora na gravidez você tem apresentado algum problema de saúde?

( ) Não ( ) Sim

6.1.Qual(is)? _____

7.A sua gravidez é considerada de alto risco pelos médicos? ( ) Não ( ) Sim

MOTIVO: _____

12.O seu médico fez alguma recomendação sobre ter ou não ter relacionamento sexual durante a gravidez? ( ) Não ( ) Sim

IV. Sobre o relacionamento sexual ANTES e DEPOIS da gestação:

13. Antes de engravidar, quantas vezes no MÊS você tinha relações sexuais?

_____

E depois da gravidez, quantas vezes no MÊS você tinha relações sexuais?

_____

Anexo D. PRIME MD - Depressão

PRIME-MD

MÓDULO DE HUMOR

Depressão Maior		
Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas <u>quase todos os dias</u> ?		
1. Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormido demais?	Sim	Não
2. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia?	Sim	Não
3. Pouco apetite ou comendo demais?	Sim	Não
4. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Sim	Não
5. Sentindo-se "para baixo", deprimido ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentindo-se mal em relação a você mesmo – ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família "para baixo"?	Sim	Não
7. Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	Sim	Não
8. Estar o mais inquieto ou irrequieto do que você era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto - movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	Sim	Não
9. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Se Sim: Fale-me à respeito.	Sim	Não
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	Sim	Não

↓
 Transtorno
 Depressivo
 Maior
 vá para #12

Anexo E. PRIME MD - Ansiedade

MÓDULO DE ANSIEDADE

PÂNICO			
Se a questão #21 do questionário do paciente (crise de ansiedade) está assinalada Não, vá para #33			
18. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade esse mês, Isso já aconteceu antes?	Sim	Não	vá para #33
19. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere? Se não está claro: Em situações onde você não espera estar nervoso ou desconfortável?	Sim	Não	vá para #33
20. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você? Considere Sim se alguma vez esteve presente.	Sim	Não	vá para #33
Pense em sua última crise realmente intensa.			
Vá para #32 assim que você checkou 4 sintomas que ocorreram durante a última pior crise do paciente			
21. ( ) Você teve falta de ar?	25. ( ) Você sentiu como se estivesse se sufocando?	28. ( ) Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar?	
22. ( ) Seu coração acelerou, deu um pulso, teve batadeira ou palpitação?	26. ( ) Você teve ondas de calor ou calafrios?	29. ( ) Você teve formigamento ou dormência em partes de seu corpo?	
23. ( ) Você teve dor ou pressão no peito?	27. ( ) Você teve náusea ou desconforto no estômago, ou a sensação de que teria uma diarreia?	30. ( ) Você teve tremores ou abalos?	
24. ( ) Você suou?		31. ( ) Você ficou com medo de morrer?	
32. Quatro ou mais de #21 a #31 assinalados?	Sim	Transtorno do Pânico	não Transtorno Ansioso SOE

Ansiedade Generalizada		
33. Você tem se sentido nervoso, ansioso ou inquieto na maioria dos dias no último mês?	Sim	Não vá para #44
Durante o último mês você se sentiu frequentemente incomodado por algum desses problemas?		
34.( ) Sentindo-se tão inquieto que é difícil ficar parado? 35.( ) Cansando-se facilmente?	36.( ) Músculos com tensão com dor ou doloridos? 37.( ) Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo?	38.( ) Dificuldade para se concentrar nas coisas tais como ler um livro ou assistir TV? 39.( ) Ficar incomodado ou irritado ou facilmente?
40. Há 3 ou mais assinalados de #34 a #39?	Sim	Não vá para #44
41. No último mês esses problemas o dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?	Sim	Não Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45
42. Nos últimos 6 meses você tem estado muito preocupado com diversas coisas ? Considere como Sim apenas se Sim para: Isso aconteceu durante mais da metade dos dias nos últimos 6 meses?	Sim	Não Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45
43. Quando você está preocupado desse jeito você descobre que não consegue parar?	Sim Transtorno de Ansiedade Generalizada vá para #45	Não Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45
44. Foram diagnosticados Transtorno do Pânico ou Trans-torno de Ansiedade SOE?	Sim	Não saída
ANSIEDADE DEVIDO A DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRA DROGA 45. Os sintomas de ansiedade atuais provavelmente são devidos aos efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?	Sim dúvida Adicione R/O Transtorno Ansioso devido a uma doença física, medicação ou outra droga saída	Não saída

Anexo F. Escala de Ajustamento Conjugal (DAS)

Muitas pessoas têm desacordos em seus relacionamentos. Por favor, indique o grau aproximado de acordo ou desacordo entre você e seu / sua parceiro(a) da seguinte lista,

	Concordamos sempre	Concordamos na maioria do tempo	Discordamos ocasionalmente	Discordamos frequentement e	Discordamos na maioria do tempo	Discordamos sempre
1. Administração das finanças da família						
2. Assuntos de recreação						
3. Assuntos religiosos						
4. Demonstração de afeição						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Comportamento correto ou apropriado						
8. Filosofia de vida						
9. Em relação a negócios com parentes						
10. Propósitos, metas e coisas importantes						
11. Quantidade de tempo gastos juntos						
12. Tomada de decisões importantes						
13. Tarefas domésticas						
14. Atividades e tempo de lazer						
15. Decisões profissionais						

colocando um X. Coloque um X em apenas uma resposta por questão.

	Todo tempo	A maioria do tempo	Mais frequente do que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. Quantas vezes vocês têm discutido ou considerado o divórcio, separação ou término do seu relacionamento?						
17. Quantas vezes você e seu (sua) parceiro(a) saem de casa após uma briga?						
18. Em geral, quantas vezes você pensa que as coisas entre você e seu (sua) parceiro(a) estão indo bem?						
19. Você confia em seu (sua) parceiro(a)?						
20. você se arrepende de ter casado (ou ir viver junto)?						
21. Quantas vezes você e seu (sua) parceiro(a) brigam?						
22. Quantas vezes você e seu (sua) parceiro(a) irritam um ao outro?						

23. Você beija seu (sua) parceiro(a)	Todo dia	Na maioria dos dias	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	-----

24. Você e seu (sua) parceiro(a) envolvem-se em interesses externos juntos?	Todos eles	A maioria deles	Alguns deles	Poucos deles	Nenhum deles	-----

Quantas vezes você diria que os seguintes eventos ocorrem entre você e seu (sua) parceiro(a)?

	Nunca	Menos que uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Uma vez ao dia	Mais frequentemente
25. Tem uma estimulante troca de ideias						
26. Riem juntos						
27. Calmamente discutem alguma coisa						
28. Trabalham juntos em um projeto						

Existem algumas coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam. Indique se os itens abaixo causaram diferenças de opiniões ou foram problemas em seu relacionamento durante as semanas passadas recentes (Responda SIM ou NÃO).

	SIM	NÃO
29. Estar cansado demais para relações sexuais		
30. Não demonstrar amor		

31. Os pontos abaixo representam diferentes graus de felicidade em seu relacionamento. O ponto médio “feliz” representa o grau de felicidade da maioria dos relacionamentos. Por favor, indique o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas de seu relacionamento.

Extremamente infeliz	Razoavelmente infeliz	Um pouco infeliz	Feliz	Muito feliz	Extremamente feliz	Perfeito

32. Qual das afirmações seguintes melhor descreve como você se sente sobre o futuro do seu relacionamento?

	Quero desesperadamente que meu relacionamento dê certo e faria quase tudo para que assim seja.
	Quero muito que meu relacionamento dê certo e farei tudo o que eu puder para que assim seja.
	Quero muito que meu relacionamento dê certo e farei a minha parte (o que estiver ao meu alcance) para que assim seja.
	Seria bom se meu relacionamento desse certo, mas não posso fazer mais do que eu faço atualmente para mantê-lo.
	Seria bom se meu relacionamento desse certo,, mas me recuso a fazer mais do que já faço atualmente para mantê-lo.
	Meu relacionamento nunca dará certo e não há nada mais que eu possa fazer para mantê-lo.

Anexo G. Female Sexual Function Index (FSFI)

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

- Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.
- Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.
- Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

- Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer atividade sexual, sendo receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.
- Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada, “vagina molhada”, “tesão vaginal”), ou contrações musculares.

1. Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?		Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
2. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual		Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum
3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum
5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Segurança muito alta	Segurança alta	Segurança moderada	Segurança baixa	Segurança muito baixa ou sem segurança
6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
8. Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade ou ato sexuais?	Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
10. Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em atingir o orgasmo (“clímax”/“gozou”)?	Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade em atingir o orgasmo (“gozar”) durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
14. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro (a) durante a atividade sexual?	Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro (a)?	Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	Na maioria das vezes (mais que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
19. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	Sem atividade sexual	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum

Anexo H. Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*)

9. Referências bibliográficas

1. WHO | Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. WHO. 2014;
2. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the global better sex survey. *J Sex Med.* 2008;5:788–95.
3. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *J Sex Med.* 2012;9:1897–903.
4. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Vol. 41, *Archives of Sexual Behavior*. Arch Sex Behav; 2012. p. 1241–51.
5. Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:934–8.
6. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2000;107:964–8.
7. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17:154–7.
8. Vásquez G. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural | *Revista Trilhas da História.* 2014.
9. Schwengber MSV. Distinções e articulações entre corpos femininos e corpos grávidos na *Pais & Filhos*. *História: Questões & Debates.* 2007;47:123–38.
10. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição.
11. Kholesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *Afr Health Sci.* 2018;18:227–34.
12. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urol J.* 2015;12:2339–44.
13. Köhler BDSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde.* 2017;16:360–6.
14. Mathias AER de A, Pitangui ACR, Arantes VA, Freitas HGV e, Vilela FMF, Dias TG. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. *ABCS Heal Sci.* 2015;40.
15. Buring J, Hennekens CH. *Epidemiology in Medicine* by Charles H. Hennekens. 9th ed. 1987. 400 p.
16. SAÚDE M DA, Saúde S de A à, Estratégicas D de AP. *Gestação de Alto Risco Manual Técnico - 5ª Edição.* 5ª. Editora do Ministério da Saúde, editor. Brasília - DF; 2012.

17. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *CMAJ*. 2011;183:815–8.
18. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7:136–42.
19. Kryś KM, Makara-Studzińska M, Plewik I. Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy. Vol. 2, *European Journal of Medical Technologies*. 2015.
20. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı A, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among turkish pregnant women. *Turk Urol Derg*. 2016;42:178–83.
21. Naldoni LMV, Pazmiño MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2011;37:116–29.
22. Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2017;28:923–9.
23. 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*. 2007;4:1381–7.
24. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:148–54.
25. Chang SR, Ho HN, Chen KH, Shyu MK, Huang LH, Lin WA. Depressive Symptoms as a Predictor of Sexual Function during Pregnancy. *J Sex Med*. 2012;9:2582–9.
26. Carvalho ACR de, Tenório IM, Araújo EC de. IDEAS, BELIEFS AND VALUES THAT PREGNANTS WOMEN HAVE REGARDING THE PROPER SEXUALITY. *Rev Enferm UFPE* line. 2007;1:133.
27. Santos RV, Penna CM de M. Health education as a strategy for care for pregnant women, puerpera, and newborn children. *Texto e Context Enferm*. 2009;18:652–60.
28. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Ocampo-Saldarriaga MV, Tirado-Otálvaro AF. Prevalence of positive screening for depression and anxiety in high obstetric risk pregnant women in a clinic in Medellín, Colombia, between January and August 2013, and associated risk factors. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015;66:94–102.
29. Tavares L. Depressão e Relacionamento Conjugal durante a Gravidez e o Pós-Parto. Vol. 4. 1990.
30. Zugaib M. *Obstetrícia psicossomática*. Atheneu; 1998.
31. Veríssimo CM de A 1981-. Funcionamento sexual feminino e exposição corporal na gravidez de termo. 2012;
32. Hentschel H, Lima Alberton D, Capp E, Goldim JR, Passos EP. VALIDAÇÃO DO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) PARA USO EM LÍNGUA PORTUGUESA VALIDATION OF THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

(FSFI) FOR PORTUGUESE LANGUAGE.

33. Leite APL, Moura EDA, Campos AAS, Mattar R, De Souza E, Camano L. Validation of the female sexual function index in Brazilian pregnant women. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2007;29:396–401.
34. Choi SK, Park YG, Park IY, Ko HS, Shin JC. Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women. *J Res Med Sci*. 2014;19:807–12.
35. Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:475–82.
36. Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Fraguas Junior R, Lucia MCS de, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65:1127–31.
37. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*. 2014;4:e004883.
38. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:826.
39. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, et al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2014;76:433–46.
40. Liu Y, Zhuo L, Zhu B, He M-Y, Xu Y, Wang T-T, et al. [Association between depression during pregnancy and low birth weight in neonates: a Meta analysis]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2017;19:994–8.
41. Duby G, Neto JB. Idade Média, Idade dos Homens: Do amor e outros ensaios. Companhia das Letras; 2019.
42. Priore MD. História do amor no Brasil. Editora Contexto; 2005.
43. Luiz Pinto Silva JE. MARIA CRISTINA DA SILVA LAZAR PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL. 2002.
44. Adinma JIB. Sexuality in Nigerian Pregnant Women: Perceptions and Practice. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 1995;35:290–3.
45. Lopes G, Goodson L, Cavalcanti S. Sexologia e Ginecologia - 1ª. Ed. 1ª. Medsi Editora Médica e Científica Ltda, editor. 1995.
46. Atputharajah V. Some aspects of sexual knowledge and sexual behaviour of local women. Results of a survey. VIII. Anal intercourse. *Singapore Med J*. 1986;27:407–9.
47. Muraro RM. A mulher no Terceiro Milênio: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro. Editora Rosa dos Tempos; 1992. (Latin American women writers).
48. MONEY J. The Inevitability of Patriarchy. *Arch Pediatr Adolesc Med*.

- 1974;128:262.
49. Robert Muchembled. O Orgasmo e o Ocidente. 1ª. WMF Martins Fontes; 2007. 394 p.
  50. CAPELAO A. TRATADO DO AMOR CORTÊS. 2ª. WMF MARTINS FONTES - POD; 2019. 314 p.
  51. Bassanezi C, Rose P, Projeto Z, Pinsky J. História das mulheres no Brasil. 2004.
  52. Navarro LR. O Livro do Amor - vol. 2: Do Iluminismo à atualidade. Best Seller; 2013. (O Livro do Amor).
  53. Sevcenko N, de Mello e Souza L, Schwarcz LM. A corrida para o século XXI: no loop da montanha-russa. Companhia das Letras; 2001. (Virando séculos).
  54. Vitiello N. O exercício da sexualidade na gestação. J SOGESP. 1999;8:45:47.
  55. Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. Am J Obstet Gynecol. 1973;117:991–1000.
  56. Tolor A, DiGrazia P V. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. Arch Sex Behav. 1976;5:539–51.
  57. BALLONE, G. J. Sexualidade na gravidez, <http://www.psiqweb.méd.br> [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: http://bib.pucminas.br/arquivos/5000/8200/25_8246.htm
  58. Gravidez e sexualidade « PsiqWeb [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: <http://psiweb.net/index.php/gravidez-e-sexualidade/>
  59. De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. J Sex Res. 2002;39:94–103.
  60. Lamarre AK, Peterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. Can J Hum Sex. 2003;12.
  61. Andrade LHSG de, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). 2006;33:43–54.
  62. Rennó Jr. J, Ribeiro HL. Aspectos gerais da saúde mental da mulher. In: Tratado de saúde mental da mulher. 1ª. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 432.
  63. Rennó Jr. J, Demarque R, Ribeiro HL, Cavalsan JP. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. Debates em Psiquiatr. 2012;2:6–11.
  64. Rennó Jr. J, Demarque R, Lobo HR, Cavalsan JP, Silva AG. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. Debates em Psiquiatr. 2012;2:6–11.
  65. Daud S, Zahid AZM, Mohamad M, Abdullah B, Mohamad NAN. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2019;300:1279–85.
  66. Marques Medeiros e Silva J, Leite Nóbrega JC, Barbosa e Silva M do S. Disfunção sexual no período gestacional e sua relação com variáveis obstétricas. Rev CIÊNCIAS EM SAÚDE. 2020;10:46–50.

67. Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40:1023–9.
68. Prado DS. Impacto da gestação na função sexual feminina Impact of pregnancy on female sexual function.
69. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of Pregnancy and Childbirth on Sexuality of Women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;2011:1–6.
70. Esmer AC, Akca A, Akbayir O, Goksedef BPC, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39:1165–72.
71. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni É, et al. Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: Classification, diagnosis and treatment. Vol. 33, *Revista de Psiquiatria Clinica*. Universidade de Sao Paulo; 2006. p. 92–102.
72. Nicoletti EA, Donadon MF. Ciclos de manutenção em terapia cognitivo-comportamental: formulação de caso, plano de tratamento e intervenções específicas. *Sinopsys*; 2018. 208 p.
73. Beck AT, Clark DA, Monteiro MC. Terapia Cognitiva Para Os Transtornos De Ansiedade: TRATAMENTOS QUE FUNCIONAM: GUIA DO TERAPEUTA. *ARTMED*; 2012.
74. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord*. 2015;175:18–24.
75. Albertini JGL. Avaliação de depressão em gestantes e associação com desfechos de parto e nascimento. [São Paulo]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2019.
76. Gois AP de A, da Silva LG, de Assis CL. ANSIEDADE NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO COM MULHERES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CACOAL-RO, BRASIL. *Altern Cuba en Psicol*. 2019;7.
77. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110:1102–12.
78. Women AC of O and GC on HC for U. ACOG COMMITTEE OPINION Number 757 Committee on Obstetric Practice.
79. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. London; 2008.
80. Souza JS. Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão E Modos De Enfrentamento. Teses e dissertações, editor. PUC/SP/PSICOLOGIA (PSICOLOGIA CLÍNICA); 2010.
81. MÔNICA MARIA DE JESUS SILVA, DENISMAR ALVES NOGUEIRA, MARIA JOSÉ CLAPIS, ESTEFÂNIA SANTOS GONÇALVES FÉLIX GARCIA, CAROLINE KRAUSER, CHRISTIANNE ALVES PEREIRA CALHEIROS,

ELIANA PERES ROCHA CARVALHO LEITE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVI. In 2016.

82. Özgan Çelikel Ö, Bulut S. Evaluation of the relationship between sexual functions and depressive symptoms among pregnant patients during the second trimester. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300:1813–9.
83. Gomez R, Leal I. Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. [Marital adjustment: psychometric characteristics of the Portuguese version of the Dyadic Adjustment Scale.]. *Análise Psicológica*. 2008;26:625–38.
84. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yilmaz D, Güner T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. Vol. 40, *Journal of Sex & Marital Therapy*. Kisa, Sezer: Gazi University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Besevler, Ankara, Turkey, sezer@gazi.edu.tr: Taylor & Francis; 2014. p. 309–22.
85. Brandão T, Brites R, Hipólito J, Pires M, Nunes O. Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: an actor–partner approach. *J Reprod Infant Psychol*. 2020;38:49–59.
86. Yanikkerem E, Goker A, Ustgorul S, Karakus A. Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey. *Int J Impot Res*. 2016;28:176–83.
87. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16.
88. Gordis L. *Epidemiologia*. Thieme Revinter; 2017.
89. Vieira S. *Bioestatística*. ELSEVIER (MEDICINA); 2018.
90. Berquo ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. *Bioestatística*. 1ª. São Paulo: EPU - Editora Pedagógica e Universitária; 1981.
91. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191–208.
92. Browner WS, Cummings SR, Hulley SB, Grady D, Newman TB. *Delineando A Pesquisa Clínica*. ARTMED; 2014.
93. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *J Marriage Fam*. 1976;38:15.
94. Spanier GB, Thompson L. A Confirmatory Analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *J Marriage Fam*. 1982;44:731.
95. Augusto J, Hernandez E. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO STRUCTURAL ASSESSMENT OF THE DYADIC ADJUSTMENT SCALE. Vol. 13, *Psicologia em Estudo*.
96. Fraguas Jr R, Henriques Jr SG, De Lucia MS, Isifescu D V., Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *J Affect Disord*. 2006;91:11–7.

97. Concato J, Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariable models. Vol. 118, *Annals of Internal Medicine*. Ann Intern Med; 1993. p. 201–10.
98. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD Contínua. 2018.
99. De Oliveira Falcone EM, Oliva AD, Figueiredo C. Produções Em Terapia Cognitivo-comportamental. CASA DO PSICOLOGO;
100. Fellmeth G, Plugge EH, Carrara V, Fazel M, Oo MM, Phichitphadungtham Y, et al. Migrant perinatal depression study: a prospective cohort study of perinatal depression on the Thai-Myanmar border. *BMJ Open*. 2018;8:e017129.
101. Redinger S, Norris SA, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis*. 2018;9:30–40.
102. Francisco MDFR, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2014;36:152–6.
103. Casper RC, Redmond DE, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic Symptoms in Primary Affective Disorder: Presence and Relationship to the Classification of Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:1098–104.
104. Gitlin MJ. Effects of depression and antidepressants on sexual functioning. *Bull Menninger Clin*. 1995;59:232–48.
105. Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. Brunner/Mazel; 1974. (A Brunner/Mazel publication).
106. Lucena BB de, Abdo CHN. O papel da ansiedade na (dis)função sexual. *Diagn Trat*. 2013;
107. Coutinho SM dos S, Menandro PRM. Conjugal and familial relations in the perspective of two generations of women: “But be endearing while it lasts.” *Psicol Clin*. 2010;22:83–106.
108. Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 1. The need to reproduce. *Minerva Ginecol*. 2010;62:349–59.
109. Giuliano F, Pfaus J, Balasubramanian S, Hedlund P, Hisasue S ichi, Marson L, et al. Experimental Models for the Study of Female and Male Sexual Function. *J Sex Med*. 2010;7:2970–95.
110. Wylie K, Rees M, Hackett G, Anderson R, Bouloux P-M, Cust M, et al. Androgens, health and sexuality in women and men. *Maturitas*. 2010;67:275–89.
111. Vieira TCSB, de Souza E, Abdo CHN, Torloni MR, Santana TGM, Leite APL, et al. Brazilian Residents’ Attitude and Practice Toward Sexual Health Issues in Pregnant Patients. *J Sex Med*. 2012;9:2516–24.