



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA SOBRE A FUNÇÃO**  
**SEXUAL DE MULHERES GRÁVIDAS**

**ANDREZA MORAIS DA SILVA**

**NATAL – RN**

**2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA SOBRE A FUNÇÃO  
SEXUAL DE MULHERES GRÁVIDAS**

**ANDREZA MORAIS DA SILVA**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Fisioterapia da UFRN, como pré-requisito  
para obtenção de grau de FISIOTERAPEUTA.*

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dda. Vanessa Patrícia Soares de  
Souza

Co-orientadora: Dda. Ingrid Fonsêca Damasceno  
Bezerra

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elizabel de Souza  
Ramalho Viana

**NATAL – RN**

**2016**

## **AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**

TRABALHO APRESENTADO POR ANDREZA MORAIS DA SILVA

EM 01 DE DEZEMBRO DE 2016

1º Examinador (a) ORIENTADOR (a): Prof<sup>ª</sup>. Dda. VANESSA PATRÍCIA SOARES DE SOUSA

Nota atribuída: .....

2º Examinador (a): Dda. INGRID FONSÊCA DAMASCENO BEZERRA

Nota atribuída: .....

3º Examinador (a): Prof<sup>ª</sup>. Msd. MARIA CLARA OLIVEIRA

Nota atribuída: .....

APROVADO COM MÉDIA = \_\_\_\_\_

*Á Deus, autor de tudo.*

*A minha vó materna, Maria Margarida,  
por todo amor.*

*A minha mãe, Genilda Maria, por estar sempre  
comigo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Sinto-me agradecida primeiramente a Jesus por ter me permitido realizar todo esse trabalho. Diante das dificuldades que encontrei antes de chegar aqui, ele me deu pulso e coragem. Obrigado, senhor!

À minha família em geral, às minhas avós e principalmente aos meus pais, dois seres simples e esforçados que me incentivaram sempre no decorrer de todo o curso. Em especial á minha mãe, mulher guerreira que sempre esteve do meu lado me auxiliando.

Agradeço a Professora Dra. Elizabel Viana por ter aceitado essa orientação com tanto carinho em um momento delicado. Um exemplo de profissional e pessoa.

A Professora Dda. Vanessa Patrícia, pela excelente orientação e aprendizado. Por sua competência e humildade em ensinar. Contribuiu muito para realização desse trabalho.

A Professora Dda. Ingrid Bezerra, por sua co-orientação com muita sabedoria e simplicidade. Uma ótima profissional.

A Neila, Adriano, Evelyn e Rafaela, por terem se preocupado comigo nos momentos difíceis e tornado meus dias mais alegres. Aos amigos em geral, os quais se tornaram também minha família ao longo de todo o curso. Foram peças importantes pra mim, além de contribuírem para esse trabalho de alguma forma.

A turma de fisioterapia 2012.2, obrigada por todos os momentos compartilhados.

A Professora Msd. Maria Clara, por fazer parte da banca examinadora.

E á todas as gestantes que deram vida a esse estudo.

Á todos vocês, meus sinceros agradecimento!

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Função sexual.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Qualidade de vida.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Função sexual e qualidade de vida na gestação.....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Caracterização do estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 População e amostra.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Instrumentos.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3.1 Ficha de Identificação e avaliação.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3.2 Índice de Função Sexual Feminina (FSFI).....</b>	<b>19</b>
<b>3.3.3 Índice de Qualidade de vida de Ferrans e Powers (IQVFP).....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Procedimentos da coleta.....</b>	<b>20</b>
<b>3.5 Análise dos dados.....</b>	<b>22</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Artigo Original.....</b>	<b>24</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>64</b>

## RESUMO

**Introdução:** Alterações decorrentes do período gestacional podem culminar com mudanças na função sexual (FS) da gestante. Visto que a sexualidade é reconhecida pela OMS como um dos pilares na qualidade de vida (QV), é possível haver relação entre FS e QV. **Objetivo:** Analisar a influência da qualidade de vida sobre a função sexual de mulheres grávidas. **Métodos:** O estudo analítico, comparativo, transversal, realizado de abril de 2013 a setembro de 2016, contou com 207 gestantes, residentes na grande Natal/RN. Avaliaram-se dados sociodemográficos, obstétricos e da função sexual. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Índice de função sexual feminina (FSFI) e Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers (IQVFP). Analisaram-se os dados pela estatística descritiva e inferencial (teste de Kolmogorov-Smirnov, teste de Mann-Whitney e Regressão Logística Binária). Variáveis incluídas no modelo apresentaram  $P < 0,10$ . O nível de significância adotado foi de  $P < 0,05$ . **Resultados:** A mediana da idade foi de 30 anos. 53,6% das gestantes tinham ensino superior e 40,1% apresentavam renda familiar acima de 4 salários mínimos. Observou-se que 35,7% das voluntárias apresentou disfunção sexual. O domínio “desejo”, do FSFI, teve menor valor. Gestantes sem disfunção sexual apresentaram melhor qualidade de vida ( $P = 0,040$ ), relacionada aos domínios: socioeconômico ( $P = 0,001$ ) e psicológico e espiritual ( $P = 0,019$ ). Entretanto, o modelo de regressão logística indicou que, apenas, o domínio socioeconômico influenciou significativamente ter ou não disfunção sexual (Wald = 14,31 |  $P = 0,01$  | OR = 1,76). **Conclusão:** A melhor qualidade de vida, relacionada a aspectos socioeconômicos, é um fator de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual em gestantes.

## ABSTRACT

**Introduction:** Changes from the gestational period and culminating with changes in the sexual function (FS) of the pregnant woman. Since a sexuality recognized by who as one of the pillars in quality of life (QL), it is possible to have a relationship between FS and QL. **Objective:** To analyze an influence of quality of life on the sexual function of pregnant women. **Methods:** The comparative, comparative, cross - sectional study was carried out in April 2013 and counted with 207 pregnant women living in. Sociodemographic, obstetric and sexual function data were evaluated. Female Sexual Function Index (FSFI) and Ferrans and Powers of Quality Index of Life (QLI). Descriptive and inferential statistical data (Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney test and Binary Logistic Regression) were analyzed. Variables included in the presented model  $P < 0.10$ . The significance level adopted for  $P < 0.05$ . **Results:** The median age was 30 years. 53.6% of the pregnant women in higher education and 40.1% -presented family income above 4 minimum wages. It was observed that 35.7% of the volunteers had sexual dysfunction. The domain "desire", to make FSFI, had less value. Pregnant women without sexual dysfunction had a better quality of life ( $P = 0.040$ ), related to socioeconomic ( $P = 0.001$ ) and psychological and spiritual domains ( $P = 0.019$ ). However, the logistic regression model indicated that only the socioeconomic domain influenced sexual dysfunction or not (Wald = 14.31 |  $P = 0.01$  | OR = 1.76). **Conclusion:** A better socioeconomic-related quality of life is a risk factor for the development of sexual dysfunction in pregnant women.



## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Fluxograma de captação das voluntárias para a pesquisa

## **LISTA DE TABELAS**

### **Artigo Original**

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica, obstétrica e da função sexual da amostra

**Tabela 2** – Análise bivariada comparando os domínios do questionário de qualidade de vida, entre voluntárias com e sem disfunção sexual.

**Tabela 3** – Modelo final de Regressão Logística binária acerca dos fatores relacionados à ocorrência de disfunção sexual

## 1. INTRODUÇÃO

O período gestacional compreende diversas alterações fisiológicas no corpo da mulher, de forma a prepará-lo para gestação. Nesse contexto, as mudanças no sistema musculoesquelético, incluindo os músculos do assoalho pélvico (MAP's), podem impactar funções fisiológicas específicas e a qualidade de vida das gestantes. Os MAP's compreendem um grupo muscular transversal, que se localiza na cavidade pélvica e alterações nessa musculatura podem interferir na função sexual da gestante. (1–3) Somando-se a isto, as mudanças psicológicas como alterações de humor, insatisfação com o corpo e dificuldades de interação social, influenciam negativamente a qualidade de vida da mulher.

### 1.1 Função sexual

A função sexual está intimamente relacionada ao cotidiano da maioria das mulheres. A sexualidade em si é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, fatores políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (4) O ato sexual se caracteriza por diversos mecanismos fisiológicos, responsáveis por desencadear a resposta sexual e, conseqüentemente, promover uma função sexual fisiológica.

No que diz respeito à neurofisiologia envolvida, os estímulos sensoriais são transmitidos à medula espinhal pela via aferente sensorial e conduzidos novamente para os órgãos genitais pelo nervo pudendo (S2-S4). O sistema nervoso autônomo parassimpático (SNAP) atua na função sexual através dos nervos pélvicos (S2-S4). Já o sistema simpático é representado pelo nervo hipogástrico (T10-L2). (5) O estímulo parassimpático ocasiona a lubrificação vaginal, turgência dos lábios e clitóris, enquanto que a ação do sistema nervoso simpático provoca vasoconstrição, contrações rítmicas das trompas de falópio, da musculatura do assoalho pélvico, útero e glândulas uretrais. (5)(6)

Ao longo da excitação, há vasocongestão no órgão sexual feminino, decorrente do grande fluxo de sangue. A lubrificação nessa fase ocorre devido à transdução do plasma sanguíneo através do epitélio da vagina para sua superfície, da secreção uterina e das

glândulas vestibulares. O aumento do fluxo sanguíneo intracavernoso, ocasiona protrusão do clitóris e ingurgitamento dos pequenos lábios. (7,8)

Durante todos estes mecanismos há ação hormonal. O estrogênio e a testosterona, por exemplo, cumprem um papel muito importante nessa cadeia de respostas e, portanto, alterações nos seus níveis podem prejudicar a função sexual da mulher. A redução do estrogênio resulta no afinamento do epitélio da mucosa e atrofia o músculo liso da parede vaginal, além de reduzir o nível de acidez vaginal, o que propicia a ocorrência de infecções do trato geniturinário. O estrogênio também tem efeito vasodilatador, que leva ao aumento do fluxo sanguíneo arterial no órgão genital e gera mecanismos envolvidos na resposta sexual. Baixos níveis de testosterona também ocasionam alterações como redução da excitação, da percepção genital, da libido e do orgasmo. (9)

Na década de 60, de acordo com Mendonça *et al.* (2012), William Masters e Virginia Johnson descreveram o primeiro modelo do ciclo da resposta sexual, o qual foi constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. (4) Kaplan em 1979 sugeriu um novo modelo da resposta sexual constituído por três fases: desejo, excitabilidade e orgasmo. O mesmo acreditava que a resolução se referia à ausência da resposta sexual e, portanto, não se enquadrava ao ciclo da resposta. A fase de platô, também foi excluída do modelo, pois o autor acreditava que a mesma era uma continuidade da fase de excitação. (4)

Basson em 2000, apresentou um novo modelo do ciclo da resposta sexual feminina, referindo-se a quatro aspectos fundamentais: 1) as mulheres possuem menor necessidade de liberação hormonal para estimulação sexual quando comparadas aos homens; 2) o desejo sexual é resultado de fatores que não são necessariamente sexuais; 3) o processo de excitação feminina ocorre de forma subjetiva, podendo não ser acompanhada de alterações fisiológicas como mudanças vasocongestivas na genitália ou alterações físicas; e 5) o orgasmo pode ou não ocorrer e que, ao ocorrer, pode manifestar-se de várias formas numa mesma mulher. (10) O mesmo autor propõe, ainda, que as fases do ciclo de resposta sexual se sobrepõem de forma variável. (11)

Já, segundo Masters & Johnson (1970), explana que a excitação consiste numa estimulação psicológica e/ou fisiológica referente à atividade sexual. As principais características desse período são: vasocongestão (grande quantidade de sangue no órgão sexual) e pela miotomia (contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico). O

platô seria a continuidade do processo de excitação de forma prolongada, ocorrendo de 30 segundos a vários minutos. A miotomia e a vasocongestão resultam no orgasmo, uma imensa descarga de prazer. A resolução consiste num estado de bem-estar obtido após o orgasmo, onde ocorre relaxamento da musculatura. Nos homens, esta fase se manifesta como um momento no qual o organismo não aceita estímulos, necessitando de repouso. (7) Já as mulheres podem ser capazes de responder a estímulos após a resolução.

Há três fases da vida feminina que representam um período de mudanças associadas ao âmbito sexual, fisiológico, social e psicológico. Compreendem-se as fases em:

- 1) puberdade, período onde há surgimento das características sexuais primárias e secundárias, decorrente das alterações hormonais;
- 2) gestação, a fase onde ocorre exacerbação das funções hormonais, alterações biomecânicas e psicológicas. De acordo com Miranda, Dias, Brenes, “A gravidez é o evento mais complexo da experiência humana, podendo ser considerada um fator de estresse e, conseqüentemente, capaz de desenvolver alterações biopsicossociais na mulher”. Fatores como carga genética, estado psicológico e estrutura social influenciam diretamente nas repercussões ao longo da gestação; (12)
- 3) climatério, como momento de transição do período de reprodução para o de não reprodução, caracterizado por alterações metabólicas e hormonais que, muitas vezes, podem trazer mudanças envolvendo o contexto psicossocial e sexual. (13)

Em virtude de a função sexual feminina ser influenciada por multifatores, sejam eles fisiológicos, emocionais ou sociais, é comum a presença de disfunções sexuais ao longo da vida feminina. As principais disfunções compreendem:

1. Disfunção do desejo sexual: diminuição (hipoatividade) do sexual;
2. Disfunção por aversão ou fobia sexual: recusa persistente ou recorrente de qualquer contato sexual genital com um ou com todos os parceiros;
3. Disfunção da excitação: incapacidade de adquirir ou sustentar a excitação até o término da atividade sexual;
4. Disfunção do orgasmo: dificuldade ou ausência de alcançar a resposta orgástica (anorgasmia);
5. Dispareunia: dor recorrente ou persistente durante o ato sexual;
6. Vaginismo: espasmo involuntário da musculatura vaginal (musculatura do AP), causando dor e dificuldades de realizar o intercurso sexual.

## 7. Hipoestesia Vaginal: redução da sensibilidade vaginal

Nessa perspectiva, é possível considerar que disfunções sexuais provocam uma acentuada mudança nos hábitos de vida da mulher, podendo interferir negativamente na qualidade de vida da mesma.

## 1.2 Qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), a qualidade de vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (14) A QV compreende um vasto contexto, no qual fazem parte o conhecimento, experiências, valores individuais e coletividade, a refletir em momentos históricos, classe social e cultura de cada indivíduo. (15) Constitui-se um termo multidimensional e polissêmico. Segundo Casarin et al., inclui fatores objetivos, subjetivos e que o bem-estar físico e psicológico devem ser considerados. (16)

O estilo de vida, condições de saúde, a questão dos direitos humanos, e o ambiente familiar, originam resultados referentes a qualidade de vida, sejam eles positivos ou não. Em virtude da gestação, apresentar modificações fisiológicas, emocionais e sociais específicas, acredita-se que há uma estreita relação entre função sexual, qualidade de vida e gravidez.

## 1.3 Função sexual e qualidade de vida na gestação

O período gestacional, caracterizado por aumento das mudanças hormonais e alterações no corpo, leva a mulher comportar-se de maneira diferente. A maioria está voltada para a maternidade, com maior labilidade emocional e insegurança, além de encontrar-se em adaptação junto à família e o companheiro. (17,18) As mudanças corporais nesse período são intensas. A mulher pode não aceitar o corpo, sentir-se menos atraente e passar a adotar uma postura social diferente, com reduzida autoestima. Muitas

mulheres desenvolvem sintomatologia depressiva que pode perdurar durante todo período gestacional e se cronificar no pós-parto.

As alterações hormonais, por sua vez, mediam as modificações secundárias no corpo da mulher. Nessa fase, o sistema endócrino está sobrecarregado, levando ao aumento na produção de todos os hormônios. Além disso, a placenta se comporta como um novo órgão glandular. Também se faz necessário um maior fluxo sanguíneo para o sistema glandular, o que resulta no aumento metabólico. A elevação da atividade anabólica, voltada para a reserva energética, resulta no aumento de tecido adiposo. (18)

No que diz respeito ao sistema musculoesquelético, há uma frouxidão ligamentar, e, como consequência, um aumento da mobilidade articular, no intuito de facilitar o trabalho de parto. Essa alteração predispõe à ocorrência de entorses e luxações. Ademais, a musculatura abdominal se encontra distendida devido ao tamanho uterino. Os MAP's, por sua vez, têm elasticidade aumentada sob efeito da relaxina e progesterona, e se encontram sobrecarregados por suportar o peso do útero gravídico, dos órgãos pélvicos e abdominais, predispondo à fraqueza muscular importante. (19) Além disso, as alterações hormonais também reduzem o tônus e força dessa musculatura. (20)

Adicionalmente, o assoalho pélvico é responsável pela continência urinária e fecal, por auxiliar o aumento a pressão intra-abdominal, o parto, a respiração e na estabilização de tronco. (1-3) Dessa forma, condições de fraqueza da musculatura do AP, interferem na integridade das funções dos órgãos pélvicos e, conseqüentemente, na resposta sexual, visto que o AP permite o intercuro sexual. As contrações involuntárias do AP, por exemplo, são as características principais da resposta orgástica e quando fracos, podem ocasionar disfunções sexuais como anorgasmia e hipoestesia vaginal. (1)

Cerca de 80 a 100% dos casais são sexualmente ativos durante a gestação. Estima-se que disfunções sexuais afetem de 20 a 50% deles. (21) A frequência sexual da gestante tem uma relação diretamente proporcional com a própria disposição e a do seu parceiro. (22) Estudos de Master e Johnson (1996), e Kitzinger (1985), encontraram decréscimo da atividade sexual durante o primeiro e o terceiro trimestres, com aumento da frequência, desejo e disposição para as relações sexuais no segundo trimestre. (22)

Muitos dos desconfortos físicos associados à gravidez desaparecem no segundo trimestre e algumas mulheres consideram esse momento mais prazeroso sexualmente, enquanto outras experimentam diminuição da frequência de coito, libido e erotismo. (22)

Alterações comuns referentes ao primeiro trimestre da gestação como náuseas, vômitos, constipação ou diarreia, podem levar ao decréscimo do desejo sexual. No segundo trimestre, a mulher já se encontra mais adaptada com a gravidez. Há, redução dos enjoos e como consequência, melhora da disposição sexual. No terceiro trimestre, o aumento dos desconfortos como fadiga, insônia, aumento das contrações uterinas, peso do feto, desequilíbrio, tonturas e câimbras recorrentes, contribuem para deixar o casal mais discreto em relação à atividade sexual. (23) Muitas vezes, isso ocorre por medo do casal em machucar o bebê ou desencadear um parto prematuro, devido ao ato sexual.

Em virtude dessas alterações que dificultam a relação sexual, esta acaba sendo frequentemente substituída por opções alternativas, como a masturbação e outras práticas, no intuito do prazer sexual. (22) Além disso, a aceitação da gravidez, o relacionamento com o parceiro, a autoestima são componentes importantes para que haja bom desempenho nas relações sexuais(24), pois se entende que nesse período, a mulher se encontra em um momento de labilidade emocional e insegurança. (25) A mulher pode satisfazer-se com a mesma quantidade de estímulos sexuais, anteriores à gravidez, ou não, de acordo com sua autoestima. Mesmo com atenção do parceiro, a gestante pode sentir-se carente e resultar em problemas na atividade sexual. Isso se dá principalmente pela questão emocional. (18) Essas alterações emocionais dependendo do grau podem levar a problemas como exclusão do meio social, e do trabalho. (12)

A sexualidade é reconhecida pela OMS como um dos pilares na qualidade de vida. (26) Logo, é possível que haja uma relação entre duas variáveis. Nesse contexto, tem-se ampliado na literatura, o interesse sobre a qualidade de vida no período gravídico, mas os resultados de estudos relacionando a função sexual e QV durante a gestação ainda são escassos. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar a influência da qualidade de vida sobre a função sexual de mulheres grávidas.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a influência da qualidade de vida sobre a função sexual de mulheres grávidas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a amostra no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos e de função sexual;
- Comparar o escore total e os domínios do questionário de qualidade de vida, entre gestantes com e sem disfunção sexual;
- Identificar o modelo de regressão mais adequado para explicar a influência dos domínios dos questionários de qualidade de vida sobre a presença ou não de disfunção sexual.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização do estudo**

Estudo analítico, comparativo e de caráter transversal.

#### **3.2 População e Amostra**

A população foi constituída por gestantes, residentes na Grande Natal. A amostra (n=268), recrutada por conveniência, foi oriunda da maternidade Divino Amor, em Parnamirim/RN, e do Curso Preparatório para Gestação, Parto e Pós-parto (CPGPP) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O período da coleta foi de abril de 2013 a setembro de 2016.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: (a) terem idade entre 18 e 45 anos; (b) estarem no segundo ou terceiro trimestre gestacional; (c) serem residentes em Natal/RN; (d) gestação única; (e) não apresentarem nenhum fator que impossibilitasse a prática da atividade sexual durante o período gestacional, como por exemplo: risco de parto prematuro, descolamento de placenta, ameaça de aborto, sangramento, incompetência ístmocervical; (f) ter parceiro nos últimos seis meses; e (g) assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram excluídas do estudo, as mulheres que se recusaram a responder os questionários de avaliação e 61 mulheres por não estarem sexualmente ativas no último mês, no intuito de não direcionar os resultados para função sexual isoladamente, já que não foi o foco do estudo, totalizando a amostra (n=207).

#### **3.3 Instrumentos**

### **3.3.1 Ficha de identificação e avaliação**

Inicialmente, aplicou-se uma ficha de avaliação, elaborada pelos pesquisadores e contendo questões relacionadas às características sociodemográficas (idade, estado marital, escolaridade e renda familiar), dados sobre a gestação (gravidez planejada, idade gestacional, acompanhamento obstétrico), questões sobre os domínios sexuais (desejo, excitação, orgasmo, dor e satisfação), antes e durante a gestação; além de questões sobre autoconhecimento corporal e sobre sexualidade. (APÊNDICE I)

### **3.3.2 Índice de função sexual feminina (FSFI)**

O FSFI é um instrumento de avaliação da função sexual feminina. Tem como objetivo avaliar a função sexual, assim como detectar a presença de disfunções sexuais. Constitui-se em um questionário de 19 questões, agrupadas em 6 domínios: desejo (2 itens), excitação (4 itens), lubrificação (4 itens), orgasmo (3 itens), satisfação (3 itens) e dor (3 itens). (21,27) As questões todas são de múltipla escolha e é atribuído a cada resposta um valor de 0 a 5. Os valores obtidos são calculados por fórmula matemática para aquisição do escore de função sexual. A pontuação varia de 2 a 36, sendo a função sexual proporcional ao valor, quanto menor o valor obtido, pior a função sexual e vice-versa. Possui ponto de corte de  $\leq 26,5$  como aceito para diagnóstico de disfunção sexual em mulheres. (28)

Este instrumento foi validado para gestantes brasileiras por Leite et al., em 2007. (27) Uma adaptação do questionário foi realizada, com mudanças culturais das questões e tradução de acordo com os critérios internacionais. Acrescentou-se uma opção para identificação de questões não compreendidas, que teve como alternativa, a expressão: “não entendo”. A versão adaptada do questionário foi aplicada em 20 gestantes de risco habitual para validação, com idade entre 12 e 41 anos. (ANEXO I)

### **3.3.3 Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers (IQVFP)**

O questionário tem por objetivo analisar a qualidade de vida de forma quantitativa. O mesmo foi publicado pela primeira vez em 1985 e, atualmente, possui tradução em

diversos idiomas. A tradução da versão original do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers para português, assim como a adaptação cultural e a validação foram realizados por Kimura, para a população brasileira. A versão atual do IQVFP se constitui de 33 itens para produção do escore, onde os sujeitos atribuem valores em uma escala crescente de satisfação e de importância, com variação de 1 a 6. Os 33 itens são subdivididos em quatro domínios: saúde/funcionamento, socioeconômico, psicológico/espiritual e família. (29)

A primeira parte da escala diz respeito às respostas como: muito insatisfeito (valor 1) a muito satisfeito (valor 6). Na segunda parte, as respostas variam de nenhuma importância (valor 1) a muito importante (valor 6). (30) O instrumento não possui ponto de corte e os domínios são considerados independentemente ou em conjunto. (30) Fernandes, Narchi, Cianciarullo adaptaram o instrumento original para possibilitar a mensuração da qualidade de vida de gestantes. No item 2 foi acrescentado o termo “ sua gravidez”, “as mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria) ”; no item 5, “a intensidade de irritação que você sente”; no item 6 e “a possibilidade de ter uma criança” no item 29. (29) O escore total e dos domínios varia de 0 a 30, com valores próximos a 30, indicando melhor qualidade de vida. (ANEXO II)

### **3.4 Procedimentos da coleta de dados**

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil inicialmente e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFRN (CEP-UFRN), de acordo com a resolução n. 466/12, sendo aprovado pelo CEP, sob o parecer número 719.939.

Para coleta dos dados, as gestantes foram esclarecidas quanto à pesquisa, objetivos, limitações e os riscos possíveis. Se concordassem, então, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido, comprovando e autorizando a participação no estudo.

Após assinatura do TCLE (APÊNDICE II), as gestantes foram encaminhadas para uma sala, na qual foram aplicados os questionários individualmente, mantendo a privacidade. Primeiramente, foi preenchida a ficha de avaliação da gestante, com as informações sociodemográficas e os dados sobre a gestação, função sexual, autoconhecimento corporal e sexualidade. Posteriormente, foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminino, onde as mulheres respondiam questões referentes à sua função sexual

durante a gestação. Logo após, foi aplicado o Índice de Qualidade de Vida Ferrans e Powers. Os procedimentos da pesquisa se encontram esquematizados no fluxograma (Figura 1)

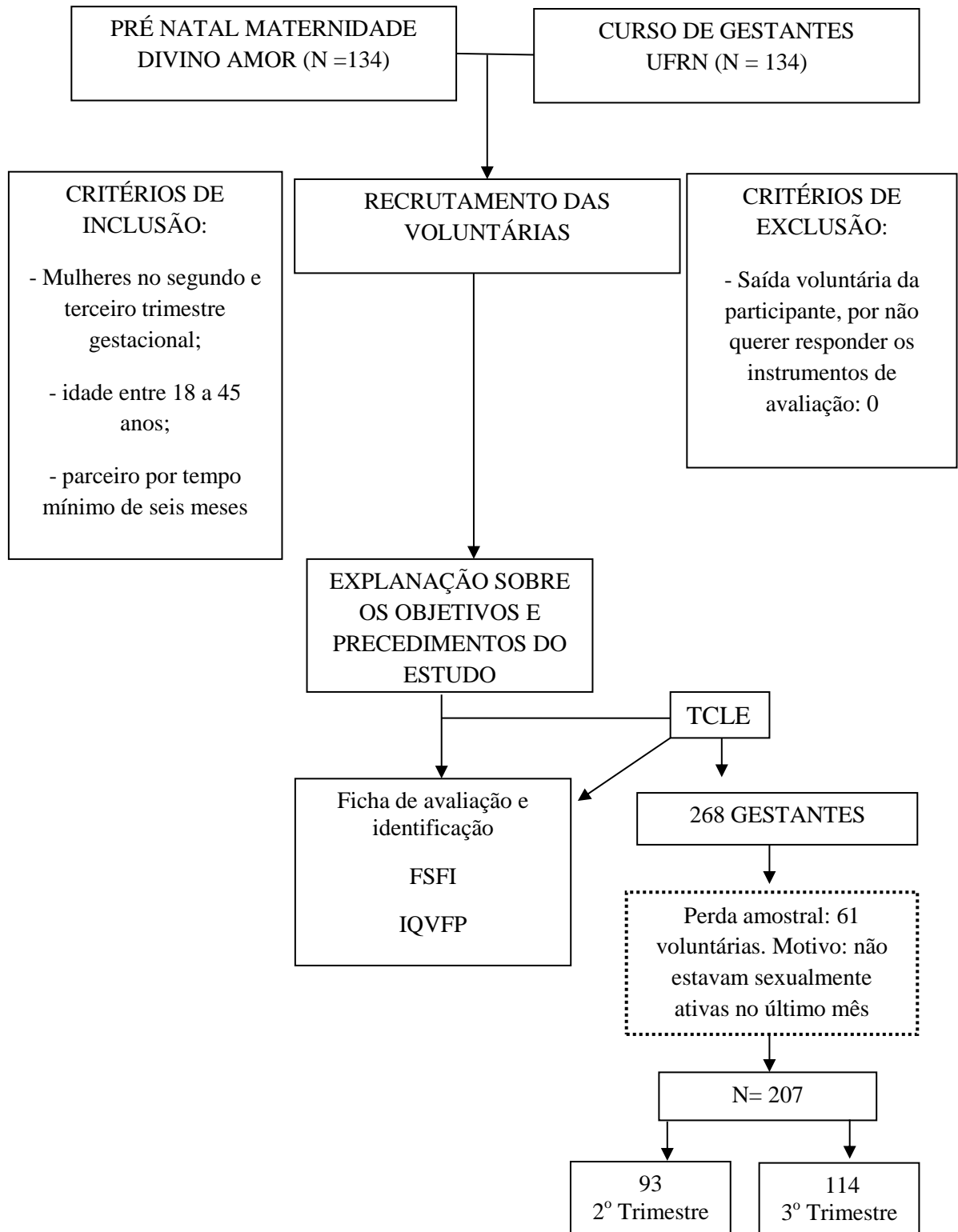


Figura 1. Fluxograma de captura das voluntárias para a pesquisa

### 3.5 Análise dos dados

Inicialmente, foi testada a distribuição das variáveis quantitativas, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foi conduzida a caracterização da amostra, considerando os dados sociodemográficos, obstétricos e da função sexual. Isso foi realizado por meio da estatística descritiva, considerando medidas de tendência central (mediana), dispersão (intervalos interquartis), para descrever as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas (variáveis categóricas).

A análise bivariada, realizada através do teste de Mann-Whitney, foi conduzida com o objetivo de comparar os escores dos questionários de qualidade de vida (IQVFP, Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers).

Com o objetivo de analisar a influência dos domínios (saúde e funcionamento, socioeconômico, psicológico e espiritual, família) e escore do IQVFP sobre a presença de disfunção sexual (sim ou não) foi utilizada a Regressão Logística Binária (método *forward stepwise*). As variáveis selecionadas para serem incluídas no modelo apresentaram  $P < 0,10$ . Adotou-se um nível de significância de  $P < 0,05$ .

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão desse trabalho de conclusão de curso serão apresentados em formato de artigo, intitulado “Influência da qualidade de vida e estado depressivo sobre a função sexual de mulheres grávidas”, no intuito de submissão à Revista Brasileira de Fisioterapia (*Qualis A2*). Dessa forma, foi seguido o modelo de formatação exigido pelo referido periódico (ANEXO IV).

## 4.1 Artigo Original

### **INFLUÊNCIA DA DO FATOR SOCIOECONÔMICO DA QUALIDADE DE VIDA SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES GRÁVIDAS**

INGRID FONSÊCA DAMASCENO BEZERRA<sup>1</sup>, VANESSA PATRÍCIA SOARES DE SOUSA<sup>1</sup>, ANDREZA MORAIS DA SILVA, ELIZABEL DE SOUZA RAMALHO VIANA<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Aluna no programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

<sup>2</sup>Graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

<sup>3</sup>Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

Autor Correspondente: Ingrid Fonsêca Damasceno Bezerra

Endereço: Departamento de Fisioterapia. Avenida Senador Salgado Filho, 3000, Campus Universitário NATAL/RN

E-mail: [ingrid.ifdb@gmail.com](mailto:ingrid.ifdb@gmail.com)

Telefone: (84) 8160-5871



## RESUMO

**Introdução:** Alterações decorrentes do período gestacional podem culminar com mudanças na função sexual (FS) da gestante. Visto que a sexualidade é reconhecida pela OMS como um dos pilares na qualidade de vida (QV), é possível haver relação entre FS e QV.

**Objetivo:** Analisar a influência da qualidade de vida sobre a função sexual de mulheres grávidas.

**Métodos:** O estudo analítico, comparativo, transversal, realizado de abril de 2013 a setembro de 2016 contou com 207 gestantes, residentes na grande Natal/RN. Avaliaram-se dados sociodemográficos, obstétricos e da FS. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Índice de função sexual feminina (FSFI) e Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers (IQVFP). Analisaram-se os dados pela estatística descritiva e inferencial (teste Kolmogorov-Smirnov, teste Mann-Whitney e Regressão Logística Binária). Variáveis incluídas no modelo apresentaram  $P < 0,10$ . O nível de significância adotado foi de  $P < 0,05$ .

**Resultados:** A mediana da idade foi de 30 anos. 53,6% das gestantes tinham ensino superior e 40,1% apresentavam renda familiar acima de 4 salários mínimos. 35,7% das voluntárias apresentou disfunção sexual. O domínio “desejo”, do FSFI, teve menor valor. Gestantes sem disfunção sexual apresentaram melhor QV ( $P=0,040$ ), relacionada aos domínios socioeconômico ( $P=0,001$ ) e psicológico e espiritual ( $P=0,019$ ). Entretanto, o modelo de regressão logística indicou que, apenas, o domínio socioeconômico influenciou significativamente ter ou não disfunção sexual (Wald = 14,31 |  $P = 0,01$  | OR = 1,76).

**Conclusão:** A QV, relacionada a aspectos socioeconômicos, é um fator de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual em gestantes.

**Palavras chave:** sexualidade, gestação, qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Changes from the gestational period may culminate in changes in the sexual function (FS) of the pregnant woman. Since sexuality is recognized by the WHO as one of the pillars in quality of life (QL), it is possible to have a relationship between FS and QL.

**Objective:** To analyze the influence of quality of life on the sexual function of pregnant women.

**Methods:** The analytical, comparative, cross-sectional study, carried out from April 2013 to September 2016, counted on 207 pregnant women living in Natal / RN, Brazil. Sociodemographic, obstetric and FS data were evaluated. The following instruments were used: Female Sexual Function Index (FSFI) and Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). Data were analyzed by descriptive and inferential statistics (Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney test and Binary Logistic Regression). Variables included in the model presented  $P < 0.10$ . The significance level adopted was  $P < 0.05$ .

**Results:** The median age was 30 years. 53.6% of the pregnant women had higher education and 40.1% presented family income above 4 minimum wages. 35.7% of the volunteers presented sexual dysfunction. The "desire" domain of the FSFI was less valuable. Pregnant women without sexual dysfunction presented better QL ( $P = 0.040$ ), related to socioeconomic ( $P = 0.001$ ) and psychological and spiritual domains ( $P = 0.019$ ). However, the logistic regression model indicated that, alone, the socioeconomic domain significantly influenced whether or not sexual dysfunction (Wald = 14.31 |  $P = 0.01$  | OR = 1.76).

**Conclusion:** The QL, related to socioeconomic aspects, is a risk factor for the development of sexual dysfunction in pregnant women.

**Key words:** sexuality, gestation, quality of life.

**Pontos-chave:**

Melhor aspecto socioeconômico é um fator de risco para disfunção sexual na gestação;

A qualidade de vida influencia a função sexual da gestante;

O fisioterapeuta deve estar apto a avaliar a qualidade de vida da gestante.

## INTRODUÇÃO

O período gestacional é caracterizado por uma série de mudanças hormonais e anatômicas. Tais alterações mediam as modificações secundárias no corpo da mulher. Dessa forma, um grupo muscular que está submetido a tais modificações é aquele que compõe o assoalho pélvico (MAP's). (1) Influências hormonais da relaxina e progesterona aumentam a elasticidade dos MAP's. Assim ocorre uma predisposição à fraqueza muscular. (2) Este impacto sobre a forma e função dos MAP's podem ocasionar determinadas disfunções sexuais. (1) Sabendo-se que, cerca de 80 a 100% dos casais são sexualmente ativos durante a gestação, estima-se que disfunções sexuais afetem de 20 a 50% deles. (3)

Estudos de Master e Johnson encontraram decréscimo da atividade sexual durante o primeiro e o terceiro trimestres, com aumento da frequência, desejo e disposição para as relações sexuais no segundo trimestre. (4) No terceiro trimestre, o aumento dos desconfortos como fadiga, insônia, aumento das contrações uterinas, peso do feto, desequilíbrio, tonturas e câimbras recorrentes, contribuem para deixar o casal mais discreto em relação à atividade sexual. (5) Em virtude dessas alterações, a relação sexual acaba sendo frequentemente substituída por opções alternativas, como a masturbação. (4) Fatores que podem interferir na manutenção saudável da relação sexual durante a gravidez são: o relacionamento com o parceiro e a autoestima. (6) Essas modificações na sexualidade da mulher grávida podem levar a um impacto negativo na qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), a qualidade de vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (7) A OMS reconhece a sexualidade como um dos pilares na qualidade de vida. (8) Nesse âmbito, em virtude da gestação apresentar modificações fisiológicas, emocionais e sociais específicas, acredita-se que há uma estreita relação entre função sexual, qualidade de vida e gravidez.

Nesse contexto, tem-se ampliado na literatura, o interesse sobre a qualidade de vida no período gravídico, mas os resultados de estudos relacionando a função sexual e QV, durante a gestação, ainda são escassos. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar a influência da qualidade de vida sobre a função sexual de mulheres grávidas, tendo como

hipótese que piores desempenhos nos domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP) seriam fatores de risco para a ocorrência de disfunção sexual.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo analítico, comparativo e de caráter transversal, no qual foram recrutadas 268 gestantes, residentes na Grande Natal. Foram oriundas da maternidade Divino Amor, em Parnamirim/RN, e do Curso Preparatório para Gestação, Parto e Pós-parto (CPGPP) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no período de abril de 2013 a setembro de 2016. Adotou-se como critérios de inclusão: (a) terem idade entre 18 e 45 anos; (b) estarem no segundo ou terceiro trimestre gestacional; (c) serem residentes em Natal/RN; (d) gestação única; (e) não apresentarem nenhum fator que impossibilitasse a prática da atividade sexual durante o período gestacional, como por exemplo: risco de parto prematuro, descolamento de placenta, ameaça de aborto, sangramento, incompetência istmocervical); (f) ter parceiro nos últimos seis meses; e (g) assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo 61 gestantes por não estarem ativas no último mês, no intuito de não direcionar os resultados para função sexual isoladamente, já que não foi o foco do estudo, totalizando a amostra (n=207).

Inicialmente, aplicou-se uma ficha de avaliação sobre características sociodemográficas, questões sobre os domínios sexuais (desejo, excitação, orgasmo, dor e satisfação), antes e durante a gestação e sobre autoconhecimento corporal e sexualidade. Em seguida, aplicou-se o *Índice de função sexual feminina (FSFI)*. O mesmo tem como objetivo avaliar a função sexual e detectar a presença de disfunções sexuais. Constitui-se em um questionário de 19 questões, agrupadas em 6 domínios: desejo (2 itens), excitação (4 itens), lubrificação (4 itens), orgasmo (3 itens), satisfação (3 itens) e dor (3 itens). (3,9) As questões são de múltipla escolha e é atribuído a cada resposta um valor de 0 a 5. Os valores obtidos são calculados em um escore. A pontuação varia de 2 a 36, sendo a função sexual proporcional ao valor. Possui ponto de corte de  $\leq 26,5$  como aceito para diagnóstico de disfunção sexual em mulheres. (10) Este instrumento foi validado para gestantes brasileiras por Leite et al., em 2007.(9)

O referente projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil inicialmente e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFRN (CEP-UFRN), de acordo com a resolução n. 466/12, sendo aprovado pelo CEP, sob o parecer número 719.939. Para coleta dos dados, as gestantes foram esclarecidas quanto à pesquisa, objetivos, limitações e os riscos possíveis. Caso concordassem, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), comprovando e autorizando a participação no estudo. Após assinatura do TCLE, as gestantes foram encaminhadas para uma sala, na qual foram aplicados o questionário e a ficha de avaliação individualmente, mantendo a privacidade. Os procedimentos da pesquisa se encontram esquematizados no fluxograma (Figura 1).

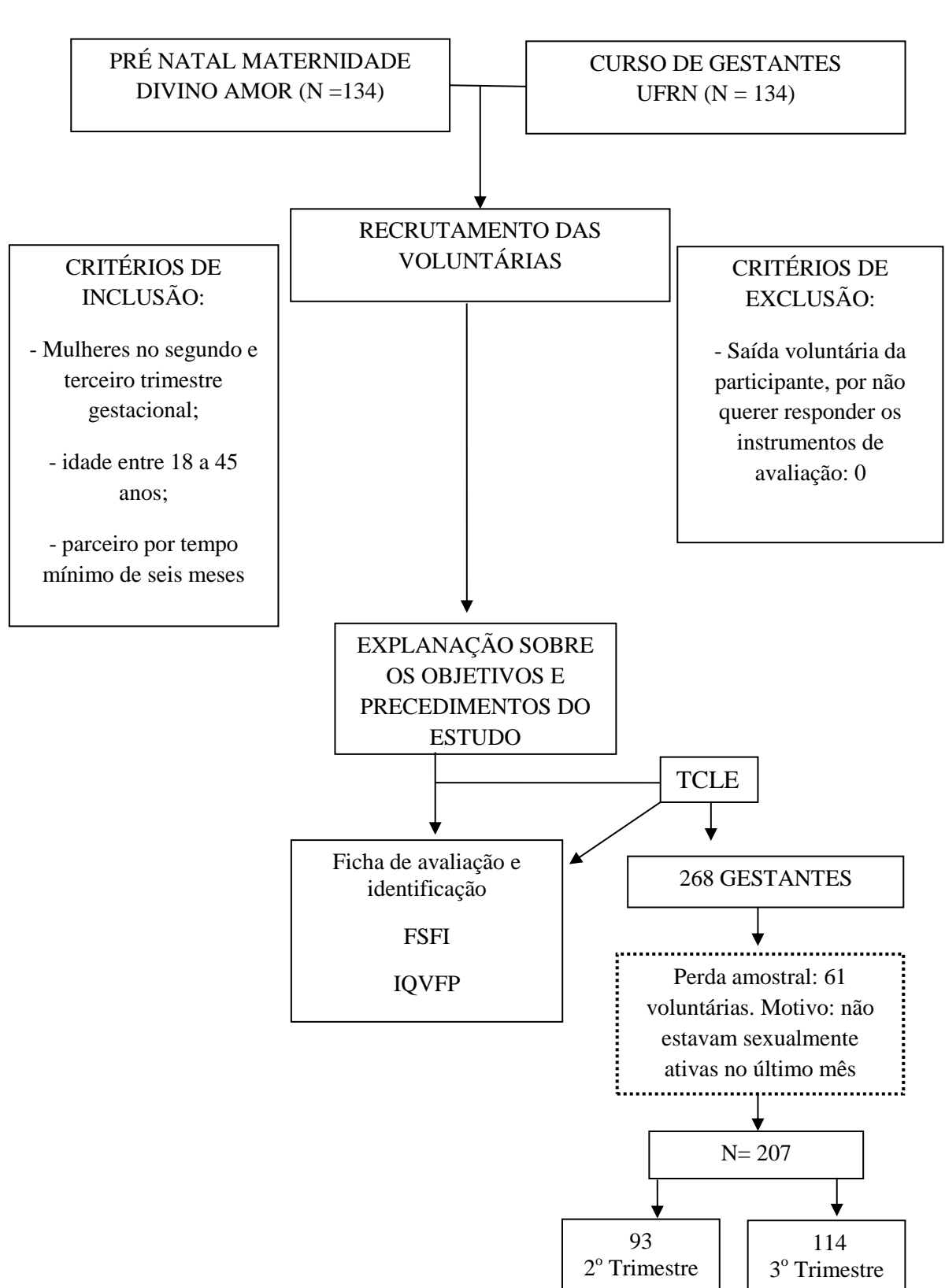


Figura 1. Fluxograma de captação das voluntárias para a pesquisa

Na análise dos dados, Inicialmente foi testada a distribuição das variáveis quantitativas, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foi conduzida a caracterização da amostra, considerando os dados sociodemográficos, obstétricos e da função sexual. Isso foi realizado por meio da estatística descritiva, utilizando-se medidas de tendência central (mediana), dispersão (intervalos interquartis), para descrever as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas (variáveis categóricas). A análise bivariada foi realizada através do teste de Mann-Whitney, para comparar os escores do questionário de qualidade de vida (IQVFP, Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers), entre gestantes com e sem disfunção sexual.

Com o objetivo de analisar a influência dos domínios (saúde e funcionamento, socioeconômico, psicológico e espiritual, família) e escore do IQVFP sobre a presença de disfunção sexual (sim ou não) foi utilizada a Regressão Logística Binária (método *forward stepwise*). As variáveis selecionadas para serem incluídas no modelo apresentaram  $P < 0,10$ . Adotou-se um nível de significância de  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

Os resultados preliminares mostraram que a mediana da idade cronológica da amostra foi de 30 (26 – 33) anos, a maioria tinha ensino superior (53,6%) e renda familiar acima de 4 salários mínimos (40,1%). Em relação aos dados da função sexual, observou-se que 35,7% da amostra apresentavam disfunção e que o domínio “desejo”, do FSFI, foi o de menor valor absoluto. Os demais dados de caracterização da amostra estão mostrados na Tabela 1

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, obstétrica e da função sexual da amostra (n=207).

---

### Dados sociodemográficos e obstétricos

---



Idade (em anos)	30 (26 – 33)
<b>Escolaridade</b>	
EFI	5,3%
EFII	14%
EM	26,6%
ES	53,6%
<b>Renda familiar</b>	
Sem renda	3,4%
Até 1 SM	14,5%
1 a 2 SM	16,4%
3 a 4 SM	22,7%
> 4 SM	40,1%
<b>Gravidez planejada</b>	
Sim	50,2%
Não	47,8%
Idade gestacional (em semanas)	26 (20 - 31)
<b>Dados da função sexual</b>	
Frequência semanal de relações sexuais	Mediana (Quartil 25- Quartil 75)
Antes da gravidez	12 (8- 16)
Durante a gravidez	4 (4 – 8)
<b>Disfunção sexual</b>	
Sim	35,7%
Não	64,3%
Índice de Função Sexual Feminino (FSFI)	Médiana (Quartil 25- Quartil 75)
Total	28,10 (24,1 – 30,8)
Desejo	3,6 (2,4 – 4,2)
Excitação	4,2 (3,6 – 5,1)
Lubrificação	5,4 (4,5 – 6,0)
Orgasmo	4,8 (3,6 – 5,6)

Satisfação	5,2 (4,4 – 5,6)
Dor	5,6 (4,0 – 6,0)

NOTA: As variáveis quantitativas estão apresentadas em mediana e intervalos interquartis, enquanto que as variáveis categóricas estão exibidas em frequências relativas (%) e absolutas. LEGENDA: EFI, Ensino Fundamental I; EFII, Ensino Fundamental II; EM – Ensino Médio; ES, Ensino Superior; SM, Salário-mínimo. Variação do SM de 2013 á 2016: 678,00 á 880,00. Número de perda de dados para as variáveis analisadas: escolaridade (1), planejamento da gravidez (4), renda (6).

A análise inferencial bivariada mostrou diferença significativa, entre gestantes com e sem disfunção sexual, nos domínios “Socioeconômico” ( $P=0,001$ ), “Psicológico e Espiritual” ( $P=0,019$ ), e no escore total do questionário de qualidade de vida ( $P=0,040$ ). A análise detalhada está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise bivariada comparando os domínios do questionário de qualidade de vida, entre voluntárias com e sem disfunção sexual.

	Mediana (Quartil 25- Quartil 75)	Mediana (Quartil 25- Quartil 75)	U	P
	Com disfunção sexual (n=74)	Sem disfunção sexual (n=133)		
Escore total (IQVFP)	22,23 (20,38 – 25,59)	24,20 (21,30 – 25,54)	3623	0,040*
Saúde e Funcionamento	20,06 (16,58-23,12)	21,00 (17,23 – 24,53)	4128	0,280
Socioeconômico	21,69 (19,45-23,57)	23,78 (20,50 – 26,06)	3192	0,001*
Psicológico e Espiritual	24,18 (22,14-26,73)	25,71 (22,60 – 28,41)	3632	0,019*
Família	26,40 (22,80 – 24,59)	26,40 (23,30 – 30,00)	4187	0,308

NOTA: Análise inferencial realizada através do teste de Mann-Whitney. LEGENDA: IQVFP, Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.

A análise multivariada, por meio da Regressão Logística, mostrou que há diferença significativa entre as proporções das categorias da variável desfecho, presença de disfunção sexual (Wald = 14,31 | P = 0,01 | OR = 1,76). O modelo de regressão indicou que, apenas, o domínio “Socioeconômico” influencia significativamente a ocorrência de disfunção sexual, comportando-se como um fator de risco. Dessa forma, cada acréscimo de 0,14 pontos no escore do referido domínio, aumenta em 1,16 vezes a chance da ocorrência de disfunção sexual. A análise detalhada encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Modelo final de Regressão Logística binária acerca dos fatores relacionados a ocorrência de disfunção sexual.

Variável	B	Erro padrão	Wald	P	OR	IC95% Lower - Upper
Constante	-2,75	0,97	7,96	0,005	0,06	1,06 – 1,26
Socioeconômico	0,14	0,04	11,69	0,001	1,16	

NOTA: Modelo ajustado por: escore total do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP) e domínios do IQVFP (saúde e funcionamento, psicológico e espiritual, família) . O modelo é adequado aos dados observados (- 2 log likelihood = 12,89; P = 0,001).

## DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi analisar a influência da qualidade de vida sobre a ocorrência de disfunção sexual em mulheres grávidas. Os resultados da análise bivariada mostraram que mulheres com disfunção sexual apresentam pior qualidade de vida (P=0,040), principalmente, quando relacionada a aspectos socioeconômicos (P=0,001) e psicológicos e espirituais (P=0,019). Entretanto, ao se analisar tal relação em um modelo de regressão logística, observou-se que, apenas, o domínio socioeconômico exerce influência significativa sobre a função sexual da amostra estudada. Ao contrário do esperado, mulheres que apresentam altos índices no referido domínio, ou seja, melhor qualidade de vida relacionada a esse aspecto tem chance aumentada, em 1,16 vez, de desenvolver disfunção sexual. Nossa achado contradiz aquele mostrado por Ferreira, et al (2012). Os autores obtiveram que mulheres grávidas com pior qualidade de vida, em todos os aspectos, apresentaram disfunção sexual. (11)

O domínio socioeconômico, de acordo com o IQVFP, envolve itens como: amigos, suporte das pessoas, vizinhança, local de moradia, ter trabalho, não ter trabalho, escolaridade e necessidades financeiras. Mulheres grávidas com alto status socioeconômico podem ser constantemente, submetidas a estresse relacionado às relações interpessoais e às altas demandas de trabalho. De acordo com Prado et al (2010), mulheres de maior poder aquisitivo, em sua maioria inseridas em mercados de trabalho altamente competitivo e que demandam cada vez mais qualificação, lidam com a estressante responsabilidade de ascender profissionalmente e economicamente, sem deixar de lado as suas obrigações familiares. (12)

Em estudo conduzido por Shishehgar S et al.(2013), obteve-se que a situação socioeconômica teve um efeito crescente sobre o estresse da mãe durante a gravidez. (13) Assim, pode-se considerar o estresse relacionado ao alto nível socioeconômico, como um fator importante para a ocorrência de disfunção sexual em gestantes. Isso se justifica pelo fato de o mesmo está integrado às alterações psicológicas e fisiológicas características do período gravídico. (14,15) Adicionalmente, é possível que, a manutenção do alto poder aquisitivo exponha a gestante a alto ritmo de trabalho que resulta, na maioria das vezes, em fadiga, sonolência, cansaço físico e mental. (16) Por conseguinte, a mulher grávida pode apresentar uma redução no desejo sexual, sendo esta consequência influenciada, também, pelas alterações hormonais e psicológicas, características da gestação. (4-6)

Outra possível justificativa para os achados desse estudo é o acesso facilitado a temas relacionados à gestação, parto, cuidados com o bebê e função sexual, que a gestante com melhor nível socioeconômico possui. Sugere-se que esse acesso facilitado à informação, apresenta aspectos positivos e negativos. Se, por um lado, a gestante pode ser esclarecida sobre questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, por outro lado, muitas informações sobre a prática de relação sexual durante a gravidez, podem ser inverídicas, dependendo da credibilidade da fonte onde tais informações são coletadas. Dessa forma, pode-se gerar um receio do casal manter-se sexualmente ativo durante a gravidez, predispondo ao desenvolvimento de disfunções sexuais durante a gestação ou no pós-parto. Somando-se a isso, a gestante pode passar a assumir hábitos e práticas de superproteção. Um estudo conduzido Laumann et al. (1999), com mulheres americanas, o baixo nível socioeconômico foi associado a um aumento modesto do risco em todas as categorias de disfunção sexual feminina. (17) Em contrapartida, no estudo de Prado et al.

(2010), não foram detectados resultados significativos na função sexual de gestantes com diferentes níveis socioeconômicos quando comparadas. (12) Isso demonstra que há resultados conflitantes, na literatura, no que se refere à influência de fatores socioeconômicos sobre a função sexual de gestantes. Dessa forma, sugere-se a realização de outras pesquisas sobre o tema, a fim de que a relação entre QV e FS, durante a gestação, seja melhor esclarecida.

#### *Limitações do estudo*

Algumas limitações desse estudo dizem respeito à perda de dados para algumas variáveis (escolaridade, planejamento da gravidez, renda), a ausência de mulheres gestantes no primeiro trimestre, visto que estas estão mais propensas a ter disfunções sexuais, devido às alterações ocorridas e a ausência de avaliação referente ao parceiro, pois o mesmo é parte integrante da sexualidade da gestante. (18) Adicionalmente, sugere-se que estudos comparando as características da função sexual de gestantes de diferentes níveis socioeconômicos sejam conduzidos.

#### *Aplicabilidade clínica*

A realização desse estudo destaca a importância da avaliação global da gestante, no que tange não só os aspectos físicos, mas, também, os sociais e emocionais. Os resultados dessa pesquisa indicam para a necessidade de se ter uma abordagem diferenciada e criteriosa, junto à mulher grávida de alto poder socioeconômico, com o objetivo de fornecer informações, orientações e atenção fisioterapêutica específica. Tal abordagem poderá contribuir para a prevenção de disfunções sexuais, nesse público.

#### *Considerações finais*

Os resultados desse estudo sugerem que melhor qualidade de vida, relacionada a aspectos socioeconômicos, é um fator de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual em mulheres no segundo e terceiro trimestres de gestação.

## REFERÊNCIAS

1. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):383–9.
2. Aparecida F, Moura L, Integradas F, Durante BR. Cinesioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico. *Vis Universit.* 2015;186–201.
3. Leite APL, Moura EDA, Campos AAS, Mattar R, Souza E De, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2007;29(8):396–401.
4. Savall ACR, Fernando AKM, Cardoso L. Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioter em Mov.* 2008;21(2):61–70.
5. Barbosa BN, Gondim ANC, Pacheco JS, Pitombeira HCS, Gomes LF, Vieira LF, et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. *Rev Eletrônica Enferm.* 2011;13(3):464–73.
6. Dória V, Da M. Análise Prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. *Rev Latinoamer Med Sex.* 2012; 05–13
7. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 2012;142.
8. Bandeirantes A. Sexualidade , saúde sexual e Medicina Sexual : panorama atual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(12):583-5.
9. Santos Pechorro P, Xavier Vieira R, Martins Calvinho A, Poiares C, Marôco J, Diniz A. Validação cruzada da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino. *Rev Int Androl.* 2012;10(3):113–20.
10. Silva G, Lima S, Moraes J. Avaliação da função sexual em mulheres após a menopausa portadoras de síndrome metabólica. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2013;35(7):301–8.
11. Ferreira QD, Nakamura UM, Souza E, Neto MC, Ribeiro CM, Santana M das GT, et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Rev Bras Ginecol*

- e Obstet. 2012;34(9):409–13.
12. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2010;32(3):139–43.
  13. Shishehgar S, Mahmoodi A, Dolatian M, Mahmoodi Z, Bakhtiary M, Alavi Majd H. The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iran Red Crescent Med J.* 2013;15(7):560–5.
  14. Vieira D, Patr A, Parizotto AV. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoe Ciênc.* 2013;79–90.
  15. Carrara HHA, Duarte G. Semiologia obstétrica. *Med Ribeirão Preto.* 1996;29:88–103.
  16. Alves VM. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. *Acta Paul Enferm* 2006;19(1):70-5.
  17. Laumann EO, Paik A, Rosen RC, Page P. Sexual Dysfunction in the United States. 1999;281(6):537–45.
  18. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51–65.

#### **4 CONCLUSÃO**

Os resultados desse estudo sugerem que melhor qualidade de vida, relacionada a aspectos socioeconômicos, é um fator de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual em mulheres grávidas. Dessa maneira, fica claro compreender que a qualidade de vida influencia a função sexual da gestante. Assim, os fatores referentes aos aspectos socioeconômicos, devem ser considerados como parte importante da avaliação fisioterapêutica de mulheres no período gravídico. Portanto, o fisioterapeuta deve realizar uma abordagem diferenciada e criteriosa, junto à mulher grávida de alto poder socioeconômico, com o objetivo de fornecer informações, orientações e atenção fisioterapêutica específica. Tal abordagem poderá contribuir para a prevenção de disfunções sexuais, nesse público.



## REFERÊNCIAS

1. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):383–9.
2. Beuttenmüller L, Cader SA, Macena RHM, Araujo N dos S, Nunes ÉFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioter e Pesqui.* 2011;18(3):210–6.
3. Nagib ABL, Guirro ECO, Palauro VA, Guirro RRJ. Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2005;27(4):210–5.
4. Mendonça C, Silva T, Arrudai J, García- Zapata M, Amaral W. Função sexual feminina : aspectos normais e patológicos , prevalência no Brasil , diagnóstico e tratamento. *Femin.* 2012;40(4):196–202.
5. Anderson KD, Borisoff JF, Johnson RD, Stiens S a, Elliott SL. Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. *J Int Med Soc Paraplegia.* 2007;45(5):349–59.
6. Barros F, Figueiredo R. *Visão Manual.* 2004
7. Marques FZC, Chedid SB, Eizerik GC. Resposta sexual humana. *Rev Ciênc Med.* 2008;17(3–6):175–83.
8. Terri L. Woodard, M.D. and Michael P. Diamond MD. Physiologic Measures of Sexual Function in Women: A Review. *Fertil Steril.* 2010;92(1):19–34.
9. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005;17 Suppl 1:S44–51.
10. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51–65.
11. Abdo CHN. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher : uma nova proposta de entendimento. *Rev Diagn Trat.* 2010;15(2):88–90.

12. Vieira D, Patr A, Parizotto AV. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. 2013;79–90.
13. Valença CN, do Nascimento Filho JM, Germano RM. Mulher no Climatério: Reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. Saude e Soc. 2010;19(2):273–85.
14. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 2012;142.
15. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev Lat Am Enfermagem. 2003;11(4):532–8.
16. Casarin S, Barboza M, Siqueira H. Quality of life in pregnancy: literature systematic review. Rev Enferm. 2010;4(3esp):1046–53.
17. Debora Matos Guimarães ZMO. Gestação e sexualidade: implicações no relacionamento conjugal. Rev enferm. 2015(4):8029-37.
18. Carrara HHA, Duarte G. Semiologia obstétrica. Med Ribeirão Preto. 1996;29:88–103.
19. Aparecida F, Moura L, Integradas F, Durante BR. Cinesioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico. Vis Universit. 2015;186–201.
20. Velini S, De S, Sumário L. Fisioterapia: A relevância no tratamento da incontinência urinária. Rev Eletronic Nov Enfoq. 2010;(10):144–60.
21. Leite APL, Moura EDA, Campos AAS, Mattar R, Souza E De, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. Rev Bras Ginecol e Obs. 2007;29(8):396–401.
22. Savall ACR, Fernando AKM, Cardoso L. Perfil Do Comportamento Sexual Na Gestação. Fisioter em Mov. 2008;21(2):61–70.
23. Barbosa BN, Gondim ANC, Pacheco JS, Pitombeira HCS, Gomes LF, Vieira LF, et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Rev Eletronic

- Enferm. 2011;13(3):464–73.
24. Dória V, Da M. Análise Prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. *Rev Latinoamer Med Sex.* 2012; 05–13
  25. Bim CR, Perego AL. Fisioterapia aplicada á Ginecologia e Obstetrícia. *Cesumar.* 2002;4(1997):57–61.
  26. Bandeirantes A. Sexualidade , saúde sexual e Medicina Sexual : panorama atual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(12):583-5.
  27. Santos Pechorro P, Xavier Vieira R, Martins Calvinho A, Poiares C, Marôco J, Diniz A. Validação cruzada da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino. *Rev Int Androl.* 2012;10(3):113–20.
  28. Silva G, Lima S, Moraes J. Avaliação da função sexual em mulheres após a menopausa portadoras de síndrome metabólica. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2013;35(7):301–8.
  29. Áurea R, Fernandes Q, Vido MB, Guarulhos U, Fundação SP, Ometto E, et al. Pregnancy and quality of life : assessment during the gestational trimesters Gravidez e Qualidade de Vida : avaliação nos trimestres gestacionais . Embarazo y calidad de vida : evaluación en los . *Onlin Braz J Nursing .* 2009
  30. Kimura M, Silva JV Da. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2009;43(spe):1098–104.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I

#### Ficha de avaliação e identificação

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

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

<b>Identificação</b> _____	<b>Código entrevistador:</b> _____ -
_____	
<b>Nome:</b> _____	
<b>Endereço:</b> _____	
<b>Bairro:</b> _____	<b>Cidade:</b> _____
<b>Telefone Residencial:</b> _____	<b>Celular:</b> _____
<b>Idade:</b> _____	<b>Data de Nascimento:</b> _____
<b>Naturalidade:</b> _____	<b>Cor declarada:</b> _____
<b>Profissão:</b> _____	<b>Ocupação:</b> _____
<b>Estado Civil:</b> União Estável ( ) sim tempo: _____ (semanas/meses/anos)	
( ) não ( ) solteira ( ) viúva	
<b>Escolaridade:</b> _____ (anos)	
<b>Renda – Valor Mensal (R\$):</b> _____	
( ) sem renda ( ) até 1 salário mínimo ( ) 1 a 2 salários mínimos ( ) 3 - 4	
salários mínimos ( ) > 4 salários	

**Dados Ginecológico/Obstétrico****Essa gravidez foi planejada?** sim  não**Data da Menarca:** \_\_\_\_\_**DUM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Idade gestacional:** \_\_\_\_\_**História obstétrica: G:** \_\_\_\_\_ **P:** \_\_\_\_\_ **A:** \_\_\_\_\_**Número de consultas pré-natal até o momento:** \_\_\_\_\_**Acompanhamento obstétrico exclusivamente público:**  sim  não**Parto Anterior:**  normal  cesárea  fórceps  outro**Houve Episiotomia?**  sim  não**Houve Episiorrafia?**  sim  não**Idade da primeira gestação:** \_\_\_\_\_ **Idade da última gestação:** \_\_\_\_\_**Duração dos ciclos menstruais:** \_\_\_\_\_ dias Regular  Sim  Não**Patologias pré-existent:**  sim  não**Quais:**  HAS  Diabetes  Depressão  outro**Intercorrências durante a gestação:** ( ) sim ( ) não

Quais: \_\_\_\_\_

**Dados da Função Sexual**

**Qual foi a idade da sua primeira relação sexual?** \_\_\_\_\_

**Com que frequência você tinha relações sexuais antes da gestação?**

\_\_\_\_\_ vezes/semana

**Antes de estar grávida, você:**

**Tinha desejo sexual?** ( ) sim ( ) não

**Ficava excitada quando estimulada?** ( ) sim ( ) não

**Atingia o orgasmo?** ( ) sim ( ) não

**Sentia dor?** ( ) sim ( ) não

**Ficava sexualmente satisfeita?** ( ) sim ( ) não

**Você pratica atividade sexual durante a gestação?**

( ) sim ( ) não

**Se sim, com que frequência você tem relações sexuais atualmente?**

\_\_\_\_\_ vezes/semana

**Se não, por quê?**

( ) receio ( ) restrição médica ( ) restrição do parceiro ( ) outra

**Você percebeu alguma mudança na sua vida sexual depois que engravidou?**

**Desejo sexual:** ( ) diminuiu ( ) aumentou ( ) não alterou

**Excitação:** ( ) diminuiu ( ) aumentou ( ) não alterou

**Atinge o orgasmo:** ( ) sim ( ) não

**Sente dor durante a relação:** ( ) sim ( ) não

**Satisfação sexual:** ( ) diminuiu ( ) aumentou ( ) não alterou

**Auto-conhecimento corporal**

Você conhece seu corpo? ( ) sim ( ) não

Você sabe como ele responde durante a relação sexual? ( ) sim ( ) não

Você sabe onde sente prazer? ( ) sim ( ) não

Você conhece assoalho pélvico? ( ) sim ( ) não

**Conhecimento sobre sexualidade**

Você teve orientação sexual durante a gestação? ( ) sim ( ) não

Você possui dúvidas sobre sexualidade na gestação? ( ) sim ( ) não

Se sim, com quem você conversa para tirar as dúvidas?

( ) profissional de saúde ( ) parceiro ( ) amigo ( ) outro

Você conversa com o seu parceiro sobre questões relacionadas à função sexual?

( ) sim ( ) não

## APÊNDICE II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO PROJETO:** ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO SEXUAL, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES GRÁVIDAS.

**OBJETIVO DA PESQUISA:** Investigar associação entre função sexual, sintomatologia depressiva e qualidade de vida em mulheres grávidas.

**PROCEDIMENTO DE COLETA:** Caso você decida aceitar o convite para participar da pesquisa, será preenchida uma ficha de avaliação com dados de identificação e histórico gestacional, em seguida você responderá um questionário sobre sua função sexual, depressão e qualidade de vida durante a gestação.

**RISCOS POSSÍVEIS:** Já que o procedimento empregado para obter as informações não é invasivo, esta pesquisa não oferece nenhum tipo de risco físico e/ou desconforto por sua participação, porém pode gerar certo constrangimento devido às questões que serão realizadas. Todos os dados que obtivermos serão guardados e manipulados em sigilo. Nós assumimos o compromisso de não disponibilizarmos esses dados para terceiros, ou seja, outras pessoas.



**BENEFÍCIOS ESPERADOS:** Como benefício, este projeto proporcionará as pacientes investigadas o conhecimento a cerca da função sexual, depressão e qualidade de vida, assim como, possibilitará aos profissionais envolvidos um melhor conhecimento sobre o assunto e o desenvolvimento de tratamento adequado caso venham apresentar alguma disfunção.

**CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO:** Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do paciente não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

**PARTICIPACÃO VOLUNTÁRIA:** Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar neste estudo. Ninguém será penalizado se desistir de participar do estudo, em qualquer época.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido. E, se você sofrer algum dano em qualquer momento da realização da pesquisa, você terá direito a indenização desde que seja um dano comprovadamente decorrente da pesquisa.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a Pesquisadora Principal.

**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPACÃO:**

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, me submetendo e autorizando minha participação. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação.

Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação

em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família.

A minha participação na pesquisa é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam estes de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referente à minha identificação.

De acordo,

---

Assinatura do participante

---

Identidade

#### COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Nós discutimos as questões acima apresentadas com cada participante no estudo. É nossa opinião que cada indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

---

Ingrid Fonsêca Damasceno Bezerra

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

MESTRANDA: INGRID FONSÊCA DAMASCENO BEZERRA

(84) 8873-5871 / [ingrid.ifdb@gmail.com](mailto:ingrid.ifdb@gmail.com)

ORIENTADORA: ELIZABEL DE SOUZA RAMALHO VIANA

[elizabel@ufrnet.br](mailto:elizabel@ufrnet.br)

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFRN: Contato:(84) 3215-3135  
[cepufrn@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufrn@reitoria.ufrn.br)

## ANEXOS

### ANEXO I

#### Índice de Função Sexual feminino (FSFI)

1. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?	2. Nas últimas 4 semanas, como você classifica o seu grau de desejo ou interesse sexual?
5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maior parte do tempo (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (aproximadamente metade do tempo) 2 = Às vezes (menos do que a metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou nulo
3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?	4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou nulo
5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente	6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua

excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?	excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?
<p>0 = Sem atividade sexual</p> <p>5 = Muito alto</p> <p>4 = Alto</p> <p>3 = Moderado</p> <p>2 = Baixo</p> <p>1 = Muito baixo ou sem confiança</p>	<p>0 = Sem atividade sexual</p> <p>5 = Quase sempre ou sempre</p> <p>4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)</p> <p>3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)</p> <p>2 = Às vezes (menos da metade das vezes)</p> <p>1 = Quase nunca ou nunca</p>
7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou relação sexual?	8. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
<p>0 = Sem atividade sexual</p> <p>5 = Quase sempre ou sempre</p> <p>4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)</p> <p>3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)</p> <p>2 = Às vezes (menos da metade das vezes)</p> <p>1 = Quase nunca ou nunca</p>	<p>0 = Sem atividade sexual</p> <p>1 = Extremamente difícil ou impossível</p> <p>2 = Muito difícil</p> <p>3 = Difícil</p> <p>4 = Simplesmente difícil</p> <p>5 = Não houve dificuldade</p>
9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?	10. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?
<p>0 = Sem atividade sexual</p> <p>5 = Quase sempre ou sempre</p> <p>4 = Maioria das vezes (mais da metade do</p>	<p>0 = Sem atividade sexual</p> <p>1 = Extremamente difícil ou impossível</p> <p>2 = Muito difícil</p>

tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	3 = Difícil 4 = Simplesmente difícil 5 = Não houve dificuldade
11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?	12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?
0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Simplesmente difícil 5 = Não houve dificuldade
13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?	14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre você e o seu parceiro durante a atividade sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual	16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em

que mantém com o seu parceiro?	geral?
<p>5 = Muito satisfeita</p> <p>4 = Moderadamente satisfeita</p> <p>3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita</p> <p>2 = Moderadamente insatisfeita</p> <p>1 = Muito insatisfeita</p>	<p>5 = Muito satisfeita</p> <p>4 = Moderadamente satisfeita</p> <p>3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita</p> <p>2 = Moderadamente insatisfeita</p> <p>1 = Muito insatisfeita</p>
17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
<p>0 = Não houve tentativa de coito</p> <p>1 = Quase sempre ou sempre</p> <p>2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)</p> <p>3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)</p> <p>4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes)</p> <p>5 = Quase nunca ou nunca</p>	<p>0 = Não houve tentativa de coito</p> <p>1 = Quase sempre ou sempre</p> <p>2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)</p> <p>3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)</p> <p>4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes)</p> <p>5 = Quase nunca ou nunca</p>
19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	<p>0 = Não houve tentativa de coito</p> <p>1 = Muito alto</p> <p>2 = Alto</p> <p>3 = Moderado</p> <p>4 = Baixo</p> <p>5 = Muito baixo ou nulo</p>

## ANEXO II

## Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers

<p><b>Parte I: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.</b></p>	
<p><b>QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:</b></p>	
<p><b>1- Sua Saúde?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>2 – Sua Gravidez?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>3 – A assistência pré-natal que você está recebendo?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>4 – A intensidade de desconforto que você sente?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>5 – As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>6 – A intensidade de irritação que você sente?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>

<p><b>7- A energia que tem para as atividades diárias?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>8 – Sua independência física?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>9 – Sua capacidade para controlar sua vida?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>10 – A possibilidade de viver por longo tempo?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>11 – A saúde de sua família?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>12 – Seus filhos?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>13 – A felicidade de sua família?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>14 – Seu relacionamento com o (a) esposo (a)/ companheiro (a)?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>



<p><b>15 – Sua vida sexual?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>16 – Seus amigos?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>17 – O apoio que você recebe das pessoas?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>18 – Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>19 – Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>20 – O nível de estresse ou preocupações em sua vida?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>21 – Seu lar?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>22 – Sua vizinhança?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>23 – Suas condições sócio-econômicas?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p>	<p><b>24 – Seu trabalho?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p>

<p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>25 – O fato de não ter um trabalho?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>26 – Sua escolaridade?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>27 – Sua independência financeira?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>28 – Suas atividades de lazer?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>29 – A possibilidade de ter uma criança?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p> <p><b>5 Moderadamente satisfeito</b></p> <p><b>6 Muito satisfeito</b></p>	<p><b>30 – Sua paz de espírito?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p> <p>4 Pouco satisfeito</p> <p>5 Moderadamente satisfeito</p> <p>6 Muito satisfeito</p>
<p><b>31 – Sua fé em Deus?</b></p> <p><b>1 Muito insatisfeito</b></p> <p><b>2 Moderadamente insatisfeito</b></p> <p><b>3 Pouco insatisfeito</b></p> <p><b>4 Pouco satisfeito</b></p>	<p><b>32 – A realização de seus objetivos pessoais?</b></p> <p>1 Muito insatisfeito</p> <p>2 Moderadamente insatisfeito</p> <p>3 Pouco insatisfeito</p>

<b>5 Moderadamente satisfeito</b> <b>6 Muito satisfeito</b>	4 Pouco satisfeito 5 Moderadamente satisfeito 6 Muito satisfeito
<b>33 – Sua felicidade de modo geral?</b> <b>1 Muito insatisfeito</b> <b>2 Moderadamente insatisfeito</b> <b>3 Pouco insatisfeito</b> <b>4 Pouco satisfeito</b> <b>5 Moderadamente satisfeito</b> <b>6 Muito satisfeito</b>	<b>34 – Sua vida de modo geral?</b> 1 Muito insatisfeito 2 Moderadamente insatisfeito 3 Pouco insatisfeito 4 Pouco satisfeito 5 Moderadamente satisfeito 6 Muito satisfeito
<b>35 – Sua aparência pessoal?</b> <b>1 Muito insatisfeito</b> <b>2 Moderadamente insatisfeito</b> <b>3 Pouco insatisfeito</b> <b>4 Pouco satisfeito</b> <b>5 Moderadamente satisfeito</b> <b>6 Muito satisfeito</b>	<b>36 – Com você mesmo, de modo geral?</b> 1 Muito insatisfeito 2 Moderadamente insatisfeito 3 Pouco insatisfeito 4 Pouco satisfeito 5 Moderadamente satisfeito 6 Muito satisfeito
<b>Parte II – Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.</b>	
<b>QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:</b>	
<b>1- Sua Saúde?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>2 – Esta gravidez?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>3 – O cuidado pré-natal?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b>	<b>4 – Estar completamente livre de desconforto?</b> 1 Sem nenhuma importância

<b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>5 – Estar completamente livre de mudanças de humor?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>6 – Estar completamente livre de irritação?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>7 – Ter energia suficiente para as atividades diárias?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>8 – Sua independência física?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>9 – Ter condições físicas para controlar sua vida?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>10 – Viver por longo tempo?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>11 – A saúde de sua família?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b>	<b>12 – Seus filhos?</b> 1 Sem nenhuma importância

<p><b>2 Moderadamente sem importância</b></p> <p><b>3 Um pouco sem importância</b></p> <p><b>4 Um pouco importante</b></p> <p><b>5 Moderadamente importante</b></p> <p><b>6 Muito importante</b></p>	<p>2 Moderadamente sem importância</p> <p>3 Um pouco sem importância</p> <p>4 Um pouco importante</p> <p>5 Moderadamente importante</p> <p>6 Muito importante</p>
<p><b>13 – A felicidade de sua família?</b></p> <p><b>1 Sem nenhuma importância</b></p> <p><b>2 Moderadamente sem importância</b></p> <p><b>3 Um pouco sem importância</b></p> <p><b>4 Um pouco importante</b></p> <p><b>5 Moderadamente importante</b></p> <p><b>6 Muito importante</b></p>	<p><b>14 – Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/ companheiro(a)?</b></p> <p>1 Sem nenhuma importância</p> <p>2 Moderadamente sem importância</p> <p>3 Um pouco sem importância</p> <p>4 Um pouco importante</p> <p>5 Moderadamente importante</p> <p>6 Muito importante</p>
<p><b>15 – Sua vida sexual?</b></p> <p><b>1 Sem nenhuma importância</b></p> <p><b>2 Moderadamente sem importância</b></p> <p><b>3 Um pouco sem importância</b></p> <p><b>4 Um pouco importante</b></p> <p><b>5 Moderadamente importante</b></p> <p><b>6 Muito importante</b></p>	<p><b>16 – Seus amigos?</b></p> <p>1 Sem nenhuma importância</p> <p>2 Moderadamente sem importância</p> <p>3 Um pouco sem importância</p> <p>4 Um pouco importante</p> <p>5 Moderadamente importante</p> <p>6 Muito importante</p>
<p><b>17 – O apoio que você recebe das pessoas?</b></p> <p><b>1 Sem nenhuma importância</b></p> <p><b>2 Moderadamente sem importância</b></p> <p><b>3 Um pouco sem importância</b></p> <p><b>4 Um pouco importante</b></p> <p><b>5 Moderadamente importante</b></p> <p><b>6 Muito importante</b></p>	<p><b>18 – Cumprir com as responsabilidades familiares?</b></p> <p>1 Sem nenhuma importância</p> <p>2 Moderadamente sem importância</p> <p>3 Um pouco sem importância</p> <p>4 Um pouco importante</p> <p>5 Moderadamente importante</p> <p>6 Muito importante</p>
<p><b>19 – Ter capacidade para ser útil às outras pessoas?</b></p> <p><b>1 Sem nenhuma importância</b></p> <p><b>2 Moderadamente sem importância</b></p>	<p><b>20 – Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?</b></p> <p>1 Sem nenhuma importância</p> <p>2 Moderadamente sem importância</p>

<b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>21 – Seu lar?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>22 – Sua vizinhança?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>23 – Ter boas condições sócio-econômicas?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>24 – Seu trabalho?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>25 – Ter um trabalho?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>26 – Sua escolaridade?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante 6 Muito importante
<b>27 – Sua independência financeira?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b>	<b>28 – Suas atividades de lazer?</b> 1 Sem nenhuma importância 2 Moderadamente sem importância 3 Um pouco sem importância 4 Um pouco importante 5 Moderadamente importante

<b>6 Muito importante</b>	<b>6 Muito importante</b>
<b>29 – Ter essa criança?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>30 – Sua paz de espírito?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>
<b>31 – Sua fé em Deus?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>32 – Realizar seus objetivos pessoais?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>
<b>33 – Sua felicidade de modo geral?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>34 – Estar satisfeito com a vida?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>
<b>35 – Sua aparência pessoal?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>	<b>36 – Ser você mesmo?</b> <b>1 Sem nenhuma importância</b> <b>2 Moderadamente sem importância</b> <b>3 Um pouco sem importância</b> <b>4 Um pouco importante</b> <b>5 Moderadamente importante</b> <b>6 Muito importante</b>

## ANEXO III

### Normas para publicação na revista brasileira de fisioterapia



ISSN 1413-3555 printed version  
ISSN 1809-9246 online version

#### INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Scope and policies](#)
- [Manuscript form and presentation](#)
- [Electronic submission](#)
- [Review process](#)
- [Areas of expertise](#)

#### Scope and policies

The Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT) publishes original research articles, reviews, and brief communications on topics related to the professional activity of physical therapy and rehabilitation, including clinical, basic or applied studies on the assessment, prevention, and treatment of movement disorders. Our Editorial Board is committed to disseminating quality scientific investigations from many areas of expertise.

The BJPT follows the principles of publication ethics included in the code of conduct of the Committee on Publication Ethics (COPE).

All submissions will be screened for plagiarism using iThenticate software.

Open Access Policy - The BJPT is published under the Open Access model, therefore its articles are free to read, download, copy, and disseminate, provided it is for educational purposes.

Authors will not be charged any fees for the editorial processing and publication of accepted articles.

The BJPT accepts the following types of study, which must be directly related to the journal's scope and expertise areas:

a) **Experimental studies:** studies that investigate the effect(s) of one or more interventions on outcomes directly related to the BJPT's scope and expertise areas.

The World Health Organization defines a clinical trial as "any research study that prospectively allocates human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effect(s) on health outcome(s)". Clinical trials include single-case experimental studies, case series, nonrandomized clinical trials, and randomized clinical trials. Randomized controlled trials (RCTs) must follow the CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) recommendations, which are available at: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>.

The CONSORT checklist and Statement Flow Diagram, available at <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>, must be completed and submitted with the manuscript.

Clinical trials must provide registration that satisfies the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), e.g. <http://clinicaltrials.gov/> and/or <http://www.anzctr.org.au>. The complete list of all clinical trial registries can be found at:

<http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>

We suggest that all authors register clinical trials prospectively via the website [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)

b) **Observational studies:** studies that investigate the relationship(s) between variables of interest related to the BJPT's scope and expertise areas without direct manipulation (e.g. intervention). Observational studies include cross-sectional studies, cohort studies, and case-control studies.

c) **Qualitative studies:** studies that focus on understanding needs, motivations, and human behavior. The object of a qualitative study is guided by in-depth analysis of a topic, including opinions, attitudes, motivations, and behavioral patterns without quantification. Qualitative studies include documentary and ethnographic analysis.



The use of patient initials, names or hospital registration numbers must be avoided. Patients must not be identified in photographs, except with their express written consent attached to the original article at the time of submission.

Studies in humans must be in agreement with COPE ethical standards and must be approved by the institution's ethics committee.

Animal experiments must comply with international guidelines (such as those of the Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, published in *Pain*, 16:109110, 1983).

The BJPT reserves the right not to publish manuscripts that do not adhere to the legal and ethical rules for human and animal research.

#### **Authorship criteria**

The BJPT accepts submissions of manuscripts with up to six (6) authors. The BJPT's authorship policy follows ICMJE requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)), which state that "authorship credit should be based on 1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published." Conditions 1, 2, and 3 should all be met simultaneously. Grant acquisition, data collection, and/or general supervision of a research group do not justify authorship and must be recognized in the acknowledgements.

In exceptional cases, the editors may consider a request for submission of a manuscript with more than six (6) authors. The criteria for analysis include the type of study, potential for citation, quality, and methodological complexity, among other things. In these exceptional cases, each author's contribution must be described at the end of the text, after the Acknowledgements and right before the References as recommended by the ICMJE and the Guidelines for Integrity of Scientific Activity widely publicized by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://www.cnpq.br/web/quest/diretrizes>).

All authors are solely responsible for the content of the submitted manuscripts. All published material becomes property of the BJPT, which will retain the copyrights. Therefore, no material published in the BJPT may be reproduced without written permission from the editors. All authors of the submitted manuscript must sign a copyright transfer agreement form valid from the date of the acceptance of the manuscript.

### **Manuscript form and presentation**

#### **Original manuscripts**

The official language of the BJPT is English. The BJPT accepts the submission of manuscripts with up to 3,500 words (excluding title page, abstract, references, tables, figures, and legends). The information contained in appendices will be included in the total number of words allowed.

The manuscript must include a title and identification page, abstract, and keywords before the body of the manuscript. References, tables, figures, and appendices should be inserted at the end of the manuscript.

#### **Title and identification page**

The title of the manuscript must not exceed 25 words and must include as much information about the study as possible. Ideally, the terms used in the title should not appear in the list of keywords. The identification page must also contain the following details:

Full title and short title of up to 45 characters to be used as a legend on the printed pages;

Authors: author's first and last name in capital letters without title followed by a superscript number

**Authors:** author's first and last name in capital letters without title followed by a superscript number (exponent) identifying the institutional affiliation (department, institution, city, state, country). For more than one author, separate using commas;

**Corresponding author:** name, full address, email, and telephone number of the corresponding author who is authorized to approve editorial revisions and provide additional information if needed.

**Keywords:** up to six indexing terms or keywords in Portuguese and English.

### **Abstract**

The abstract must be concise, not exceeding 250 words in a single paragraph in English, and must be inserted immediately after the title page. Do not include references, footnotes or undefined abbreviations in the abstract. It must be written in a structured format.

### **Bullet points**

On a separate page, the manuscript must identify three to five phrases that capture the essence of the topic under investigation and the main conclusions of the paper. Each bullet point must be written in a summarized fashion and provide the main contributions of the study to the current literature, as well as the clinical implications (i.e., how the results can influence clinical practice or scientific research in the area of physical therapy and rehabilitation). These points must be presented in a text box in the beginning of the article, after the abstract. Each bullet point must have no more than 80 characters (with spaces).

### **Introduction**

This part of the manuscript should describe and define the topic under investigation, explain the relationships with other studies in the same field, justify the need for the study, and specify the objective(s) of the study and hypotheses, if applicable.

### **Methods**

This section consists in describing the methodological design of the study and presenting a clear and detailed report of the study participants and data collection procedures, transformation/reduction, and analysis in order to allow reproducibility of the study. For clinical trials, the participant selection and allocation process must be organized in a flowchart containing the number of participants in each phase as well as their main characteristics (see model of CONSORT flow diagram).

Whenever relevant to the type of study, the author should include the calculation that adequately justifies the sample size for investigation of the intervention effects. All of the information needed to estimate and justify the sample size used in the study must be clearly stated.

The authors must describe the dependent and independent variables; whether the parametric assumptions were met; specify the software used in the data analysis and the level of significance; and specify the statistical tests and their purpose.

### **Results**

The results should be presented briefly and concisely. Pertinent results must be reported with the use of text and/or tables and/or figures. Data included in tables and figures must not be duplicated in the text. The results must be summarized into self-explanatory graphs or tables using measures of central tendency and variability (e.g. mean (SD) instead of mean±SD); must include measures of magnitude of effect (e.g. effect size) and/or indicators of the precision of the estimates (e.g. confidence intervals); must report the power of the non-significant statistical tests.

### **Discussion**

The purpose of the discussion is to interpret the results and to relate them to existing and available knowledge, especially the knowledge already presented in the Introduction. Be cautious when emphasizing recent findings. The data presented in the Methods and/or in the Results sections should not be repeated. Study limitations, implications, and clinical application to the areas of physical therapy and rehabilitation sciences must be described.

### References

The recommended number of references is 30, except for systematic reviews of the literature. Avoid references that are not available internationally, such as theses and dissertations, unpublished results and articles, and personal communication. References should be organized in numerical order of first appearance in the text, following the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals prepared by the ICMJE.

Journal titles should be written in abbreviated form, according to the List of Journals of Index Medicus. Citations should be included in the text as superscript (exponent) numbers without dates. The accuracy of the references appearing in the manuscript and their correct citation in the text are the responsibility of the author(s).

Examples: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

### Tables, Figures, and Appendices

An overall total of five (5) tables and figures is allowed. Appendices must be included in the number of words allowed in the manuscript. In the case of previously published tables, figures, and appendices, the authors must provide a signed permission from the author or editor at the time of submission.

For articles submitted in Portuguese, the English version of the tables, figures, and appendices and their respective legends must be attached in the system as a supplementary document.

-Tables: these must include only indispensable data and must not be excessively long (maximum allowed: one A4 page with double spacing). They should be numbered consecutively using Arabic numerals and should be inserted at the end of the text. Small tables that can be described in the text are not recommended. Simple results are best presented in a phrase rather than a table.

- Figures: these must be cited and numbered consecutively using Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The information in the figures must not repeat data described in tables or in the text. The title and legend(s) should explain the tables and figures without the need to refer to the text. All legends must be double-spaced, and all symbols and abbreviations must be defined. Use uppercase letters (A, B, C, etc.) to identify the individual parts of multiple figures.

Whenever possible, all symbols should be placed in the legends. However, symbols identifying curves in a graph can be included in the body of the figure, provided this does not hinder the analysis of the data. Figures in color will only be published in the online version. With regard to the final artwork, all figures must be in high resolution or in its original version. Low-quality figures will not be accepted and may result in delays in the process of review and publication.

- Acknowledgements: these must include statements of important contributions specifying their nature. The authors are responsible for obtaining the authorization of individuals/institutions named in the acknowledgements.

Authors are strongly encouraged to use EQUATOR network checklists that are specific for their research design (for example, CONSORT statement for clinical trials, PRISMA statement for systematic reviews or STROBE statement for observational studies). All statements from the EQUATOR network can be found on the following website: <http://www.equator-network.org>

### Electronic submission

Manuscripts must be submitted, in English, via the website <http://www.scielo.br/rbfis>.

It is the authors' responsibility to remove all information (except on the title and identification page) that may identify the article's source or authorship.

When submitting a manuscript for publication, the authors must include, in addition to the files described above, the following supplementary documents: 1) Cover letter; 2) Conflict of interest statement;

### The review process


The submissions that meet the journal's standards and are in accordance with the BJPT editorial policies will be forwarded to the area editors, who will perform an initial assessment and recommend them or not to the chief editor for peer-review. The criteria used for the initial analysis of the area editor include: originality, pertinence, clinical relevance, and methodology. The manuscripts that do not have merit or do not conform to the editorial policies will be rejected in the pre-analysis phase, regardless of the adequacy of the text and methodological quality. Therefore, the manuscript may be rejected based solely on the recommendation of the area editor without the need for further review, in which case, the decision is not subject to appeal. The manuscripts selected for pre-analysis will be submitted to review by specialists, who will work independently. The reviewers will remain anonymous to the authors, and the authors will not be identified to the reviewers. The editors will coordinate the exchange between authors and reviewers and will make the final decision on which articles will be published based on the recommendations of the reviewers and area editors. If accepted for publication, the articles may be subject to minor changes that will not affect the author's style. If an article is rejected, the authors will receive a justification letter from the editor. After publication or at the end of the review process, all documentation regarding the review process will be destroyed.

### Areas of expertise

1. Physiology, Kinesiology, and Biomechanics; 2. Kinesiotherapy/therapeutic resources; 3. Motor development, acquisition, control, and behavior; 4. Education, Ethics, Deontology, and Physical Therapy History; 5. Assessment, prevention, and treatment of cardiovascular and respiratory disorders; 6. Assessment, prevention, and treatment of aging disorders; 7. Assessment, prevention, and treatment of musculoskeletal disorders; 8. Assessment, prevention, and treatment of neurological disorders; 9. Assessment, prevention, and treatment of gynecological disorders; 10. Assessment and measurement in Physical Therapy; 11. Ergonomics/Occupational Health.

[\[Home\]](#) [\[About this journal\]](#) [\[Editorial board\]](#) [\[Subscription\]](#)

---

 All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#)

Rod. Washington Luis, Km 235  
13565-905, São Carlos, SP, Brasil  
Tel./Fax: +55 16 3351 8755



[contato@rbf-bjpt.org.br](mailto:contato@rbf-bjpt.org.br)

---

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFRN (CEP-UFRN), de acordo com a resolução n. 466/12, sob o parecer número 719.939.