



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

IX DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

**Validação do diagnóstico de enfermagem
disfunção sexual (00059) em grávidas**

**Validation of the nursing diagnosis
*sexual dysfunction (00059) in pregnant women***

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Área de especialidade: Enfermagem Avançada

Sob orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer
Sob coorientação da Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa

Por: Dora Maria Honorato Carteiro

Instituto Ciências da Saúde

Março de 2016

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sílvia Caldeira, pelo privilégio da orientação científica, por todo o acompanhamento e disponibilidade, pela força, por todos os momentos de discussão e argumentação, pela motivação e amizade.

À Professora Doutora Lisete Sousa, pela orientação científica, pela aprendizagem, disponibilidade e pela partilha neste percurso de investigação.

À Enfermeira Aida Ferreira pela motivação, compreensão e disponibilidade.

À Doutora Manuela Peleteiro pela compreensão e colaboração em todo o percurso, e por acreditar nesta investigação como um contributo para a prática.

Aos Diretores Executivos dos ACES pela autorização e interesse na investigação.

À Doutora Clara Pais pela disponibilidade na divulgação da operacionalização da recolha de dados e acompanhamento no ACES Lisboa Norte.

À Enfermeira Carla Silva pela dinamização do processo de recolha de dados no ACES Oeste Sul.

A cada um dos enfermeiros que colaborou no processo de recolha de dados pela dinamização e operacionalização deste processo.

À Cláudia e à Débora pela disponibilidade e por aceitarem o desafio de participar neste caminho.

A cada uma das grávidas que participou na fase de validação clínica pela partilha da sua vivência numa área tão íntima da sua vida.

Aos colegas e investigadores que partilharam diversos momentos neste percurso de investigação.

Aos amigos que sempre incentivaram a continuidade e me confortaram com as suas palavras de motivação.

À Professora Doutora Manuela Néné pela aprendizagem, motivação e amizade.

Aos meus pais pelo suporte familiar, por compreenderem os momentos de ausência e por cuidarem dos meus filhos, proporcionando-me disponibilidade para seguir este caminho.

Aos meus filhos pelos sorrisos e abraços que me fortaleceram para prosseguir.

Ao meu marido pelo incentivo a iniciar este percurso, por me acompanhar e motivar em cada passo e a cada dificuldade.

A Deus, por tudo. Por colocar na minha vida todos aqueles que fazem sentido e os que não fazem sentido, para a vida tomar sentido.

RESUMO

Introdução: A gravidez é uma fase de transição na qual pode surgir disfunção sexual e conseqüente compromisso da qualidade de vida do casal. O diagnóstico de problemas sexuais é dificultado pela multiplicidade de fatores subjacentes e pela sua forma de expressão. Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia têm, pela sua proximidade, a oportunidade de abordar esta temática e de a diagnosticar. Como tal, torna-se necessário estimar os indicadores clínicos que favoreçam o raciocínio clínico.

Objetivos: Traduzir o diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction*, identificar os indicadores clínicos da disfunção sexual na amostra de grávidas, calcular a sua prevalência nos diferentes trimestres e estimar a sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras do diagnóstico.

Método: Estudo de natureza quantitativa, observacional, exploratório-descritivo e transversal. Iniciou-se com a tradução do diagnóstico para português europeu, seguida de uma revisão integrativa da literatura para identificação de indicadores clínicos do diagnóstico e, por fim, a validação clínica numa amostra de grávidas, através do modelo de Richard Fehring (1987, 1994). Integraram o estudo 306 grávidas acompanhadas na consulta de enfermagem de dois agrupamentos de centros de saúde, Lisboa Norte e Oeste Sul que preencheram um questionário constituído por dados demográficos e de saúde, o *Female Sexual Function Index* e as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Resultados: Obteve-se uma versão em português europeu do diagnóstico. Na revisão integrativa da literatura foram identificadas quatro novas características definidoras e 12 novos fatores relacionados do diagnóstico disfunção sexual na grávida em 58 estudos analisados. Na validação clínica a prevalência do diagnóstico foi de 49%, mantendo-se similar ao longo dos trimestres. Foram validadas 14 características definidoras, sete principais e sete secundárias. A característica definidora *procura de confirmação de desabilidade* foi a mais sensível e a *diminuição do desejo sexual* foi a mais específica. O *score* total do diagnóstico foi 0,79.

Conclusões: Novos elementos do diagnóstico foram identificados na revisão da literatura e validados na fase de validação clínica. A prevalência do diagnóstico nesta amostra confirma a disfunção sexual como um diagnóstico possível na consulta de enfermagem de saúde materna. Dos resultados emergiu uma proposta de mudança do enunciado do diagnóstico e de inclusão do diagnóstico de risco correspondente. Mais estudos de validação clínica noutros contextos, com amostras probabilísticas, poderão aumentar a evidência do diagnóstico, identificar particularidades e contribuir para o desenvolvimento da taxonomia da NANDA-I.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Disfunção Sexual Fisiológica; Disfunções Sexuais Psicogénicas; Sexualidade; Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a transitional period and sexual dysfunction may occur compromising the couple's quality of life. The diagnosis of sexual needs during this time is difficult to find due to a multiplicity of underlying factors and how they are present. Nurses and midwives have the opportunity to assess this subject and to diagnose, due to their proximity to the pregnant and couple. Thus, it seems necessary to evaluate the clinical indicators that may facilitate the clinical reasoning.

Objectives: To translate the nursing diagnosis sexual dysfunction, to identify the clinical indicators in a sample of pregnant women, to calculate the prevalence in each trimester, to calculate the specificity, sensitivity and predictive value of the defining characteristics.

Methods: Quantitative, observational, cross-sectional, exploratory-descriptive study. First, the diagnosis was translated into European Portuguese. In the second phase, an integrative literature review was performed to identify the clinical diagnostic indicators of the diagnosis. Third phase consisted in the clinical validation in a sample of pregnant using the Richard Fehring model (1987, 1994). The sample was composed of 306 pregnant women in nursing consultation in two health centers of the Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley, who filled out questionnaires about their health and demographics data, the Female Sexual Function Index (FSFI), and the defining characteristics and related factors of the diagnosis. The study was approved by the Ethics Committee of Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley.

Results: An european portuguese version of the diagnosis was obtained. Four new defining characteristics and 12 new related factors were identified in the integrative

literature review, which included 58 papers. In clinical validation the prevalence of the diagnosis was 49%, similar in all trimesters. A total of 14 defined characteristics were validated, seven major and seven minor. The defining characteristic *seeks confirmation of desirability* was the most sensitive, and *decrease in sexual desire* the most specific. The total diagnostic score was 0.79.

Conclusion: New elements of the diagnosis were identified in the integrative literature review and were validated in the clinical validation. The prevalence of the diagnosis sexual dysfunction in this sample confirms the possibility of its occurrence during the maternal nursing consultation. An update in the label of the diagnosis is proposed and the integration of the related risk diagnosis to be included in NANDA-I. Future studies of clinical validation in other contexts using probabilistic samples could be important in increasing the evidence of the diagnosis and the development of the taxonomy of NANDA-I.

Keywords: Nursing; Nursing Diagnosis; Sexual Dysfunction, Physiological; Sexual Dysfunctions, Psychological; Sexuality; Pregnancy.

RESUMEN

Introducción: El embarazo es una fase de transición en la que puede surgir disfunción sexual y como consecuencia comprometer la calidad de vida de la pareja. El diagnóstico de problemas sexuales se ve dificultado por la multiplicidad de factores subyacentes y por su forma de expresión. Los enfermeros especialistas en salud materna y obstetricia tienen, por su proximidad, la oportunidad de abordar esta temática y de diagnosticarla. Como tal, es necesario estimar los indicadores clínicos que favorezcan el raciocinio clínico.

Objetivos: Traducir el diagnóstico de enfermería *sexual dysfunction*, identificar los indicadores clínicos de la disfunción sexual en la muestra de embarazadas, calcular su prevalencia en los diferentes trimestres, y estimar la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de las características definidoras del diagnóstico.

Método: Estudio de naturaleza cuantitativa, observacional, exploratorio-descriptivo y transversal. Se inició con la traducción del diagnóstico para portugués europeo, seguida de una revisión integrativa de la literatura para identificar indicadores clínicos del diagnóstico, y finalmente la validación clínica del diagnóstico en una muestra de embarazadas, a través del modelo de Richard Fehring (1987, 1994). Formaron parte del estudio 306 embarazadas seguidas en la consulta de enfermería de dos grupos de centros de salud, Lisboa Norte y Oeste Sul que rellenaron un cuestionario constituido por datos demográficos y de salud, el *Female Sexual Function Index* y las características definidoras y factores relacionados del diagnóstico. El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética para la Salud de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Vale do Tejo.

Resultados: Se obtuvo una versión del diagnóstico en portugués europeo. En la revisión integrativa de la literatura fueron identificadas cuatro nuevas características definidoras y 12 nuevos factores relacionados del diagnóstico disfunción sexual en la embarazada en 58 estudios analizados. En la validación clínica, la prevalencia del diagnóstico fue de 49%, manteniéndose similar a lo largo de los trimestres.

Fueron validadas 14 características definidoras, siete principales y siete secundarias. La característica definidora *busca de confirmación de ser deseable* fue la más sensible y la *disminución del deseo sexual*, la más específica. La puntuación total del diagnóstico fue 0,79.

Conclusiones: Nuevos elementos de diagnóstico fueron identificados en la revisión de la literatura y validados en la fase de validación clínica. La prevalencia del diagnóstico en esta muestra confirma la disfunción sexual como un diagnóstico posible en la consulta de enfermería de salud materna.

De los resultados surgió una propuesta de cambio del enunciado del diagnóstico y de inclusión del diagnóstico de riesgo correspondiente. Más estudios de validación clínica en otros contextos, con muestras probabilísticas, podrán aumentar la evidencia del diagnóstico, identificar particularidades y contribuir para el desarrollo de la taxonomía de la NANDA-I.

Palabras clave: Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Disfunción Sexual Fisiológica; Disfunciones Sexuales Psicológicas; Sexualidad; Embarazo.

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual*

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

FSFI – *Female Sexual Function Index*

INE – Instituto Nacional de Estatística

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

VPN – Valor Preditivo Negativo

VPP – Valor Preditivo Positivo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fases da Investigação	68
Figura 2: Fluxograma dos artigos selecionados para a revisão, com base no PRISMA	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Histograma dos dados referentes à variável idade.....	124
Gráfico 2 - Histograma dos dados segundo a idade gestacional	128
Gráfico 3 - Histograma dos dados segundo a idade no ACES Lisboa Norte.....	134
Gráfico 4 - Histograma dos dados segundo a idade no ACES Oeste Sul	134
Gráfico 5 - Distribuição das variáveis alteração na vivência da sexualidade, alteração da função sexual e presença de disfunção sexual na amostra	143
Gráfico 6 - Distribuição das grávidas com disfunção sexual em relação à variável idade.....	147
Gráfico 7 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados na amostra total	169
Gráfico 8 - Distribuição da frequência de repostas aos fatores relacionados no ACES Lisboa Norte.....	171
Gráfico 9 - Distribuição da frequência de repostas aos fatores relacionados no ACES Oeste Sul	173
Gráfico 10 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados nos grupos “ DS” e “Não DS”	175
Gráfico 11 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados na amostra global por trimestre	178
Gráfico 12 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados no grupo “ DS” por trimestre.....	180

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Versão original e traduzida do diagnóstico de enfermagem.....	76
Tabela 2 - Estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.....	85
Tabela 3 - Frequência das características definidoras da disfunção sexual nos estudos incluídos.....	88
Tabela 4 - Frequência dos fatores relacionados da disfunção sexual nos estudos incluídos.....	89
Tabela 5- Forma de cálculo da sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras.....	103
Tabela 6- Algoritmo para cálculo dos <i>scores</i> do FSFI (Adaptado de: Rosen et al., 2000; Hentschel et al., 2006).....	105
Tabela 7- Valores de alfa de Cronbach para o FSFI na amostra de grávidas em estudo e no estudo de Pechorro (2009).....	108
Tabela 8 - Análise de correlação Spearman inter dimensões do FSFI.....	109
Tabela 9 - Análise fatorial do FSFI.....	111
Tabela 10 - Distribuição de questionários nas diferentes unidades de saúde dos ACES.....	121
Tabela 11 - Caracterização da amostra global das grávidas.....	123
Tabela 12 - Distribuição das grávidas segundo a nacionalidade.....	125
Tabela 13 - Distribuição das grávidas segundo a profissão.....	125
Tabela 14 - Distribuição das grávidas segundo a religião.....	126
Tabela 15 - Distribuição das grávidas segundo as habilitações literárias.....	127
Tabela 16 - Distribuição das grávidas quanto ao número de filhos e de abortamentos	129

Tabela 17 - Distribuição das grávidas quanto à existência de companheiro, planeamento da gravidez, presença de dificuldade em engravidar e recomendação de restrição da atividade sexual	130
Tabela 18 - Distribuição das grávidas segundo a unidade de saúde onde efetuaram a vigilância da gravidez	132
Tabela 19 - Caracterização demográfica das grávidas do ACES Lisboa Norte e ACES Oeste Sul	133
Tabela 20 - Síntese da prevalência de disfunção sexual em estudos anteriores.....	139
Tabela 21 - Frequências das variáveis, alteração na função sexual, alteração na vivência da sexualidade e disfunção sexual durante a gravidez	141
Tabela 22 - Análise das variáveis alteração na vivência da sexualidade, alteração da função sexual e presença de disfunção sexual em conjunto na amostra.....	143
Tabela 23 - Distribuição das grávidas por trimestre com e sem disfunção sexual...	148
Tabela 24 - Distribuição das grávidas com disfunção sexual por dimensão e por trimestre	151
Tabela 25 - Distribuição da frequência das características definidoras na amostra global.....	154
Tabela 26 - Classificação das características definidoras nos diferentes grupos	156
Tabela 27 - Distribuição das frequências das características definidoras no grupo “DS” e “Não DS”	158
Tabela 28 - Sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das características definidoras do diagnóstico de disfunção sexual.....	164
Tabela 29 - Fatores relacionados existentes na NANDA-I e novos que emergiram da revisão integrativa da literatura.....	167

ÍNDICE GERAL

0 – INTRODUÇÃO	21
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	25
1.1 – SEXUALIDADE, RESPOSTA SEXUAL E DISFUNÇÃO SEXUAL.....	25
1.1.1 – A atenção à sexualidade nos cuidados de enfermagem	32
1.2 – A GRAVIDEZ, ALTERAÇÕES E SEXUALIDADE.....	34
1.2.1 – Atenção holística à mulher grávida pelos enfermeiros	50
1.3 – O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	53
1.3.1 – As classificações e a enfermagem	54
1.3.2 – A importância do diagnóstico de enfermagem	58
1.3.3 – A história do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual na NANDA-I	61
2 – ESTUDO EMPÍRICO	67
2.1 – OBJETIVOS	69
2.2 – TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL DA NANDA-I.....	70
2.2.1 – Princípios metodológicos	70
2.2.2 - Apresentação dos resultados da tradução	75
2.3 – REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA: INDICADORES DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM GRÁVIDAS	77
2.3.1 – Método e protocolo da revisão	77
2.3.2 – Apresentação e discussão dos resultados da revisão integrativa da literatura	83
2.4 – VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	98
2.4.1 – Princípios metodológicos	99
2.4.1.1 – Modelo de Richard Fehring para a validação clínica de diagnósticos de enfermagem.....	99

2.4.2 – Análise das propriedades psicométricas do FSFI em grávidas.....	104
2.4.3 – Instrumento de recolha de dados.....	113
2.4.4 – Pré-teste.....	115
2.4.5 – Seleção da amostra	116
2.4.6 – Processo de recolha de dados	117
2.4.7 – Tratamento de dados	122
2.4.8 – Apresentação e discussão dos resultados da validação clínica.....	122
2.4.8.1 – Caracterização demográfica da amostra.....	123
2.4.8.2 – Caracterização demográfica das grávidas por agrupamento	132
2.4.8.3 – Prevalência do diagnóstico de enfermagem	136
2.4.8.4 – Opinião da grávida sobre a presença de disfunção sexual	140
2.4.8.5 – Análise das respostas à questão aberta.....	145
2.4.8.6 – Caracterização demográfica das grávidas com disfunção sexual.....	147
2.4.8.7 – Frequência das características definidoras	153
2.4.8.8 – Classificação das características definidoras nas grávidas com disfunção sexual.....	159
2.4.8.9 – Sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras.....	163
2.4.8.10 – Fatores relacionados.....	166
2.5 – NOVAS PROPOSTAS PARA A NANDA-I.....	182
2.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	186
2.7 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	190
3 – CONCLUSÕES	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	199
ANEXOS	227

ANEXO I –	Tabela com os elementos do diagnóstico de enfermagem <i>sexual dysfunction</i> da NANDA-I (2014) em Inglês para os tradutores.....	229
ANEXO II –	Versão T1 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual da NANDA-I (2014) em Português.....	233
ANEXO III –	Versão T2 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual da NANDA-I (2014) em Português.....	237
ANEXO IV –	Versão T3 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual da NANDA-I (2014) em Português.....	241
ANEXO V –	Versão BT1 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual da NANDA-I (2014) em Inglês pós retrotradução.....	245
ANEXO VI –	Versão BT2 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual da NANDA-I (2014) em Inglês após retrotradução.....	249
ANEXO VII –	Instrumento de recolha de dados para a revisão integrativa da literatura.....	253
ANEXO VIII –	Autorização para a aplicação da versão do FSFI validada em Portugal	257
ANEXO IX –	Instrumento de recolha de dados final.....	261
ANEXO X –	Lista das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I e emergentes da revisão integrativa da literatura com as respetivas definições operacionais.....	271
ANEXO XI –	Autorizações dos Diretores Executivos do ACES Lisboa Norte e ACES Oeste Sul.....	277
ANEXO XII –	Proposta à comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I	281
ANEXO XIII –	Parecer intermédio da CES.....	285
ANEXO XIV –	Parecer favorável condicionado da CES.....	289
ANEXO XV –	Parecer final da CES.....	295

0 – INTRODUÇÃO

O percurso individual de cada pessoa tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes, onde a saúde e o bem-estar constituem pilares fundamentais. Os enfermeiros têm uma responsabilidade e deveres únicos marcantes na jornada de saúde/doença ao longo do ciclo de vida. Uma intervenção holística e individualizada constitui um cuidado à pessoa como um todo indivisível, com uma história de vida particular, num determinado contexto baseado num conjunto de crenças e valores (Garcia & Lisboa, 2012).

A sexualidade integra a identidade de cada pessoa. É uma função biológica humana que não se limita à genitalidade mas sim à corporalidade total (Vieira, Souza, Nakamura, & Matar, 2012). Uma integração e coordenação entre mente, emoções e corpo que dirigem a dimensão social (Jamali & Mosalanejad, 2013). A sua importância na qualidade de vida é inquestionável, mas a dificuldade em abordar, questionar e responder com naturalidade a questões relacionadas com a sexualidade parece ser um problema generalizado (Aribi et al., 2012; Ferreira et al., 2012; Vieira, Souza, Nakamura, & Matar, 2012; Corbacioglu, Akca, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Bakir, 2013; Costa & Coelho, 2013; Ribeiro et al., 2014).

A saúde sexual envolve um equilíbrio permanente de diferentes vertentes implicadas no ato sexual, assim como uma multiplicidade de fatores, incluindo a dimensão física, mental, emocional e o bem-estar social em todos os comportamentos sexuais e crenças, não se limitando a uma mera ausência de doença e disfunção. Qualquer perturbação resultante do desequilíbrio devido à insatisfação com as relações sexuais pode resultar em disfunção (Murtagh, 2010; Jamali & Mosalanejad, 2013).

A gravidez é um acontecimento fundamental neste percurso, uma fase especial que contribui para a manutenção da espécie, onde a dimensão da sexualidade pode ficar comprometida e influenciar o bem-estar e a qualidade de vida do casal (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2006; Oliveira, 2008; Ferreira et al., 2012). A resposta sexual feminina permaneceu pouco estudada durante muitos séculos e, nessa sequência, também a função sexual durante a gravidez recebeu pouca atenção por parte dos investigadores (Vieira et al., 2012; Prado, Lima, & Lima, 2013). A literatura sobre o tema, baseada em diferentes culturas, revela uma elevada prevalência de sintomas de disfunção sexual em grávidas saudáveis e parece consensual a existência de uma diminuição da frequência da atividade sexual à medida que a gestação progride (Camacho, Vargens, & Proganti, 2010; Naldoni et al., 2011; Veríssimo, 2011; Brooks et al., 2012; Ferreira et al., 2012; Corbacioglu, Akca, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Bakir, 2013; Jamali, & Mosalanejad, 2013; Alsibiani, 2014). A grávida pode apresentar dificuldade em atingir o orgasmo, dispareunia, inibição do desejo e da excitação sexual, suscitando problemas na vivência da sexualidade do casal (Leite et al., 2007; Murtagh, 2010; Serati et al., 2010; Naldoni et al., 2011; Seven, Akyuz, & Gungor, 2011; Aribi et al., 2012; Babazadeh, Mirzaii, & Masomi, 2013; Jamali & Mosalanejad, 2013; Alsibiani, 2014; Galazka, Drosdzol-Cop, Naworska, Czajkowska, & Skrzypulec-Plinta, 2014; Yeniei & Petri, 2014). A abordagem da função sexual na gravidez está, ainda, rodeada por inúmeros tabus movidos por falta de conhecimento e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos (Aribi et al., 2012; Vieira, Souza, Nakamura, & Matar, 2012). Face à importância da sexualidade na gravidez, à sua subjetividade e à dificuldade dos enfermeiros na sua integração efetiva nos cuidados, a utilização da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) assume um caráter bastante pertinente,

pois oferece uma estrutura útil e objetiva que suporta o raciocínio clínico do enfermeiro e foi considerada a mais adequada para a fase de diagnóstico no processo de enfermagem (Herdman, 2012).

O diagnóstico de enfermagem disfunção sexual está classificado desde 1980 na NANDA-I. Esta classificação internacional tem como finalidade contribuir para a elaboração diagnósticos acurados que promovam o planejamento de intervenções de enfermagem adequadas (Herdman & Kamitsuru, 2014). Na tradução desta classificação em português do Brasil, este diagnóstico, disfunção sexual, define-se como “o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recomendada ou inadequada” (Herdman, 2012, p.387). A disfunção sexual constitui um problema multifatorial que envolve determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais (Basson et al., 2004; Cerejo, 2006; Chang, Chen, Lin, & Yu, 2011; *American Psychological Association (APA)*, 2014). Entre os diversos fatores, podemos encontrar aspetos relacionados com o estadio fisiológico da mulher, como é o caso da gravidez, da amamentação e da menopausa (Chang, Chen, Lin, & Yu, 2011; Ferreira et al., 2012; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014). A necessidade de validar diagnósticos de enfermagem relacionados com a sexualidade em contexto clínico é evidenciada na literatura, nomeadamente do diagnóstico disfunção sexual (Vieira, 2001; Silva, 2003; Melo, Carvalho, & Pelá, 2006; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013; Silva, Cavalcanti, Souza, Martins, & Rosa, 2014).

A validação clínica do diagnóstico de enfermagem permite verificar se os indicadores clínicos do diagnóstico (características definidoras e fatores relacionados) correspondem ao que as pessoas sentem quando referem ter disfunção

sexual. Só assim uma classificação poderá traduzir de modo fidedigno o diagnóstico para que os enfermeiros mais facilmente identifiquem o problema e planeiem uma intervenção eficaz e eficiente (Fehring, 1994; Lunney, 1998; Lopes, Silva, & Araújo, 2013).

Os objetivos deste estudo são traduzir e validar linguisticamente e culturalmente para português europeu o diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction*, identificar os indicadores clínicos da disfunção sexual na grávida, bem como a sua prevalência nos diferentes trimestres da gravidez e identificar a sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras do diagnóstico. Como finalidade, pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, aumentando o nível de evidência do diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction* e, pela validação clínica, contribuir para o desenvolvimento da taxonomia II, através da submissão dos resultados à comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I.

Com os resultados da validação clínica, este estudo poderá constituir um contributo para a melhoria da intervenção de enfermagem na vigilância da grávida, ao disponibilizar conhecimento sobre os fatores relacionados e as características definidoras mais significativas do diagnóstico e também através de uma proposta futura de um guia orientador de boas práticas na consulta de enfermagem de saúde materna, a apresentar à Ordem dos Enfermeiros (OE).

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A contextualização teórica do estudo desenvolve os conceitos que sustentam a investigação através de pesquisa bibliográfica pertinente e diversificada. Enquadra a problemática do estudo, suporta os dados empíricos e, posteriormente, na discussão dos resultados, permite a comparação entre o conhecimento existente e os novos dados. Neste capítulo, inicialmente apresentamos os conceitos que envolvem a sexualidade e a abordagem da sexualidade nos cuidados de enfermagem. Na continuidade caracterizamos a gravidez nas suas diferentes alterações físicas, psicológicas, relacionais, sociais e espirituais e a atenção holística dos enfermeiros à mulher grávida. Por fim, abordamos a temática dos diagnósticos de enfermagem e, especificamente, o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual.

1.1 – SEXUALIDADE, RESPOSTA SEXUAL E DISFUNÇÃO SEXUAL

A sexualidade acompanha o ser humano em todos os momentos da vida, no entanto, a sua concetualização mostra-se complexa devido à sua marcada natureza individual. Ao longo do percurso de vida, esta dimensão cruza-se nas várias vertentes do desenvolvimento integral e influi mutuamente o modo como cada pessoa vive as suas experiências e como as expressa. Impõe-se um entendimento holístico, na medida em que a sexualidade influencia e é influenciada pelo todo do indivíduo. A expressão da sexualidade não se limita ao ato sexual e pode ser entendida com duas funções distintas, a saber, a reprodução e a obtenção de prazer. Considerando que em 99% das relações sexuais que um casal tem durante a sua vida conjugal procura o prazer, parece-nos fulcral a importância do erotismo e do relacionamento satisfatório na vida sexual (Zampieri, 2004; Galazka, Drosdzol-Cop, Naworska, Czajkowska, &

Skrzypulec-Plinta, 2014). De um modo geral, esta última função relativa ao prazer ganha maior ênfase nos tempos modernos, embora dependente de aspetos culturais e crenças pessoais. Salientamos que a sexualidade vai além da genitalidade, pois envolve afetividade, emoção, comunicação e prazer (OMS, 2010; Carteiro & Marques, 2011; Garcia & Lisboa, 2012; Jamali & Mosalanejad, 2013). Onnipresente na vida humana, faz parte da história e da evolução da espécie (Pauleta, Pereira, & Graça, 2010). Tradicionalmente, a sua abordagem valorizou a vertente biológica da reprodução e, posteriormente, passou a envolver aspetos da psicologia, aquando do estudo do comportamento sexual humano, bem como, a análise da fisiologia e o tratamento desse mesmo comportamento. Neste contexto, a sexualidade passou a ser entendida como uma realidade essencial ao bem-estar do indivíduo, no seu percurso de vida único (Moreira, 2003; Murtagh, 2010; OMS, 2010; Jamali & Mosalanejad, 2013; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013).

A sexualidade é uma das dimensões humanas mais complexas e que integra fatores biológicos, psicossociais, espirituais e interpessoais. É como uma força intrínseca, um conjunto de reações, interpretações, definições, proibições e normas, como resposta de dois sexos biológicos numa determinada situação (Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Murtagh, 2010; Chang, Chen, Lin, & Yu, 2011; Jamali & Mosalanejad, 2013; Machado, 2014). Uma dimensão vivida e com expressões variadas, como em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, mais ou menos expressos e experimentados ao longo da vida (Mendonça, Silva, Arrudai, Zapata, & Amaral, 2012; Jamali & Mosalanejad, 2013). Pode ainda ser definida como um traço mais íntimo do ser humano, uma descoberta de sensações através do contacto e da atração, a procura de prazer e satisfação de desejos manifestados de forma particular em cada

indivíduo, de acordo com a realidade e com as experiências vivenciadas (Belentani, Marcon, & Pelloso, 2011).

Uma definição de sexualidade, atual e aceita de forma relativamente consensual a nível internacional, é a da OMS em 2010 que a define como uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influi na saúde física e mental. A OMS (2010) distingue sexo e sexualidade, definindo o primeiro como as características biológicas que definem humanos como homens e mulheres e, a segunda, como um aspeto central do ser humano ao longo da vida que engloba sexo, identidade, papel de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, logo, mais abrangente e de natureza mais subjetiva que o sexo.

A expressão da sexualidade é variável nas diferentes sociedades e uma mesma comunidade pode, também, assumir diferentes padrões de sexualidade. Parece que uma regra se estabelece e o sexo é entendido como um elo de satisfação entre duas pessoas que se amam, onde ambos se sentem tranquilos, gratificados e disponíveis para repetir a experiência. Um comportamento sexual que fornece satisfação a ambos os parceiros, não causa malefício, não se associam fatores de ansiedade e permite a expansão da personalidade (Hentschel, Alberton, Capp, Golgim, & Passos, 2006). A sexualidade não se pode dissociar da resposta sexual, no entanto, são vários os modelos existentes e os fatores associados a esta temática. O conceito de resposta sexual enquanto sequência bem determinada de acontecimentos parece ter sido estabelecido pela primeira vez por Freud, em 1936 (Machado, 2014).

Em 1966, Master e Johnson descreveram as alterações fisiológicas da resposta sexual numa sequência de quatro fases: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução, conhecido como o clássico modelo de resposta sexual feminina. Após um estímulo sexual ocorre um aumento do fluxo sanguíneo periférico e diversos fenômenos que condicionam a lubrificação na mulher. A estimulação contínua origina um aumento da vasocongestão periférica e da tensão muscular, denominada *plateau*, que termina com o início do orgasmo, caracterizado por contrações musculares rítmicas e involuntárias, envolvendo o terço externo da vagina e acompanhadas de uma intensa sensação de prazer. A fase de resolução é curta e flexível, na qual uma estimulação adicional pode novamente originar outro orgasmo ou orgasmos múltiplos. Neste modelo, a fase do desejo é omissa e é-lhe reconhecido um certo descuro dos elementos emocionais e interpessoais, aspetos que se evidenciam muito importantes na resposta sexual feminina numa fase posterior. Em 1979, Kaplan propôs um novo modelo trifásico, que reconhece a importância do desejo na resposta sexual. Ou seja, este modelo contempla a fase de desejo, seguindo-se a excitação e, por fim, o orgasmo, eliminando a fase de resolução e *plateau*. Contudo, o estudo de Garde e Lunde (1980) concluiu que existem orgasmos que não tiveram desejo sexual espontâneo ou este nem sempre origina excitação sexual. O modelo de resposta sexual humana proposto por Master e Johnson (1966), e revisto por Kaplan (1979), assume um trajeto desde a percepção inicial do desejo sexual, passando pela excitação, com um foco genital, seguindo-se o orgasmo e, por fim, a resolução. O percurso sobre o ciclo de resposta sexual feminina constitui, ainda hoje, a base para a corrente classificação de disfunção sexual, embora esta tenha evoluído significativamente ao longo dos tempos (Hentschel, Alberton, Capp, Golgim, & Passos, 2006). Lief em 1985 sugere um novo modelo de resposta sexual onde inclui a

referência a um objetivo final que identifica como satisfação pessoal. Mais tarde, Whipple (2002) reconhece que existem mulheres que não necessitam de experimentar todas as fases da resposta sexual para atingir o orgasmo ou a satisfação sexual. Em 2000, modelo de Basson articulou todos estes conceitos e refere que, independentemente da fonte de motivação, muitas mulheres tomam uma decisão consciente de ficar excitadas, o que leva a que seja a excitação que desencadeia o desejo e de seguida pode ou não ocorrer orgasmo e um ciclo repetido de fases em que umas precedem ou estimulam a ocorrência de outras. Este modelo reforça que o objetivo da atividade sexual pode não ser o orgasmo, mas sim a satisfação pessoal manifestada emocionalmente por sentimentos de intimidade e relação com um parceiro. Neste contexto, Basson (2000) propõe um modelo de resposta sexual diferente, baseado em quatro pressupostos: a mulher tem pouca influência hormonal para o início do estímulo sexual; a motivação feminina decorre de recompensas extra à relação sexual, como a proximidade emocional; a excitação sexual feminina é mental e subjetiva e pode ou não ser acompanhada de manifestações físicas, e o orgasmo pode ou não existir, mas quando ocorre manifesta-se de forma diferente de mulher para mulher.

Fisiologicamente, a resposta sexual feminina é uma combinação de fenómenos vasocongestivos e neuromusculares que ocorrem no aparelho genital e no pavimento pélvico, controlados por fenómenos parassimpáticos e simpáticos inibitórios. A lubrificação ocorre devido a fenómenos de vasocongestão e o orgasmo ocorre devido a um processo neuromuscular coordenado entre os músculos lisos e estriados que envolvem a vagina. O cérebro regula toda a resposta genital e os comportamentos sexuais, mas os mecanismos precisos de todos estes processos ainda permanecem por esclarecer na sua completude (Serrano, 2014).

As motivações sexuais femininas são complexas, transcendem a vertente do desejo sexual e estão muito relacionadas com o bem-estar e com a autoimagem, com sentir-se atraente, feminina, admirada, amada e também desejada. Verifica-se, assim, a importância da natureza contextual na resposta sexual feminina (Hentschel, Alberton, Capp, Golgim, & Passos, 2006). O interesse pelo conhecimento desta resposta, nomeadamente, com a investigação sobre o papel dos neurotransmissores, das hormonas envolvidas, particularmente, do desejo, não se pode limitar estritamente à vertente biológica. Inúmeros fatores externos se impõem, tais como o nível de educação, experiências sexuais anteriores, expectativas sexuais, crenças religiosas e culturais, que devem ser considerados na complexidade envolvente (Basson et al., 2004; Cerejo, 2006; Chang, Chen, Lin, & Yu, 2011; APA, 2014; Serrano, 2014).

Os problemas sexuais na mulher podem assumir diferentes níveis de gravidade, desde a simples insatisfação até à disfunção, caracterizada por originar *stress* pessoal, ou até mesmo assumir a dimensão de doença (APA, 2014; Machado, 2014). A mais recente versão do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-V) refere que as disfunções sexuais constituem um grupo heterogêneo de transtornos que, de uma forma geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de resposta sexual ou na obtenção de prazer e classifica-as em três classes: disfunção do interesse/excitação sexual; disfunção do orgasmo e disfunção da dor genito pélvica/penetração (APA, 2014).

As disfunções sexuais são comuns na mulher, no entanto, pouco explicitadas por elas. A problemática da sexualidade assume uma maior proporção quando o profissional de saúde toma a diligência de questionar sobre a vida sexual, uma vez que as mulheres não tomam a iniciativa de expor o problema (Hentschel, Alberton,

Capp, Golgim, & Passos, 2006; Carvalheira & Leal, 2008; Barbosa, 2011; Johnson, 2011). As conclusões de um estudo efetuado pela Sociedade Portuguesa de Andrologia em 2005 estimam que, em Portugal, 56% das mulheres com mais de 18 anos apresentam algum tipo de disfunção sexual, independentemente do seu nível de gravidade (Vendeira, Pereira, Serrano, & Carvalheira, 2014). Um outro estudo nacional sobre os determinantes da satisfação sexual feminina concluiu que 71% das mulheres não tomam a iniciativa de falar sobre as suas dificuldades sexuais, 57% referem que os médicos não abordam o tema da sexualidade e 87% das mulheres inquiridas afirmam que gostariam de melhorar a sua vida sexual (Carvalheira & Leal, 2008).

Os progressos a nível do reconhecimento da complexidade da sexualidade feminina e das disfunções sexuais femininas têm sido evidentes nos últimos anos, no entanto, os avanços terapêuticos não parecem acompanhar este progresso. A terapêutica das disfunções sexuais femininas deve incluir uma abordagem multidisciplinar, sem esquecer a participação do companheiro (Oliveira, 2008; Barbosa, 2011; Machado, 2014). O enfermeiro faz parte da equipa multidisciplinar e assume uma posição de destaque nos cuidados pela proximidade que estabelece com a grávida e família. A intervenção autónoma de educação para a saúde, nomeadamente na abordagem da sexualidade torna-se privilegiada nesta fase de transição da vida do casal. A particularidade dos cuidados de enfermagem ao casal durante a gravidez será aprofundada na continuação deste capítulo teórico. No entanto, os enfermeiros parecem mostrar necessidade de conhecimento teórico para abordar o tema da sexualidade humana e referem que a falta de formação específica nesta área pode limitar a sua aplicação na prática. A necessidade de conhecimento dos profissionais pode contribuir para a disseminação de conceitos próprios que tendem a aumentar

mais a ansiedade da mulher do que o próprio problema existente (Hentschel, Alberton, Capp, Golgim, & Passos, 2006; Astbury-Ward, 2011; Guleroglu & Beser, 2014). Um estudo efetuado com 1735 enfermeiros, a exercer funções em Portugal, concluiu que a maior parte dos enfermeiros 67,3% consideraram não ter tido formação adequada sobre sexualidade e 88,5% consideraram não possuir formação específica sobre sexualidade (Brás, Azeredo, Nobre, & Silva, 2009).

A sexualidade assume uma importante dimensão para o bem-estar e para a qualidade de vida dos casais, como tal, a sua alteração deve ser diagnosticada pelos enfermeiros, particularmente em situação de gravidez pelos especialistas em saúde materna, pois têm intervenções que podem ser significativas na promoção do bem-estar. Este facto é evidenciado a nível da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I que contempla um domínio designado sexualidade com uma classe intitulada função sexual.

1.1.1 – A atenção à sexualidade nos cuidados de enfermagem

A atenção à sexualidade pelos profissionais de saúde é ainda alvo de constrangimentos e controvérsias, embora esta seja uma dimensão integrante da vida e da saúde do indivíduo, como temos vindo a descrever. Quando é abordada nos cuidados de saúde, nomeadamente na educação para a saúde, frequentemente se limita a uma vertente biológica e reprodutiva e é menos desenvolvida nos aspetos da vertente relacional, de partilha e manifestação de afetos (Belentani, Marcon, & Pellosso, 2011; Costa & Coelho, 2011; Garcia & Lisboa, 2012). A sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual, mas também social, que ultrapassa a base biológica, e cuja expressão é, muitas vezes, condicionada pelos valores sociais e culturais. A sua importância é reforçada na carta dos direitos sexuais e reprodutivos

publicada pela primeira vez em Portugal em 1999 com o objetivo de promover e proteger os direitos e liberdades sexuais e reprodutivos em todos os sistemas políticos, económicos e culturais (Associação para o Planeamento Familiar, 1999).

Os cuidados de enfermagem em saúde reprodutiva têm uma intervenção autónoma na assistência às mulheres e casais, inseridos numa família e na comunidade, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e da parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2008). Atuais e pertinentes, surgem publicadas no *Diário da República* nº154 de 10 de Agosto de 2015, medidas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, onde se prevê assegurar o acesso à saúde materna com uma vigilância clínica adequada e de qualidade em todos os cuidados de saúde necessários. Este documento oficial fomenta, ainda, a garantia de acompanhamento que permita a promoção e a defesa da saúde sexual e reprodutiva das mulheres ao longo da vida.

Apesar da enfermagem ser uma profissão que deve garantir a prestação de cuidados holísticos e centrados no utente, no que concerne à saúde sexual, estes parecem muitas vezes, negligenciados, o que se pode dever à falta de conhecimento, à própria formação e às características individuais de cada enfermeiro. Os profissionais de saúde devem ter formação em sexualidade e saúde sexual, quer na licenciatura, quer no ensino de pós-graduação (Garcia & Lisboa, 2012; East & Jackson, 2013; Guleroglu & Beser, 2014).

A abordagem da sexualidade na consulta de enfermagem impõe algumas características do profissional que nos parecem pertinentes refletir: demonstrar empatia e congruência, ou seja, mostrar-se verdadeiro na interação; desenvolver a

aceitação incondicional, através do profundo respeito pela sexualidade do outro; fomentar a motivação, entendida como a capacidade de predispor-se à mudança; favorecer a confrontação e concretização, isto é, a capacidade para sintetizar o discurso da outra pessoa.

Atendendo a que a gravidez constitui um fenómeno de realização pessoal no processo de desenvolvimento humano, os cuidados de saúde assumem uma relevância significativa ao longo deste período. A contribuição dos cuidados de enfermagem é, por isso, essencial. As alterações na vivência da sexualidade durante a gravidez parecem ser um tema atual e em desenvolvimento nos últimos anos. O interesse por este tema ultrapassa as fronteiras culturais e o âmbito económico, constituindo um foco de atenção por parte dos investigadores de diferentes países (Murtagh, 2010; Serati et al., 2010; Naldoni et al., 2011; Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghati-Khoei, & Yavarikia, 2012; Aribi et al., 2012; Razali, Balakrishnan, Sidi, Peter, & Razi, 2012; Jamali & Mosalanejad, 2013; Prado, Lima, & Lima, 2013; Alsibani, 2014; Aydin et al., 2014).

1.2 – A GRAVIDEZ, ALTERAÇÕES E SEXUALIDADE

A gravidez corresponde a um período de transição caracterizado por modificações fisiológicas, psicológicas, espirituais e socioculturais, implicando novas adaptações e equilíbrios que podem influenciar direta ou indiretamente a vida sexual do casal (Flores & Amorim, 2007; Leite et al., 2007; Martins et al., 2007; Lopes, Gonçalves, Martins, Rodrigues, & Pereira, 2009; Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Murtagh, 2010; Chang, Chen, Lin, & Yu, 2011; Jamali & Mosalanejad, 2013; Machado, 2014). Corresponde a um período de desenvolvimento materno e fetal ao longo de nove meses, ou 280 dias, ou 10 meses lunares ou, aproximadamente, 40

semanas, que decorre entre a concepção e o nascimento e que se divide em três trimestres, cada um com particularidades no desenvolvimento fetal e materno (Canavarro, 2006; Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010). O 1º trimestre corresponde ao período entre a primeira semana e a 13ª semana, o 2º trimestre, entre a 14ª e a 26ª semana e o 3º trimestre entre a 27ª e as 38ª/40ª semana (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante a gravidez todos os sistemas orgânicos são sujeitos a mudanças e adaptações resultantes de um conjunto de alterações hormonais que irão permitir acolher, nutrir e suportar o crescimento de uma nova vida. Surgem diversas alterações a nível físico, transformações corporais e os respetivos desconfortos e, a nível psicológico, a mulher inicia uma adaptação ao novo papel de mãe e à incorporação da identidade do filho (Portelinha, 2003; Lowdermilk & Perry, 2008; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Graça, 2010; Vieira & Parizotto, 2013). As principais alterações em todo o organismo devem-se à alteração hormonal geral, principalmente pelo aumento contínuo das concentrações de duas hormonas femininas, a progesterona e o estrogénio que atingem valores muito elevados, originando alterações subtis, ou claramente marcantes, normais e necessárias, mas que podem ser desconfortáveis e que podem originar alguns medos (Lowdermilk & Perry, 2008; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Graça, 2010).

A grávida adapta-se a um novo formato e às diferentes sensações orgânicas. Inicia-se a construção do ser mãe a cada momento, o corpo molda-se em novas formas e surgem os primeiros sintomas sugestivos de gravidez: enjoos, astenia, desmaios, cefaleias, náuseas e tensão mamária (Lowdermilk & Perry, 2008; Barbosa, 2011). As adaptações necessárias estão diretamente ligadas ao aparelho cardiovascular e

reprodutor, ao metabolismo e às necessidades nutricionais que, em cascata, repercutem a sua influência noutros sistemas do organismo (Lowdermilk & Perry, 2008; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Graça, 2010). A experiência da gravidez remete para o universo de gerar um novo ser, uma fase na qual se estabelecem metas e se equaciona o futuro, o aflorar dos sentimentos maternos em paralelo com as transformações físicas, psicológicas e socioculturais inerentes (Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Graça, 2010; Murtagh, 2010; Johnson, 2011).

Perspetivar a sexualidade da grávida na sua globalidade implica a análise das alterações físicas, psicológicas, sociais e espirituais e a respetiva influência na vivência da sexualidade, uma vez que todas se interligam mutuamente ao longo deste período.

A gravidez é um período de transição que envolve mudanças significativas, diversas adaptações e reorganizações. O conceito de transição humana é central na teoria da experiência de transições, de Afaf Meleis, numa perspetiva de teoria de integração, onde os enfermeiros cuidam de pessoas no antecipar a experiência da transição ou colaboram nesses momentos de desenvolvimento, de mudança do estado de saúde, nas inter-relações e nas expectativas pela fomentação de capacidades para enfrentar a transição (Meleis et al., 2000).

O enquadramento do estudo numa teoria de enfermagem torna-se relevante pela missão de inter-relacionar a teoria, a pesquisa e a prática, no sentido de se complementarem mutuamente e contribuírem para o desenvolvimento do conhecimento. Nesse sentido, contextualizámos o estudo na teoria de Meleis, uma vez que a gravidez constitui um período de transição como temos vindo a descrever e

nesta teoria as transições assumem-se como o foco central da enfermagem (Meleis, 2010). A transição inicia-se quando o acontecimento ou a mudança é previsível. Um processo caracterizado por diferentes etapas dinâmicas e por momentos de mudança. Meleis (2010) sublinha que a pessoa pode não estar capacitada para a transição e descreve a prevenção como a intervenção terapêutica neste processo. Salienta, ainda, que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam e intervêm na mudança com o objetivo de promover um nível máximo de saúde, autonomia e bem-estar. O desenvolvimento de processos de vida, como é o caso da gravidez, constitui uma transição suscetível de tornar a mulher/casal mais vulnerável e em risco de alteração do bem-estar ou vivência de doença durante este período (Meleis et al., 2000). Esta é uma teoria de médio alcance que descreve a natureza dos processos de transição e que engloba o tipo, os padrões, as propriedades, as condições facilitadoras e dificultadoras, os padrões de resposta com os indicadores de processo e os resultados presentes, orientando, assim, a intervenção do enfermeiro (Meleis et al., 2000). Foram identificados quatro tipos de transições: desenvolvimentais, associadas a uma mudança no ciclo vital, como é o caso da gravidez com os potenciais problemas próprios desta fase que exigem adaptação; situacionais, onde se englobam as situações inesperadas que requerem uma redefinição de papéis, como por exemplo, o nascimento e a morte; transições de saúde/doença, resultantes da alteração do estado de saúde face a uma doença e, por fim, a organizacional. Quanto aos padrões de transição, estes podem ser simples (uma vez na vida do indivíduo); múltiplos sequenciais (mais do que uma mudança ao mesmo tempo com interligação sequencial entre elas); múltiplas simultâneas relacionadas (ocorrem ao mesmo tempo e estão relacionadas); e as múltiplas simultâneas não relacionadas (ao mesmo tempo sem relação entre si). As transições são complexas e multidimensionais e

identificam-se como propriedades da transição: a consciencialização (a pessoa ter consciência de que está numa transição); o envolvimento; a mudança de atitude; o tempo da transição e os eventos críticos. As condições facilitadoras ou dificultadoras englobam significados, crenças, atitudes, fatores socioeconómicos, conhecimento e condições pessoais que facilitam ou se tornam obstáculo ao processo de transição saudável. Os padrões de resposta podem ser de processo que incluem estar e sentir-se ligado, o processo de interação, de desenvolvimento de confiança e *coping*. Os indicadores de resultado manifestam-se pelo desenvolvimento de capacidades e competências no indivíduo que lhe permitem ultrapassar a transição com sucesso (Meleis et al., 2000).

A intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente no período antecedente, pois permite a preparação para a alteração de papéis, a prevenção de efeitos negativos e o desenvolvimento de competências para ultrapassar a transição. Preconiza-se, assim, através do conhecimento, empoderar a grávida para que o desenvolva, o use e usufrua dele para enfrentar este período (Meleis, 2000). A gravidez enquanto período de transição está envolta em alterações a vários níveis, as quais passamos a descrever.

As adaptações fisiológicas envolvem globalmente o organismo materno modificando de diferentes formas o funcionamento dos diversos sistemas devido às mudanças metabólicas, bioquímicas, hormonais e anatómicas e, como resultado destas, surgem sinais e sintomas de expressão e intensidade variáveis (Lowdermilk & Perry, 2008; Gomes, 2009; Graça, 2010). A ação hormonal de relaxamento e o crescimento do útero são a causa de alguns desconfortos (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010). A gravidez apresenta aspetos mais ou menos característicos de cada trimestre, pelo

que iremos referir sumariamente algumas dessas manifestações. O corpo da mulher começa a sofrer uma série de alterações hormonais desde o início da gravidez que levam ao aparecimento de sintomas, como amenorreia, aumento do tamanho e da sensibilidade das mamas, tumefação e coloração mais escura das aréolas e mamilos (Silva & Figueiredo, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008, Oliveira, 2008; Graça, 2010).

No primeiro trimestre os sintomas estão relacionados, maioritariamente, com as adaptações que ocorrem ao nível dos centros talâmico e medular, do sistema gastro-intestinal e urinário, e das glândulas mamárias, resultantes dos efeitos da ação hormonal da progesterona e dos estrogénios (Gomes, 2009). A função pulmonar é afetada, ocorrendo um aumento da inspiração e expiração, para facilitar a oxigenação e a eliminação do dióxido de carbono. No sistema cardiovascular, observa-se uma hipertrofia do miocárdio face ao aumento do volume de sangue e uma horizontalização do coração devido ao aumento do volume uterino. Ocorre uma diminuição da tensão arterial, do débito cardíaco e a estase venosa nos membros inferiores, devido à pressão do útero sobre as veias pélvicas e veia cava inferior. Pode ocorrer ainda cansaço fácil, fadiga, sono intenso, polaquiúria, enjoos matinais e náuseas e vômitos que cessam, normalmente, por volta das 12 semanas quando ocorre a diminuição dos níveis hormonais. O colo do útero e a vagina sofrem igualmente fortes alterações, o colo do útero amolece, as secreções vaginais podem aumentar, a mucosa adquire uma coloração azulada e surge uma hipervascularização (Crawford, 2008; Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010, Murtagh, 2010; Johnson, 2011).

No segundo trimestre, outras manifestações são notórias, tais como: obstipação, hipotensão ortostática, hiperpigmentação na face (cloasma gravídico), na aréola e na

linha alba, estrias principalmente no abdômen, mamas e coxas, aumento da secreção sebácea e da sudorese, câibras e lombalgias. Apesar desta sintomatologia, este trimestre é habitualmente considerado o mais tranquilo, com uma vivência mais equilibrada, no qual se salienta a descoberta dos movimentos fetais (Lowdermilk & Perry, 2008; Gomes, 2009; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Graça, 2010).

No último trimestre, o volume uterino é o fator que condiciona a maioria da sintomatologia. Ocorre com frequência, azia, fadiga, insónias, sensação de dificuldade respiratória, o aparecimento ou agravamento de varizes, edema dos membros inferiores, a síndrome de hipotensão supina, devido à compressão da veia cava superior pelo útero, quando a grávida fica em decúbito dorsal e polaquiúria pela compressão na bexiga exercida pelo feto (Gomes, 2009). O aumento da frequência urinária ocorre também pela influência hormonal a nível da musculatura, além da pressão uterina e pode, inclusivamente, aumentar a propensão para a infeção urinária (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010; Barbosa, 2011). Destacam-se, ainda, as alterações na coluna vertebral, provocadas pela alteração do ponto de gravidade, que surgem para compensar o peso e que podem causar lombalgias e até dificuldades na mobilidade (Mann, Kleinpaul, Mota, & Santos, 2010). O padrão de sono e repouso pode ficar alterado, manifestando-se por um sono intenso, devido à influência hormonal. Por outro lado, pode surgir dificuldade em dormir pelo difícil posicionamento devido ao volume uterino e aos movimentos fetais. No final da gravidez começam a surgir as contrações indolores de Braxton Hicks que também se podem tornar desconfortáveis (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010, Johnson, 2011).

As modificações físicas descritas podem contribuir para o aparecimento de alterações também a nível psicológico com impacto na autoimagem da grávida, na relação consigo mesma, com o seu companheiro e na sua relação com o mundo. As transformações físicas explicitadas na imagem do corpo refletem-se na vida psíquica da grávida. As mudanças hormonais são responsáveis pela labilidade emocional e pelas rápidas mudanças de humor (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999; Barbosa, 2011; Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei, & Yavarikia, 2012; Babazadeh, Mirzaii, & Masomi, 2013; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014; Amaral & Monteiro, 2014; Rados, Vranes, & Sunjic, 2014). Entre as alterações psicológicas pode surgir a perda de autoestima, a perceção de baixa atratividade física, a incapacidade de sedução e uma ideia de irreversibilidade face à imagem corporal anterior (Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei, & Yavarikia, 2012; Babazadeh, Mirzaii, & Masomi, 2013; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014; Amaral & Monteiro, 2014; Rados, Vranes, & Sunjic, 2014). Trata-se de um período de preparação para um relacionamento triangular, mas que exige, primeiramente, a manutenção de um relacionamento a dois (Lopes, Gonçalves, Martins, Rodrigues, & Pereira, 2009; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spindola, 2010). A presença de relações interpessoais assume-se como um contributo positivo nesta fase de transição da mulher de adaptação psicológica, nomeadamente, face ao aumento dos níveis de *stress* e à condição particular de vulnerabilidade (Figueiredo et al., 2010). A forma como cada mulher e família vivem a gravidez é também determinada pelo próprio estilo de vida, classe social, condições económicas e o ambiente cultural em que estão inseridas (Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014). As alterações psicológicas estão, por vezes, condicionadas pelo perfil psicológico da mulher anterior à gravidez,

bem como pela estabilidade afetiva e pela experiência de gravidezes anteriores. Todos estes aspetos podem influenciar a disponibilidade e a vivência da gravidez (Colman & Colman, 1994; Vieira & Parizotto, 2013). O desejo da gravidez é, também, um fator importante, pois quando a gravidez é indesejada mais facilmente propicia a ocorrência de distúrbios emocionais, influenciando negativamente esse período e pode originar uma maior suscetibilidade para o surgimento de patologia psiquiátrica como, por exemplo, depressão e psicose (Vieira & Parizotto, 2013).

Durante a gravidez a mulher confronta-se, por vezes, com sentimentos contraditórios. Por um lado, sente-se feliz e orgulhosa, mas com medo, irritada ou até deprimida. Esta fase é caracterizada pela ambivalência num período de particular vulnerabilidade (Portelinha, 2003; Camacho et al., 2006; Cardoso, 2010; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Costa & Pinto, 2012; Prado, Lima, & Lima, 2013; Vieira & Parizotto, 2013). Cada gravidez é uma experiência única, vivida por cada mulher/casal de maneira própria. Os elementos do casal, confrontados com as rápidas alterações fisiológicas e emocionais inerentes à gravidez, com as necessidades psico-afetivas, com o desejo de gerar um filho saudável, bem como com as expectativas relacionadas com as responsabilidades e competências que a maternidade e a paternidade acarretam, podem ficar confusos com o comportamento do outro. Podem-se identificar três estádios no desenvolvimento psicológico da grávida e relacioná-los com os três trimestres de gravidez designados: integração, diferenciação e separação. Na primeira fase, a de integração, a grávida prepara a chegada do filho, preparando-se a si, mas também à própria família. É a fase em que aceita que está grávida. A fase de diferenciação caracteriza-se pela perceção dos movimentos fetais e pela identificação da autonomia do feto. Por fim, na fase de separação, a grávida prepara-se para o fim da gravidez e

para a inevitável separação (Colman & Colman, 1994). Cardoso (2010), ao mencionar estas fases, associa-as a um período de crise de identidade que acompanha a gravidez com modificações na personalidade e no caráter da grávida, em virtude das alterações existentes no seu mundo interior. No mesmo sentido, Burroughs (1995) refere que no percurso do desenvolvimento psicológico que a mulher passa durante a gestação, existem quatro fases durante os três trimestres de gravidez: confirmação da gravidez, incorporação fetal, diferenciação fetal e transição de papel.

Quando a mulher começa a sentir-se grávida fisicamente, embora ainda o volume do abdómen não se evidencie, começa a sentir os primeiros movimentos fetais e a incorporar a imagem do feto e vai, gradualmente, senti-lo e compreendê-lo como uma entidade com vida própria que, a médio prazo, tenderá para uma separação biológica. Estas reflexões levam-na, progressivamente, a refletir sobre a forma como irá corresponder às novas exigências (Portelinha, 2003) e começa a conseguir encarar com maior serenidade, as mudanças do seu corpo (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999).

As alterações psicológicas ao longo da gravidez podem ter subjacentes fatores de risco, tais como: baixo suporte familiar e social, situação económica, falta de relações afetivas satisfatórias, baixo suporte emocional, conflitos conjugais, estado civil, escolaridade, situação profissional e a presença de eventos *stressantes* negativos (Camacho et al., 2006; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010). A relação com o pai da criança e o envolvimento do mesmo em relação à gravidez também podem ser fatores de risco para o surgimento de alterações psicológicas. A importância do apoio familiar e emocional impõe-se perante as alterações de âmbito psicológico vivenciadas durante a gravidez e, por

outro lado, a pertinência de uma intervenção multidisciplinar durante esta fase na prevenção e detecção destas alterações durante a vigilância pré-natal (Gonçalves Camacho, Vargens, Progiante, & Spíndola, 2010; Vieira & Parizotto, 2013; Galazka, Drosdzol-Cop, Naworska, Czajkowska, Skrzypulec-Plinta, 2014). Verificam-se, assim, alterações na esfera do ajustamento emocional e conjugal no contexto de transição para a parentalidade (Portelina, 2003; Williamson, McVeigh, & Baafi, 2008; Hansson & Ahlberg, 2012).

As alterações orgânicas podem contribuir para alterações comportamentais significativas, inclusivamente, o desencadear ou agravar de sintomas depressivos, com a diminuição de autoestima, irritabilidade, diminuição de concentração, alteração do apetite, perturbações do sono, aumento da ansiedade e perda de energia (Silva & Figueiredo, 2005; Vieira & Parizotto, 2013). A ansiedade pode tornar a grávida mais vulnerável ao surgimento de transtornos psicológicos relacionados com fatores familiares, conjugais e socioculturais mas também com a própria personalidade da mulher (Cardoso, 2010; Prado, Lima, & Lima, 2013; Vieira & Parizotto, 2013).

A gravidez constitui um período de transição biológica determinado por modificações metabólicas complexas, no qual se impõem novas adaptações e reajustes interpessoais e intrapsíquicos. Pode, inclusivamente, verificar-se alguma influência na própria identidade da mulher (Cardoso, 2010; Gonçalves Camacho, Vargens, Progiante, & Spíndola, 2010; Vieira & Parizotto, 2013). Além da vertente biológica e psicológica, os fatores sociais também produzem alterações substanciais no seio familiar, profissional e em todo o domínio das interações sociais da mulher durante esta fase de vida. Estas alterações podem trazer consequências na interação

social da grávida e originar problemas de relacionamento em vários contextos, nomeadamente no desempenho profissional e nas relações sociais (Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Vieira & Parizotto, 2013).

O nascimento de um novo elemento na família provoca alterações tanto ao nível das relações intrafamiliares como das interpessoais. Implica reformulações na identidade de cada elemento no que respeita às funções e papéis sociais, em que cada um redefine as suas funções e a sua articulação com os outros membros. A mulher grávida adquire o papel de mãe, mas continua a interagir com o companheiro, que também assume, agora, diferentes papéis: pai, marido e amante (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999; Canavarro, 2006; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010). Durante a gravidez o homem também sente que as responsabilidades e solicitações aumentam enquanto a mulher transita neste novo estadio, passando por modificações profundas no aspeto físico e iniciando um percurso psicossocial complexo. Obviamente que ser pai não envolve as mesmas experiências físicas vividas pela mulher grávida, no entanto, as experiências da gravidez e do nascimento de um filho também são profundas para o pai (Carteiro & Marques, 2010). O companheiro deve ser incluído nos programas de educação para a saúde durante a gravidez (Oliveira, 2008), pois se a mulher é alvo de um processo que envolve imensas alterações, também o homem se tenta adaptar às mesmas (Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010).

A transição para a parentalidade envolve um conjunto de transformações nos planos a nível individual e conjugal, com implicações ao nível da interação e das vivências sexuais, também na vertente masculina. No sentido de contribuir para o aumento do conhecimento sobre o impacto da gravidez na função sexual masculina e a sua relação com a gestão dos níveis de ansiedade durante a gravidez, um estudo de cariz

quantitativo focalizado na função sexual masculina e nos níveis de ansiedade/estado no 1º e 3º trimestre de gravidez, com a sua comparação posterior, concluiu que, genericamente, existe uma diminuição da função sexual masculina e um aumento dos níveis de ansiedade ao longo da gravidez (Carteiro & Marques, 2013). As mudanças levam a que o casal integre um novo conjunto de adaptações pessoais e interpessoais surgindo, assim, um desafio conjugal fortemente influenciado pela vivência prévia à gravidez. A nível profissional, a maternidade envolve influências na carreira mas também no quotidiano do exercício profissional. Surge a necessidade de reorganização familiar, profissional e temporal para a família, trabalho, amigos e para a própria mulher (Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Vieira & Parizotto, 2013).

O percurso da família grávida, do ponto de vista sociológico, implica a realização de funções que, a partir da literatura, organizámos em cinco áreas fundamentais: biológica, educativa, psicológica, económica e sociocultural. Integrada numa família a grávida influencia e é influenciada pelas pessoas que a rodeiam e pelas instituições que frequenta.

A gravidez é um período da vida da mulher durante o qual o processo de transição para a parentalidade envolve um conjunto de alterações que podem influenciar a sexualidade no casal e originar ou agravar dificuldades sexuais. A vivência da sexualidade é uma dimensão do bem-estar também durante a gravidez, pois faz parte da existência, é uma energia vital que se expressa de várias formas ao longo da vida, apesar dos condicionantes socioculturais advindos de tabus, mitos e regras impostos pela sociedade em geral (Flores & Amorim, 2007; Barbosa, 2011; Johnson, 2011;

Naldoni et al., 2011; Aribi et al., 2012; Liu, Hsu, & Chen, 2013; Guleroglu & Beser, 2014).

O sexo e a sexualidade na grávida podem contribuir para o desenvolvimento do erotismo na mulher para que se sinta sexualmente desejada, mesmo com as alterações corporais, psicológicas, sociais e espirituais implícitas no processo de se tornar mãe. Pode mesmo verificar-se um aumento de sentimentos de feminilidade, um maior prazer e um melhor relacionamento conjugal (Rodríguez & Ramón, 2013). No entanto, também é frequente o surgimento de dificuldades relacionais e uma diminuição da atividade sexual (Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Malkoc, Resim, & Bulut 2014). Uma mistura de sentimentos emerge e reflete-se na vivência dos casais neste período. Toda esta complexidade implica que a sexualidade deve ser abordada numa perspectiva sistémica, ou seja, analisar as partes e, simultaneamente, o todo. Por um lado, envolver o maior número de dimensões possíveis, e, por outro lado, analisar a organização, a finalidade e a ação face ao meio envolvente em relação à vivência de uma sexualidade saudável e tranquila (Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Belentani, Marcon, & Pelloso, 2011).

Ao longo da gravidez podemos encontrar algumas características próprias de cada trimestre no que se refere à vivência da sexualidade interligada com as dimensões física, psicológica, social e espiritual. No primeiro trimestre da gravidez, pode ocorrer diminuição ou ausência do desejo sexual, muitas vezes, devido à presença de diversos desconfortos neste período. No segundo trimestre, a gravidez torna-se mais real devido às mudanças corporais, ao sentir os movimentos fetais e pode ocorrer uma diminuição dos desconfortos iniciais, levando a uma melhoria na disposição para a expressão sexual. No terceiro trimestre, a sexualidade fica novamente mais condicionada pelos desconfortos físicos, mas também por alguns medos, alertando os

casais para a necessidade de procura de novas formas de prazer (Flores & Amorim, 2007; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Queirós et al., 2011; Milheiser, 2012).

Neste processo, a aceitação psicológica da gravidez é um passo importante para a grávida e para os que a rodeiam. No final do primeiro trimestre, a maioria das mulheres já resolveu a ambivalência de rejeição/aceitação da gravidez. No entanto, mantêm-se por vezes sentimentos de dúvida e indecisão, o que pode inibir o desejo sexual (Colman & Colman, 1994; Vieira & Parizotto, 2013). O segundo trimestre caracteriza-se ainda pelo aumento da vascularização e o ingurgitamento das mamas, dos grandes lábios e da vagina. Esta tensão pode gerar, facilitar ou até incrementar a sensação orgástica, podendo aumentar o desejo sexual da mulher. Neste período, o desejo e a resposta sexual da mulher tendem a voltar ao padrão habitual, podendo até ser de maior intensidade, devido à diminuição da hipersensibilidade das mamas, ao aumento do fluxo sanguíneo na vulva e vagina e ao aumento da lubrificação vaginal (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999; Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Johnson, 2011; Razali, Balakrishnan, Sidi, Peter, & Razi, 2012; Prado, Lima, & Lima, 2013). No terceiro trimestre os movimentos fetais podem agora ser observados do exterior do abdómen e aumentam o seu vigor. O aumento das queixas somáticas e o volume físico podem voltar a levar à diminuição do prazer e do interesse sexual (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999).

Ao longo da gravidez a preocupação com o aspeto físico pode originar alterações na autoestima e, por vezes, as grávidas sentem-se volumosas, pouco atrativas e sem capacidade para despertar o interesse sexual do companheiro. Estas alterações podem suscitar grande irritabilidade, tensão e ansiedade (Pauleta, Pereira, & Graça, 2010;

Johnson, 2011; Naldoni et al., 2011; Seven, Akyuz, & Gungor, 2011; Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei, & Yavarikia, 2012; Galazka, Droszol-Cop, Naworska, Czajkowska, & Skrzypulec-Plinta, 2014). Quando se aproxima o momento do parto intensificam-se os medos relativamente ao risco de malformação do bebé e à capacidade de assumir o papel de mãe (Barbosa, 2011; Babazadeh, Mirzaii, & Masomi, 2013; Rados, Vranes, & Sunjic, 2014). As pressões psíquicas e socioculturais tomam por vezes maior relevância e influenciam o comportamento sexual da grávida mais do que as alterações físicas e biológicas próprias do estado gravídico (Portelinha, 2003; Murtagh, 2010).

A sexualidade feminina valoriza as manifestações explícitas de amor, carinho, companheirismo mais do que propriamente a atração física, pelo que se torna importante o relacionamento com o parceiro de forma a corresponder às marcadas necessidades emocionais durante a gravidez (Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010; Belentani, Marcon, & Pelloso, 2011). Associada às necessidades emocionais surge a espiritualidade como uma dimensão importante perante novos desafios inerentes à própria condição humana ou perante situações de vida particulares (Caldeira, 2011). As relações entre a espiritualidade e a saúde emergem na prática de cuidados e, principalmente, em processos de transição no ciclo vital, como é o caso da gravidez e o desejo de ter um filho (Caldeira & Hall, 2012; Caldeira & Vieira, 2015). Num contexto de crise, como pode ser o caso da gravidez, a espiritualidade poder-se-á manifestar num mecanismo de *coping* com o objetivo de capacitar a grávida fornecendo suporte emocional, mas também social, de forma a superar as dificuldades que surjam nesta fase da vida do casal (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

1.2.1 – Atenção holística à mulher grávida pelos enfermeiros

Gravidez, maternidade e paternidade são condições que implicam mudanças. A mudança é, por vezes, motivo de *stress* que pode, ou não, causar sofrimento, mas que implica um processo de reorganização. O enfermeiro deve promover um acompanhamento adequado às necessidades que a grávida apresenta pelo processo fisiológico, mas também às necessidades psicológicas, sociais e espirituais, antecipando possíveis complicações (Silva, 2010). Num período de crise ocorre a desorganização do normal funcionamento, originado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam as capacidades do sistema na adaptação interna e externa. A gravidez implica a mobilização de mecanismos de apropriação, de modo a dar resposta às mudanças que se impõem no assumir deste novo papel social e pessoal (Colman & Colman, 1994; Silva & Figueiredo, 2005; Camacho, Vargens, & Progianti, 2010). Emerge, assim, o período de transição no qual o enfermeiro, em particular o especialista em saúde materna e obstetrícia, deve capacitar a grávida/casal para esta vivência, com sucesso (Meleis, 2010).

Na maioria das situações, a gravidez deixou de ser um período vivido individualmente pela mulher, para uma vivência conjunta do casal, onde o companheiro assume uma participação ativa no processo. A sua presença torna-se mais frequente no acompanhamento da grávida nas consultas, nos exames complementares necessários e nos cursos de preparação para o nascimento. Por esta razão, é muitas vezes aplicada a expressão de casal grávido, mas também, e sobretudo, pela importância do envolvimento de ambos durante este período. O cuidado integral ao casal grávido implica a abordagem do exercício da sexualidade ao longo deste período, o conhecimento dos diversos fatores envolvidos, bem como

das dificuldades/obstáculos à comunicação sobre o tema e que podem condicionar o bem-estar global do casal e a vivência harmoniosa nesta fase de transição (Carteiro & Marques, 2011). A disponibilidade de suporte social e psicológico contribui para minimizar a possível ansiedade, para a vivência de momentos de satisfação e para uma melhor adaptação às exigências impostas por esta fase de vida.

Um estudo realizado em Portugal, com o objetivo de explorar a importância da educação para a saúde na vivência da sexualidade ao longo da gravidez, e que integrou uma revisão da literatura e entrevistas a profissionais que realizam consultas de enfermagem ao casal grávido, mostrou algumas dificuldades por parte dos enfermeiros na iniciativa e no desenvolvimento da temática da sexualidade durante a consulta de enfermagem. As utentes manifestam frequentemente vergonha e constrangimento na abordagem à sua intimidade sexual. O estudo concluiu que é necessário um maior investimento na educação para a saúde das populações e na formação dos profissionais ao longo da vida, com estratégias facilitadoras da abordagem da sexualidade na gravidez (Carteiro, Caldeira, Presado, & Cardoso, 2014). O enfermeiro assume um relacionamento único com a grávida baseado no acolhimento, na disponibilidade e na empatia. A comunicação terapêutica deve proporcionar apoio, conforto, informação e, principalmente, estimular a confiança. A consulta pré-natal assume, neste processo de acompanhamento, uma singularidade própria, um espaço onde o enfermeiro presta uma assistência interdependente, mas também autónoma e especializada a nível dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de prevenir, detetar e encaminhar possíveis complicações maternas e fetais (Silva, 2010). A vigilância pré-natal assume-se como um momento privilegiado de intervenção de enfermagem, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar da grávida, do feto e família durante o percurso desde a pré-conceção até aos cuidados

pós-natais, através de algumas intervenções centrais: providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida e família próxima; minimizar os sintomas desconfortáveis associados à gravidez; auxiliar a grávida na adaptação às diferentes alterações impostas pela gravidez; proporcionar um programa de vigilância clínico e laboratorial; e detetar precocemente eventuais complicações (Machado, 2010; Silva, 2010; Jamali & Mosalanejad, 2013).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) assume uma posição singular, um pilar no acompanhamento da mulher/casal/família, de forma a obter ganhos em saúde, pela formação/educação que as suas competências permitem realizar com excelência, mas também pela relação de suporte e coordenação que pode estabelecer com as grávidas e com a equipa multidisciplinar. A unidade familiar deve ser o foco da sua intervenção, baseada num corpo de conhecimentos especializados e deve atender ao contexto social envolvente (OE, 2001; Oliveira, 2008; Silva, 2010, Machado, 2014). Pela sua formação especializada, o EESMO pode impulsionar a mobilização e procura dinâmica de conhecimento nos casais, de forma a contribuir para o desenvolvimento de competências parentais e uma vivência saudável da gravidez. As suas competências técnicas e científicas especializadas são fulcrais para a identificação de disfunção sexual e deteção de potenciais riscos no bem-estar materno e fetal (OE, 2001; Silva, 2010; Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghati-Khoei, & Yavarikia, 2012). Assim, deve reconhecer a grávida/casal como agente ativo, com capacidade para vivenciar de forma completa, responsável e satisfatória o nascimento de um filho. Em parceria com a grávida, o EESMO pode constituir um elo entre a equipa de saúde e a família, garantindo, assim, a satisfação das necessidades e cuidados globais, mantendo uma atitude disponível, sem preconceitos e julgamentos, num papel interativo e dinâmico na

equipa, fulcral na implementação de mudanças (Silva, 2010). No entanto, a assistência pré-natal deve ser, fundamentalmente, multiprofissional, de modo a potenciar o conhecimento e a intervenção global, complexa e aberta na área da sexualidade onde a responsabilidade do enfermeiro reveste-se de uma importância acrescida na orientação dos desconfortos, na educação para a saúde, no esclarecimento de medos e na promoção de atitudes que promovam a evolução fisiológica e saudável da gravidez (Silva, 2010; Carteiro & Marques, 2013; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014).

Os casais reconhecem a necessidade de formação e a importância do tema da sexualidade na gravidez nos cuidados de saúde para a promoção de uma vivência sexual mais tranquila (Oliveira, 2008). A intervenção de enfermagem face à alteração da função sexual é fundamental, nomeadamente com a educação para a saúde, uma intervenção autónoma de enfermagem que pode constituir um contributo imprescindível na abordagem da sexualidade durante a vigilância pré-natal para uma vivência tranquila e saudável.

1.3 – O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A enfermagem ao longo dos anos tem procurado representar o conhecimento da disciplina através de termos, palavras e classificações, de forma a sistematizar a sua prática e facilitar a utilização de suporte informatizado de documentação. Surgiu a necessidade de criar sistemas formais de classificação em enfermagem com o principal objetivo de estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado da enfermagem individual, familiar ou comunitário em diferentes locais e, assim, permitir comparações entre diferentes contextos e períodos temporais (Herdman, 2012).

1.3.1 – As classificações e a enfermagem

As classificações requerem a identificação dos elementos centrais à tomada de decisão, seguem o processo de enfermagem e integram os diagnósticos, as intervenções e os resultados (Cruz, 2007). Trata-se de uma estrutura que organiza a terminologia utilizada para descrever avaliações, intervenções e resultados dos cuidados efetuados pelos enfermeiros implicando uma precisão de conceitos na sua aplicação (Carvalho, Cruz, & Herdman, 2013). A utilização destes sistemas ou classificações oferece benefícios para o raciocínio clínico em enfermagem, para a construção e organização do conhecimento em termos de disciplina, de profissão e também para a prática de cuidados, com efeitos positivos na medida em que contribui para a representação mental que os enfermeiros vão construindo sobre o papel do cuidado de enfermagem na saúde e na qualidade de vida das pessoas (Cruz, 2007; Herdman, 2012). As classificações organizam a informação do genérico para o específico, classificam e facilitam o acesso à informação, representam conceitos, controlam significados distintos e favorecem a comunicação entre os profissionais. Assim, consideram-se conceitos relevantes, os paradigmas da enfermagem, a pessoa, o ambiente, a enfermagem e a saúde. As ações de enfermagem visam influenciar de forma positiva a resposta das pessoas às condições de vida para obter, manter ou melhorar o grau de saúde e bem-estar (Carvalho, Cruz, & Herdman, 2013).

Numa profissão, a classificação pode separar, codificar e ordenar os fenómenos de interesse obedecendo a propriedades como: possuir um conjunto de princípios específicos e consistentes, em que as características segundo as quais os fenómenos são classificados estão claramente definidas e são aplicáveis a todos os casos, categorias mutuamente excludentes, em que um fenómeno só pode ser incluído numa

determinada classe e completude, em que todos os fenômenos de interesse podem ser classificados (Cruz, 2007). A utilização das classificações permite desenvolver o conhecimento por elas representado e organizá-lo de forma a facilitar a sua aplicação na prática, a estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado de enfermagem, a comparar dados de enfermagem entre populações, a promover a investigação em enfermagem, a projetar as tendências de necessidades dos utentes com a prestação dos cuidados de enfermagem, dos recursos e dos resultados, a promover a partilha de dados sobre a prática de enfermagem e, por sua vez, influenciar as políticas de saúde (Carvalho et al., 2008; Herdman, 2012; Mata, Souza, Chianca, & Carvalho, 2012; Peres, Lima, & Oliveira, 2013).

Nesta continuidade, uma taxonomia é entendida como um tipo de sistema de linguagem padronizada com regras rigorosas na categorização dos seus elementos, um sistema dinâmico que permite integrar novos conceitos face à ampliação do conhecimento (Carvalho, Cruz, & Herdman, 2013). A taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é uma classificação ordenada dos diagnósticos que são definidos pelos enfermeiros e que determinam as suas intervenções, uma estrutura de correspondência hierárquica com fundamento científico (Von Krogh, 2008; Herdman, 2012). A classificação de enfermagem está integrada nas classificações de profissões em saúde com três objetivos: a criação de conhecimento através da concetualização, a clarificação de fenômenos relevantes para a profissão e a construção de uma base de fenômenos empíricos que auxilie os profissionais na sua prática clínica (Von Krogh, 2008).

O diagnóstico de enfermagem é imprescindível para a prestação de cuidados fundamentado no raciocínio clínico em enfermagem, pela valorização do

conhecimento nesta área, bem como pelo desenvolvimento de competências analíticas e críticas. O raciocínio clínico caracteriza-se pelo conhecimento de indicadores de resultado a avaliar após a implementação da intervenção de enfermagem (Silva, 2011). A precisão dos diagnósticos de enfermagem assume-se relevante no processo de decisão clínica em que o raciocínio clínico é uma das fases mais complexas do processo de enfermagem (Caldeira, Chaves, Carvalho, & Vieira, 2012). A referência ao raciocínio clínico do enfermeiro, a autonomia na tomada de decisão e a preocupação em sistematizar fenómenos de interesse para a prática de enfermagem já vem desde há muito. É reconhecido o estudo de Fry, em 1953, onde identificou cinco áreas de necessidades do utente na dimensão de enfermagem e onde o termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez (Benedet, Hermida, Sell, Padilha, & Borenstein, 2012). Em 1960, Fay e Abdellah evidenciaram a importância da enfermagem centrar o cuidado na pessoa e propõem uma lista de 21 problemas alvo de cuidados, tendo já como base o processo de enfermagem, e é esta organização que é considerada como a primeira classificação de enfermagem (Benedet, Hermida, Sell, Padilha, & Borenstein, 2012). Em 1973 surge o marco das classificações de enfermagem quando um grupo de enfermeiras dos Estados Unidos América e Canadá se reúne com a finalidade de identificar e classificar diagnósticos de enfermagem, tendo como fruto a publicação da uma primeira lista de diagnósticos. No seguimento, surgem conferências bianuais deste grupo e em 1982 oficializa-se a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) como dinamizadora da classificação de diagnósticos de enfermagem (Cruz, 2007; Benedet, Hermida, Sell, Padilha, & Borenstein, 2012; Herdman, 2012). Em 1994, o *comité* da taxonomia, da então NANDA, reuniu-se para agregar à estrutura outros diagnósticos submetidos para análise onde foram identificadas diversas dificuldades para

categorizar alguns desses diagnósticos, surgindo a necessidade de uma nova estrutura taxonômica e até epistemológica. Após a análise de diferentes sugestões, em 1998, a estrutura baseou-se nos padrões funcionais de Gordon que fundamentou a taxonomia I, estruturada em nove domínios, correspondentes a padrões de respostas humanas (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir). Após diversas modificações, com a inclusão e renomeação de domínios e classes, surgiu a taxonomia II, no ano 2000, constituída por 13 domínios, 47 classes e 155 diagnósticos (Herdman, 2012). A taxonomia II da NANDA-I tem vindo a ser aperfeiçoada e são divulgadas edições bianuais com a inclusão de novos diagnósticos, exclusão de outros e alterações resultantes de estudos na área (Barros, 2009). Tornou-se uma linguagem de enfermagem reconhecida e um sistema de classificação aceite como um apoio à enfermagem que proporciona terminologia de utilidade para a prática clínica (Herdman, 2013; Herdman & Kamitsuru, 2014).

Em 2002, a NANDA passou a ser denominada NANDA Internacional (NANDA-I). A taxonomia II da NANDA-I tem uma estrutura multiaxial, organizada em domínios e classes. Do sistema multiaxial integram, ainda, eixos que são combinados para constituir o diagnóstico. Assim, um eixo na taxonomia II consiste numa dimensão da resposta humana a ser considerada no processo diagnóstico e está representado no seu título. Os eixos podem ser referentes a foco, sujeito, julgamento, localização, idade, tempo e situação. Os domínios e as classes englobam as várias dimensões da vida humana numa perspetiva integrada das esferas biológica, psicossocial e espiritual (Herdman, 2012). Comparativamente a outras classificações, a taxonomia II da NANDA-I evidenciou vantagens pela existência de um maior número de estudos de investigação, tais como, validações no âmbito dos diagnósticos de enfermagem, o que permite o aperfeiçoamento desta classificação com uma estrutura

coerente que vai ao encontro das tecnologias de intervenção em saúde, nomeadamente, dos registos eletrónicos de enfermagem (Herdman, 2012).

Em Portugal, a linguagem CIPE[®] (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) é mais usada do que a NANDA-I. No entanto, num estudo português, de validação do diagnóstico angústia espiritual, a autora identificou que, na fase de validação de conteúdo em que constituiu uma amostra de 72 peritos, a CIPE[®] era a mais utilizada na prática clínica, mas na educação de enfermagem a maioria dos docentes utilizava a NANDA-I, o que associou à sua estrutura facilitadora da aprendizagem e treino de competências para o raciocínio clínico (Caldeira, 2012). A CIPE[®] é um instrumento complexo e abrangente, um sistema de termos que se podem combinar para construir conceitos mais complexos, perfazendo diagnósticos, intervenções e resultados (Mata, Souza, Chianca, & Carvalho, 2012). Tem-se mostrado difícil corresponder completamente a todas as propriedades idealmente exigidas para uma classificação e daí, por vezes, surgirem algumas tensões oriundas da inconsistência entre o ideal e o real (Cruz, 2007).

1.3.2 – A importância do diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é definido na última edição NANDA-I como “*a clinical judgment concerning a human response to health conditions/life processes, or vulnerability for that response, by an individual, family, group, or community*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p.25) e, na última edição em português, é definido como “um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são responsabilidade do enfermeiro”

(Herdman, 2013, p. 588). Os diagnósticos classificam-se em diagnósticos de risco, atuais/reais, de promoção da saúde e de síndrome (Cruz, 2007; Herdman, 2012; Herdman & Kamitsuru, 2014). Cada diagnóstico é apresentado na classificação com um enunciado, uma definição, um conjunto de características definidoras que são os indicadores da presença do diagnóstico e um conjunto de fatores relacionados, nos diagnósticos reais. Os diagnósticos de risco apresentam os fatores de risco em vez das características definidoras. O diagnóstico de enfermagem precede o planeamento de intervenções eficazes, direcionadas e individualizadas para a resolução dos problemas identificados (Galdeano & Rossi, 2008; Caldeira, 2012, Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013; Silva, Cavalcanti, Souza, Andrade Martins, & Rosa, 2014).

A apresentação sistematizada de diagnósticos de enfermagem na taxonomia II da NANDA-I poderá facilitar o julgamento clínico do enfermeiro, que é o conjunto de processos cognitivos utilizados para reconhecer as informações dos utentes, analisar os dados, formular e avaliar hipóteses diagnósticas (Carvalho, Cruz, & Herdman, 2013). No entanto, um diagnóstico só pode ser considerado como uma etapa válida do processo de enfermagem se representar efetivamente o problema identificado pela pessoa, família ou comunidade (Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009). Os diagnósticos precisam de ser claros e as características definidoras que os caracterizam devem ser específicas. Porém, e não obstante ser utilizada em inúmeros países, a taxonomia carece de desenvolvimento. Por exemplo, ainda existem diagnósticos classificados em mais do que uma classe dentro do mesmo domínio (exemplo: domínio 12 – conforto) e o nível e evidência dos diagnósticos ainda requer mais estudos de natureza clínica (Chaves, 2008; Caldeira, 2012; Caldeira, Chaves, Carvalho, & Vieira, 2012).

Os estudos com e sobre os diagnósticos de enfermagem são importantes para aumentar a utilidade clínica dos mesmos, mantendo presente que representam conceitos que necessitam de clarificação, análise e desenvolvimento contínuo. Estes estudos são denominados de estudos de validação, nos quais se pretende avaliar o grau com que um grupo de características definidoras descreve uma realidade que pode ser observada na interação utente/enfermeiro (Cruz, 2007; Benedet, Hermida, Sell, Padilha, & Borenstein, 2012; Caldeira, 2012; Lopes, Silva, & Araújo, 2013). As publicações de estudos sobre validação de diagnósticos de enfermagem de âmbito concetual e clínico, em populações específicas, contribuem para aumentar a evidência clínica dos diagnósticos e surgiram mais frequentemente na década de 90, pela preocupação em aperfeiçoar e legitimar os diagnósticos de enfermagem descritos pela NANDA-I (NANDA na altura) e, assim, aumentar a sua capacidade de generalização e predição (Pileggi, 2007; Chaves, Carvalho, & Rossi, 2008; Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009). A validação de diagnósticos tem uma importância central no desenvolvimento do conhecimento de enfermagem e na sua aplicação na prática clínica, pois oferece contributos para a exatidão dos diagnósticos, para o raciocínio do enfermeiro e, conseqüentemente, para o planeamento de cuidados adequados, com ganhos em saúde sensíveis à sua intervenção (Caldeira, Chaves, Carvalho, & Vieira, 2012). Permite valorizar, desenvolver e melhorar a base de evidências da taxonomia da NANDA-I, assim como, aumentar a evidência científica que sustenta a prática de enfermagem (Chaves, Carvalho, & Rossi, 2008).

Numa revisão integrativa de literatura com o objetivo de caracterizar os estudos sobre diagnósticos de enfermagem no período de 2003-2010, os autores identificaram um aumento do interesse pela temática dos diagnósticos de enfermagem na investigação, no ensino e na prática clínica (Benedet, Hermida, Sell,

Padilha, & Borenstein, 2012). As conclusões evidenciam uma maior frequência de estudos de identificação de diagnósticos, estudos de sistematização da assistência de enfermagem, estudos com intervenções de enfermagem, criação e submissão de novos diagnósticos de enfermagem, sistemas de classificação em enfermagem, sistema especialista de apoio à decisão de enfermagem, processo ensino/aprendizagem dos diagnósticos de enfermagem e um escasso número de estudos de validação clínica de diagnósticos.

O aperfeiçoamento da taxonomia II da NANDA-I é um desafio para os investigadores, professores e enfermeiros, pois a prática profissional deve estar fundamentada em evidência proveniente de investigação válida e rigorosa, que permita validar os elementos que integram a taxonomia, contribuindo, assim, para a implementação de diretivas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009). Ao englobarem as diferentes classificações, os estudos poderão no futuro contribuir para a padronização e para a unificação das terminologias em enfermagem na construção de uma linguagem comum e sólida da profissão (Mata, Souza, Chianca, & Carvalho, 2012). No presente estudo optámos pela classificação da NANDA-I e este também pode constituir um contributo para o objetivo anteriormente referido.

1.3.3 – A história do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual na NANDA-I

Não obstante os estudos acerca da disfunção sexual realizados por enfermeiros ser reduzido, o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, originalmente denominado *sexual dysfunction*, foi incluído na taxonomia NANDA-I em 1980, na 4ª conferência, fruto de alterações do diagnóstico *ineffective sexuality patterns*. Poucas alterações foram introduzidas, apesar dos estudos de validação que propuseram mudanças no

enunciado, nas características definidoras e nos fatores relacionados nos dois diagnósticos relacionados com a sexualidade (Rottkamp & Hurley, 1991; Pelá, Jesus, & Carvalho, 1994, Vieira, 2001; Silva, 2003). Mais recentemente, no decurso de um estudo de validação, surgiu a última revisão publicada deste diagnóstico (Melo, Carvalho, & Pelá, 2006). Os estudos de validação deste diagnóstico parecem ter-se iniciado com Pelá, Jesus e Carvalho (1994) que efetuaram a validação clínica do diagnóstico *sexual dysfunction* e *ineffective sexuality patterns* numa amostra de utentes com transtornos hematológicos; seguiu-se Vieira (2001) num estudo em casais inférteis; Silva (2003) que efetuou um estudo em utentes com coronariopatias e Melo, Carvalho e Pelá (2006) efetuaram a validação clínica em utentes portadores de patologias onco-hematológicas internados numa unidade hospitalar. Mais recentemente, Queiroz, Sousa e Lopes (2013), num estudo sobre a acurácia do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual em grávidas, estimaram uma prevalência deste diagnóstico em cerca de 65% das grávidas e evidenciaram a importância deste durante os cuidados pré-natais. Os autores enfatizam a necessidade de serem desenvolvidos outros estudos para conhecer melhor os indicadores clínicos que o caracterizam, também devido às particularidades culturais. Identificou-se, ainda, um estudo de validação clínica do diagnóstico de disfunção sexual numa amostra de utentes com insuficiência cardíaca crónica (Silva, Cavalcanti, Souza, Martins, & Rosa, 2014). Na recente versão da taxonomia II da NANDA-I, publicada em 2014, apesar de não ser identificada nenhuma revisão do diagnóstico, é possível observar que mantém o domínio, a classe, o enunciado e a definição. Porém, é identificável uma alteração no número das características definidoras e dos fatores relacionados, comparativamente à versão anterior (2012). Neste estudo adotou-se os

elementos apresentados na última versão da NANDA-I, apresentados mais detalhadamente na continuidade deste documento.

O diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual mantém-se classificado na NANDA-I no domínio 8, intitulado *sexuality* e na classe 2, intitulada *sexual function*. Definido como: *the state in which an individual experiences a change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying, unrewarding, or inadequate* (Herdman & Kamitsuru, 2014, p.305). Na versão traduzida em Português do Brasil este diagnóstico intitula-se disfunção sexual e define-se como: “o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recomendada ou inadequada” (Herdman, 2012, p.387). Na última versão (2014) este diagnóstico é constituído por dez características definidoras (*alteration in sexual activity, alteration in sexual excitation, alteration in sexual satisfaction, change in interest toward others, change in self-interest, change in sexual role, decrease in sexual desire, perceived sexual limitation, seeks confirmation of desirability e undesired change in sexual function*); e 11 fatores relacionados (*absence of privacy, absence of significant other, alteration in body function, alteration in body structure, inadequate role model, insufficient knowledge about sexual function, misinformation about sexual function, presence of abuse, psychosocial abuse, value conflict e vulnerability*) (Herdman & Kamitsuru, 2014).

No domínio *sexuality*, e na classe *sexual function*, além do diagnóstico de *sexual dysfunction*, está também o diagnóstico denominado *ineffective sexual pattern*, definido como *expressions of concern regarding own sexuality* (Herdman &

Kamitsuru, 2014, p. 306 As suas características definidoras não contemplam a avaliação da função sexual em todas as suas dimensões, atendendo àquelas encontradas na revisão da literatura. Este diagnóstico retrata apenas expressões de preocupação e não alteração da função sexual em si mesma. A problemática que fundamentou este estudo, bem como o interesse na transferência para a prática enquanto enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, emerge e funda-se, então, no diagnóstico *sexual dysfunction*. Também, como exposto anteriormente, a avaliação das diferentes fases da resposta sexual para o diagnóstico da alteração da função sexual afigura-se fundamental, quer no seu todo, quer nas diferentes dimensões individualmente.

Aquando da sua avaliação pela comissão de desenvolvimento de diagnósticos, o diagnóstico *sexual dysfunction* era constituído pelo enunciado, definição, características definidoras, fatores relacionados e pelas referências, sendo atribuído 2.1 como nível de evidência, que mantém nesta última versão, o que significa que carece de mais suporte clínico. Na edição mais recente da NANDA-I, é apresentada uma nova proposta de taxonomia III, constituída por sete domínios, a saber, fisiológico, mental, existencial, funcional, segurança, família, ambiente (Herdman & Kamitsuru, 2014, p.80). Esta taxonomia está ainda em discussão e este diagnóstico, ainda de que modo preliminar, ficou classificado no domínio mental, definido como “*mental process and mental patterns essential to human health*”, e na classe denominada *self-concept* definida como *psychological patterns involved in self perception, identity, and self-regulation*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p.83-84). Tendo em conta a definição atual deste diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, a sua colocação no domínio mental parece adequada, mas limitada, dado que se trata de uma alteração a nível da função sexual diretamente ligada também ao

domínio funcional. Nesta nova proposta o domínio funcional é definido como “*life-span processes, basic functions, and skills essential to human health*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p.86). Integra uma classe, intitulada “*physical ability*”, definida como “*audiovisual abilities, sexual function, and mobility*” (Herdman & Kamitsuru, 2014, p.86). A classe do auto conceito, não parece adequada tendo em conta que se dirige mais à própria identidade da pessoa do que a uma alteração do padrão de comportamento/funcionamento sexual. De acordo com o exposto e após a leitura destas definições, parece-nos que a proposta do diagnóstico no domínio mental não será a mais adequada. Tal como acontece com outros diagnósticos, mais estudos de validação clínica do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual são desejáveis, no sentido de melhorar a acurácia do diagnóstico, o seu nível de evidência e contribuir para a evolução da taxonomia (Melo, Carvalho, & Pelá, 2006; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013; Silva, Cavalcanti, Souza, Martins, & Rosa, 2014; Carteiro, Néné, Caldeira, & Guerra, 2015).

2 – ESTUDO EMPÍRICO

O enquadramento teórico apresentado no capítulo anterior permitiu a mobilização de conhecimentos que serviram de suporte para o desenvolvimento da fase empírica deste estudo. O seu desenvolvimento teve em conta que a investigação científica é o processo que melhor permite estudar um problema ligado ao conhecimento de fenómenos reais, de forma controlada, rigorosa e sistemática com a finalidade de construir conhecimento (Hill & Hill, 2012; Grove, Burns, & Gray, 2013; Coutinho, 2014). A investigação é uma atividade essencialmente cognitiva que consiste num processo metódico, flexível e objetivo de exploração para explicar e compreender determinados fenómenos sociais com rigor (Coutinho, 2014). Em enfermagem, é entendida como um processo científico, contínuo, que autentica e aperfeiçoa o conhecimento existente e concebe novo conhecimento que em articulação pretende influenciar a prática clínica (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Este estudo integra-se no paradigma positivista, baseando-se numa abordagem metodológica quantitativa. Trata-se de um estudo observacional, transversal, exploratório e descritivo, uma vez que estuda e descreve um fenómeno num determinado momento, neste caso a disfunção sexual na gravidez, e não se manipulam variáveis (Grove, Burns, & Gray, 2013; Coutinho, 2014). A concretização deste estudo de validação do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual contribuirá para aumentar o nível de evidência do diagnóstico na taxonomia II da NANDA-I e consistirá em três fases: a primeira, a tradução e validação linguística e cultural para português europeu do diagnóstico de enfermagem; a segunda, uma fase de revisão integrativa; e a terceira, a validação clínica do diagnóstico, através do modelo de validação clínica de Richard Fehring, numa amostra de grávidas

acompanhadas em consulta de enfermagem de saúde materna, em cuidados de saúde primários.

Nesta fase metodológica o investigador estabelece quais os métodos utilizados para atingir os objetivos e descreve, de forma sequencial, as diversas etapas utilizadas no desenvolvimento do estudo. A exposição do desenvolvimento metodológico do estudo será individualmente explanada nas três fases do estudo, como podemos observar na figura abaixo.

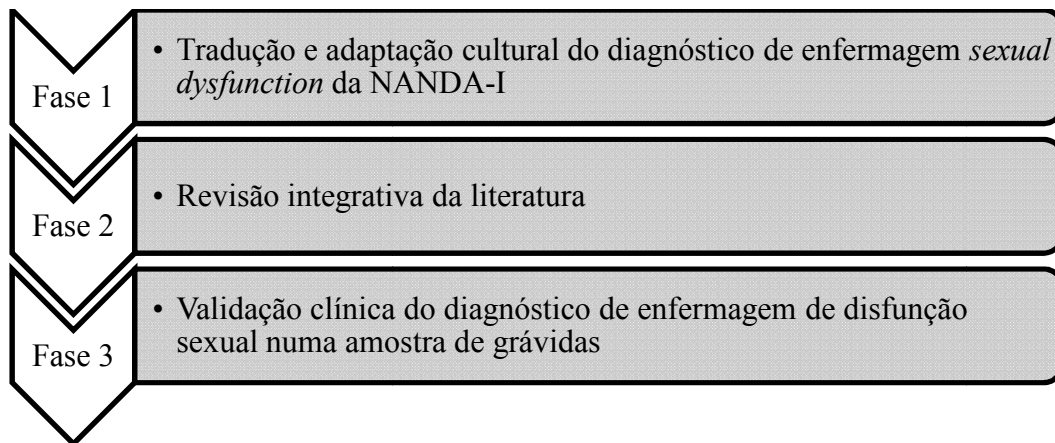


Figura 1: Fases da Investigação

Na primeira fase, procedemos à tradução do diagnóstico de enfermagem de inglês para português europeu e, nesta fase, foram seguidos os princípios metodológicos de Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000). Percorremos quatro das seis fases preconizadas no processo, face à adaptabilidade a este estudo, como descreveremos adiante. Na segunda fase, efetuámos uma revisão integrativa da literatura seguindo as seis fases propostas por Whitemore e Knafl (2005). A terceira fase consistiu na validação clínica do diagnóstico de enfermagem em grávidas, seguindo a metodologia de Richard Fehring, com algumas adaptações que descreveremos

posteriormente. Os estudos de validação e de prevalência de diagnósticos específicos são necessários em contextos e populações diferentes, contribuindo para mostrar a sua importância e identificar quantos indivíduos com o diagnóstico existem numa determinada amostra (Herdman, 2013). Caldeira (2012) sublinha que o conhecimento da prevalência do diagnóstico permite a identificação de determinado problema que, mostrando-se real, carece de um cuidado de enfermagem holístico. Por fim calculámos a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo de cada característica definidora na validação do diagnóstico. A importância desta avaliação é reforçada na edição da classificação da NANDA-I (2014) onde se menciona que esta avaliação é necessária em populações capazes de vivenciar respostas específicas a problemas de saúde (Herdman & Kamitsuru, 2014).

2.1 – OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é validar o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual na grávida.

Os objetivos específicos são:

- ✓ traduzir e validar linguística e culturalmente para português europeu o diagnóstico de enfermagem de *sexual dysfunction*, nomeadamente o enunciado, a definição, as características definidoras e os fatores relacionados;
- ✓ identificar os indicadores clínicos da disfunção sexual na grávida;
- ✓ identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual na grávida nos diferentes trimestres da gravidez;

- ✓ calcular a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual.

De seguida apresentamos as diferentes fases do estudo com os respetivos resultados, discussão, considerações éticas e implicações do estudo.

2.2 – TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL DA NANDA-I

O processo de tradução e adaptação de instrumentos tem vindo a ser utilizado desde há alguns anos em diversos estudos de investigação face às diferenças culturais. Nesse sentido, surgiu a necessidade da tradução do diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction* para português, uma vez que se encontra em inglês na última versão da NANDA-I (2014) e vai ser alvo deste estudo de validação em Portugal.

2.2.1 – Princípios metodológicos

Em 1993, Guillemin e colaboradores propuseram um conjunto de instruções padronizadas para o processo de adaptação transcultural de instrumentos resultante de uma revisão sistemática da literatura sobre a metodologia de tradução e adaptação cultural. Este processo tornou-se pertinente face às diferenças culturais com o objetivo de desenvolver instrumentos universais (Guillemin, 1995). Por outro lado, adaptar um instrumento é consideravelmente mais económico e rápido do que construir um novo na língua que se pretende (Hambleton & Patsula, 1999). Fruto de estudos na área, Guillemin (1995) propõe, então, cinco etapas para a tradução e validação de instrumentos de medida: várias traduções do instrumento efetuadas por

tradutores nativos no idioma em que o instrumento será traduzido, várias retrotraduções para o idioma original, formação de um grupo multidisciplinar para comparar a versão original com a final, para que a mesma seja totalmente compreensível, aplicação do pré-teste da versão final, para verificar a equivalência entre as duas versões, e análise segundo as avaliações e comentários existentes.

O aumento das pesquisas multiculturais encaminha para a necessidade de adaptar instrumentos de medida em saúde para serem utilizados noutros idiomas que não o idioma de origem. Tendo em consideração que a maioria dos instrumentos foi desenvolvida em países de língua inglesa, emerge cada vez mais a necessidade de tradução e adaptação cultural, por vezes até mesmo dentro do mesmo país face às diferenças culturais (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000).

Na generalidade, a tradução de um instrumento deve ter em conta: a equivalência linguística, a semântica, a idiomática, a concetual e a equivalência cultural (Wild et al., 2005; Hicks, 2006). A equivalência semântica consiste na avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário (significado das palavras); a equivalência idiomática verifica as expressões idiomáticas e coloquialismos que podem ser substituídos por expressões equivalentes (substituição adequada de palavras que não façam sentido em determinada cultura); a equivalência concetual consiste em avaliar a equivalência de conteúdo, verificando se transmite o mesmo conceito e, por fim, a equivalência cultural para verificar se os termos utilizados são coerentes com as experiências vividas pela população à qual se destina a aplicação do instrumento, dentro do seu contexto cultural (Wild et al., 2005; Hicks, 2006).

Os procedimentos sugeridos por Guillemin (1995) foram revistos e atualizadas pelos mesmos autores em 2000, data em que publicaram um manual com a descrição do

processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento de medida, no qual contemplam seis fases que descreveremos adiante.

Mais recentemente, Bernardo e colaboradores (2013) numa revisão integrativa no período de 2000 a 2009 sobre o percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva sugere Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) como referencial metodológico, uma vez que foi o adotado pela maioria dos estudos que analisaram a tradução e adaptação transcultural. No entanto, constatou que não existe uniformidade neste processo, existindo diferenças nos procedimentos seguidos nos diferentes estudos. Face a estes resultados, embora não se trate de uma escala, optámos por seguir a metodologia de Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) neste estudo, que sugerem seis etapas a percorrer na execução deste processo metodológico. Inicia-se pela tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por comissão de especialistas, aplicação de pré-teste e a submissão aos autores da escala quando se trata de um instrumento de medida.

Neste estudo, e atendendo ao objetivo desta fase, realizámos as três primeiras etapas, que descrevemos de seguida:

Fase I- Tradução inicial

Consiste na tradução realizada pelo menos por dois tradutores independentes que devem possuir fluência no idioma original da escala e no idioma para o qual o instrumento vai ser traduzido e, desta forma, poderão ser comparadas e verificadas as discrepâncias. Os autores recomendam dois tradutores com perfis diferentes. Um deve ser profissional de saúde, dominar os conceitos e o objetivo da tradução de forma a fornecer uma equivalência numa perspetiva mais clínica e mais fiável. O segundo, preferencialmente, não deve ser da área da saúde, nem informado dos

conceitos e objetivos associados e será o denominado tradutor ingênuo, pois refletirá o idioma usado pela população em geral. No entanto, ambos devem apresentar fluência no idioma original.

Fase II - Síntese das traduções

Tal como o nome indica, é realizada uma síntese dos resultados das traduções efetuadas e elaborada uma versão com os resultados das duas traduções para avançar para a retrotradução. Nesta fase é analisada a primeira tradução (T1) e a segunda tradução (T2), resultando, assim, uma versão comum (T3) que avançará para a fase seguinte.

Fase III – Retrotradução ou *Backtranslation*

Esta fase consiste em submeter a versão obtida anteriormente (T3) a dois tradutores de modo a que traduzam novamente no idioma de origem. Esta também deve ser realizada por dois tradutores com conhecimento dos objetivos e com semelhança na fluência nos dois idiomas de interesse. Pretende-se comparar a versão original com a que foi produzida e detetar eventuais erros. No processo de retrotradução devem ser analisadas as duas versões obtidas (BT1 e BT2) para que se elabore a versão final da *backtranslation* do instrumento. É, ainda, avaliada a equivalência idiomática (expressões idiomáticas), a semântica (significados das palavras, uso correto do vocabulário e da gramática), a equivalência experiencial ou cultural (coerência com o contexto ou situação local) e a equivalência conceitual (adequação das questões ao público alvo). No final, pretende-se assegurar que a versão traduzida será compreensível.

Inicialmente criámos uma tabela onde foi colocado o enunciado, a definição, as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem

de disfunção sexual da NANDA-I (2014) em inglês (Anexo I). Na fase I, a tradução foi realizada por dois tradutores independentes para permitir a detecção de erros e interpretação divergente de termos ambíguos no original. A tradução de todo o conteúdo de inglês para o português foi realizada durante o mês de Setembro de 2014 por dois profissionais de áreas distintas, mas com domínio das línguas portuguesa e inglesa. Uma enfermeira e uma professora de inglês, numa escola de línguas, sem conhecimento técnico na área da saúde, tal como é preconizado pelos critérios da metodologia adotada. Resultaram daí duas versões em português (Anexo II e Anexo III).

A fase II, denominada síntese das traduções, foi realizada no mês de Outubro de 2014, a partir da análise das traduções independentes (T1 e T2) verificando-se a equivalência semântica entre a tradução e o original, conservando o significado das palavras entre dois idiomas diferentes e procurando a adaptação em culturas distintas (Herdman et al., 1998). Obtidas as duas versões em português foi efetuada uma revisão das mesmas por uma enfermeira com domínio em ambas as línguas e aferida uma versão final (T3). Nesta aferição não foram encontradas diferenças significativas entre as duas versões, apenas aferições de termos mais adequados ao objetivo, tendo sido encontrada a versão final em português (Anexo IV).

Na fase III de retrotradução, a versão final, em língua portuguesa, foi analisada de forma independente por dois enfermeiros que atualmente residem e exercem funções no Reino Unido. Efetuaram individualmente a retrotradução para o idioma original obtendo-se duas versões em inglês, a BT1 e a BT2 (Anexo V e Anexo VI). Estas versões foram analisadas por uma enfermeira com domínio em ambas as línguas por meio da avaliação dos itens quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e

conceitual e encontrada uma nova versão. Por fim, a investigadora, em reunião com as enfermeiras, aferiu as versões produzidas e efetuou uma análise com o objetivo de consolidar todas as versões numa única versão, em português, por meio da avaliação quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de todas as versões obtidas. Consideradas todas as sugestões e opiniões, registadas e organizadas foi produzida uma última versão do diagnóstico de enfermagem final que coincidiu com a versão publicada na NANDA-I. Uma vez que não se verificaram diferenças consideráveis, a versão final em português será a utilizada no decurso deste estudo de investigação.

2.2.2 - Apresentação dos resultados da tradução

A realização de todo o percurso metodológico desta fase resultou numa versão final do diagnóstico de enfermagem que foi utilizada no desenvolvimento deste estudo na validação clínica (tabela1).

Tabela 1- Versão original e traduzida do diagnóstico de enfermagem

Versão original	Versão final
Sexual dysfunction (00059)	Disfunção sexual (00059)
Domain 8: Sexuality	Dimensão 8: Sexualidade
Class 2: Sexual function	Classe 2: Função Sexual
Definition: The state in which an individual experiences a change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying, unrewarding, or inadequate	Definição: O estado em que um indivíduo vivencia uma mudança na função sexual durante a fase de resposta sexual de desejo, excitação, e/ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, não compensadora ou inadequada
Defining Characteristics:	Características definidoras
Alteration in sexual activity	Alteração da atividade sexual
Alteration in sexual excitation	Alteração na excitação sexual
Alteration sexual satisfaction	Alteração na satisfação sexual
Change in interest toward others	Mudança no interesse em relação aos outros
Change in self- interest	Mudança no auto-interesse
Change in sexual role	Mudança no papel sexual
Decrease in sexual desire	Diminuição no desejo sexual
Perceived sexual limitation	Percepção da limitação sexual
Seeks confirmation of desirability	Procura da confirmação de desejabilidade
Undesired change in sexual function	Mudança indesejada da função sexual
Related Factors:	Fatores relacionados
Absence of privacy	Falta de privacidade
Absence of significant other	Falta de companheiro
Alteration in body function (due to anomaly, disease, medication, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	Alteração na função corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
Alteration in body structure (due to anomaly, disease, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	Alteração na estrutura corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
Inadequate role models	Modelos desadequados
Insufficient knowledge about sexual function	Conhecimento insuficiente sobre função sexual
Misinformation about sexual function	Desinformação sobre função sexual
Presence of abuse (e.g., physical, psychological, sexual)	Presença de abuso (i.e. físico, psicológico, sexual)
Psychosocial abuse (e.g., controlling, manipulation, verbal abuse)	Abuso Psicossocial (i.e. controlador, manipulação, abuso verbal)
Value conflict	Conflito de valores
Vulnerability	Vulnerabilidade

2.3 – REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA: INDICADORES DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM GRÁVIDAS

A sexualidade integra-se na vivência humana e é influenciada por diversos fatores que contribuem para o bem-estar da mulher/casal. No entanto, os resultados desta associação evidenciam implicações na prática de cuidados de enfermagem durante a gravidez, pelo que se torna necessário o reconhecimento das alterações na função sexual na grávida, quer pelas implicações na vivência da sexualidade da mulher e do casal neste período, quer pela influência que estas alterações têm noutros aspectos da vida da mulher.

2.3.1 – Método e protocolo da revisão

A prática de cuidados deve ser alvo de um processo contínuo de interrogações face às necessidades apresentadas pelos utentes e às próprias preocupações dos profissionais. Os estudos de investigação devem produzir conhecimento que respondam às necessidades identificadas de forma a produzir impacto na qualidade dos cuidados e tendo em conta os ganhos em saúde (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012). A prática baseada em evidência tem como finalidade a promoção da qualidade dos cuidados de saúde, otimizando os recursos disponíveis e implicando a participação ativa dos vários intervenientes no processo terapêutico. Consiste na utilização de evidência produzida pela realização de estudos de investigação, na vertente profissional, com rigor metodológico, com o objetivo de melhorar a tomada de decisão nos cuidados e assim minimizar o vazio existente entre os avanços científicos e a prática clínica (Cruz, 2005; Pedrolo et al., 2009).

A tomada de decisão é crucial e implica a integração entre a experiência clínica do profissional, as evidências emergidas de pesquisas e as necessidades dos utentes (Bhandari, 2006; Pereira, Cardoso, & Martins, 2012). Uma prática de cuidados baseada na evidência é crucial na aplicação do processo de enfermagem, nomeadamente na fase de diagnóstico, permitindo diagnósticos de enfermagem acurados e sustentados em resultados de pesquisas rigorosas de forma a promover a aproximação entre as manifestações do utente e o diagnóstico do enfermeiro (Cruz, 2005). Os enfermeiros devem ser motivados para a importância da prática baseada na evidência através da demonstração dos ganhos em saúde associados, uma vez que a consideram ainda pouco relevante nos cuidados que prestam. A experiência assume-se como mais valiosa do que a evidência científica publicada. No entanto, a prática baseada na evidência é valorizada a nível das recomendações institucionais e inclusivamente pela Ordem dos Enfermeiros que a enfatiza como promotora da excelência e da segurança dos cuidados (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012). Esta prática motivou o desenvolvimento de métodos de revisão de literatura, os quais têm como principal propósito procurar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis sobre determinado tema investigado, onde se destacam a revisão sistemática, a meta-análise e a revisão integrativa (Whittemore, 2005).

A revisão integrativa é um método de pesquisa que determina o conhecimento atual sobre uma temática específica. Permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa) onde se pretende identificar, reunir, analisar e sintetizar os resultados de estudos independentes salientando as evidências disponíveis sobre o tema investigado (Whittemore, 2005). Neste tipo de revisão os estudos incluídos são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo,

assim, a análise do conhecimento existente sobre uma determinada temática. Esta metodologia permite obter uma fonte de conhecimento atual sobre um determinado problema e avaliar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática. Para tal, a construção da revisão integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico que possibilitem identificar as características dos estudos analisados e contribuir para o progresso do conhecimento em enfermagem (Broome, 2000).

O método de revisão integrativa da literatura, fundamentado no conceito da prática baseada na evidência, pode constituir a etapa inicial no processo de validação diagnóstica, contribuindo, desta forma, para a evolução de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem útil para a prática de enfermagem. Neste estudo de validação do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual efetuámos uma revisão integrativa da literatura sobre o tema, tal como recomendado por Pompeo, Rossi e Galvão (2009) e como têm sido utilizados em vários estudos de validação e diagnósticos de enfermagem (Melo, Carvalho, & Pelá, 2006; Calvalcante, 2011; Oliveira, 2011; Caldeira, 2012; Braga, 2013; Oliveira Manguiera, Fernandes, Pinheiro, & Oliveira Lopes, 2013). Este método de pesquisa inclui seis fases: identificação do tema ou questão norteadora; amostragem ou pesquisa na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados, também denominado por apresentação da revisão (Whittemore & Knafl, 2005). Apresentamos de seguida as diferentes fases percorridas nesta revisão.

1ª Fase: Identificação do tema

O ponto de partida para toda a revisão é a elaboração da questão de pesquisa e a delimitação do tema. Posteriormente, a definição das palavras-chave para a estratégia

de pesquisa dos estudos. A questão deve ser explícita e clara de forma a facilitar a identificação das palavras-chave, a procura das informações e a seleção dos estudos, bem como das informações a serem extraídas dos mesmos (Broome, 2000; Whitemore, 2005).

2ª Fase: Amostragem ou procura na literatura

Depois da definição do tema ou problema, o processo continua com a procura orientada na literatura, devendo ser o mais abrangente possível e incluir artigos publicados em periódicos, pesquisas em bases de dados, consulta da lista de referências bibliográficas, teses, dissertações e livros. Neste processo, a procura de literatura deve ser claramente documentada, incluindo os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de procura e os critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção de literatura relevante. A descrição rigorosa de todo o procedimento é importante para a avaliação da generalização e confiabilidade das conclusões resultantes da revisão, contribuindo para aumentar a validade da revisão (Whitemore, 2005).

3ª Fase: Categorização dos estudos

Nesta fase deve ser elaborado um instrumento de recolha de dados ou utilizar um instrumento já validado com o objetivo de compilar as informações principais de cada artigo selecionado. Este instrumento pode conter: a identificação do estudo, introdução e objetivos, metodologia utilizada, amostra, técnica para recolha e análise dos dados, resultados com a descrição e análise crítica, fatores relacionados encontrados, conclusões e pode ainda conter o nível de evidência em que o estudo se encontra (Whitemore, 2005).

4ª Fase: Análise crítica dos estudos

Nesta etapa é analisada a qualidade dos estudos primários incluídos na revisão. O investigador analisa criticamente os estudos selecionados quanto à autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações contidas e a representatividade dos mesmos. Esta é uma atividade complexa que exige tempo e conhecimento do pesquisador (Whittemore, 2005).

5ª Fase: Discussão dos resultados

Consiste na comparação dos dados evidenciados nos artigos incluídos na revisão integrativa com o conhecimento teórico (Whittemore, 2005).

6ª Fase: Síntese do conhecimento evidenciado pela revisão

Nesta análise o investigador, além de comparar os resultados encontrados com as teorias relacionadas, pode elaborar sugestões para a prática de enfermagem, discutir as implicações práticas e políticas e formular sugestões para estudos futuros (Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009).

Realizámos uma revisão integrativa da literatura com a finalidade de reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre a disfunção sexual na gravidez, de uma forma sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento da problemática. Uma abordagem metodológica ampla que incluiu diferentes tipos de estudos, experimentais e observacionais, teóricos e empíricos, e permitiu uma melhor compreensão do fenómeno investigado. Tivámos como objetivo identificar os indicadores clínicos de disfunção sexual (características definidoras e fatores relacionados) na literatura, nos últimos 5 anos. Desta forma, sistematizámos o conhecimento sobre a caracterização da disfunção sexual durante a gravidez.

Trata-se de um tema importante na prática de cuidados dos enfermeiros, particularmente nos cuidados especializados às grávidas, pois a evidência científica não é profícua. Este estudo poderá ser útil na sensibilização dos profissionais para a importância do tema e para a integração deste fenômeno na sua prática, oferecendo indicadores clínicos para um diagnóstico de enfermagem acurado, de modo a favorecer intervenções adequadas à grávida e ao casal.

A questão de partida foi: “Quais os indicadores clínicos (características definidoras e fatores relacionados) da disfunção sexual na grávida?” Face à natureza da questão, atendeu-se ao PEOS da Cochrane para definir os critérios de inclusão e seleção de estudos: *Population* (População) – mulheres grávidas com idade igual ou superior a 18 anos, sem patologia associada; *Exposure* (Exposição) – disfunção sexual; *Outcomes* (Resultados) – características definidoras e fatores relacionados; e *Study type* (Tipo de estudo) – todos os estudos e documentos com resumo disponível, publicados entre 2010 e 2014 e no idioma inglês, português, francês e espanhol. A pesquisa foi realizada nas bases de dados da EBSCH Ohost (CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition, Cochrane Plus Collection Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Mediclatina), SCOPUS, ISI WEB SCIENCE, Wiley Online Library e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) em Setembro de 2014, com a estratégia de pesquisa “*sexual**” (título) AND “*pregnan**” (título) AND “**function**” (no campo *all text*). Esta estratégia de pesquisa foi escolhida após outras que foram utilizadas em pesquisas anteriores com o objetivo de afinar a pesquisa para potenciar a resposta ao objetivo da revisão integrativa. Para as plataformas em português, como o RCAAP, os termos de pesquisa foram “*sexual**” (título) AND “*gravid**” (título).

Seguiu-se as *guidelines Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para a identificação, avaliação, seleção e inclusão dos estudos na revisão (Moher et al., 2009). Visto que se trata de uma revisão integrativa, foi realizada uma pesquisa adicional nas referências dos artigos previamente selecionados e todos os resultados foram integrados de modo a ter uma revisão mais ampla. A inclusão dos estudos foi realizada atendendo à concordância de dois investigadores que realizaram a análise de modo independente. Os dados dos estudos foram analisados após preenchimento de um instrumento de colheita de dados acerca da identificação do estudo e objetivos (título, autores, país, ano e dados do periódico), características metodológicas (tipo de estudo, instrumentos e amostra) e resultados em análise para resposta ao objetivo do estudo (Anexo VII).

2.3.2 – Apresentação e discussão dos resultados da revisão integrativa da literatura

Identificámos um total de 671 citações nas bases de dados. Após seleção pelo critério de inclusão referente ao limite temporal (2010-2014), resultaram 266 estudos. Após a leitura dos títulos obtivemos um total de 141 estudos distribuídos pelas bases de dados da seguinte forma: EBSCO (n=35); SCOPUS (n=47); ISI WEB SCIENCE (n=39); Wiley Online Library (n=15) e RCAAP (n=5). Foi efetuada a análise do título, a junção dos artigos das diferentes bases de dados, e foram removidos todos os que se encontravam em duplicado. Obtivemos 68 resultados, dos quais sete foram retirados porque não cumpriam o critério de inclusão referente ao idioma e três estudos que não se relacionavam diretamente com o tema, de modo a responder à questão de investigação. Após a leitura dos resumos, por dois investigadores de modo independente, a amostra final ficou constituída por 58 estudos (figura 2).

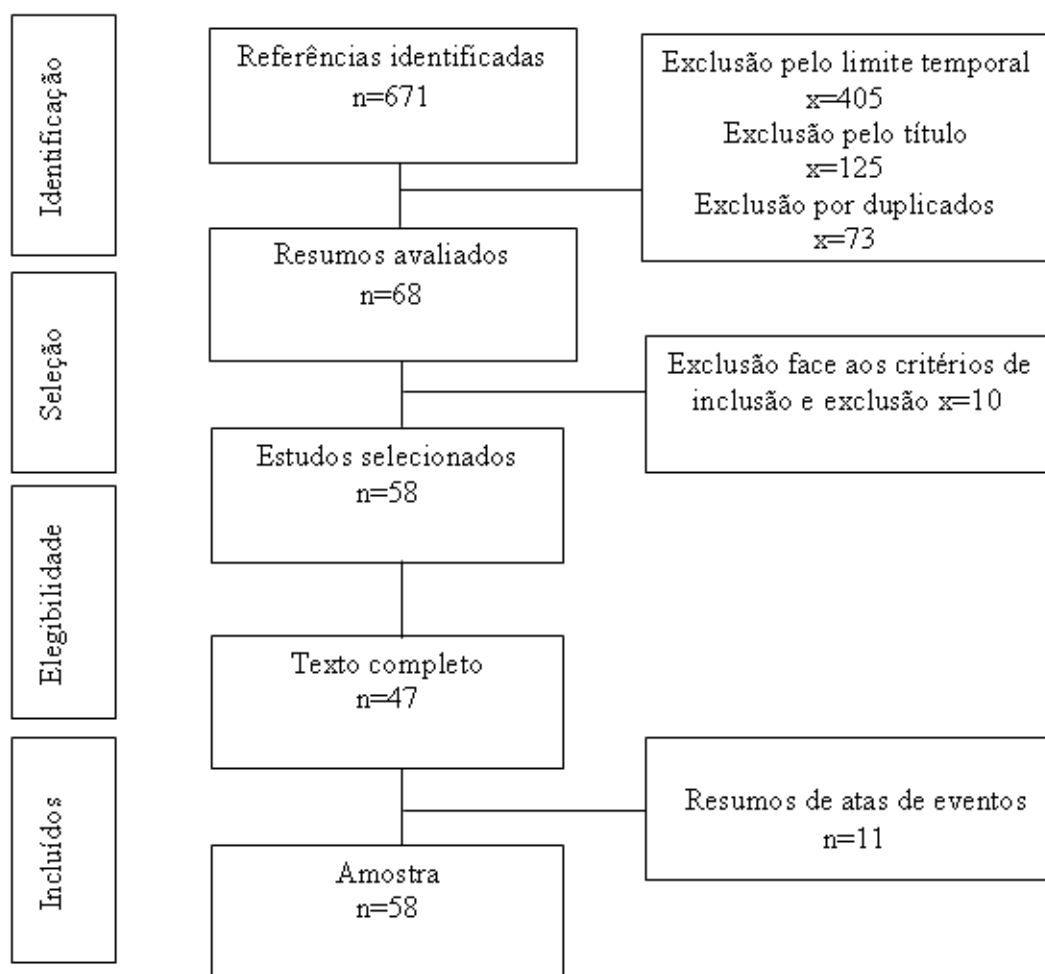


Figura 2: Fluxograma dos artigos selecionados para a revisão, com base no PRISMA

Destes, foi possível obter 47 estudos em texto completo (81%) e os restantes foram analisados apenas a partir do resumo, uma vez que faziam parte de atas de eventos, mas que foram considerados pela natureza da revisão e por terem informação relevante.

De seguida apresentamos os artigos (caracterizados por autor e ano) incluídos para a revisão integrativa da literatura numerados para uma melhor identificação das tabelas seguintes onde se mostram as características definidoras e os fatores relacionados da disfunção sexual durante a gravidez encontrados através desta revisão (tabela 2).

Tabela 2 - Estudos incluídos na revisão integrativa da literatura

Autores	Ano
1. Abasalizadeh & Abasalizadeh	2011
2. Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei, & Yavarikia,	2012
3. Ahmed, Madny, & Ahmed	2014
4. Alsibiani	2014
5. Amaral & Monteiro	2014
6. Aribi et al.	2012
7. Aydin et al.	2014
8. Babazadeh, Mirzaei, & Masomi	2013
9. Barbosa	2011
10. Brooks et al.	2012
11. Camacho, Da Costa Vargens, & Progianti	2010
12. Catão, Benevides, & Alvares Barbosa	2013
13. Chang, Chen, & Lin	2011
14. Chang, Chen, Lin, & Yu	2011
15. Corbacioglu, Bakir, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Akca	2012
16. Corbacioglu Esmer, Akca, Akbayir, Goksedef, & Bakir	2013
17. Cruz, 2012)	2012
18. Erenel, Eroglu, Vural, & Dilbaz	2011
19. Ferreira et al.	2012
20. Gałazka, Drosdzol-Cop, Naworska, Czajkowska, & Skrzypulec-Plinta	2014
21. García González, Duarte González, & Mejias Paneque	2012
22. Guleroglu & Beser	2014
23. Hanafy, Srour, & Mostafa	2014
24. Jamali & Mosalanejad	2013
25. Johnson	2011
26. Katz	2010
27. Kerdarunsuksri & Manusirivithaya	2010
28. Kisa, Zeyneloglu, Yilmaz, & Guner	2014
29. Lee, Lin, Wan, & Liang	2010
30. Liu, Hsu, & Chen	2013
31. Lowenstein, Mustafa, & Burke	2013
32. Malkoc, Resim, & Bulut	2014
33. Millheiser	2012
34. Murtagh	2010
35. Naldoni et al.	2011
36. Nik-Azin et al.	2013
37. Pauleta, Pereira, & Graca	2010
38. Prado, Lima, & de Lima	2013
39. Queiroz, de Sousa, & Lopes	2013
40. Queiroz et al.	2011
41. Rados, Vranes, & Sunjic	2014
42. Razali, Balakrishnan, Sidi, Peter, & Razi	2012
43. Ribeiro, Nakamura, Torloni, Scanavino, do Amaral, et al.	2014
44. Ribeiro, Nakamura, Torloni, Scanavino, Mancini, et al.	2014
45. Rodríguez & Ramón	2013
46. Sacomori & Cardoso	2010
47. Sagiv-Reiss, Birnbaum, & Safir	2012
48. Serati et al.	2012
49. Seven, Akyuz, & Gungor	2011
50. Shoja, Jouybari, & Sanagoo	2011
51. Torkestani et al	2012
52. Verissimo	2012
53. Vieira, de Souza, Nakamura, & Mattar	2012
54. Vieira et al	2012
55. Wannakosit & Phupong	2010
56. Yangin & Eroglu	2011
57. Yeniél & Petri	2014
58. Yıldız	2015

Numa avaliação temporal da pesquisa inicial, e sem qualquer limite temporal, identificámos 671 artigos. Quando colocado o limite de tempo referente aos últimos 5 anos reduzimos a 266 artigos. Este facto sublinha a atualidade da temática, uma vez que cerca de 40% da produção foi publicada nos últimos 5 anos. Quanto à distribuição dos estudos neste período, 24,1% foram publicados em 2012, 2014 com 22,4%, 2011 e 2013 com 19% de publicações e 15,5% de publicações em 2010. Quanto à distribuição geográfica, nenhum país se destaca especificamente, mas verifica-se uma maior produção no Brasil com cerca de 20% dos estudos, Turquia com 17,1%, Irão com 12,1%, Tailândia com 10,3%, Portugal com 9%, Estados Unidos da América com 5,1% e Espanha e Israel com 3,5%. Ainda foram identificados estudos oriundos de países como Canadá, Polónia, Austrália, Croácia, Malásia, Alemanha, Egipto, Arábia Saudita e Tunísia. A diversidade de países identificados nos resultados evidencia que esta é uma problemática transversal à condição de grávida em diferentes culturas.

Da análise metodológica, observámos que 43 estudos (74,1%) tinham abordagem quantitativa, seis (10,3%) abordagem qualitativa, cinco (8,6%) eram revisões da literatura, dois (3,5%) artigos de opinião e dois (3,5%) editoriais. Salientamos que 45 (77,5%) são estudos originais, um (1,7%) estudo de validação de escala, uma (1,7%) dissertação de mestrado e duas (3,5%) monografias de licenciatura em enfermagem. Verificámos que 56% dos estudos de abordagem quantitativa utilizaram o *Female Sexual Function Index* (FSFI), índice de função sexual feminino, o que mostra ser um instrumento muito aplicado na mensuração deste fenómeno. Verifica-se, ainda, que 11 estudos (19%) se referem a uma definição da disfunção sexual feminina. Entre os atributos identificados na definição dos conceitos, destaca-se a consistência de que se trata de uma alteração no ciclo da resposta sexual feminina (Murtagh,

2010; Erenel, Eroglu, Vural, & Dilbaz, 2011; Babazadeh, Mirzaii, & Masomi, 2013; Catão, Benevides, & Barbosa, 2013; Corbacioglu, Bakir, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Akca, 2013; Jamali & Mosalanejad, 2013; Prado, Lima, & Lima, 2013; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013; Alsibani, 2014; Galazka, Droszol-Cop, Naworska, Czajkowska, Skrzypulec-Plinta, 2014; Guleroglu & Beser, 2014), embora existam autores que referem alterações apenas em algumas fases.

É possível constatar, com maior relevância, as alterações no desejo sexual como indicador de disfunção sexual em 78% dos estudos. Porém, em 47% é salientada a diminuição do desejo sexual durante a gravidez. A alteração na satisfação sexual é também uma das características mais significativas, referida em 64% dos estudos, a seguir à alteração do desejo, seguindo-se as alterações no orgasmo (59%), a dor na relação sexual (57%), a alteração na frequência da atividade sexual (54%) e as alterações na excitação sexual, em cerca metade dos estudos. Ligeiramente menos relevantes, identificaram-se as alterações específicas na lubrificação vaginal (43%) e as alterações no interesse sexual (21%) (tabela 3).

Da análise dos indicadores clínicos já existentes na NANDA-I verificámos que cinco características definidoras já estão classificadas (alteração na atividade sexual, alteração na excitação sexual, alteração na satisfação sexual, diminuição do desejo e alterações no interesse) e que esta revisão acrescenta as alterações no orgasmo, presença de dor, alteração na lubrificação e alteração no desejo.

Tabela 3 - Frequência das características definidoras da disfunção sexual nos estudos incluídos

Características definidoras	n	%
Alteração no desejo sexual (1,2,3,4,6,7,8,9,12,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,30,31,34,35,36,37,38,39,41,42,43,44,46,47,48,50,51,53,55,57,58)	45	78
Alteração na satisfação sexual (1,2,4,5,7,13,14,15,16,19,20,21,22,23,24,25,26,27,30,31,32,35,36,37,38,39,41,42,43,44,45,46,47,52,55,57,58)	37	64
Alteração no orgasmo (2,3,4,5,7,8,12,13,14,15,16,18,19,20,21,22,24,25,26,27,30,31,32,35,36,37,38,39,42,43,44,45,57,58)	34	59
Dispareunia (2,4,5,7,8,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,35,36,37,38,39,42,43,44, 57)	33	57
Alteração na actividade/frequência sexual (1,2,3,5,8,10,14,15,17,18,22,24,25,28,29,30,33,34,36,37,39,41,43,45,48,51,52,53,55,56,58)	31	54
Alteração na excitação sexual (2,3,4,7,8,12,13,14,15,16,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29,31,32,35,38,42,43,44,52,58)	29	50
Diminuição no desejo sexual (4,6,8,9,12,14,15,18,23,25,26,28,30,34,35,36,37,39,41,47,48,50,51,53,55,57,58)	27	47
Alteração na lubrificação vaginal (2,4,7,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,26,27,31,32,35,37,38,42,43,44,57)	25	43
Alteração no interesse sexual (6,8,12,15,36,39,41,45,47,51,53,58)	12	21

Quanto aos fatores relacionados com a disfunção sexual durante a gravidez, podemos observar que são diversificados (tabela 4).

Tabela 4 - Frequência dos fatores relacionados da disfunção sexual nos estudos incluídos

Fatores relacionados	n	%
Alterações físicas (1,2,3,4,6,9,11,12,14,16,18,20,21,22,23,24,25,28,29,30,31,34,35,36,37,38,39,40,42,43,45,47,48,50,53,54,55,56,57,58)	40	76
Alterações psicológicas (1,2,3,4,11,13,14,15,18,20,21,22,23,24,25,28,29,30,34,35,36,37,38,39,40,42,43,45,47,48,49,51,53,54,55,56,57,58)	38	66
Alteração na estrutura e função do corpo, nomeadamente relacionadas com a presença de desconfortos ao longo da gravidez (1,3,4,6,8,9,11,13,15,16,17,18,20,22,24,25,26,28,29,30,31,33,35,37,38,39,40,41,43,46,47,48,50,51,52,53,56)	37	64
Fatores sociodemográficos (idade, escolaridade, estado sócio económico) (1,3,4,5,11,13,14,15,16,18,22,23,24,25,28,29,30,31,32,34,36,37,39,40,41,42,43,45,46,48,49,52,55,56,57)	35	60
Medos (4,6,8,9,15,17,18,20,21,24,25,28,29,30,33,34,36,37,38,39,40,41,43,45,47,48,49,53,54,56)	30	52
Fatores culturais (3,4,6,11,13,15,16,18,21,22,23,24,25,26,28,29,30,34,35,38,43,46,48,50,53,55,56,57)	28	48
Conhecimento insuficiente sobre o tema (1,2,6,8,10,11,16,17,18,19,21,22,28,34,37,39,40,41,45,48,49,50,51,53,54,57)	26	45
Mitos, tabus e crenças (3,6,9,11,13,14,15,18,21,22,25,28,34,35,38,39,43,45,51,53,54,56,57)	23	40
História obstétrica (número de filhos, número de gravidezes, tipos de parto, abortamentos, ...) (7,13,14,15,16,22,24,25,30,32,36,38,39,45,48,49,53,54,55,57)	20	35
Alterações relacionais (2,5,11,15,18,22,23,24,25,28,30,36,41,43,47,50,51,58)	18	31
Alterações na autoimagem (3,6,8,9,13,14,15,20,28,35,37,38,40,41,57)	15	26
Fatores religiosos (11,24,25,28,30,38,39,48,52,53,56)	11	19
Idade gestacional (13,15,16,19,22,24,35,49,57)	9	16
Alterações na autoestima (2,3,15,16,22,35,41,51)	8	14
Vulnerabilidades (problemas na gravidez, doenças,...) (4,22,28,32,42)	5	9
Conflito de valores (22,24,28,40)	4	7

Da análise, é possível constatar que as alterações físicas e psicológicas associadas à alteração da estrutura e função corporal, bem como à presença de desconfortos, são os fatores mais evidenciados. Os fatores sociodemográficos são frequentemente referidos na literatura (60%), e também os medos e os fatores culturais, que emergem em cerca de metade dos estudos.

Evidencia-se em 40% dos estudos um inadequado conhecimento por parte das grávidas sobre a função sexual neste período. Salienta-se como influente a história obstétrica da grávida (35%) bem como as alterações relacionais e na autoimagem (30%). Um pouco menos prevalentes, foram identificados fatores religiosos, alterações na autoestima, presença de algumas vulnerabilidades (doenças) e os conflitos de valores. De referir que, entre os fatores relacionados já classificados na NANDA-I, apenas se identificou nesta revisão integrativa de literatura o “conhecimento deficiente”. Os resultados desta revisão vêm acrescentar fatores sociodemográficos, alterações físicas, psicológicas e relacionais, a idade gestacional, a história obstétrica, mitos, tabus, preconceitos e crenças, medos, autoestima e autoimagem, fatores religiosos e culturais.

A função sexual está associada à qualidade de vida e à satisfação sexual da mulher ao longo da gravidez (Aribi et al., 2012; Ferreira et al., 2012). A disfunção sexual é um fenómeno frequente durante a gravidez e atinge níveis mais significativos no terceiro trimestre. Nesse período a função sexual fica comprometida e a atividade sexual diminuiu à medida que a gravidez progride, embora de modo variável, mas com uma diminuição acentuada entre o período pré-gravídico e o final da gravidez (Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Naldoni et al., 2011; Veríssimo, 2011; Brooks et al.,

2012; Corbacioglu, Akca, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Bakir, 2013; Jamali & Mosalanejad, 2013; Alsibiani, 2014).

A disfunção sexual interfere na saúde da mulher e pode assumir-se como um importante problema de saúde devido ao seu impacto negativo, como a diminuição da autoestima e várias alterações emocionais que podem resultar em sofrimento significativo pessoal e no casal (Murtagh, 2010; Babazadeh, Mirzaii, & Masomi, 2013; Catão, Benevides, & Barbosa, 2013; Alsibiani, 2014). Pode ser entendida como um desequilíbrio face à satisfação com as relações sexuais (Jamali & Mosalanejad, 2013) mas também pode ser caracterizada como um distúrbio psico-fisiológico na resposta sexual que causa angústia e dificuldade no relacionamento interpessoal (Aydin et al., 2014).

Na gravidez, a disfunção sexual também se caracteriza pela alteração no funcionamento sexual feminino envolvendo uma, várias ou todas as fases do ciclo de reposta sexual. Esta alteração provocará um transtorno na vivência da sexualidade, interferindo nas relações interpessoais, causando angústia e *stress* (Murtagh, 2010). Trata-se de uma resposta humana face a uma transição ou processo de vida que pode originar outras respostas relacionadas com processo de saúde/doença e, por isso, requer uma atenção holística e especializada no diagnóstico e planeamento de intervenção. O diagnóstico da disfunção sexual pode ser entendido como uma mudança na função sexual, observada em uma ou mais fases da resposta sexual (Erenel, Eroglu, Vural, & Dilbaz, 2011; Queirós, Cunha, Ambrósio, Marques, & Serrano, 2011). O diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual na NANDA-I é definido como o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista

como insatisfatória, não recomendada ou inadequada (Herdman & Kamitsuru, 2014). Podemos verificar que, embora a definição do diagnóstico contemple as várias fases da resposta sexual, as características definidoras não as contemplam todas, pelo que esta revisão sugere o enriquecimento com novas características definidoras como a alteração no orgasmo, presença de dor, alteração na lubrificação, alteração no interesse sexual e alteração no desejo.

A existência de disfunção sexual durante a gravidez é, de facto, referida na literatura (Camacho, Vargens, & Progenti, 2010; Abasalizadeh & Abasalizadeh, 2011; Naldoni et al., 2011; Milheiser, 2012; Corbacioglu, Akca, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Bakir, 2013; Corbacioglu, Bakir, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Akca, 2013; Jamali & Mosalanejad, 2013; Alsibiani, 2014; Aydin et al., 2014; Yeniél & Petri, 2014). Os estudos analisados evidenciam diversas alterações ao nível das diferentes fases do ciclo da resposta sexual traduzidas na identificação dos indicadores clínicos ao longo desta revisão. Estes estão relacionados, de uma forma global, com as alterações na estrutura e na função corporal, com as alterações biopsicossociais, com as informações erradas ou falta de conhecimento, com os conflitos de valores e com a vulnerabilidade neste período (Erenel, Eroglu, Vural, & Dilbaz, 2011).

As alterações corporais, hormonais e psicológicas, características da gravidez e associadas à preocupação com o efeito da relação sexual na maternidade ou na saúde do feto, são consistentemente relatadas na literatura e também referidas como uma importante razão para a diminuição da frequência de relações sexuais e para a alteração da função sexual feminina neste período (Yangin & Eroglu, 2011). A presença de desconfortos, tais como indisposição, sono e alterações da autoimagem, podem levar à diminuição do desejo e da excitação, verificando-se uma alteração

significativa nestas dimensões da função sexual (Leite et al., 2007; Chang, Chen, & Lin, 2011; Shoja, Jouybari, & Sanagoo, 2011; Malkoc, Resim, & Bulut, 2014).

A grávida fica emocionalmente mais frágil, com necessidade de maior apoio, carinho e atenção, mostrando, assim, um aumento das necessidades emocionais o que também pode influenciar a resposta sexual feminina em todos as suas dimensões (Malkoc, Resim, & Bulut, 2014). A ansiedade excessiva, a informação insuficiente e a presença de crenças pessoais e culturais são algumas das razões referidas para a alteração da sexualidade durante a gravidez (Martins & Remoaldo, 2014; Yaniel & Petri, 2014). O papel da educação para a saúde revela-se importante, por permitir informar sobre as alterações normais que ocorrem nas diferentes fases da gravidez e, desta forma, diminuir a ansiedade e poder contribuir para melhorar a função sexual (Alsibiani, 2014).

As mulheres valorizam as competências científicas do enfermeiro, mas consideram primordiais as qualidades relacionais, a escuta ativa e o envolvimento da grávida nos cuidados, apreciam a enfermeira especialista como uma confidente, uma guia e um suporte fundamental na vivência de todo o processo associado à gravidez e ao nascimento. Esta valorização reforça a importância do papel do enfermeiro obstetra na promoção da saúde sexual como área íntima da mulher/casal (Johnson, 2011). Apesar dos medos e mitos sobre a atividade sexual durante a gravidez, as interações sexuais de um casal durante a gravidez podem promover a sua saúde sexual e uma maior profundidade na sua intimidade (Afshar, Mohammad, Merghti, & Yavarikia, 2012). A necessidade de conhecimento, por parte das grávidas, sobre a função sexual feminina neste período é um fator que se destaca na análise dos estudos com potencial relação com as alterações a nível da sexualidade da grávida/casal durante a

gravidez e pelas suas implicações na prática de cuidados (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2012).

Num estudo realizado em Portugal, Lopes, Martins, Rodrigues & Pereira (2009), verificaram uma diminuição da atividade sexual traduzida pela diminuição da função sexual do primeiro para o terceiro trimestre da gravidez. Estes dados estão de acordo com os dados encontrados também em literatura internacional que mostram um declínio progressivo da função sexual quando comparada com os dados anteriores à gravidez. No seu estudo, destacam com maior significado a diminuição da excitação e a presença de dor e associam a presença de desconforto físico como um possível determinante. Por outro lado, associam a diminuição do desejo à presença de medos da grávida e do companheiro em relação à gravidez. Destacam-se no estudo como fator relacionado com a diminuição da função sexual na gravidez: a preocupação com o bem-estar fetal ou parto pré termo (44%), a diminuição da autoestima devido às alterações físicas (19%), a inibição do companheiro na atividade sexual (11%), a centralização no futuro papel de mãe e alterações familiares (5%) e cerca de 20% das grávidas referem desconhecer a razão para a diminuição.

Num outro estudo, também nacional, é referido que, de forma consensual, a gravidez influencia o comportamento sexual feminino e o declínio da função sexual em todos os seus domínios quando comparado o momento antes e após a gravidez (Martins et al., 2009).

Uma melhoria na função sexual das grávidas após a aplicação de um programa de ensino foi constatada por Afshar e colaboradores (2012), no qual verificaram uma correlação positiva entre o conhecimento sexual e uma função sexual satisfatória. A maioria dos casais não tinha informações suficientes sobre a dimensão sexual durante

a gravidez e a importância da educação sexual refletiu-se pelo efeito positivo na vida sexual das grávidas. A aplicação de um outro programa de ensino também refere benefício na melhoria no nível de conhecimentos e nas atitudes sexuais durante a gravidez (Liu, Hsu, & Chen, 2013). No entanto, o acesso à informação sobre este tema é aparentemente efetuado através da internet e pela opinião de amigos, com os condicionantes que estão associados a estas fontes de informação, mostrando a necessidade dos profissionais de saúde investirem nesta temática (Malkoc, Resim, & Bulut, 2014). Para Aribi e colaboradores (2012), a informação e o apoio às mulheres neste período são, ainda, insuficientes. Verificaram que mais de metade das mulheres confirmou a utilidade das informações sobre sexualidade, mas apenas um terço dos casais procurou a informação. Destaca-se, assim, a importância da iniciativa por parte dos profissionais de saúde em fornecer informação aos casais sobre a sexualidade durante este período, mesmo que não solicitada (Aribi et al., 2012). Embora as mulheres sintam a necessidade de informação, raramente encontram oportunidades de expor as suas questões junto dos profissionais de saúde (Kisa, Zeyneloglu, Yilmaz, & Guner, 2014). Os casais necessitam de orientação sobre o impacto da gravidez na função sexual, nomeadamente sobre as alterações a nível psicosssexual de forma a compreenderem as alterações e as flutuações normais do interesse sexual durante a gravidez, e com o objetivo de melhorar a saúde sexual e a sua qualidade de vida (Milheiser, 2012; Liu, Hsu, & Chen, 2013).

Os profissionais de saúde devem procurar desenvolver uma abordagem aberta sobre os aspetos da sexualidade e fornecer orientação antecipatória para o casal sobre as mudanças esperadas na saúde sexual durante a gravidez (Afshar, Mohammad, Merghiti, & Yavarikia, 2012). Trata-se de uma intervenção importante na avaliação e gestão de questões de sexualidade para melhorar o relacionamento, educando e

orientando sobre sexualidade durante o tempo gestacional e reconhecendo que a variação na atividade sexual durante este período ocorre e pode afetar as relações conjugais. As grávidas devem ser avaliadas regularmente em relação à sua vida sexual e incentivadas a falar sobre a dimensão da sexualidade com os profissionais de saúde (Katz, 2010). O profissionalismo nesta abordagem inclui as competências comunicacionais e éticas inerentes a temáticas que são íntimas. Não deverão ser ignoradas, pois a disfunção sexual e as suas implicações na saúde durante a gravidez são consideradas áreas de preocupação para profissionais de saúde no cuidado de saúde à mulher. Assim, a intervenção em saúde sexual e reprodutiva deve ser uma prioridade para os profissionais que cuidam da saúde da mulher. A gravidez pode ser um momento de intervenção na resolução de problemas relacionados com (dis)função sexual. A comunicação adequada sobre a saúde sexual entre as mulheres e com os profissionais de saúde é essencial mas é ainda muitas vezes inexistente (Murtagh, 2010). Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetra têm nas consultas uma oportunidade para iniciar discussões sobre a sexualidade durante a gravidez. Contudo, idealmente, estas conversas em torno da saúde sexual deveriam acontecer de uma forma regular durante as consultas nos cuidados saúde primários, tanto antes como depois da gravidez. A orientação para a saúde sexual não só deve destacar problemas e dificuldades potenciais, como também deve ser considerada uma oportunidade de melhorar a autoestima e as relações interpessoais. As mulheres devem ser orientadas a ter uma conversa aberta e honesta com os seus parceiros e também com os profissionais de saúde sobre suas necessidades sexuais, expectativas e obstáculos (Murtagh, 2010).

As atitudes em relação à sexualidade na gravidez são muitas vezes influenciadas pela cultura e esta influência pode estender-se também à intervenção dos profissionais de saúde. A abordagem da sexualidade deve fazer parte dos cuidados no período pré-natal e os profissionais devem estar atentos e rever as suas próprias opiniões e atitudes sobre este assunto (Guleroglu & Beser, 2014). Os profissionais de saúde devem possuir formação sobre sexualidade e saúde sexual, quer por meio da formação inicial profissional, quer através de formação pós-graduada (Barbosa, 2011).

A influência negativa da gravidez na função sexual é notória e, portanto, não deve ser negligenciada. Os profissionais de saúde devem ser capazes de investigar a incidência de disfunção sexual, minimizar a ansiedade quanto às alterações induzidas pela gravidez, estimular a participação dos parceiros na vigilância, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus (Proganti & Costa, 2012; Aydin et al., 2014). A falta de conhecimento das grávidas e companheiros, evidenciada nesta revisão e já classificada na NANDA-I como fator relacionado, causa medos e ansiedades que podem levar à abstinência sexual e a consequências relacionais evitáveis. A educação para a saúde sobre a vivência da sexualidade durante a gravidez promove liberdade para as grávidas expressarem a sexualidade, os medos em relação ao ato sexual e o debate sobre crenças, valores e ansiedades contribuindo para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. As práticas educativas favorecem a vivência tranquila da gravidez, a relação mãe/filho, uma melhor aceitação da gravidez, bem como, a promoção da expressão sobre sexualidade (Cruz, 2012; Guerreiro, Rodrigues, Queiroz, & Ferreira, 2014; Hanafy, Srour, & Mostafa, 2014).

Os avanços em relação à abordagem da sexualidade no campo da saúde e da enfermagem são notórios. Todavia, ainda se verificam dificuldades na interseção entre o cuidado e a sexualidade no exercício profissional.

Novas abordagens de cuidados devem emergir no sentido de promover a integralidade dos cuidados e desmistificar o cuidar do corpo e da sexualidade nos cuidados de enfermagem. Na prestação de cuidados, o EESMO deve identificar as alterações na sexualidade e individualizar as respostas a cada grávida/casal, respeitando a particularidade de cada situação. Abordar a temática da sexualidade durante a vigilância da gravidez é essencial por parte dos profissionais de saúde evidenciando-se o dever do enfermeiro especialista, nomeadamente na educação para a saúde ao longo da vigilância da gravidez. A sensibilização dos profissionais para esta abordagem contribuirá para um melhor esclarecimento das grávidas relativamente à ausência de riscos em manter a vida sexual durante este período e assim promover o bem-estar da mulher/casal com benefício para ambos e para o desenvolvimento do bebé num ambiente saudável e harmonioso.

A revisão integrativa da literatura identificou novas características e novos fatores relacionados da disfunção sexual que vão integrar a fase de validação em contexto clínico.

2.4 – VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Validar significa verificar se determinado instrumento mede o que se propõe medir ou corresponde ao que se propõe avaliar (Meston, 2003; Hogan, 2006; Almeida & Freire, 2007; Coutinho, 2014). Nesta fase do estudo, pretendemos verificar se o diagnóstico de enfermagem está presente nesta amostra de grávidas e, estando

presente, quais as características definidoras e fatores relacionados mais significativos.

Na literatura existem diferentes modelos de validação de diagnósticos de enfermagem, contudo, têm sido mais utilizados aqueles propostos por Richard Fehring (1987, 1994). Neste estudo recorreremos ao modelo de validação clínica que, segundo o autor, tem por objetivo obter a evidência das características definidoras em utentes onde se prevê a presença do diagnóstico a ser submetido para validação (Fehring, 1987, 1994).

2.4.1 – Princípios metodológicos

Neste capítulo apresentamos a fase de validação clínica, com a descrição do referencial metodológico utilizado, os procedimentos e os instrumentos que dirigiram esta fase da investigação, bem como a forma de tratamento dos dados.

2.4.1.1 – Modelo de Richard Fehring para a validação clínica de diagnósticos de enfermagem

O modelo de Richard Fehring para a validação clínica de um diagnóstico de enfermagem pode ter duas abordagens possíveis consoante a natureza do diagnóstico. Isto significa que, se o diagnóstico se relaciona com uma resposta fisiológica e mais objetiva, o autor indica a utilização do modelo original, que consiste na observação clínica direta por dois enfermeiros peritos em relação à frequência das características definidoras do diagnóstico numa determinada população. Se o diagnóstico envolver uma resposta predominantemente cognitiva ou afetiva, mais subjetiva, o autor sugere o modelo modificado, denominado modelo de validação clínica focado no utente,

onde a validação se efetua através de entrevista ou por meio de questionário (Fehring, 1987, 1994).

O diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual envolve maioritariamente uma resposta cognitiva ou afetiva pelo que, segundo o autor, é necessário obter a informação a partir do participante, que é, neste caso, a mulher grávida.

As etapas deste processo segundo Fehring (1987) são as seguintes:

- ✓ obter uma amostra de participantes, com tendência pré-estabelecida a apresentar o diagnóstico e as respetivas características definidoras, num contexto selecionado pelo investigador e de acordo com o diagnóstico de enfermagem de interesse para ser validado;
- ✓ validar a presença do diagnóstico recorrendo ao uso de um instrumento adequado (validado) para a identificação do diagnóstico em questão em determinada população;
- ✓ construir um instrumento integrando as características definidoras do diagnóstico de enfermagem a validar, para que cada participante indique o quanto cada característica é indicativa dos seus sentimentos e comportamentos. As opções de resposta são: 0; 0,25; 0,5; 0,75 e 1 para a situação de 1-nada característico, 2-pouco característico, 3-de algum modo característico, 4-muito característico e 5-muitíssimo característico respetivamente;
- ✓ atribuir aos diferentes tipos de resposta uma ponderação para cada possibilidade de resposta, respetivamente, 0; 0,25; 0,50; 0,75 e 1;
- ✓ calcular a média ponderada dos valores atribuídos pelas utentes a cada característica definidora. Após este cálculo, as características definidoras com

valor total igual ou superior a 0,80 são classificadas como principais; aquelas com valor superior a 0,50 e inferiores 0,80 são classificadas como características definidoras secundárias e aquelas com valor inferior ou igual a 0,50 são classificadas como irrelevantes. Considera-se validado um diagnóstico com um *score* superior a 0,60. Este cálculo é a média dos valores das características definidoras principais, secundárias e irrelevantes.

Operacionalizando em particular para este estudo, as grávidas classificam cada característica definidora numa escala de likert entre 1 e 5. As pontuações obtêm-se pela contabilização das frequências de cada resposta a cada característica definidora. De seguida efetua-se a multiplicação das frequências com os respetivos pesos (0; 0,25; 0,50; 0,75 e 1). A média ponderada de cada característica definidora é obtida pela soma dos produtos destas multiplicações dividida pelo número de grávidas, obtendo assim o *score* que permite a classificação das características definidoras como principais, secundárias ou irrelevantes.

Face à natureza do diagnóstico, a recolha de dados foi efetuada diretamente com as grávidas através da aplicação de um questionário. Neste estudo, a população é constituída por mulheres grávidas, uma vez que na prática de cuidados constatamos a verbalização de alguns problemas relacionados com a vivência da sexualidade neste período, assim como, confirmamos estas alterações pela literatura consultada baseada em estudos na prática clínica e descrita detalhadamente também na revisão integrativa da literatura realizada nos últimos cinco anos, na segunda fase deste estudo.

Como o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual envolve maioritariamente uma resposta afetiva e cognitiva, tal como o autor preconiza, utilizámos uma escala

para medir a resposta individual subjetiva sobre o funcionamento sexual da grávida, através do FSFI, um instrumento referenciado por apresentar boas propriedades psicométricas, de auto-resposta breve para avaliar a função sexual das mulheres portuguesas numa perspetiva multidimensional (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009; Pechorro et al., 2012). Obtivemos a autorização do autor da versão da escala recentemente validada em grupos de população portuguesa, para a aplicação neste estudo (Anexo VIII).

A presença do diagnóstico foi confirmada a partir da concordância entre os resultados obtidos pela aplicação do FSFI e a opinião da grávida sobre a presença ou ausência de disfunção sexual numa questão do questionário. A aplicação de diferentes meios com o objetivo de avaliar a presença do diagnóstico pode constituir uma estratégia para validar diagnósticos mais complexos e subjetivos (Chaves, Carvalho, Beijo, Goyata, & Pillon, 2011) e tem sido utilizada em estudos de validação de diagnósticos de natureza mais subjetiva e íntima (Chaves, 2008; Caldeira, 2012; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013). Nesta fase efetuámos ainda o cálculo da sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos das características definidoras com as respetivas fórmulas. Como podemos observar na tabela 5, a sensibilidade é a proporção de grávidas com o diagnóstico de enfermagem para os quais a característica definidora está presente [$Se = a/(a+c)$]. A especificidade é a proporção de grávidas sem o diagnóstico de enfermagem para os quais a característica definidora está ausente [$Esp = d/(b+d)$]. O valor preditivo positivo é a proporção de grávidas que apresentam o diagnóstico de enfermagem, entre aquelas que têm a característica definidora presente [$VPP = a/(a+b)$]. O valor preditivo negativo é a proporção de grávidas que não apresentam o diagnóstico de

enfermagem, entre as que não têm a característica definidora presente [VPN=d/(c+d)].

Tabela 5- Forma de cálculo da sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras

Característica definidora	Diagnóstico de enfermagem		Total
	Presente	Ausente	
Presente	a	b	a+b
Ausente	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Geralmente, uma alta sensibilidade está associada a elevados valores preditivos negativos e uma alta especificidade está relacionada a elevados valores preditivos positivos ou seja, se determinada característica definidora apresenta um valor preditivo negativo elevado ou de sensibilidade elevada, a ausência dessa característica definidora pode ser determinante para verificar a ausência do diagnóstico. Elevados valores preditivos positivos mostram que a presença dessa característica definidora é determinante para a presença do diagnóstico.

Como foi referido, anteriormente, esta metodologia prevê a mensuração da disfunção sexual através de um instrumento de medida e, para tal, utilizámos o FSFI. No entanto, para verificar a adequabilidade a este estudo, efetuámos a análise das propriedades psicométricas do índice nesta amostra.

2.4.2 – Análise das propriedades psicométricas do FSFI em grávidas

O FSFI é um instrumento multidimensional de auto-resposta que avalia as diferentes fases do ciclo de resposta sexual em mulheres. Este índice é constituído por 19 questões, respondidas segundo uma escala de tipo likert que avalia seis dimensões da função sexual feminina nas últimas quatro semanas, em que a mulher seleciona apenas uma das respostas, tal como apresentado anteriormente. A alternativa 0 em qualquer dimensão indica que a mulher não teve relação sexual e as outras questões têm cinco/seis opções de resposta em que a pontuação de cada dimensão varia entre 0 e 6. Os itens 8, 10, 12, 17, 18 e 19, dada a sua natureza negativa implicam a respetiva inversão nos procedimentos estatísticos. O resultado da aplicação do FSFI, além de um valor global, permite calcular índices específicos para as diferentes dimensões: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O índice total resulta da soma das várias dimensões em que a pontuação varia entre 2 e 36. As pontuações altas correspondem a maiores níveis de funcionamento sexual. Para obter o resultado final deve ser realizada a soma dos *scores* individuais de cada dimensão e multiplicada pelo fator correspondente apresentado, na tabela seguinte (tabela 6).

Tabela 6- Algoritmo para cálculo dos *scores* do FSFI (Adaptado de: Rosen et al., 2000; Hentschel et al., 2006)

Dimensão	Questão	Variação	Fator de multiplicação	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima	Ponto de corte
Desejo	1,2	1 – 5	0,6	1,2	6,0	4,28
Excitação	3,4,5,6	0 – 5	0,3	0	6,0	5,08
Lubrificação	7,8,9,10	0 – 5	0,3	0	6,0	5,45
Orgasmo	11,12,13	0 – 5	0,4	0	6,0	5,05
Satisfação*	14,15,16	0 ou 1-5	0,4	0,8	6,0	5,04
Dor	17,18,19	0 – 5	0,4	0	6,0	5,51
Total				2,0	36,0	26,55

*Variação para o item 14 = 0 – 5; variação para os itens 15 e 16 = 1 – 5

Nota: A pontuação corresponde à soma das pontuações das várias questões, multiplicada pelo fator de multiplicação.

Se o valor total for igual ou inferior a 26,55, é considerada a existência de disfunção sexual feminina. As seis dimensões do FSFI, bem como o valor total discriminam muito bem mulheres com e sem problemas sexuais (Wiegel, Meston, & Rosen, 2005). Para uma melhor descrição e inferência sobre a presença de disfunção em cada dimensão são propostos os seguintes pontos corte, baseados em alguns estudos internacionais: 4,28 para o ‘desejo’, 5,08 para a ‘excitação’, 5,45 para a ‘lubrificação’, 5,05 para o ‘orgasmo’, 5,04 para a ‘satisfação’, e 5,51 para a ‘dor’, sendo as mulheres classificadas como estando em risco de disfunção nessas dimensões quando as pontuações são inferiores aos pontos de corte indicados (Meston, 2003; Wiegel, Meston, & Rosen, 2005; Singh, Tharyan, Kekre, Singh, & Gopalakrishnan, 2009).

A versão original do FSFI já foi validada e demonstrou uma boa consistência interna dado que obteve alfas de Cronbach de 0,82 e superiores para cada uma das suas

dimensões e de 0,95 para a escala total (Rosen et al., 2000). Numa aplicação em duas amostras de conveniência de população portuguesa, uma comunitária (n=152) e outra clínica (n=51), os autores obtiveram uma consistência interna semelhante à da escala original, com alfas de Cronbach de iguais e superiores a 0,88 para cada uma das suas dimensões e de 0,93 para a escala total. Neste estudo, foi utilizada a versão portuguesa validada (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009; Pechorro et al., 2012).

Este índice tem sido utilizado em diferentes estudos de investigação ao longo do tempo e em diferentes países, inclusivamente em amostras de mulheres grávidas (Pauls, Occhino, & Dryfhout, 2008; Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013).

Dada a especificidade da nossa população, realizámos o estudo das propriedades psicométricas do FSFI nesta amostra, enquanto instrumento de avaliação da função sexual feminina. A amostra deste estudo foi não probabilística de conveniência, num total de 306 grávidas portuguesas, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos e que frequentaram a consulta de enfermagem de saúde materna nas unidades de saúde de dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O FSFI permite transformar medidas subjetivas de avaliação da função sexual em dados objetivos quantificáveis e analisáveis, permitindo a avaliação da força relativa de cada dimensão da resposta sexual feminina (Pacagnella, Martinez, & Vieira, 2009).

A validação de um instrumento constitui um indicador da sua qualidade, pelo que verificámos a validade interna do FSFI nesta amostra em particular, sabendo que o que determina a importância de um instrumento a nível das suas propriedades

psicométricas é a verificação de bons níveis de fidelidade e validade desse instrumento (Meston, 2003; Coutinho, 2014).

Neste estudo, a avaliação da fidelidade foi realizada através do coeficiente alfa de Cronbach para a consistência interna e o coeficiente de correlação de Spearman para a correlação entre dimensões. O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para mensurar a consistência interna e para tal efetuámos a avaliação total e por dimensões. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para a análise da relação entre as dimensões do FSFI. Realizámos também a análise fatorial exploratória para determinar a validade de construto e para interpretar os fatores. Trata-se de uma ferramenta multivariada que permite identificar num grupo de itens quais os fatores mais relacionados entre si. As cargas fatoriais mostram o quanto cada fator está associado a cada item do instrumento. Optámos pela análise fatorial exploratória, uma vez que a população do estudo apresenta particularidades diferentes da população em que o instrumento foi originalmente validado (Pacagnella, Martinez, & Vieira, 2009). Com a avaliação do FSFI neste estudo, a partir da análise das propriedades psicométricas, pretendemos fundamentar, empiricamente, a utilização do FSFI em grávidas ainda não realizada em Portugal e, de alguma forma, contribuir para responder à necessidade existente de adaptação e validação de instrumentos psicométricos na área da sexualidade humana a nível nacional (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009; Pechorro et al., 2012).

Consistência interna

Para a escala global, o cálculo do alfa de Cronbach apresentou o valor de 0,88, verificando-se uma boa consistência interna dos itens da escala. A classificação destes valores de alfa de Cronbach não é consensual, pois a literatura não apresenta

regras absolutas. No entanto, consideramos os seguintes valores como referência: inferior a 0,5 – inaceitável; entre 0,5 e 0,6 – pobre; entre 0,6 e 0,7 – questionável; entre 0,7 e 0,8 – aceitável; entre 0,8 e 0,9 – bom; e superior a 0,9 – excelente (George & Mallery, 2003). Na avaliação individual de cada dimensão os valores tiveram variação entre 0,66 e 0,93. Obtivemos para a dimensão ‘desejo’ 0,82; para a ‘excitação’ 0,90; para a ‘lubrificação’ 0,92; para o ‘orgasmo’ 0,89; para a ‘satisfação’ 0,66; e para a ‘dor’ 0,93. Os resultados encontrados são coincidentes com os valores encontrados no estudo de validação do FSFI com grávidas brasileiras, no qual se obtiveram níveis de consistência interna, através do cálculo do alfa de Cronbach, que variaram entre 0,79 e 0,91 para as dimensões do FSFI (Leite et al., 2007). Podemos verificar que a dimensão ‘satisfação’ é a que apresenta valor de alfa de Cronbach mais baixo, contudo classificado como aceitável, as dimensões ‘desejo’, ‘excitação’ e ‘orgasmo’, com um nível de bom. Sublinhamos que estes dois últimos tiveram valores muito próximos do excelente e as dimensões ‘lubrificação’ e ‘dor’ com valores equivalentes a excelente (tabela 7).

Tabela 7- Valores de alfa de Cronbach para o FSFI na amostra de grávidas em estudo e no estudo de Pechorro (2009)

Dimensão	Alfa de Cronbach no estudo de Pechorro (2009)	Alfa de Cronbach na amostra em estudo	Classificação na amostra em estudo
Desejo	0,90	0,82	Bom
Excitação	0,90	0,90	Bom
Lubrificação	0,88	0,92	Excelente
Orgasmo	0,88	0,89	Bom
Satisfação	0,90	0,66	Aceitável
Dor	0,89	0,93	Excelente
Global (FSFI)	0,93	0,88	Bom

Os resultados deste estudo corroboram o estudo realizado por Pechorro e colaboradores (2009), no qual a consistência interna foi considerada boa para o FSFI, com valores de alfa de Cronbach de 0,82 e superiores para cada uma das dimensões do FSFI, e de 0,95 para a escala total, em duas amostras de conveniência constituídas por mulheres portuguesas com a exceção da “satisfação”, cujo índice é um pouco mais baixo, sendo classificado como aceitável e não como bom. As propriedades psicométricas são semelhantes às da escala original, o que remete para a considerarmos adequada para a aplicação em mulheres grávidas portuguesas.

Correlação entre as dimensões do FSFI

A avaliação da correlação fornece informação adicional sobre a associação das dimensões que compõem o FSFI e, neste estudo, utilizámos a correlação de Spearman, uma vez que se trata de dados qualitativos ordinais (tabela 8).

Tabela 8 - Análise de correlação Spearman inter dimensões do FSFI

Dimensão	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Desejo	1					
Excitação	0,60	1				
Lubrificação	0,36	0,52	1			
Orgasmo	0,36	0,54	0,53	1		
Satisfação	0,45	0,51	0,36	0,51	1	
Dor	0,25	0,44	0,45	0,40	0,39	1

Verifica-se que as correlações mais elevadas, apesar de não serem fortes, ocorrem entre a dimensão ‘excitação’ e ‘desejo’ (0,60); seguindo-se ‘orgasmo’ com ‘excitação’ (0,54); ‘orgasmo’ com ‘lubrificação’ (0,53); ‘lubrificação’ com ‘excitação’ (0,52); ‘satisfação’ com ‘excitação’ e ‘satisfação’ com ‘orgasmo’ com

igual valor (0,51). O valor de correlação mais baixo verifica-se entre ‘dor’ e ‘desejo’ (0,25), indicando uma associação praticamente inexistente entre as duas dimensões. No geral, em termos estatísticos, considera-se uma correlação forte a partir de 0,70 (inclusive), e fraca de 0,3 a 0,7 (Pestana & Velosa, 2010). Neste caso podemos observar algumas correlações razoáveis e algumas fracas.

Análise fatorial exploratória

A análise fatorial permite a identificação de fatores dentro de um conjunto de itens de uma escala mostrando quais dos itens estão mais relacionados entre si. Os valores fatoriais obtidos pela análise refletem a importância do fator, identificam o quanto cada fator está associado a cada item da escala e o quanto o conjunto de fatores explica a variabilidade geral dos dados originais (Pacagnella, Martinez e Vieira, 2009). Assim, um fator irá representar um conjunto de itens muito correlacionados entre si e pouco correlacionados com os restantes.

Neste estudo, optámos por uma análise fatorial exploratória, uma vez que a população em estudo, grávidas, apresenta particularidades diferentes da população em geral. Foi utilizado o método do fator principal para a estimação dos *loadings*. Os resultados da análise fatorial incluem as cargas fatoriais e os percentuais de variância explicada (tabela 9). As cargas fatoriais representam a correlação entre as variáveis (itens) e cada um dos fatores (dimensões) e correspondem aos *loadings* dos fatores. A identificação dos itens representados por cada fator é então feita com base nas cargas fatoriais da seguinte forma: considera-se que cada item é representado pelo fator para o qual apresenta uma carga fatorial muito elevada e que representa a dimensão em que o item se insere. De acordo com este critério, destacámos (i) para cada item a carga fatorial correspondente ao fator que o representa com a cor amarela

e, (ii) nos itens q7 e q14, a carga fatorial mais elevada com a cor verde. Os itens referidos em (ii), foram associados ao fator com a segunda carga fatorial mais elevada pelo facto desse fator corresponder a uma dimensão que se coaduna com o item em causa. Em geral, para avaliar a significância de um fator, os valores críticos mais utilizados rondam 0,5 ou 0,6. No entanto, como temos um grande número de fatores, este valor poderá ser menor. Neste estudo, considerámos o 0,3 como valor crítico, uma vez que é suficiente para agrupar as questões (variáveis) em dimensões (fatores) (Pacagnella, Martinez, & Vieira, 2009).

Tabela 9 - Análise fatorial do FSFI

	<i>Loadings dos fatores</i>						
		Excitação	Dor	Lubrificação	Desejo	Satisfação	Orgasmo
		Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
Desejo	q1				0,714		
	q2				0,866		
Excitação	q3	0,611			0,378		
	q4	0,515			0,495		
	q5	0,436			0,419		
	q6	0,640					
Lubrificação	q7	0,570		0,543			
	q8			0,830			
	q9	0,465		0,521			
	q10			0,764			
Orgasmo	q11	0,484					0,490
	q12			0,403			0,729
	q13	0,367				0,357	0,488
Satisfação	q14	0,455				0,358	
	q15					0,851	
	q16					0,737	
Dor	q17		0,861				
	q18		0,772				
	q19		0,841				
	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	
Prop.Var.	0,138	0,132	0,120	0,111	0,092	0,069	
Cumul.Var	0,138	0,270	0,390	0,501	0,593	0,662	

Nota: As células em branco correspondem a *loadings* inferiores a 0,3.

A partir da análise encontramos seis fatores com base no critério que estipula que se devem reter tantos fatores quantos os necessários para se atingir uma percentagem de variância total por eles explicada de 65%. Embora a literatura não especifique valores de referência consensuais, o objetivo é aproximar dos 100% pelo que procurámos um valor que mostre uma combinação entre uma percentagem elevada e um número não muito elevado de componentes (Jolliffe, 2002). Optámos pelo ideal de 70%.

Os seis fatores explicam 66,2% da variância total. Com mais detalhe, podemos observar que o fator 1 explica 13,8% da variância total e agrupa 4 itens da ‘excitação’; 2 itens da ‘lubrificação’; 1 item do ‘orgasmo’; e 1 item da ‘satisfação’. O fator 2 explica 13,2% da variância total e agrupa os itens da ‘dor’, com elevadas cargas fatoriais. O fator 3 explica 12% da variância total e agrupa os itens da ‘lubrificação’, com cargas fatoriais fortes. O fator 4 explica 11,1% da variância total, agrupa os dois itens do ‘desejo’, com cargas fatoriais fortes; e 1 item da ‘excitação’ com uma carga fatorial um pouco mais baixa. O fator 5 explica 9,2% da variância total e agrupa dois itens da ‘satisfação’. O fator 6 explica 6,9% da variância total e agrupa os 3 itens do ‘orgasmo’. Podemos, ainda, observar a acumulação das percentagens de variância à medida que acrescentamos um fator pela ordem apresentada. Face aos resultados dos procedimentos estatísticos e de acordo com os valores encontrados na análise das propriedades psicométricas do índice nesta amostra, consideramos o mesmo adequado para a avaliação da função sexual das grávidas na amostra deste estudo.

2.4.3 – Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados foi um questionário, pois é um método que permite obter respostas diretamente dos participantes. Não obstante o diagnóstico ser de natureza mais subjetiva, o que poderia nos direcionar para um método de maior proximidade como a entrevista ou aplicação de formulário, conciliámos os objetivos do estudo com a nossa experiência clínica neste contexto e optámos pela aplicação de questionários. Acreditamos que, deste modo, minimizámos o constrangimento na resposta, dado se tratar de uma área íntima da mulher. O questionário foi fornecido a cada participante individualmente com um envelope opaco vazio, no qual deveriam colocar o questionário, para posterior devolução, numa caixa de cartão colocada no secretariado da unidade de saúde. No processo de construção do questionário e no planeamento da sua aplicação tivémos em consideração: a aparência geral, a formulação das questões, sabendo que à partida não haveria contacto pessoal com o investigador principal ou colaboradores no sentido de facilitar a resposta (Hill & Hill, 2012; Coutinho, 2014).

O questionário é composto por seis partes; inicia-se com uma carta de apresentação onde consta o consentimento informado. Nesta secção são explicados os aspetos fundamentais do estudo e da participação das grávidas no mesmo. Às participantes foi solicitada a colaboração voluntária, reforçado o anonimato, a confidencialidade em relação à informação individual e a possibilidade de desistirem a qualquer momento. A fundamentação destas considerações de natureza ética e a sua operacionalização são apresentadas adiante. Seguidamente ao consentimento informado o questionário integra o FSFI, um grupo de questões relativas às características definidoras e outro grupo englobando as questões relativas aos fatores

relacionados, três questões para confirmação da presença de disfunção sexual, e, por fim, um grupo de questões relacionadas com dados demográficos e algumas variáveis obstétricas (Anexo IX).

O investigador pode utilizar um instrumento já existente, adaptar ou construir o seu próprio instrumento (Coutinho, 2014). Neste caso, integrámos o FSFI, índice já existente, validado para grupos da população portuguesa (alfa de Cronbach total de 0,93) e com boas propriedades psicométricas nesta amostra (alfa de Cronbach total de 0,88).

As questões representativas das características definidoras resultaram das que já integram a NANDA-I e outras emergentes da revisão integrativa da literatura para este diagnóstico de enfermagem. Cada questão pretende avaliar em que medida a característica definidora representa os sentimentos e comportamentos da grávida com base numa escala que varia entre 1 e 5 (Fehring, 1987; Lopes, Silva, & Araújo, 2013). Posteriormente, foi incluída a lista dos fatores relacionados já listados na NANDA-I e os que foram identificados na revisão integrativa da literatura de modo a que a grávida pudesse identificar a presença ou ausência dos mesmos. Colocámos ainda três questões para identificar a presença do diagnóstico e uma questão aberta pois, caso a participante confirmasse ter disfunção sexual, poderia descrever essa situação. Por fim, colocámos as questões de caracterização demográfica da grávida e outras variáveis de caracterização: idade, nacionalidade, profissão, religião, tempo de conjugalidade com o parceiro atual, habilitações literárias, idade gestacional, número de filhos e de abortamentos anteriores, planeamento da gravidez, presença de dificuldade em engravidar e alguma restrição relativamente à relação sexual.

O questionário foi enviado para análise a duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e duas enfermeiras que não tinham conhecimento especializado na área que forneceram os seus contributos para a versão final relativamente à compreensão das instruções e enunciados e ao aspeto gráfico do questionário. Este processo foi efetuado individualmente por cada elemento e depois em reunião com a investigadora foram aferidas as sugestões. Uma dessas sugestões foi retirar a definição operacional construída para cada característica e para cada fator relacionado que estava colocada no questionário (Anexo X). Por opinião unânime das enfermeiras especialistas e não especialistas, esta definição foi transformada em questões de mais fácil compreensão para a grávida. Uma outra alteração sugerida foi a adequação da escala para cada característica definidora. Enquanto Fehring (1994) propõe a classificação de 1-nada característico, 2-pouco característico, 3-de algum modo característico, 4-muito característico, e 5-muitíssimo característico, optámos por utilizar os termos 1-nunca, 2-poucas vezes, 3-algumas vezes, 4-quase sempre, e 5-sempre. Foi unânime a opinião de que esta alteração traria melhor clareza e compreensão por parte das grávidas.

2.4.4 – Pré-teste

Previamente à aplicação do pré-teste, Hill & Hill (2012) preconizam que o questionário deve ser previamente apresentado a uma pessoa que conheça bem o universo onde este será aplicado. Assim, apresentámos o questionário a duas grávidas e solicitámos a sua opinião sobre a compreensão do mesmo, não havendo alterações a referir. Tal facto sugeriu-nos estar adequado para aplicação em pré-teste, que foi realizado e onde se verificou a relevância, a clareza e a compreensão das questões num grupo de participantes com características similares à amostra

pretendida (Hill & Hill, 2012). O pré-teste foi aplicado durante o mês de Março de 2015 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Charneca do Lumiar. Foram entregues 35 questionários a grávidas e obtivemos 29 questionários como resposta. Na análise dos dados do pré-teste percebemos que nenhuma grávida referia presença de disfunção sexual. Por isso, decidimos adicionar à questão “considera que tem disfunção sexual?” outras duas, com o mesmo sentido, mas com formulação diferente: “considera que tem alguma alteração a nível da função sexual?” e “vivencia a sexualidade de forma diferente durante a gravidez?”. Tendo em conta que uma alteração na função é considerada uma disfunção, pretendemos, assim, melhor identificar a presença de disfunção sexual quando efetivamente presente. Nesta análise emergiu também a colocação de uma coluna com a opção “não sabe” para os fatores relacionados, adicionada na versão final, no sentido de minimizar as respostas em branco e questionários não válidos.

2.4.5 – Seleção da amostra

A amostra final foi obtida através do método de amostragem não probabilística por conveniência prevendo-se inicialmente um mínimo de 200 grávidas. A amostragem é não probabilística uma vez que não podemos especificar a probabilidade de determinado sujeito pertencer à amostra e por conveniência porque seguimos um grupo pré-estabelecido em contexto real (Coutinho, 2014). Este número teve em consideração obter o mínimo de cinco participantes por item do instrumento a aplicar, de acordo com Pestana e Gageiro (2005) que referem fundamental a dimensão da amostra para garantir a manutenção dos fatores. O mínimo de respostas válidas (n) por variável ou item (k) é: se k for igual ou inferior a 5 o n terá de ser 50; se k for superior a 5 e igual ou menor do que 15, o n deverá ser 10; e se k for superior

a 15 o n deverá ser 5 (Pestana & Gageiro, 2005). Considerámos para a contabilização, os itens do FSFI (19), as características definidoras (14), os fatores relacionados (23) e a questão para a presença da disfunção sexual, e obtivemos, assim, um total de 56 itens pelo que necessitámos de pelo menos 280 participantes.

O tamanho da amostra é uma preocupação do investigador, ainda assim, já se defende como mais importante que o tamanho, o cuidado na seleção da mesma, não sendo o número um fator relevante e assumindo-se, muitas vezes, um mínimo de 30 sujeitos para assegurar os traços da distribuição numa dada população (Coutinho, 2014). Segundo Fehring (1987), a amostra deve ser constituída por um mínimo de 50 indivíduos, mas a dimensão da amostra nos estudos de validação tem sido variável, evidenciando-se a importância de constituir uma amostra que possibilite tratamento estatístico fidedigno e que permita o cálculo da sensibilidade, da especificidade e do valor preditivo de cada característica definidora (Chaves, 2008; Caldeira, 2012).

A seleção da amostra teve como critérios de inclusão, mulheres grávidas, com idade superior a 18 anos, que saibam ler e escrever português e que frequentem a consulta de enfermagem de saúde materna das unidades de saúde selecionadas no período de tempo definido. Obtivemos um total de 306 grávidas, dimensão que considerámos adequada para prosseguir com o estudo e que será caracterizada na continuidade deste documento.

2.4.6 – Processo de recolha de dados

Os questionários foram distribuídos nos cuidados de saúde primários, nas unidades de saúde de dois ACES da ARSLVT, a saber ACES Lisboa Norte e ACES Oeste Sul. Para tal, foi solicitada e obtida a autorização formal aos diretores executivos dos

respetivos agrupamentos (Anexo XI). A opção por estes dois agrupamentos prende-se diretamente com as localizações geográficas distintas e com a possibilidade de diferenças na análise dos dados pelo predomínio mais urbano e mais rural nos diferentes agrupamentos. Para a operacionalização da recolha de dados no ACES Lisboa Norte, foi realizada a apresentação do estudo formalmente em reunião de coordenadores clínicos do agrupamento, no dia 20 de Abril de 2015. Estiveram presentes a diretora executiva, a presidente do conselho clínico, os coordenadores clínicos das diferentes unidades, a vogal de enfermagem e algumas enfermeiras. Após esta reunião, os coordenadores identificaram um enfermeiro que foi o elo e colaborador na recolha de dados, posteriormente, os enfermeiros identificados foram contactados telefonicamente para fornecerem a estimativa da necessidade de questionários e para o devido planeamento da entrega e operacionalização.

No ACES Lisboa Norte, segundo as indicações fornecidas de previsão de necessidade de questionários, foram distribuídos 374 questionários pelas 13 Unidades deste ACES da seguinte forma: UCSP Lumiar (30); UCSP Charneca (20); Unidade de Saúde Familiar (USF) Conchas (25); UCSP Alvalade (15); USF Parque (25); UCSP Benfica (15); USF Gerações (25); USF Rodrigues Migueis (30); USF Luz (25); USF Carnide Quer (25); UCSP Sete Rios (84); USF Tílias (25); Unidade de Telheiras (30). Foram devolvidos em branco por entregar 93 questionários e foram entregues 187 considerados preenchidos. Destes estavam completamente preenchidos e válidos para análise 170 (6 parcialmente preenchidos e 11 entregues em branco). No ACES Oeste Sul a articulação foi efetuada com a vogal de enfermagem que efetuou a articulação com o diretor executivo e com os enfermeiros das diferentes Unidades para a operacionalização da recolha de dados. De igual forma foram contactados telefonicamente os enfermeiros colaboradores nesta fase

para fornecerem a estimativa do número de questionários que previam utilizar e para planejar a entrega dos mesmos. Neste ACES foram distribuídos 376 questionários pelas 11 Unidades da seguinte forma: UCSP Torres Vedras (50); USF Gama (25); USF Arandis (25); USF Doutor Costa Campos (31); UCSP Sobral (10); USF S. Jordão (25); UCSP Lourinhã (25); USF Ouriceira (30); USF Andreas (50); UCSP Mafra Norte (55); UCSP Mafra Leste (50). Foram devolvidos em branco por entregar 166 questionários e foram entregues considerados preenchidos 136. Entre estes estavam completamente preenchidos e válidos para análise 130 (6 entregues em branco).

No total foram entregues, e segundo a previsão de necessidade dos enfermeiros, 750 questionário: ACES Lisboa Norte 374 e ACES Oeste Sul 376. Destes foram entregues às grávidas 491 questionários: 281 no ACES Lisboa Norte e 210 no ACES Oeste Sul. Os questionários foram entregues nas unidades pela investigadora principal aos enfermeiros sinalizados anteriormente como colaboradores, com uma caixa em forma de urna para a recolha em cada unidade. Neste momento de entrega foi apresentado o estudo, reforçada a metodologia a utilizar, agradecida a colaboração, garantida a disponibilidade da investigadora para alguma necessidade que pudesse ocorrer, bem como garantida a apresentação dos resultados futuramente em serviço.

A recolha de dados ocorreu entre 4 de Maio de 2015 e 12 de Junho de 2015 (6 semanas), uma vez que se pretendia uma aplicação única a cada grávida e dado que cada grávida frequenta a consulta de enfermagem habitualmente uma vez por mês, o período de seis semanas pareceu-nos adequado por permitir incluir as grávidas em acompanhamento em cada Unidade. O questionário foi entregue pessoalmente pela

enfermeira da unidade durante a consulta de enfermagem com a explicação do estudo e onde deveria deixar o envelope fechado e opaco com o questionário. A meio deste período de seis semanas de recolha de dados foram efetuados contactos por telefone e por correio eletrónico com os enfermeiros colaboradores, no sentido de identificar alguma dificuldade, conhecer como estava a decorrer o processo, agradecer e incentivar a sua continuidade.

Dos 491 questionários entregues às grávidas foram devolvidos, nos dois agrupamentos, 323 questionários: 187 ACES Lisboa Norte e 136 ACES Oeste Sul e destes 323 questionários obtivemos 300 questionários completos: 170 ACES Lisboa Norte e 130 ACES Oeste Sul. Foram excluídos 23 questionários, 17 por não estarem completos e 6 que se encontravam em branco. No final obtivemos uma amostra total final de 306 questionários válidos para análise, 170 no ACES Lisboa Norte distribuídos da seguinte forma: UCSP Lumiar (19); UCSP Charneca (10); USF Conchas (15); UCSP Alvalade (8); USF Parque (3); UCSP Benfica (8); USF Gerações (15); USF Rodrigues Migueis (18); USF Luz (7); USF Carnide Quer (13); UCSP Sete Rios (23); USF Tílias (16); Unidade de Telheiras (15). Obtivemos 130 no ACES Oeste Sul: UCSP Torres Vedras (27); USF Gama (6); USF Arandis (1); USF Dr Costa Campos (12); UCSP Sobral (2); USF S. Jordão (14); UCSP Lourinhã (12); USF Ouriceira (12); USF Andreas (17); UCSP Mafra Norte (12); UCSP Mafra Leste (15). Concluimos que, dos 491 questionários entregues, foram devolvidos 323 e obtivemos 300 completamente respondidos, perfazendo uma taxa de resposta de 61%. Sintetizámos a distribuição do número de questionários por unidade de saúde previstos para entrega, distribuídos e recolhidos na tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de questionários nas diferentes unidades de saúde dos ACES

Unidade de Saúde	Questionários fornecidos	Devolvidos por entregar	Entregues	Válidos	Excluídos
ACES Lisboa Norte					
UCSP Lumiar	30	0	25	19+2	4
UCSP Charneca	20	0	11	10+1	
USF Conchas	25	4	15	15	
UCSP Alvalade	15	5	8	8	
USF Parque	25	9	4	3+1	
UCSP Benfica	15	5	8	8	
USF Gerações	25	5	15	15	
USF Rodrigues Migueis	30	6	22	18+1	3
USF Luz	25	15	8	7+1	
USF Carnide Quer	25	0	15	13	2
UCSP Sete Rios	84	27	25	23	2
USF Tílias	25	3	16	16	
Unidade de Telheiras	30	14	15	15	
Totais ACES Lisboa Norte	374-93=281	93	187	170+6	11
ACES Oeste Sul					
UCSP Torres Vedras	50	4	30	27	3
USF Gama	25	10	8	6	2
USF Arandis	25	14	1	1	
USF Doutor Costa Campos	31	13	12	12	
UCSP Sobral	10	5	3	2	1
USF Jordão	25		14	14	
UCSP Lourinhã	25	7	12	12	
USF Ouriceira	30	14	12	12	
USF Andreas	50	25	17	17	
UCSP Mafra Norte	55	39	12	12	
UCSP Mafra Leste	50	35	15	15	
Totais ACES Oeste Sul	376-166=210	166	136	130	6
TOTAIS	750	259	323	300	17+6=23

2.4.7 – Tratamento de dados

Os dados dos questionários foram introduzidos manualmente pela investigadora principal e por um colaborador que, em simultâneo, ditava e monitorizava visualmente a introdução correta dos dados. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 e RStudio, efetuando uma análise estatística descritiva e de dados multivariados. Os dados obtidos pela questão aberta foram tratados pelo método de análise de conteúdo segundo Bardin (2009). Na análise descritiva foram utilizadas distribuições de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão). O tratamento de dados teve em conta os objetivos do estudo pelo que se efetuaram diferentes associações entre variáveis, como a caracterização demográfica e obstétrica, a localização geográfica do agrupamento e o trimestre de gravidez. Os resultados do tratamento estatístico desenvolvido são apresentados no capítulo de apresentação e discussão dos resultados.

2.4.8 – Apresentação e discussão dos resultados da validação clínica

Neste capítulo identificamos a prevalência do diagnóstico numa amostra de 306 grávidas acompanhadas na consulta de enfermagem de saúde materna, nas unidades de saúde de dois ACES da ARSLVT. Apresentamos as características definidoras principais, secundárias e irrelevantes do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual e os valores da especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo e negativo das características definidoras em relação ao diagnóstico de enfermagem.

2.4.8.1 – Caracterização demográfica da amostra

A caracterização da amostra foi efetuada com base nos dados pessoais: idade, nacionalidade, profissão, religião, existência de companheiro, tempo de conjugalidade e habilitações literárias. Neste estudo foi também analisado um conjunto de características relacionadas com a história obstétrica: idade gestacional, número de filhos e de abortamentos, planeamento da gravidez, existência de dificuldade em engravidar e alguma restrição para a atividade sexual.

Podemos constatar que a média de idade das grávidas é 30 anos, com limites entre os 18 e os 44 anos, e uma mediana de 31 anos, com um desvio padrão de cerca de 5 anos (tabela 11). Evidencia-se a baixa dispersão de valores, visto ser uma amostra de mulheres em idade reprodutiva e os valores vão encontro dos valores de referência nacional onde a idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho era de 28,9 anos em 2010. No que se refere ao tempo com parceiro atual (em meses), podemos observar que, de acordo com o desvio padrão, existe uma grande dispersão de valores, ou seja, com um mínimo de 5 meses e um máximo de 288 meses (24 anos) resultando numa média cerca de 75 meses, aproximadamente 6 anos. Quanto à idade gestacional verificamos que na amostra a média é de 24 semanas (tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização da amostra global das grávidas

Variável	Valores Omissos	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	6	30,0	31,0	5,4	18	44
Tempo com o parceiro (meses)	9	77,5	62,0	59,2	5	288
Número de semanas de gravidez	6	24,0	25,0	9,5	6	40

Para uma melhor visualização da distribuição das idades na amostra apresentamos o histograma das idades das grávidas (gráfico 1).

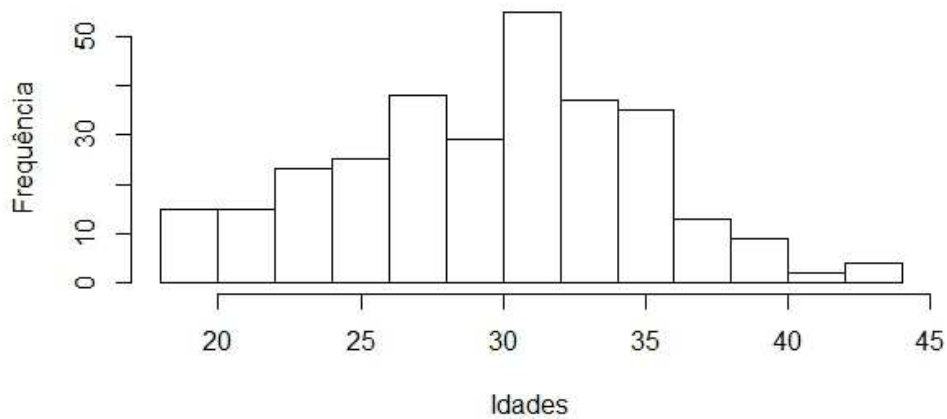


Gráfico 1 - Histograma dos dados referentes à variável idade

De seguida continuamos a apresentar a caracterização da amostra, com as variáveis como a nacionalidade, profissão, religião, existência de companheiro, habilitações literárias, idade gestacional, número de filhos e de abortamentos, planeamento da gravidez, existência de dificuldade em engravidar e recomendação médica para restrição da atividade sexual. Quanto à nacionalidade, 90,6% das grávidas são portuguesas, 3,3% brasileiras, 1,7% cabo-verdianas e as restantes têm outras nacionalidades, como Angola, Guiné e outras (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das grávidas segundo a nacionalidade

Nacionalidade	Frequência	% válida
Portugal	271	90,6
Guiné	1	0,3
Brasil	10	3,3
Cabo Verde	5	1,7
Angola	1	0,3
Outras	11	3,7
Total	299	100
Omissos	7	

Os dados relativos à profissão tiveram em consideração a classificação nacional das profissões que é o conjunto de todas as profissões existentes em Portugal agregadas por grupos profissionais. Verifica-se que 31,1% são trabalhadoras não qualificadas, 15,8% técnicos e profissionais de nível intermédio, 13,3% pessoal administrativo ou similares, 12% pertencem a quadros dirigentes ou superiores, 10,4% especialistas de profissões intelectuais e científicas e a restante amostra distribuída por outras classes (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição das grávidas segundo a profissão

Profissão	Frequência	% válida
Quadros dirigentes e superiores	29	12
Especialistas de Profissões Intelectuais e científicas	25	10,4
Técnicos e profissionais de Nível Intermédio	38	15,8
Pessoal Administrativo e Similar	32	13,3
Pessoal dos Serviços e Vendedores	13	5,4
Agricultores e Trabalhadores da Agricultura e Pesca	2	0,8
Operários, Artífices e Similares	15	6,2
Operários de Instalações e Máquinas	3	1,2
Trabalhadores não qualificados	75	31,1
Estudantes	9	3,7
Total	241	100
Omissos	65	

Ver em: (<http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp>)

A religião predominante na amostra é o catolicismo com 94%. Sendo a maioria das grávidas de nacionalidade portuguesa, estes resultados eram de certa forma esperados, pois estão de acordo com os censos de 2011, no qual se identificou que cerca de 81% da população portuguesa é cristã, em particular da religião católica (INE 2011), (tabela14).

Tabela 14 - Distribuição das grávidas segundo a religião

Religião	Frequência	% válida
Catolicismo	204	94
Evangélica	9	4,1
Outra	4	1,8
Total	217	100
Omissos	89	

Quanto às habilitações literárias, evidencia-se o ensino secundário (32,7%), a licenciatura (26,7%) e o 3º ciclo (21,7%). Ainda assim, é de notar a existência de 1,6% das grávidas que completaram apenas o 1º ciclo (4º ano), bem como 1% que possuem o doutoramento (tabela 15). Estes resultados vão ao encontro dos dados revelados pelos censos de 2011, no qual se regista um aumento significativo em todos os níveis de ensino e uma diminuição da taxa de analfabetismo de (9%) em 2001 para (5%) em 2011 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011). Concordante também a taxa de grávidas com o ensino superior, uma vez que na Região de Lisboa residem cerca de 21% das diplomadas do país (INE, 2011). O nível secundário e o ensino superior são também os níveis de escolaridade mais frequentes noutros estudos nacionais relacionados com a sexualidade na gravidez (Martins et al., 2007; Lopes et al., 2009; Queirós et al., 2011).

Tabela 15 - Distribuição das grávidas segundo as habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	% válida
1º Ciclo	5	1,7
2º Ciclo	24	8
3º Ciclo	65	21,7
Secundário	98	32,7
Licenciatura	80	26,7
Mestrado	25	8,3
Doutoramento	3	1,0
Total	300	100
Omissos	6	

A idade gestacional é um dado importante na caracterização da amostra uma vez que a vivência da sexualidade pode variar ao longo da evolução da gravidez, podendo verificar-se declínios significativos da função sexual com o avançar da idade gestacional (Alsibani, 2014; Bonfim & Melro, 2014; Galazka et al., 2014; Yeniel & Petri, 2014). Para a classificação das grávidas segundo a idade gestacional foram adotados os valores de referência 1º trimestre (1ª à 13ª semana), 2º trimestre (14ª à 26ª semana) e 3º trimestre (27ª à 40ª semana) (Lowdermilk & Perry, 2008). No global as grávidas distribuem-se da seguinte forma segundo a idade gestacional em trimestres de gravidez: 56 grávidas (20,4%) no 1º trimestre (1ª à 13ª semana), 99 grávidas (36%) no 2º trimestre (14ª à 26ª semana) e 120 grávidas (43,6%) no 3º trimestre (27ª à 40ª semana). Podemos observar que a maioria das grávidas está entre as 30 e as 35 semanas, correspondente ao terceiro trimestre de gravidez (gráfico 2).

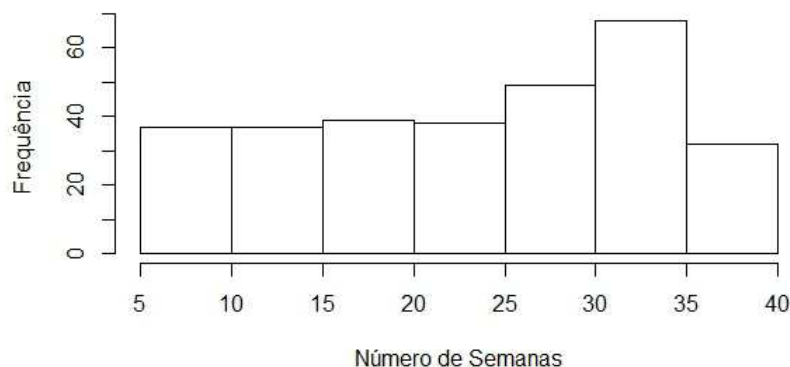


Gráfico 2 - Histograma dos dados segundo a idade gestacional

Quanto ao número de filhos verificámos que a maioria das grávidas 57,3% são primíparas, o que significa que vai ter o seu primeiro filho, sendo o número máximo de filhos na amostra de três (tabela 16). Os dados encontrados vão ao encontro do panorama nacional uma vez que a dimensão das famílias tem vindo a diminuir nos últimos anos em Portugal, como um aumento dos casais sem filhos (de 15% em 1960, para 24% em 2011) o que se reflete também na amostra do estudo. Verifica-se cada vez mais um menor número de filhos, que raramente ultrapassa os dois, uma diminuição das famílias alargadas e um aumento das famílias monoparentais. Em 2010 a média de filhos era de 1,4 crianças verificando-se uma diminuição face a 2000, onde a média era de 1,6 crianças (INE, 2012). Estes dados relacionam-se ainda com o impacto da crise e do desemprego (em 16,6% dos casos ambos os cônjuges estão ambos desempregados ou um desempregado e outro sem atividade) e de alguma vulnerabilidade social (INE, 2011).

Tabela 16 - Distribuição das grávidas quanto ao número de filhos e de abortamentos

Nº Filhos	Frequência	% válida
0	172	57,3
1	97	32,3
2	24	8,0
3	7	2,3
Total	300	100
Omissos	6	
Nº de abortamentos	Frequência	% válida
0	223	74,6
1	55	18,4
2	15	5,0
3	6	2,0
Total	299	100
Omissos	7	

Verificámos que 74,6% das grávidas referem que nunca tiveram qualquer abortamento e, no máximo, houve 2% que indicaram três abortamentos (tabela 16). Francisco, Mattar, Bortoletti, & Nakamura (2014) mostram que as mulheres com história de abortamentos espontâneos repetidos apresentam uma maior frequência de problemas de depressão na gravidez, que se preocupam muito mais com os efeitos negativos da relação sexual no feto e mostram ainda um compromisso a nível da função sexual em quase todas as fases da resposta sexual. Lopes e colaboradores (2009) referem como um dos principais fatores para a diminuição da função sexual a preocupação com o bem-estar fetal ou parto pré-termo, estando aqui implícito a preocupação com o abortamento. Martins e colaboradores (2007) também referem no seu estudo que 10% da amostra considera que as relações sexuais na gravidez podem causar o abortamento, o parto pré-termo ou magoar o feto.

Tabela 17 - Distribuição das grávidas quanto à existência de companheiro, planeamento da gravidez, presença de dificuldade em engravidar e recomendação de restrição da atividade sexual

Companheiro	Frequência	% válida
Sim	296	99
Não	3	1
Total	299	100
Omissos	7	
Planeamento da gravidez	Frequência	% válida
Sim	224	74,7
Não	76	25,3
Total	300	100
Omissos	6	
Dificuldade em engravidar	Frequência	% válida
Sim	50	16,7
Não	250	83,3
Total	300	100
Omissos	6	
Recomendação para restrição da atividade sexual	Frequência	% válida
Sim	25	8,3
Não	275	91,7
Total	300	100
Omissos	6	

Verificamos pela análise da tabela 17 que 99% das grávidas referem que têm companheiro. Quanto ao planeamento da gravidez verifica-se que cerca de 75% das grávidas referem ter planeado a gravidez e cerca de 25% indicam que a gravidez não foi planeada. Os dados entre 2002 e 2010 do INE (2012) mostram que nos centros de saúde as consultas no âmbito da saúde materna cresceram significativamente (24,0%), reforçando os dados encontrados no nosso estudo e a importância da intervenção de enfermagem durante esta vigilância. A dificuldade em engravidar foi referida por cerca de 17% das grávidas e, contrariamente, 83,3% indicam que não

teve dificuldade em engravidar. Os dados encontrados neste estudo parecem em concordância com os dados nacionais de infertilidade, onde as orientações sobre saúde reprodutiva e infertilidade referem que embora não existam estatísticas específicas dos dados da infertilidade em Portugal, nos países ocidentais parece que a infertilidade afeta cerca de 14% da população (DGS, 2008). Um estudo nacional, com objetivo de caracterizar a infertilidade em Portugal, estimou a prevalência da infertilidade entre os 9 e os 10% (Carvalho & Santos, 2009). Constata-se que cerca de 92% das grávidas indicam que não têm qualquer tipo de restrição médica para a atividade sexual. Machado (2010) reforça que numa gravidez sem intercorrências não existe motivo para alteração da vida sexual, o que reforça a elevada percentagem de grávidas sem recomendação para restrição no presente estudo. Destaca-se a valorização da importância da vertente relacional, emocional, dos afetos e da proximidade e intimidade no casal explícita na definição de sexualidade pela OMS (2010).

Por fim, apresentamos a origem em termos de ACES das grávidas que compõem a amostra (tabela 18). Da amostra total de 306 questionários válidos recolhidos, considerando que 6 não estavam completos, verificámos que, em termos de agrupamento, obteve-se 176 no ACES Lisboa Norte e 130 no ACES Oeste Sul. No ACES Lisboa Norte destacam-se as unidades: UCSP Sete Rios (23), a UCSP Lumiar (21) e a UCSP Rodrigues Miguéis (19) e no ACES Oeste Sul a UCSP Torres Vedras (27), USF Andreas (17) e UCSP Mafra Leste (15). No global na UCSP de Torres Vedras foi onde se recolheu o maior número de questionários (27), enquanto que a USF Arandis foi onde se recolheu o menor número de questionários (1).

Tabela 18 - Distribuição das grávidas segundo a unidade de saúde onde efetuaram a vigilância da gravidez

Profissão	Frequência	%válida
UCSP Lumiar	21	6,9
UCSP Charneca	11	3,6
USF Conchas	15	4,9
UCSP Alvalade	8	2,6
USF Parque	4	1,3
UCSP Benfica	8	2,6
USF Gerações	15	4,9
USF Rodrigues Miguéis	19	6,2
USF Luz	8	2,6
USF Carnide Quer	13	4,2
UCSP Sete Rios	23	7,5
USF Tílias	16	5,2
Unidade de Telheiras	15	4,9
UCSP Torre Vedras	27	8,8
USF Gama	6	2,0
USF Arandis	1	0,3
USF Costa Campos	12	3,9
UCSP Sobral	2	0,7
USF São Jordão	14	4,6
UCSP Lourinhã	12	3,9
USF Ouriceira	12	3,9
USF Andreas	17	5,6
UCSP Mafra Norte	12	3,9
UCSP Mafra Leste	15	4,9
Total	306	100

2.4.8.2 – Caracterização demográfica das grávidas por agrupamento

A recolha de dados em dois agrupamentos distintos, além de obter uma maior dimensão da amostra, pretendeu verificar a existência de diferenças consideráveis nestes dois agrupamentos, nomeadamente em termos de caracterização. O ACES Lisboa Norte inclui unidades de localização geográfica central na cidade de Lisboa, enquanto o ACES Oeste Sul engloba unidades localizadas geograficamente na

periferia da cidade. Numa primeira abordagem, é de realçar que os valores omissos no ACES Oeste Sul são inferiores quando comparado com o ACES Lisboa Norte. Relativamente à média e mediana, os valores do ACES Oeste Sul são ligeiramente mais elevados que no ACES Lisboa Norte para todas as variáveis em análise. Em relação ao desvio padrão, este difere de variável para variável. Quando observado o valor mínimo e máximo denota-se que estes valores são bastante próximos, não se verificando grandes diferenças de valores (tabela 19). Os grupos parecem ser homogéneos para estas variáveis.

Tabela 19 - Caracterização demográfica das grávidas do ACES Lisboa Norte e ACES Oeste Sul

Variável	Local	Valores Omissos	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	LN	6	29,3	29	5,4	18	44
	OS	0	30,9	32	5,3	18	43
Tempo com o parceiro (meses)	LN	9	70,3	60	53,5	5	252
	OS	0	86,7	72	64,8	9	288
Número de semanas de gravidez	LN	6	22,2	23	9,5	6	40
	OS	0	26,2	29	34	6	39
Número de filhos	LN	6	0,49	0	0,76	0	3
	OS	0	0,63	1	0,71	0	3
Número de abortamentos	LN	7	0,33	0	0,64	0	3
	OS	0	0,37	0	0,71	0	3

LN: ACES Lisboa Norte | OS: ACES Oeste Sul

Nos histogramas seguintes (gráficos 3 e 4) podemos ver a distribuição da amostra segundo a idade nos dois ACES. As idades das grávidas do ACES Oeste Sul são superiores às grávidas seguidas no ACES Lisboa Norte.

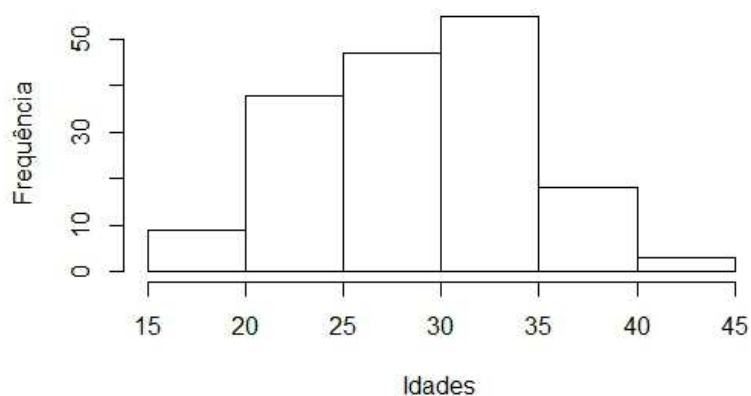


Gráfico 3 - Histograma dos dados segundo a idade no ACES Lisboa Norte

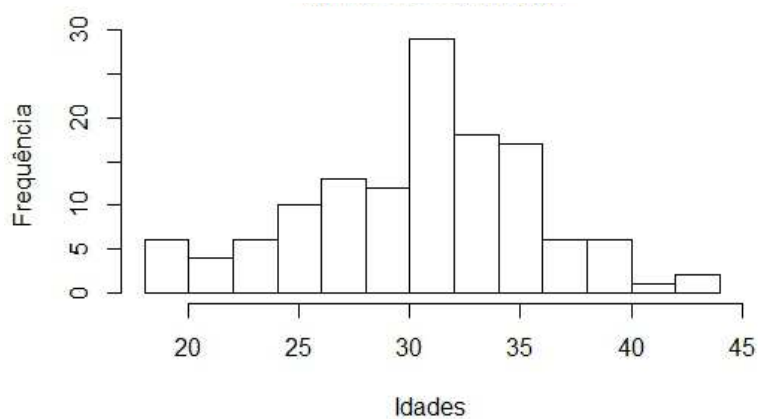


Gráfico 4 - Histograma dos dados segundo a idade no ACES Oeste Sul

Quanto à nacionalidade a comparação efetuada entre os dois agrupamentos mostra que no ACES Lisboa Norte existe uma maior diversificação, pois identificam-se grávidas de Portugal, Guiné, Brasil, Cabo Verde, Angola e outros. Enquanto no ACES Oeste Sul encontram-se principalmente grávidas de Portugal e do Brasil. Realça-se que existe um número superior de grávidas estudantes no ACES Lisboa Norte comparativamente ao ACES Oeste Sul. Também se destaca que existe uma maior variedade de profissões no ACES Oeste Sul do que no ACES Lisboa Norte, no entanto, em ambos a maioria é trabalhadora não qualificada. Quanto à existência de companheiro, os dados são semelhantes nos dois agrupamentos, pois a maioria das grávidas afirmou estar com o seu companheiro. A média do tempo de conjugalidade no ACES Lisboa Norte é menor do que no ACES Oeste Sul, contudo o desvio padrão desta variável é superior no ACES Oeste Sul. Efectuada a comparação quanto às habilitações literárias, verificamos no ACES Lisboa Norte cinco participantes que têm o 1º ciclo de estudos. Porém, relativamente à conclusão do mestrado e doutoramento é neste agrupamento que se verificam um maior número de grávidas quando comparados com o ACES Oeste Sul. Verifica-se que existe quase uma homogeneidade no número de semanas nas grávidas do ACES Lisboa Norte, mas o mesmo não ocorre no ACES Oeste Sul. No entanto, o desvio padrão neste agrupamento é inferior (apesar da diferença ser muito reduzida) comparado com o do ACES Lisboa Norte. Destacamos, ainda, que tanto num agrupamento como no outro a moda do número de semanas de gravidez situa-se entre as 30 e as 35 semanas. O número de filhos das grávidas nos agrupamentos em estudo é semelhante, sendo que grande percentagem das mulheres indica ser este o primeiro filho e no máximo indicam ter 3 filhos. O número de abortamentos nos dois agrupamentos também é semelhante, sendo que grande percentagem indica ainda não ter tido qualquer

abortamento e no máximo indicam ter tido 3 abortamentos. Não existem diferenças significativas nestas duas variáveis entre os dois agrupamentos. A percentagem de grávidas que indicou que a gravidez foi planeada, ronda os 70% em ambos os ACES; 80% indicaram que não tiveram dificuldade em engravidar. Não existem diferenças significativas nestas duas variáveis entre os dois agrupamentos. A comparação relativamente à existência de restrição para a atividade sexual nos dois agrupamentos mostra que 94% das grávidas indicaram que não tiveram qualquer tipo de restrição para a atividade sexual em ambos os agrupamentos. Na generalidade, conclui-se que a caracterização demográfica é semelhante nos dois agrupamentos, verificando-se apenas algumas diferenças na idade, tempo de conjugalidade e nas habilitações literárias.

2.4.8.3 – Prevalência do diagnóstico de enfermagem

No questionário aplicado estava incluído o FSFI, um instrumento validado em grupos da população portuguesa, que apresentou boas propriedades psicométricas nesta amostra na avaliação do funcionamento sexual feminino nas últimas quatro semanas e, dessa forma, identifica a disfunção sexual pelos *scores* obtidos. Além do índice, e dada a subjetividade da problemática e a importância de valorizarmos a opinião da grávida, questionámo-la se sentia alteração na função sexual/disfunção sexual. A prevalência do diagnóstico foi identificada pela concordância ou reunião dos resultados obtidos pelo FSFI com a opinião da grávida.

Na recolha de dados não colocámos como critério de exclusão para o estudo a recomendação médica para restrição da atividade sexual, uma vez que pretendíamos conhecer a percentagem de grávidas com restrição na amostra. Na amostra total de 306 grávidas, 25 (8%) indicaram ter a recomendação médica para restrição da

atividade sexual, conforme já apresentámos na caracterização anterior. Para o tratamento de dados e identificação do diagnóstico de disfunção sexual de acordo com os critérios definidos, incluímos as 281 grávidas que não têm restrição médica da atividade sexual (92%).

Na análise dos resultados do FSFI identificámos 56 grávidas (20%) com disfunção sexual em 281 e 225 grávidas (80%) sem disfunção sexual. No que se refere aos resultados oriundos da opinião da grávida, considerámos para o grupo com disfunção sexual as grávidas que referiram alteração da função sexual e as que referiram especificamente disfunção sexual, uma vez que uma alteração na função é considerada disfunção. Assim, das 281 grávidas, 120 (42,7%) integraram o grupo “DS” (com disfunção sexual) e 155 grávidas (55,2%) o grupo “Não DS” (sem disfunção sexual). Salientamos que 6 grávidas (2,1%) não foram integradas em nenhum grupo devido à ausência de resposta.

A interseção de critérios (resultados do FSFI e resposta/opinião da grávida) mostra que 13,9% (39), integram o grupo “DS” e 84% (236) o grupo “Não DS”, entre as 281 da amostra total. Os dados mostram que, embora em algumas grávidas o FSFI não identifique alteração no funcionamento sexual, estas opinam que sentem alteração na função/disfunção sexual. Embora, no geral, estas grávidas não apresentem um *score* de FSFI que identifique disfunção sexual, alguma dimensão pode ser compatível com disfunção sexual e contribuir para que a grávida sinta, efetivamente, disfunção sexual, uma vez que qualquer fase do ciclo de resposta sexual comprometida na grávida favorece a manifestação do diagnóstico (Murtagh, 2010; Corbacioglu et al., 2012; Catão et al., 2013; Queiroz et al., 2013). A valorização da opinião da grávida neste campo evidenciou-se relevante, atendendo a que a disfunção sexual pode

comprometer a qualidade de vida da mulher (Ferreira et al., 2012; Babazadeh et al., 2013; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014; Amaral & Monteiro, 2014; Ribeiro et al., 2014).

A reunião de critérios mostra que 48,7% (137) integraram o grupo “DS” e 49,5% (139) integram o grupo “Não DS”. Assim, optámos por este critério para a constituição dos grupos de análise. Durante as análises do estudo, o grupo “DS” será constituído por 137 grávidas, o grupo “Não DS” por 139 grávidas e o grupo “Restrição” por 25 grávidas.

A disfunção sexual durante a gravidez tem sido avaliada em diferentes países e mostra-se, uma problemática importante a explorar durante a gravidez dada a sua prevalência (tabela 20). Este estudo vai ao encontro desse facto uma vez que concluímos que o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual está presente em 137 grávidas, cerca de 49% da amostra. Queiroz, Sousa e Lopes (2013) num estudo semelhante obtiveram um valor de prevalência de aproximadamente 65% de disfunção sexual na amostra em estudo. Não obstante esta ser uma problemática que pode estar condicionada pelos contextos culturais, também no Irão um estudo que utilizou o FSFI identificou cerca de 79% de disfunção sexual nas grávidas com aumento ao longo da gravidez (Jamali & Mosalanejad, 2013). No Brasil, Naldoni e colaboradores (2011) identificaram uma prevalência de 61%; Ribeiro e colaboradores (2014) encontraram valores de 55% e associaram este facto a uma diminuição da qualidade de vida. Prado, Lima e Lima (2014) identificaram um valor de disfunção sexual de cerca de 40%. Ahmed, Madny e Ahmed (2014), num estudo no Egipto, encontraram cerca de 69% de disfunção sexual através do FSFI durante a gravidez. Na Turquia, Aydin e colaboradores (2012), num estudo com o objetivo de

comparar a função sexual de grávidas e não grávidas utilizando o FSFI, verificaram 92% de disfunção sexual em grávidas e 70% em não grávidas. Malkoc, Resim e Bulut (2014) encontraram no seu estudo 87% de disfunção sexual na gravidez, concluindo que a gravidez era um período crítico para o surgimento de problemas sexuais, especialmente se já existissem dificuldades sexuais anteriores. Seven, Akyuz e Gungor (2011) identificaram 81% de disfunção sexual na amostra em estudo em que a ansiedade foi um fator relacionado determinante. Razali e colaboradores (2012), na Malásia, encontraram valores de 37% de prevalência de disfunção sexual, onde particularizam nas dimensões 35% no desejo, 25% na excitação, 28% na lubrificação, 21% no orgasmo, 30% na satisfação, e 23% na dor. Um estudo no Brasil, com a utilização do quociente sexual feminino, mostrou igualmente 40% de disfunção sexual na gravidez, com maior destaque nas dimensões do desejo sexual e do orgasmo (Catão, Benevides, & Barbosa, 2013).

Tabela 20 - Síntese da prevalência de disfunção sexual em estudos anteriores

Ano	Autor	Instrumento de avaliação	<i>n</i>	Prevalência %
2011	Naldoni e colaboradores	FSFI	137	61
2011	Seven, Akyuz e Gungor	FSFI	206	81
2012	Razali e colaboradores	FSFI	137	37
2012	Aydin e colaboradores	FSFI	399	92
2013	Jamali e Mosalanejad	FSFI	257	79
2013	Queiroz, Sousa e Lopes	FSFI	52	65
2013	Catão, Benevides e Barbosa	Quociente sexual feminino	47	40
2014	Ahmed, Madny e Ahmed	FSFI	451	69
2014	Prado, Lima e Lima	FSFI	358	40
2014	Malkoc, Resim e Bulut	FSFI	207	87
2014	Ribeiro e colaboradores	FSFI	78	55

A diversidade cultural dos dados referidos pode ter influência na prevalência de disfunção sexual.

2.4.8.4 – Opinião da grávida sobre a presença de disfunção sexual

O diagnóstico foi identificado na grávida a partir da aplicação da escala FSFI, mas também através da opinião que a grávida manifestava em relação à presença ou não de disfunção sexual. Assim, foram colocadas no questionário três questões que pretendiam avaliar a opinião da grávida sobre as alterações em relação à sua sexualidade, pela avaliação de três variáveis, a saber: alteração na vivência da sexualidade, alteração da função sexual e presença de disfunção sexual durante a gravidez. Estas três variáveis eram do tipo qualitativo nominal. Primeiramente, foram analisadas as frequências destas individualmente e, depois, foram relacionadas de modo conjunto.

Análise das variáveis alteração de modo individual: “vivência da sexualidade”, “alteração da função sexual” e “presença de disfunção sexual”

Efetuámos a análise das frequências individualmente onde foi possível retirar algumas constatações para cada variável. A maioria das participantes (56%) afirma não ter tido alteração na função sexual, no entanto, salienta-se que 44% refere alteração nessa função. Observa-se que 63,3% (190) das grávidas afirmam ter alteração na vivência da sexualidade na gravidez, contrariamente a 36,7% (110) que afirmam nada alterar. Destaca-se ainda que maioria das grávidas 91% (273) afirmam não ter disfunção sexual, pela análise desta variável individualmente (tabela 21).

Tabela 21 - Frequências das variáveis, alteração na função sexual, alteração na vivência da sexualidade e disfunção sexual durante a gravidez

	Alteração na função sexual		Alteração na vivência da sexualidade		Disfunção sexual	
	Frequência	% válida	Frequência	% válida	Frequência	% válida
Sim	132	44,0	190	63,3	27	9
Não	168	56,0	110	36,7	273	90
Total	300	100	300	100	300	100
Omissos	6		6		6	

Podemos verificar na tabela anterior uma maior frequência de respostas à variável da alteração da função sexual, contrariamente à disfunção sexual, com uma marcada diferença. Tendo em consideração que uma alteração da função é considerada uma disfunção, a análise anterior remete-nos para o facto de que as grávidas parecem não relacionar o que sentem com o termo de disfunção sexual o que pode sugerir a possibilidade de alteração do enunciado do diagnóstico de enfermagem para alteração da função sexual em vez de disfunção sexual. Um novo enunciado parece-nos contribuir para uma maior aproximação ao que é manifestado pelas grávidas o que facilitaria a abordagem do diagnóstico pelo enfermeiro durante a prestação de cuidados. O termo de disfunção sexual sugere-nos que pela conotação negativa retrai a grávida na exposição dos seus sentimentos e dificulta a intervenção do enfermeiro.

Análise das variáveis em conjunto: “alteração na vivência da sexualidade”, “alteração da função sexual” e “presença de disfunção sexual”

Para a análise das três variáveis em conjunto criou-se uma nova variável categorizada da seguinte maneira: Se a participante responder de maneira a afirmar que houve uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez, alteração na função

sexual e ainda presença de disfunção sexual, o valor que a nova variável irá tomar será 1 (Sim Sim Sim). Se a participante responder de maneira a afirmar que houve uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez, alteração na função sexual, mas que não teve disfunção sexual, o valor que a nova variável irá tomar será 2 (Sim Sim Não). Se a participante responder de maneira a afirmar que houve uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez, disfunção sexual, mas que não houve alteração na função sexual, o valor que a nova variável irá tomar é 3 (Sim Não Sim). Se a participante responder de maneira a afirmar que não houve uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez, mas que houve alteração na função sexual e disfunção sexual, o valor que a nova variável irá tomar é 4 (Não Sim Sim). Se a participante responder de maneira a apenas afirmar que houve uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez, o valor que a nova variável irá tomar é 5 (Sim Não Não). Se a participante responder de maneira a apenas afirmar que houve alteração na função sexual, o valor que a nova variável irá tomar é 6 (Não Sim Não). Se a participante responder de maneira a apenas afirmar que teve disfunção sexual, o valor que a nova variável irá tomar é 7 (Não Não Sim). Se a participante responder de maneira a apenas afirmar que não houve uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez, alteração na função sexual e ainda não teve disfunção sexual, o valor que a nova variável irá tomar é 8 (Não Não Não).

Constata-se que 32,3% das grávidas afirmam que há uma alteração na vivência da sexualidade na gravidez e alteração na função sexual, mas que não há disfunção sexual (tabela 22, gráfico 5). Igualmente, 32,3%, afirmam que não sentem alteração na vivência da sexualidade, não têm alteração na função sexual, nem disfunção sexual. Ainda, 23% responderam em concordância no sentido que sentem alterações na vivência da sexualidade durante a gravidez, mas não têm alterações na função

sexual, nem disfunção (tabela 22, gráfico 5). Perante os dados analisados optámos por considerar a análise da alteração da vivência da sexualidade apenas individualmente, pois esta pode não estar relacionada com uma alteração na função sexual.

Tabela 22 - Análise das variáveis alteração na vivência da sexualidade, alteração da função sexual e presença de disfunção sexual em conjunto na amostra

Respostas	Frequência	% válida
1 -Sim-sim-sim	22	7,3
2- Sim-sim-não	97	32,3
3- Sim-não-sim	2	0,7
4- Não-sim-sim	3	1
5- Sim-não-não	69	23
6- Não-sim-não	10	3,3
7- Não-não-sim	0	0
8- Não-não-não	97	32,3
Total	300	100
Omissos	6	

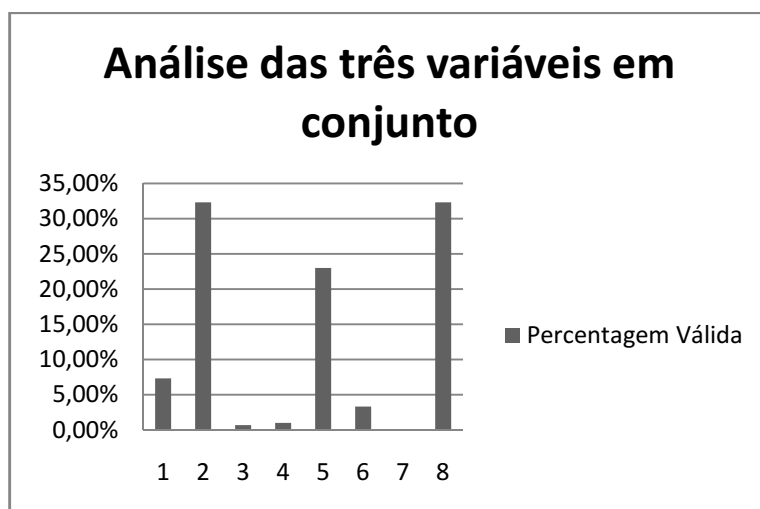


Gráfico 5 - Distribuição das variáveis alteração na vivência da sexualidade, alteração da função sexual e presença de disfunção sexual na amostra

A etimologia da palavra disfunção indica uma alteração da função pelo que, para a identificação de disfunção sexual pela opinião da grávida, considerámos as grávidas que referem alteração da função sexual e/ou disfunção sexual. Podemos observar que em cerca de 30% (81) das 275 grávidas cuja opinião confirma a presença de disfunção sexual, o resultado do FSFI não corresponde com valor compatível a esta situação. Numa análise por dimensão do FSFI, verificámos que, efetivamente, estas grávidas também apresentam algum tipo de disfunção sexual em alguma dimensão. Assim, apresentam disfunção sexual se considerarmos a dimensão desejo em 65,4% (53), a dimensão excitação em 40,7% (33), a dimensão lubrificação em 49,3% (40), a dimensão orgasmo em 29,3% (23), a dimensão satisfação em 18,5% (15), e a dimensão dor em 61,7% (50). Destacámos, também, na maioria das grávidas a disfunção a nível do desejo, assim como a presença de dor e, ainda, com uma percentagem relativamente elevada, a disfunção a nível da excitação e da lubrificação. Menos presente, a disfunção na satisfação sexual, conduz para que, embora as grávidas sintam alguma insatisfação, esta questão pode não ser a sua prioridade nesta fase da vida. Um estudo nacional (Martins et al., 2009) identificou uma diminuição na satisfação sexual e relacionou esta alteração com as mudanças biológicas e psicológicas da grávida, bem como com a necessidade de adaptação a novos papéis neste período de transição. Na mesma linha de pensamento, Nik-Azin e colaboradores (2013) identificaram grávidas muito insatisfeitas (39%), moderadamente insatisfeitas (17%), nem satisfeitas nem insatisfeitas (43%), 3% das mulheres estavam relativamente satisfeitas, e nenhuma estava muito satisfeita. Contrariamente, Ferreira e colaboradores (2012) constataram que cerca de 50% das grávidas estavam satisfeitas com a sua vida sexual e, entre estas, 16% afirmavam estar muito satisfeitas. A disfunção na dimensão desejo também é reforçada pelas

repostas à questão aberta neste estudo, na qual a diminuição do desejo foi a causa mais evidenciada para a opinião da presença de disfunção sexual, como desenvolveremos adiante. Referimos ainda que, nestas 81 grávidas, que opinam a presença de disfunção sexual mas que o FSFI não identificou, a média de *score* do FSFI é 30,3 com um mínimo de 26,6 e máximo de 35,4, desvio padrão de 2,4 e com valores de *score* a variar entre 2 e 36. Verificámos que há grávidas com um ótimo *score* de FSFI opinaram/confirmaram a presença de disfunção sexual. Estes resultados reforçam a importância dos enfermeiros estarem atentos a algum tipo de disfunção sexual na grávida e, principalmente, tomarem a iniciativa em abordar o tema e explorar a opinião da grávida sobre este assunto, no ambiente adequado e dentro de uma relação que o permita.

2.4.8.5 – Análise das respostas à questão aberta

Para um melhor conhecimento da opinião da grávida colocámos no questionário uma questão aberta “Considera que tem disfunção sexual?”, após a qual, e caso a resposta fosse positiva, se pediu a causa “Se sim, porquê?”.

Das 306 grávidas que correspondem à amostra total, 32 (10,5%) responderam à pergunta aberta. Destas, cinco (15,6%) tinham restrição para atividade sexual. Das 27 grávidas restantes, nove (33%) tinham disfunção sexual pelo FSFI e 21 (77%) responderam/opinaram afirmativamente à presença de disfunção sexual, e foram consideradas no grupo de “DS”. Consideramos interessante o facto de seis grávidas referirem que não têm disfunção sexual e o *score* de FSFI também ter o mesmo significado, mas responderam a esta questão, referindo aspetos como: “as mudanças físicas carecem de adaptações significativas no ato sexual e adaptações na imagem

mental da grávida e do companheiro”, “necessidade de apelar à criatividade para posições, dificuldade de posicionamento pelas alterações físicas, presença de dor na relação”, “falta de confiança face às alterações na imagem”, “mais cansaço e sono, o homem não toma a iniciativa”, “medo de fazer mal ao bebê” e “dor e alterações físicas”. Numa análise categórica das respostas a esta questão foi possível agrupá-las em oito categorias com as respectivas frequências: diminuição do desejo sexual (13), alterações físicas (8), presença de medos (4), influência do parceiro (4), alterações na autoimagem (3), dor na relação sexual (3) e alterações emocionais (2). Podemos constatar, nestas respostas, alguma concordância com características definidoras do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual e com as dimensões do índice de avaliação (FSFI) utilizado. Este aspeto remete-nos para a importância da percepção que a mulher tem da sua sexualidade e, através da mesma percepção, define o seu nível e função ou disfunção. Assim, é de primordial importância para a consulta de enfermagem de saúde materna que, perante alguns indicadores, o enfermeiro pode diagnosticar disfunção sexual, mas a mulher considera não ter essa condição. A intervenção aqui deve ser cuidada e o diagnóstico preciso e diferencial com outros diagnósticos possíveis. Aqui ainda ressalvamos a importância de uma apreciação inicial completa e da importância do acompanhamento próximo pelo mesmo enfermeiro no decurso da gravidez, que permita explorar estes aspetos e intervir de modo eficiente.

O desejo sexual durante a gravidez parece ser uma dimensão afetada no sentido negativo, no entanto quatro grávidas referiram maior desejo ao responderem à questão aberta. Outros estudos de investigação verificam diminuição do desejo sexual (Razali et al, 2012; Prado, Lima, & Lima, 2013). Neste estudo, a dimensão

‘desejo sexual’, avaliado pelo FSFI, foi aquela que obteve maior percentagem de disfunção sexual.

2.4.8.6 – Caracterização demográfica das grávidas com disfunção sexual

As grávidas com disfunção sexual têm, em média, 30 anos, e apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos, com um desvio padrão baixo (5,5 anos) (gráfico 6). Maioritariamente são portuguesas (89%), de nacionalidade brasileira cabo-verdianas (3%), e cerca 5% de outras nacionalidades. Cerca de 25% das grávidas estão classificadas como trabalhadoras não qualificadas, seguindo-se pessoal administrativo e similares, técnicos e profissionais de nível intermédio, quadros dirigentes e superiores e outros. É de destacar, ainda, a existência de 6% de grávidas estudantes neste grupo.

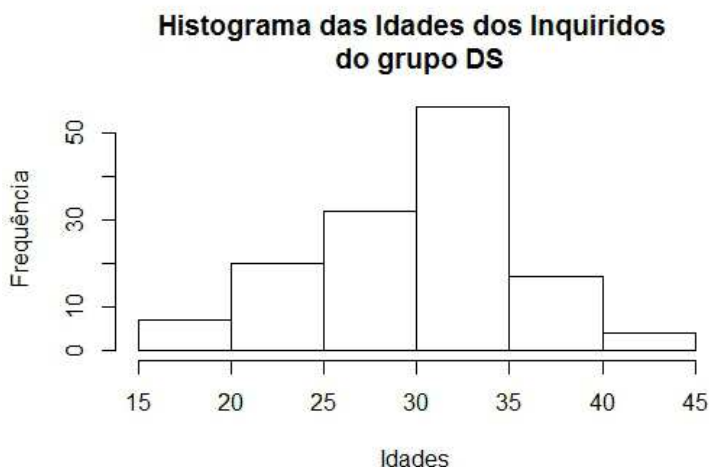


Gráfico 6 - Distribuição das grávidas com disfunção sexual em relação à variável idade

A religião predominante é a católica (97%) e apenas (3%) evangélica. A maioria das grávidas (99%) tem companheiro e, quanto ao tempo de conjugalidade e de acordo com o desvio padrão, existe uma grande dispersão de valores, com um mínimo de 6 meses e um máximo de 288 meses (24 anos), e uma média de cerca de 81 meses (aproximadamente 7 anos). Relativamente às habilitações literárias, cerca de 31% das grávidas têm apenas o ensino secundário, 24,3% têm licenciatura, 20,6% possuem o 3º ciclo e 11% têm mestrado. Notamos que há grávidas (1,5%) que completaram apenas o 1º ciclo (4º ano), e outras que possuem o grau académico de doutor (2%). Para a análise das grávidas com disfunção sexual por trimestre foram consideradas 136 grávidas uma vez que uma delas não possuía dados relativamente à idade gestacional. Assim, classificando segundo o trimestre de gravidez verificámos que 50% das grávidas com disfunção sexual se encontravam no 1º trimestre, cerca de 44,4% no 2º trimestre e 53,3% no 3º trimestre (tabela 23). Estas percentagens foram calculadas dividindo o número absoluto de grávidas com disfunção sexual pelo número de grávidas nesse trimestre para as percentagens poderem ser comparáveis. O número total de grávidas foi 275 pois das 300 grávidas com respostas válidas, 25 tinham recomendação para restrição da atividade sexual. Ainda, 56,6% das grávidas vão ser mães pela primeira vez. No entanto, cerca de 35% já tem 1 filho e o número máximo de filhos entre estas grávidas é de 3.

Tabela 23 - Distribuição das grávidas por trimestre com e sem disfunção sexual

	Disfunção sexual	Total	%	
1.º Trimestre	28	56	50	(1.ª à 13.ª semanas)
2.º Trimestre	44	99	44,44	(14.ª à 26.ª semanas)
3.º Trimestre	64	120	53,33	(27.ª à 40.ª semanas)
	136	275		

Neste estudo, o terceiro trimestre destaca-se com uma maior percentagem de disfunção sexual facto também demonstrado em outros estudos sobre a função sexual da grávida (Jamali & Mosalanejad, 2013; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014; Bomfim & Melro, 2014; Galazka et al., 2014). O primeiro trimestre mostra percentagens semelhantes de disfunção sexual no presente estudo concordante com o estudo de Ahmed, Madny e Ahmed (2014). Jamali e Mosalanejad (2013) encontraram no terceiro trimestre os valores mais elevados de disfunção sexual (46%), mas os valores de disfunção sexual no primeiro (23%) e segundo trimestre (31%) mostraram-se bastante inferiores.

Neste estudo os valores menores de disfunção sexual surgem no segundo trimestre, resultados que vão ao encontro do estudo de Ferreira e colaboradores (2012) com mulheres grávidas no segundo trimestre, e que concluem a associação entre a função sexual, a qualidade de vida e a satisfação sexual neste trimestre. Contrariamente, Ribeiro e colaboradores (2014) encontraram uma alta prevalência de disfunção sexual no segundo trimestre de gravidez, e apontam o segundo trimestre como um período onde a mulher pode estar mais disposta ao ato sexual e até ocorrer aumento da libido (Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010).

Efetuámos uma análise mais específica das grávidas, em particular, ao estudo dos resultados por dimensão do FSFI e por trimestre. As dimensões com maior número de grávidas com disfunção sexual por ordem decrescente são: desejo (181), dor (158), lubrificação (139), excitação (136), orgasmo (102), e satisfação (56). Destaca-se a dimensão ‘desejo’ com o maior número de grávidas com disfunção sexual e a dimensão ‘satisfação’ com o menor número de grávidas com disfunção sexual. A menor prevalência de disfunção sexual na satisfação sexual vai ao encontro do

estudo de Rodriguez e Ramón (2013) no qual concluíram que 50% de grávidas se manifestam satisfeitas com a vida sexual, evidenciando numa parte da amostra o aumento do interesse sexual e uma melhoraria na vida sexual durante gravidez. Numa linha idêntica Sagiv-Reis, Birnbaum e Safir (2012) referem uma diminuição do prazer sexual à medida que a gravidez avança, mas uma satisfação relacional mantida. Um estudo realizado numa maternidade nacional, onde se descreve a experiência sexual feminina no terceiro trimestre, identificou uma diminuição da atividade sexual depois da gravidez, mas concluiu que a gravidez não provoca rutura na sexualidade do casal quando esta era previamente satisfatória e destaca que 52% das mulheres se consideraram satisfeitas (Queirós et al., 2011).

Verificámos que, das 181 grávidas que apresentam disfunção sexual na dimensão ‘desejo’, os valores de disfunção sexual por trimestre apresentam-se equilibrados com valores que oscilam entre os 64% e 69% nos diferentes trimestres. A disfunção sexual na dimensão ‘excitação’ manifestou-se em 136 grávidas e, quando analisada esta dimensão individualmente, apresentou-se com valor alterado em maior percentagem de grávidas no 3º trimestre (55%). Para as restantes, no 1º e 2º trimestre, os resultados foram, respetivamente 46,4% e 44,4% com disfunção sexual apontado pelo valor desta dimensão. Quanto à dimensão ‘lubrificação’, identificámos 139 grávidas com disfunção sexual, apresentando também valores similares entre os diferentes trimestres. Apurámos disfunção sexual na dimensão ‘orgasmo’ em 102 grávidas, com uma maior percentagem no 3º trimestre. Relativamente à dimensão ‘satisfação’, é a que apresentou menor número de grávidas com disfunção sexual e nestas também se destaca o 3º trimestre. Por fim, na dimensão ‘dor’ verificámos 158 grávidas com disfunção sexual nesta dimensão e, contrariamente, existe maior percentagem de grávidas com disfunção sexual nesta dimensão no 1º trimestre. O

estudo de Lopes e colaboradores (2009) mostra uma diminuição dos *scores* do FSFI em todas as dimensões do primeiro para o terceiro trimestre e contrariamente ao nosso estudo mostra como dimensões mais afetadas a excitação e a dor e refere ainda que alteração da função sexual no terceiro trimestre é frequentemente relacionada com a presença de medos. Abasalizadeh e Abasalizadeh (2011) referem que 85% da amostra de grávidas acreditavam que as relações sexuais podiam ser prejudiciais no final da gravidez. Destaca-se a disfunção sexual na dimensão ‘desejo’, ‘excitação’, ‘orgasmo’ e ‘satisfação’ no 3º trimestre; a disfunção sexual na dimensão ‘lubrificação’ no 2º trimestre e a disfunção sexual na dimensão ‘dor’ no 1º trimestre (tabela 24).

As percentagens foram calculadas dividindo o número absoluto de grávidas com disfunção sexual na dimensão pelo número de grávidas naquele trimestre para se poder efetuar a comparação.

Tabela 24 - Distribuição das grávidas com disfunção sexual por dimensão e por trimestre

Dimensão	1.º Trimestre	2.º Trimestre	3.º Trimestre	
	(56)	(99)	(120)	
Desejo	36 64,29%	62 62,63%	83 69,17%	181 DS Desejo
Excitação	26 46,43%	44 44,44%	66 55%	136 DS Excitação
Lubrificação	28 50%	54 54,55%	57 47,5%	139 DS Lubrificação
Orgasmo	20 35,71%	32 32,32%	50 41,67%	102 DS Orgasmo
Satisfação	10 17,86%	14 14,14%	32 26,67%	56 DS Satisfação
Dor	37 66,07%	54 54,55%	67 55,83%	158 DS Dor

DS: Disfunção sexual

Podemos constatar que as dimensões do desejo e da excitação são as que apresentam maior percentagem de disfunção sexual, facto este também encontrado no estudo de Prado, Lima e Lima (2013). O desejo sexual foi também a dimensão mais evidenciada com disfunção sexual no estudo de Razali e colaboradores (2012). Num estudo nacional onde se aplicou também o FSFI, as dimensões mais afetadas foram a excitação e a dor (Lopes et al., 2009), com alguma similaridade ao nosso estudo, uma vez que encontrámos percentagens elevadas de disfunção sexual nas dimensões da excitação e da dor.

Continuando a análise das características demográficas das grávidas com disfunção sexual, verificámos que a maioria das grávidas nunca teve um abortamento (76,3%). Porém, 17,8% já tiveram um abortamento e, no máximo, houve 1,5% (2) grávidas que indicaram 3 abortamentos. Cerca de 70,6% das grávidas indicaram que a gravidez foi planeada e cerca de 83,8% destas grávidas indicaram que não tiveram dificuldade em engravidar. Relativamente ao agrupamento a que pertencem as grávidas com disfunção sexual podemos verificar que, no total das 137 grávidas, cerca de 52% (81) pertencem ao ACES Lisboa Norte e cerca de 47% (56) pertencem ao ACES Oeste Sul. As percentagens foram calculadas dividindo o número absoluto de grávidas com disfunção sexual pelo número de grávidas daquele agrupamento, pois só assim podem ser comparáveis e não se mostram muito diferentes. As características demográficas entre os grupos foram semelhantes.

De referir que foi aplicado o teste de independência do qui-quadrado para avaliar se existia associação entre as diferentes variáveis demográficas e obstétricas e a presença de disfunção sexual. Os valores-p obtidos variavam entre 0,25 e 0,55, levando à não rejeição da hipótese de independência (hipótese nula). Assim, não há

na amostra características demográficas e obstétricas que se destaquem na associação com a presença de disfunção sexual.

2.4.8.7 – Frequência das características definidoras

Os resultados da validação clínica emergem da parte do questionário onde se apresentavam questões que traduziam as características definidoras preconizadas pela NANDA-I e as que emergiram da revisão integrativa da literatura, para que fossem validadas pela amostra de grávidas. Solicitámos que respondessem numa escala tipo likert de 5 níveis, mas na análise dos resultados optámos por analisar os resultados de cada característica definidora segundo duas categorias: sim e não. Considerámos as grávidas que optaram pelos níveis “poucas vezes”, “algumas vezes”, “quase sempre” e “sempre” na categoria “sim” e as grávidas que escolheram “nunca” na opção “não”. Uma metodologia semelhante já foi utilizada noutros estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, embora à partida já tenham colocado apenas duas opções de resposta para cada característica definidora (Chaves, 2008; Caldeira, 2012).

De referir que as características definidoras *alteração na atividade sexual*, a *alteração na excitação sexual*, a *alteração na satisfação sexual*, e a *alterações no orgasmo* foram avaliadas por duas questões cada. A *procura de confirmação de desejabilidade* foi avaliada por três questões para uma avaliação mais completa. Nestas características definidoras foi calculada a mediana do *score* das respostas e foi considerado o valor da mediana para a análise da característica definidora.

As primeiras dez características definidoras apresentadas já estavam listadas na NANDA-I e as quatro finais foram identificadas na revisão integrativa de literatura.

Numa análise inicial mostramos a frequência das características definidoras na amostra global ainda sem qualquer distribuição por grupos. Podemos destacar as três características definidoras com maior frequência: *procura de confirmação de desejabilidade* identificada por quase todas as grávidas (99%), seguindo-se a *alteração na satisfação sexual* (97%) e a *alteração na atividade sexual* (80%) (tabela 25). Com valores mais baixos mas ainda superiores a 50%, a *percepção da limitação sexual* (73%), a *alterações na lubrificação* (72%), a *alterações no orgasmo* (71%), a *alteração na excitação sexual* (65%), a *mudança do auto-interesse* (60%) e a *mudança no papel sexual* (53%).

Tabela 25 - Distribuição da frequência das características definidoras na amostra global

Características definidoras	Presente	
	n(302)	%
Alteração na atividade sexual	243	80
Alteração na excitação sexual	197	65%
Alteração na satisfação sexual	293	97%
Mudança no interesse em relação a outros	124	41%
Mudança do auto-interesse	182	60%
Mudança no papel sexual	159	53%
Diminuição do desejo sexual	121	40%
Percepção da limitação sexual	219	73%
Procura de confirmação de desejabilidade	299	99%
Mudança indesejada na função sexual	182	60%
Alterações no orgasmo	215	71%
Dispareunia	151	50%
Alterações na lubrificação	217	72%
Alterações no desejo sexual	150	50%

Dirigindo-nos agora aos diferentes grupos estabelecidos conforme a presença de disfunção sexual, apresentamos a distribuição das frequências nesses grupos e a classificação de acordo com o critério de Fehring (1986, 1987, 1994) adaptado por

Chaves (2008) e Caldeira (2012) em que são classificadas como principais as características definidoras com frequências iguais ou superiores a 80%, como secundárias as características definidoras com frequências superiores a 50% e 80% e, como irrelevantes, as características definidoras com frequências iguais ou inferiores a 50%. Apresentamos de seguida, a classificação das características definidoras nos quatro grupos de grávidas “Global”, “DS”, “Não DS” e “Restrição” (tabela 26).

Tabela 26 - Classificação das características definidoras nos diferentes grupos

	Global	“DS”	“Não DS”	Restrição
Principais	<p>Alteração na atividade sexual</p> <p>Alteração na satisfação sexual</p> <p>Procura de confirmação de desejabilidade</p>	<p>Alteração na atividade sexual</p> <p>Alteração na satisfação sexual</p> <p>Perceção da limitação sexual</p> <p>Procura de confirmação de desejabilidade</p> <p>Mudança indesejada na função sexual</p> <p>Alterações no orgasmo</p> <p>Alterações na lubrificação</p>	<p>Alteração na satisfação sexual</p> <p>Procura de confirmação de desejabilidade</p>	<p>Alteração na atividade sexual</p> <p>Alteração na excitação sexual</p> <p>Alteração na satisfação sexual</p> <p>Procura de confirmação de desejabilidade</p> <p>Alterações na lubrificação</p>
Secundárias	<p>Alteração na excitação sexual</p> <p>Mudança do auto-interesse</p> <p>Mudança no papel sexual</p> <p>Perceção da limitação sexual</p> <p>Mudança indesejada na função sexual</p> <p>Alterações no orgasmo</p> <p>Dispareunia</p> <p>Alterações na lubrificação</p> <p>Alterações no desejo sexual</p>	<p>Alteração na excitação sexual</p> <p>Mudança no interesse em relação a outros</p> <p>Mudança do auto-interesse</p> <p>Mudança no papel sexual</p> <p>Diminuição do desejo sexual</p> <p>Dispareunia</p> <p>Alterações no desejo sexual</p>	<p>Alteração na atividade sexual</p> <p>Mudança do auto-interesse</p> <p>Perceção da limitação sexual</p> <p>Alterações no orgasmo</p> <p>Alterações na lubrificação</p>	<p>Mudança do auto-interesse</p> <p>Mudança no papel sexual</p> <p>Perceção da limitação sexual</p> <p>Mudança indesejada na função sexual</p> <p>Alterações no orgasmo</p> <p>Dispareunia</p> <p>Alterações no desejo sexual</p>
Irrelevantes	<p>Mudança no interesse em relação a outros</p> <p>Diminuição do desejo sexual</p>		<p>Alteração na excitação sexual</p> <p>Mudança no interesse em relação a outros</p> <p>Mudança no papel sexual</p> <p>Diminuição do desejo sexual</p> <p>Mudança indesejada na função sexual</p> <p>Dispareunia</p> <p>Alterações no desejo sexual</p>	<p>Mudança no interesse em relação a outros</p> <p>Diminuição do desejo sexual</p>

De uma forma global a tabela anterior mostra-nos a simultaneidade das características definidoras da *alteração na satisfação sexual e procura de confirmação de desejabilidade* em todos os grupos relativizando a sua importância no diagnóstico da disfunção sexual, mas mostrando a sua importância para as mulheres grávidas. Quase todas as características definidoras principais no grupo “DS” assumem-se secundárias no grupo “Não DS”, apenas *a mudança indesejada na função sexual* se torna irrelevante. Por outro lado as características definidoras secundárias do grupo “DS” classificam-se com irrelevantes no grupo “Não DS” evidenciando assim sua importância como indicadores clínicos na identificação do diagnóstico. Na generalidade, as características definidoras são classificadas de forma muito semelhante ao grupo “Restrição” mostrando a dispersão das características definidoras pela não identificação da presença do diagnóstico. Destacam-se assim os indicadores para os quais os enfermeiros devem estar atentos no diagnóstico da disfunção sexual durante a vigilância da gravidez.

Segue-se a comparação das características definidoras entre as 137 grávidas com disfunção sexual e as 139 onde não é diagnosticada disfunção sexual (tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição das frequências das características definidoras no grupo “DS” e “Não DS”

	Disfunção Sexual	“DS” Presente	%	“Não DS” Presente	%
Principais	Procura de confirmação de desejabilidade	134	98	139	100
	Alteração na satisfação sexual	132	96	135	97
	Alteração na atividade sexual	123	90	98	71
	Perceção da limitação sexual	117	85	82	59
	Alterações no orgasmo	115	84	83	60
	Alterações na lubrificação	110	80	85	61
	Mudança indesejada na função sexual	109	80	55	40
Secundárias	Alteração na excitação sexual	108	79	68	49
	Mudança do auto-interesse	94	69	71	51
	Alterações no desejo sexual	92	67	43	31
	Mudança no papel sexual	87	64	57	41
	Dispareunia	85	62	53	38
	Mudança no interesse em relação a outros	71	52	42	30
	Diminuição do desejo sexual	71	52	49	28

Da análise da tabela anterior podemos observar uma frequência elevada e semelhante em ambos os grupos na característica definidora *procura de confirmação de desejabilidade* e também na *alteração na satisfação sexual*. Estes resultados mostram que estas características definidoras não estão diretamente ligadas ao diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual na grávida. A característica definidora *procura de confirmação de desejabilidade* é um indicador clínico que a mulher sente independentemente de apresentar disfunção sexual. Significa que a

grávida sente necessidade em confirmar o interesse do companheiro (Pechorro, 2006). Os resultados em ambos os grupos da característica definidora *alteração na satisfação sexual* vai ao encontro de um estudo nacional (Carvalheira & Leal, 2008) que concluiu que as mulheres, independentemente de estarem grávidas e de apresentarem ou não disfunção sexual, desejariam melhorar a sua vida sexual. Nesse mesmo estudo cerca de 87% da amostra manifestou esse desejo.

As restantes características definidoras mostram diferenças entre os dois grupos pelo que podem constituir indicadores mais fiáveis para a identificação do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual na grávida, conforme podemos verificar na análise da sensibilidade e especificidade apresentada na continuidade deste documento. Nesta avaliação não foram encontradas características definidoras irrelevantes.

2.4.8.8 – Classificação das características definidoras nas grávidas com disfunção sexual

Apresentamos seguidamente a classificação das características definidoras nas grávidas com disfunção sexual e as questões pelas quais foram avaliadas, bem como as frequências nesse grupo.

A *alteração na atividade sexual*, foi avaliada pelas questões “sente alteração na capacidade para participar numa relação sexual?” e “sente alteração na relação sexual com a finalidade de excitação mútua e orgasmo?” e obteve uma frequência de 85% na amostra de grávidas com disfunção sexual sendo classificada como uma característica definidora principal deste diagnóstico de enfermagem. A *alteração na excitação sexual* foi avaliada pelas questões “sente ausência ou diminuição no sentimento de excitação quando surge algum estímulo sexual?” e “sente alguma alteração na resposta ao desejo e à atração que sente pelo seu companheiro?” e

obteve uma frequência de 79%, uma característica definidora secundária. A *alteração na satisfação sexual*, foi avaliada pelas questões “sente alteração no conforto com a sua vida sexual?” e “considera que a atividade sexual que pratica corresponde às suas expectativas?” e obteve uma frequência de 96%, sendo classificada como característica definidora principal. A *mudança no interesse em relação a outros*, foi avaliada pela questão “sente alteração nos sentimentos de interesse em relação ao seu companheiro?” e classificada como característica definidora secundária com 52% de frequência. A *mudança do auto-interesse* foi classificada como característica definidora secundária com 69% de frequência, avaliada pela questão “sente alteração nos sentimentos de interesse por si própria?” A *mudança no papel sexual* foi avaliada pela questão “sente alteração nos comportamentos esperados pelo seu companheiro?” e a *diminuição do desejo sexual* foi avaliada pela questão “sente diminuição no sentimento de atracção sexual pelo seu companheiro quando ocorre algum estímulo sexual?”. Ambas foram classificadas como características definidoras secundárias com frequências de 64% e 52% respectivamente. A *percepção da limitação sexual* foi avaliada pela questão “tem noção de alguma dificuldade na execução da actividade sexual?”, e a *procura de confirmação de desejabilidade* foi avaliada pelas questões “sente o interesse do seu companheiro?”, “considera que na relação existe um envolvimento de ambos?” e “sente que o seu desejo é correspondido pelo seu companheiro?”. Foram classificadas como características definidoras principais com 85% e 98% respectivamente. A *mudança indesejada na função sexual* foi avaliada pela questão “sente alguma mudança indesejada no funcionamento sexual?” e a *alterações no orgasmo* foi avaliada pelas questões “Sente alteração na intensidade do orgasmo ou de sensações orgásticas a partir de estimulação?” e “sente alteração na sensação

intensa de prazer no final da experiência sexual?”. Foram classificadas como características definidoras principais com 80% e 84% de frequência, respectivamente. A *dispareunia* foi avaliada pela questão “sente dor persistente ou recorrente na penetração ou na tentativa de penetração durante a atividade sexual?”, classificada como característica definidora secundária com 62% de frequência. A característica *alterações na lubrificação* foi avaliada pela questão “sente alteração no seu corpo, em sentir-se molhada, decorrente da estimulação sexual?”, classificada como característica definidora principal com frequência de 80%. A característica *alterações no desejo sexual* foi avaliada pela questão “sente alteração no sentimento de atração sexual em relação ao seu companheiro?” e foi considerada característica definidora secundária com a frequência de 67%.

Numa análise das características definidoras encontradas nas grávidas com disfunção sexual, podemos constatar a evidência da alteração das fases do ciclo de resposta sexual nestas características identificadas (desejo (52%), excitação (79%), lubrificação (80%), orgasmo (84%), satisfação (96%) e dor (62%) e que temos vindo a discutir ao longo deste documento. Verificámos uma elevada percentagem de frequência nas características *alteração na atividade sexual* (85%) *mudança indesejada na função sexual* (80%) e *perceção da limitação sexual* (85%) o que reforça a importância da exploração desta problemática. A necessidade da grávida em se sentir desejada assume-se também como um indicador clínico (98%) importante e reforça a importância do envolvimento e da participação ativa do companheiro durante a vigilância pré-natal e assim é possível desenvolver a abordagem da sexualidade na gravidez a nível do casal (Oliveira, 2008). Esta análise reforça a alteração da função sexual durante a gravidez com diferentes implicações nas diferentes fases de resposta sexual e na forma como a grávida percebe essa

alteração (Camacho, Vargens, & Progianti, 2010; Naldoni et al., 2011; Veríssimo, 2011; Brooks et al., 2012; Corbacioglu, Akca, Akbayir, Cilesiz Goksedef, & Bakir, 2013; Jamali & Mosalanejad, 2013; Alsibiani, 2014). Um cuidado de enfermagem holístico poderá ser o pilar de suporte a esta necessidade.

De referir ainda que as características definidoras, *alterações no orgasmo*, *dispareunia*, *alterações na lubrificação* e *alterações no desejo sexual* foram características definidoras que emergiram da revisão integrativa da literatura e que não estavam listadas na NANDA-I. No entanto, a *alterações no orgasmo* e a *alterações na lubrificação* classificaram-se como principais e a *dispareunia* e *alterações no desejo sexual* como secundárias para o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual. Tal facto mostra a importância dos estudos de revisão integrativa da literatura para a prática clínica. Assim, constatamos que, quer as características definidoras já integradas na NANDA-I, quer as características definidoras ora emergentes da revisão integrativa da literatura, se classificaram como principais (7 características definidoras) e secundárias (7 características definidoras) do diagnóstico de enfermagem, não existindo características definidoras irrelevantes no grupo de grávidas “DS”.

A validação clínica mostra a disfunção sexual como um diagnóstico de enfermagem com um *score* superior a 0,60 (Fehring, 1987), logo considerado válido nesta amostra de grávidas, já que o *score* foi de 0,79. Num estudo recente de acurácia do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, da versão anterior da NANDA-I, em grávidas no Brasil, os autores referem a presença de algumas características definidoras no período gestacional, mas reforçam a falta de estudos entre a associação da disfunção sexual e a gravidez (Queiroz, Sousa, & Lopes, 2013).

2.4.8.9 – Sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras

Por definição, a sensibilidade representa a probabilidade de identificar a presença de determinada característica definidora em indivíduos com o diagnóstico de enfermagem e a especificidade é a probabilidade de identificar a ausência de determinada característica definidora em indivíduos sem o diagnóstico de enfermagem. O valor preditivo positivo (VPP) representa a probabilidade de identificar o diagnóstico de enfermagem nos indivíduos que possuem a característica definidora. O valor preditivo negativo (VPN) é a medida representativa da probabilidade da ausência do diagnóstico de enfermagem em indivíduos sem a característica definidora (Lopes, Silva, & Araújo, 2013). Sendo esta, uma amostragem por conveniência, iremos limitar-nos ao cálculo da sensibilidade, especificidade, VPN e VPP em termos percentuais. A análise destes dados tem relevância uma vez que algumas características definidoras foram consideradas relevantes para as grávidas com disfunção sexual e para as grávidas sem disfunção sexual como já foi referido. O cálculo da especificidade, sensibilidade e valor preditivo das características definidoras do diagnóstico contribui para a clarificação da importância que as mesmas têm no diagnóstico. Como podemos observar as características definidoras principais apresentam valores de sensibilidade iguais ou superiores a 80% (tabela 28).

Tabela 28 - Sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das características definidoras do diagnóstico de disfunção sexual

Característica definidora		Sensibilidade %	Especificidade %	VPP %	VPN %
Principais	Procura de confirmação de desejabilidade	98	0	49	0
	Alteração na satisfação sexual	96	3	49	44
	Alteração na atividade sexual	90	30	56	75
	Perceção da limitação sexual	85	41	59	74
	Alterações no orgasmo	84	40	58	72
	Alterações na lubrificação	80	39	56	67
	Mudança indesejada na função sexual	80	60	66	75
Secundárias	Alteração na excitação sexual	79	51	61	71
	Mudança do auto-interesse	69	49	57	61
	Alterações no desejo sexual	67	69	68	68
	Mudança no papel sexual	64	59	60	62
	Dispareunia	62	62	62	62
	Mudança no interesse em relação a outros	52	70	63	60
	Diminuição do desejo sexual	52	72	64	60

A procura de confirmação de *desejabilidade* será uma característica a eliminar nesta amostra pois, embora se mostre sensível, a sua especificidade para o diagnóstico de enfermagem é nula assim como o VPN. Este dado parece mostrar que a procura de interesse por parte do companheiro sugere-se como um indicador presente na vida sexual da mulher independentemente do diagnóstico de disfunção sexual. A *alteração na satisfação sexual* embora seja muito sensível e pouco específica para o diagnóstico de enfermagem apresenta valores de VPP e VPN semelhantes e que rondam os 40% o que significa que é provável a inexistência desta característica definidora em quem não apresenta o diagnóstico de enfermagem e quem tem a característica definidora tem probabilidade de apresentar o diagnóstico de enfermagem. As características definidoras, *alteração na atividade sexual*, *perceção*

da limitação sexual, alterações no orgasmo, e mudança indesejada na função sexual apresentam valor preditivo negativo superior a 70%, o que significa que a probabilidade de estarem presentes nas grávidas com disfunção sexual foi elevada e, simultaneamente, as que não apresentavam disfunção sexual tinham alta probabilidade de não apresentar estas características definidoras. Quanto à especificidade destas características definidoras encontramos valores baixos, apenas a *mudança indesejada na função sexual* com um valor de 60% de especificidade e valor preditivo positivo de 66%.

Todas as características definidoras principais demonstraram ser sensíveis para o diagnóstico por terem sido consideradas relevantes pelas grávidas com disfunção sexual, com valores de sensibilidade e valor preditivo negativo igual ou superior a 70%, a *alteração na atividade sexual* (90%/75%), a *perceção da limitação sexual* (85%/74%), as *alterações no orgasmo* (84%/72%), a *mudança indesejada na função sexual* (80%/75%) e específica, com valores de especificidade e valor preditivo positivo igual ou superior a 60%, a *mudança indesejada na função sexual* (60%/66%). A característica definidora *procura de confirmação de desejabilidade* e a *alteração na satisfação sexual* são as que obtiveram maior valor de sensibilidade (superiores a 95%), mas a sua especificidade é praticamente nula e valores preditivos relativamente baixos. Relativamente às características definidoras secundárias, obtiveram valores de sensibilidade um pouco inferiores às principais, mas os valores de especificidade foram ligeiramente superiores, com valores preditivos positivo e negativo semelhantes. A *alteração na excitação sexual*, a *mudança do auto-interesse*, a *alterações no desejo sexual*, a *mudança no papel sexual* e a *dispareunia* apresentam valores de sensibilidade e valores preditivos negativos superiores a 60%. Quanto à especificidade, apenas a *alterações no desejo sexual* e a *dispareunia*

apresentam valores de especificidade superior a 60%. As características definidoras, *mudança no interesse em relação a outros* e a *diminuição do desejo sexual* apresentam valores de sensibilidade de 52% mas a sua especificidade ronda os 70%, com valores preditivos positivo e negativo de cerca de 60%.

Destacamos que as características definidoras secundárias, na sua maioria, apresentam valores superiores de especificidade em relação às principais o que indica que quando ausentes existe uma maior probabilidade de a grávida não apresentar disfunção sexual. Podemos destacar como mais sensíveis as três características definidoras seguintes: a *procura de confirmação de desejabilidade* (98%), a *alteração na satisfação sexual* (96%) e a *alteração na atividade sexual* (90%). As três características definidoras mais específicas foram a *diminuição do desejo sexual*, a *mudança no interesse em relação a outros* (70%) e as *alterações no desejo sexual*. A análise efetuada evidencia que todas as características definidoras se classificaram em principais e secundárias, o que manifesta a sua importância enquanto indicadores clínicos deste diagnóstico de enfermagem nesta amostra.

2.4.8.10 – Fatores relacionados

Os fatores relacionados mostram uma relação padronizada com o diagnóstico e precisam de suporte científico (Herdman & Kamitsuru, 2014). Nesta fase do estudo os fatores relacionados apresentados integram aqueles que já estão listados no diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual na última edição da NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2014) e os que foram identificados na revisão integrativa da literatura, que constituiu a segunda fase deste estudo. Além da revisão integrativa da literatura que suportou os fatores relacionados, procurámos identificar a prevalência dos mesmos na amostra de grávidas.

Numa primeira análise observámos a frequência de respostas positivas aos fatores relacionados na amostra global, ainda sem qualquer distinção entre grupos ou agrupamentos e, posteriormente, efetuámos uma análise da frequência de respostas por grupos, por agrupamento e por trimestre. Na NANDA-I estão listados 11 fatores relacionados e a revisão integrativa da literatura acrescentou mais 12 (tabela 29). No final obtivemos 32 fatores uma vez que, para uma análise mais detalhada, efetuámos a análise destes pelas variáveis que os compõem. Assim, as alterações psicológicas foram pormenorizadas em sentimentos contrários, aceitação da gravidez e vontade de chorar. Os fatores demográficos foram divididos em história de vida, idade, escolaridade e condição socioeconómica. As condições obstétricas foram divididas em número de partos, de gravidezes e de abortamentos, dificuldade em engravidar, problemas na gravidez e no parto e idade gestacional.

Tabela 29 - Fatores relacionados existentes na NANDA-I e novos que emergiram da revisão integrativa da literatura

Fatores relacionados NANDA-I	Fatores relacionados Novos
Falta de privacidade	Alterações físicas da gravidez
Falta de companheiro	Presença de sentimentos contrários
Alteração da função corporal	Processo de aceitação da gravidez
Alteração da estrutura corporal	Vontade de chorar
Modelos desadequados	Alterações relacionais da gravidez
Conhecimento insuficiente sobre função sexual	História de vida
Desinformação sobre função sexual	Idade
Presença de abuso (físico, psicológico ou sexual)	Escolaridade
Abuso psicossocial	Condição socioeconómica
Conflito de valores	Fatores religiosos
Vulnerabilidade	Fatores culturais (crenças, mitos, tabus)
	Nº de partos
	Nº de gravidezes
	Nº de abortamentos
	Dificuldade em engravidar
	Problemas na gravidez
	Problemas no parto
	Idade gestacional
	Medos
	Autoestima
	Autoimagem

Na análise e discussão dos resultados considerámos a percentagem global de respostas, englobando as respostas “não sabe”, uma vez que a consideramos como efetivamente uma opção de resposta. Na continuidade da análise da frequência dos fatores relacionados e, tendo em consideração, as diferentes variáveis apresentamos alguns resultados de forma gráfica.

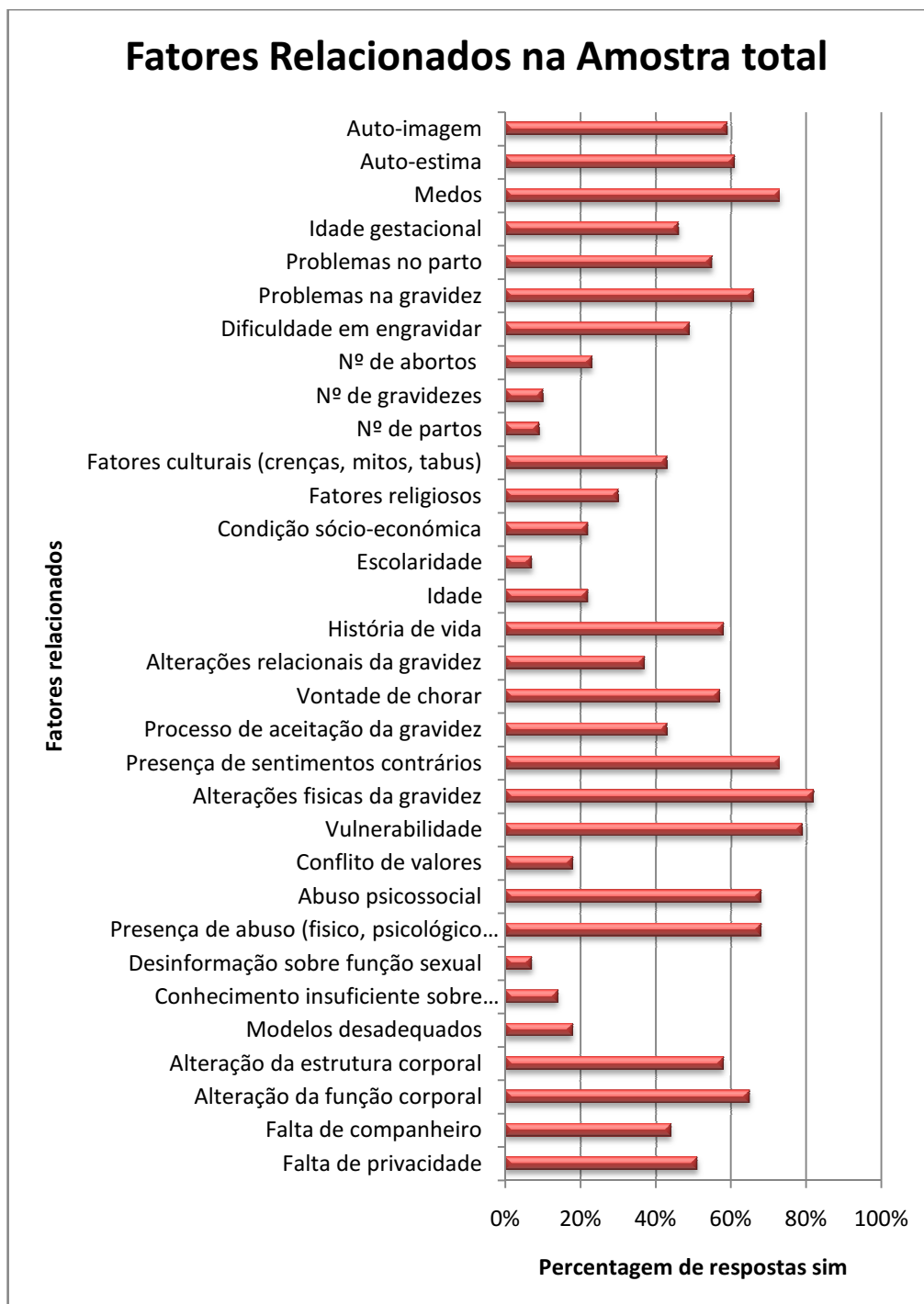


Gráfico 7 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados na amostra total

O gráfico 7 mostra a distribuição dos fatores relacionados na amostra global e evidencia como fatores mais relevantes, com frequências acima dos 50%, as alterações físicas (82%), situações de vulnerabilidade (79%), os medos e a presença de sentimentos contrários (73%), a presença de abuso (físico, psicológico ou sexual) e abuso psicossocial (68%), alteração na função corporal (67%), presença de problemas na gravidez (66%), alteração na autoestima (61%), alteração na autoimagem (59%), alterações na estrutura corporal e história de vida (58%), vontade de chorar (57%), problemas no parto (55%) e falta de privacidade (51%). Destes fatores relacionados destacamos que 10 deles emergiram da revisão integrativa da literatura, inclusivamente o mais frequente, o que mostra a concordância entre os dados evidenciados na literatura e a opinião das grávidas que compõem esta amostra. Apresentamos de seguida uma análise dos fatores relacionados por agrupamento (gráfico 8).

Fatores Relacionados no ACES Lisboa Norte

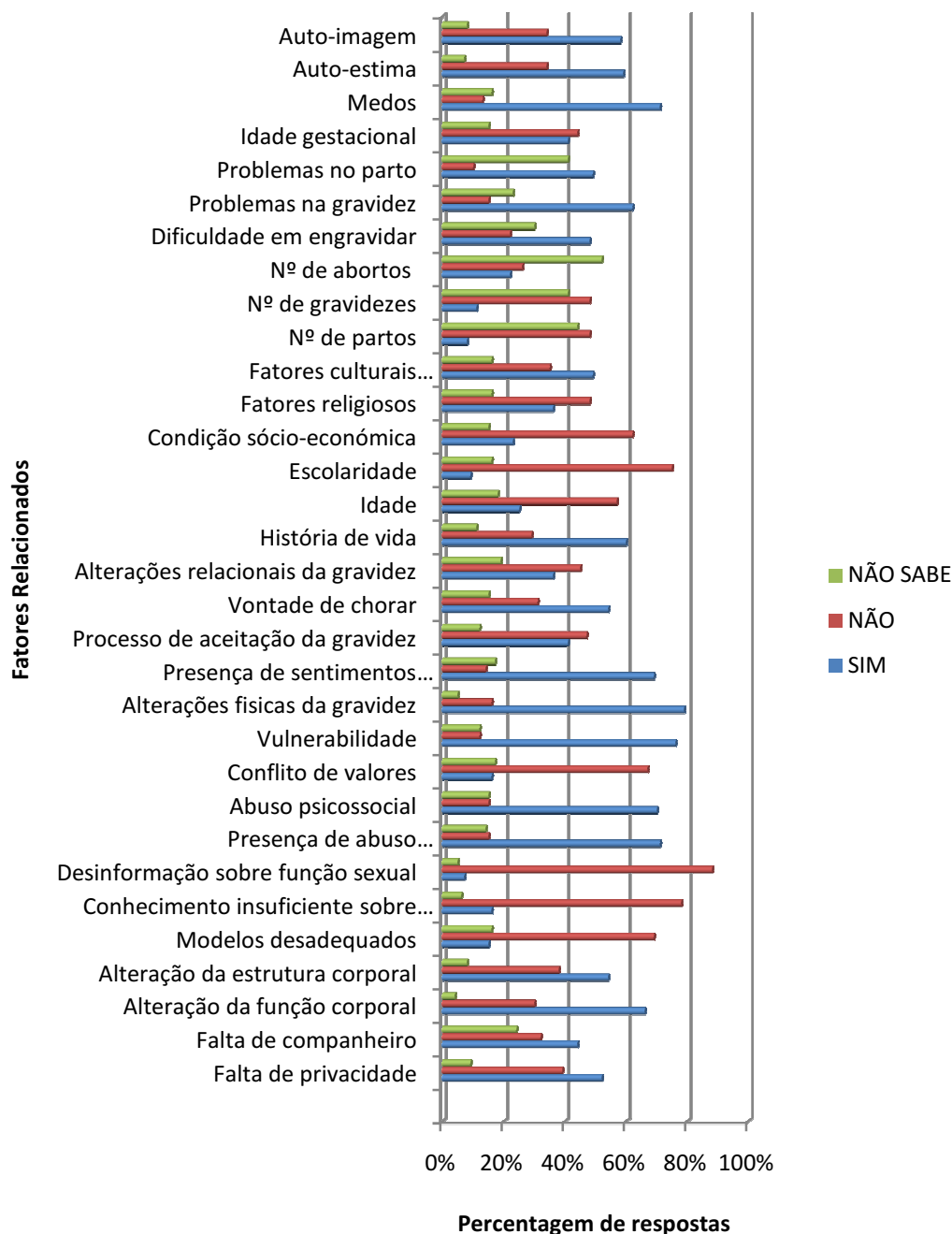


Gráfico 8 - Distribuição da frequência de repostas aos fatores relacionados no ACES

Lisboa Norte

Dos fatores existentes já listados na NANDA-I destacamos a vulnerabilidade (76%), as situações de abuso (70%), a alteração na função corporal (66%) e a alteração na estrutura corporal (54) e a falta de privacidade (51%). Dos novos fatores relacionados encontrados na revisão integrativa da literatura destacam-se as alterações físicas (79%), os medos (71%) e a presença de sentimentos contrários (69%). De referir ainda com percentagem próxima dos 50% as crenças, a dificuldade em engravidar, os problemas no parto e a idade gestacional. Seguimos com a análise no ACES Oeste Sul (gráfico 9).

Fatores Relacionados no ACES Oeste Sul

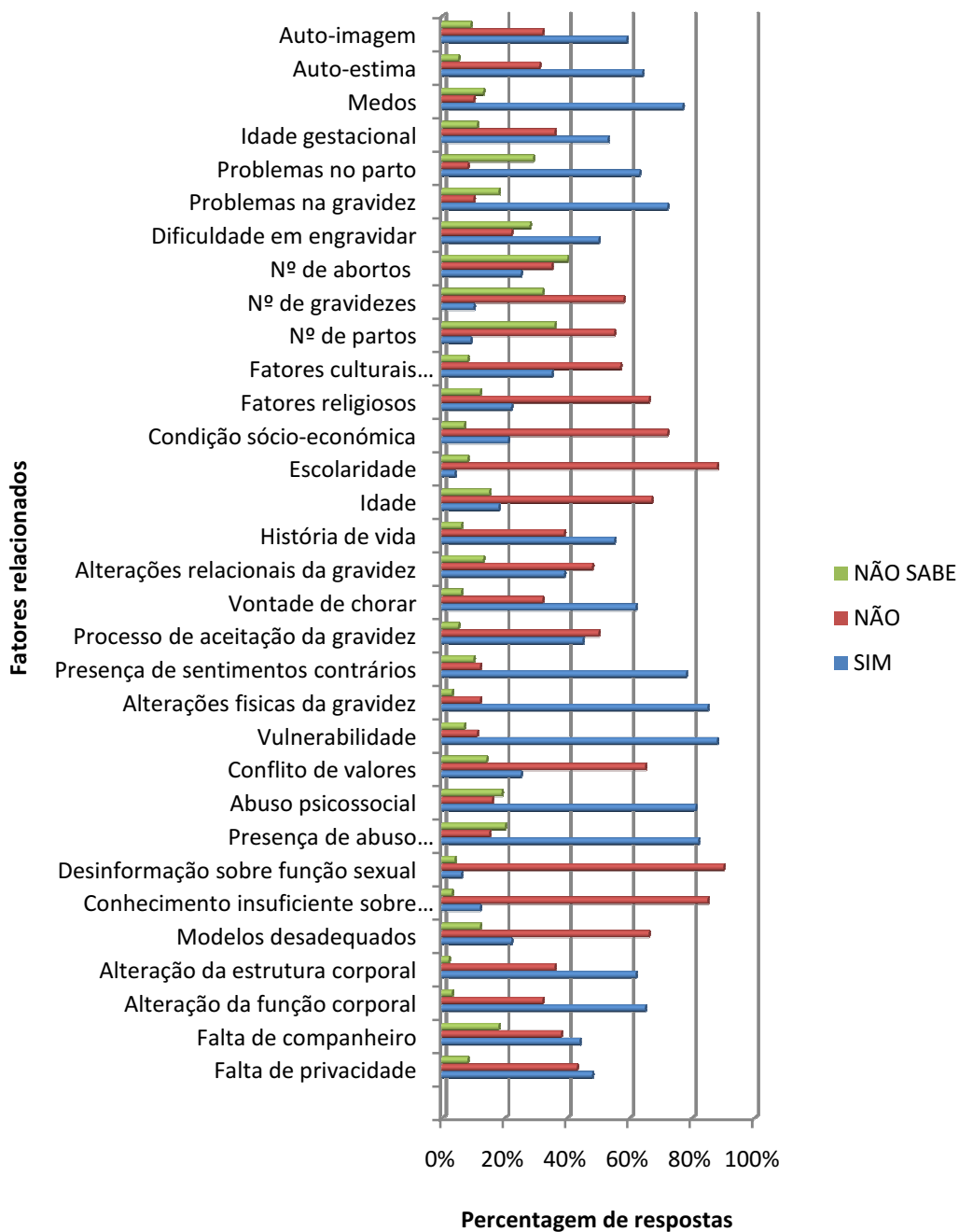


Gráfico 9 - Distribuição da frequência de repostas aos fatores relacionados no ACES Oeste Sul

No ACES Oeste Sul as percentagens variam um pouco por fator, existindo alguns com maior percentagem neste agrupamento, mas com valores próximos. Neste ACES, verifica-se uma maior percentagem positiva em alguns dos novos fatores, comparativamente ao ACES Lisboa Norte, destacando-se as alterações físicas, as alterações psicológicas, os fatores relacionais, o número de partos e de abortamentos, a dificuldade em engravidar, os problemas na gravidez e no parto, a idade gestacional, o medo e as alterações na autoestima e na autoimagem.

Passamos agora a uma análise da frequência dos fatores relacionados por grupo, no sentido de observar a ocorrência de algumas diferenças na resposta positiva pela presença de disfunção sexual na grávida.

Fatores Relacionados no grupo "DS" e "Não DS"

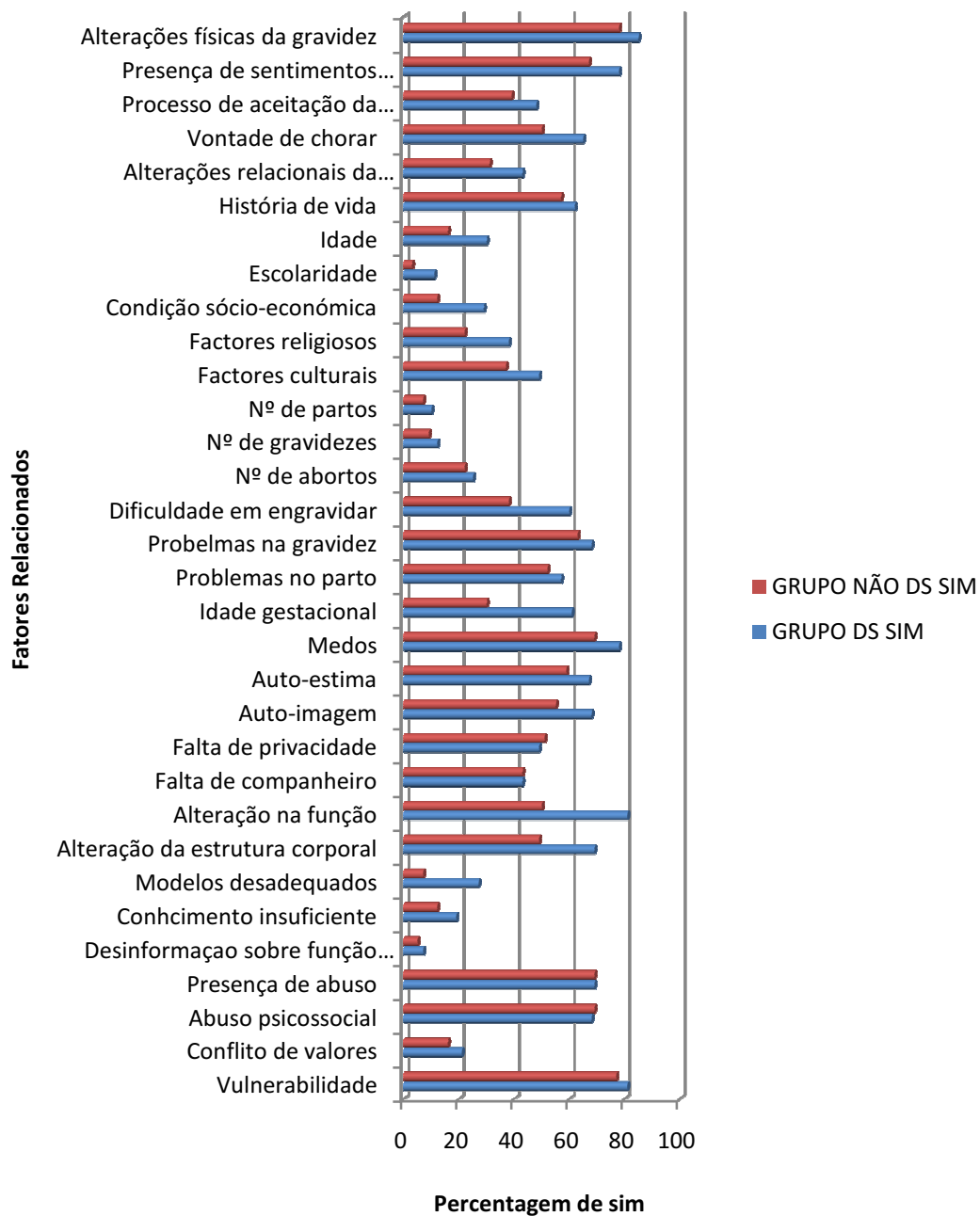


Gráfico 10 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados nos grupos “DS” e “Não DS”

Da análise do gráfico 10 podemos constatar que a frequência das repostas positivas aos fatores relacionados é maior no grupo “DS” (DS vs Não DS), onde se destacam a alteração na função (50%vs81%) e na estrutura corporal (49%vs69%). Podemos verificar, ainda, e com valor consideravelmente superior, algumas condições obstétricas como a idade gestacional (30%vs61%) e a dificuldade em engravidar (38%vs60%). Os fatores religiosos (22%vs38%), culturais (37%vs49%), e as diferentes variáveis das alterações psicológicas também se destacam no grupo “DS”, bem como as alterações na autoimagem (55%vs68%) e na autoestima (59%vs67%), e a presença de medos (69%vs78%).

A diversidade de fatores relacionados referidos na literatura como associados às alterações na vivência da sexualidade pode mais detalhadamente ser observada na segunda fase deste estudo. No entanto, destacamos de seguida algumas particularidades que vão ao encontro dos dados encontrados. Os autores Rados, Vranes, e Sunjic (2014) relacionam a alteração da autoestima e da autoimagem com a satisfação sexual o que pode explicar a frequência deste fator neste grupo. Os medos e mitos durante a gravidez são relatados em diferentes estudos (Johnson, 2011; Galakza et al., 2014; Rados, Vranes, & Sunjic, 2014; Ribeiro et al., 2014) o que vai ao encontro dos dados encontrados. A preocupação com resultados obstétricos adversos é relatada também como preditor da alteração da atividade sexual (Serati et al., 2010; Jamali & Mosalanejad, 2013; Guleroglu & Beser, 2014; Yeniei & Petri, 2014). Para Shoja, Jouybari e Sanagoo (2011) existe um relacionamento das alterações psicológicas com a diminuição da atividade sexual. A existência de crenças pessoais e culturais como fator condicionante é referida em diferentes estudos (Shoja, Jouybari, & Sanagoo, 2011; Yangin & Eroglu, 2011; Yeniei & Petri, 2014).

Um resultado interessante é a pouca frequência de respostas positivas relativamente à falta de conhecimento, o que leva a crer que as grávidas possuem conhecimento, ou percebem ter esse conhecimento. Ainda assim, a literatura refere este fator como muito importante durante a gravidez e com estudos que mostram resultados positivos após implementação de programas de ensino (Oliveira, 2008; Afshar et al., 2012; Garcia et al., 2012). Outros estudos remetem para a importância de fornecer conhecimento durante a gravidez (Oliveira, 2008; Camacho, Costa, Vargens, & Progianti, 2010; Murtagh, 2010; Johnson, 2011; Corbacioglu et al., 2012; Garcia et al., 2012; Jamali & Mosalanejad, 2013; Ahmed, Madny, & Ahmed, 2014; Kiza et al., 2014). Contudo, também é referido que as grávidas obtêm informação pela internet e por outros meios de comunicação social que podem não ser os mais fiáveis (Liu, Hsu, & Chen, 2013; Malkoc, Resim, & Bulut, 2014). Este aspeto vem sublinhar a importância dos enfermeiros validarem as informações que as grávidas têm e tomarem a iniciativa de abordar o tema (Barbosa, 2011; Afshar et al., 2012; Aribi et al., 2012; Babazadeh, Mirzali, & Masomi, 2013; Aydin et al., 2014; Kisa et al., 2014).

Fatores Relacionados na amostra total nos diferentes trimestres

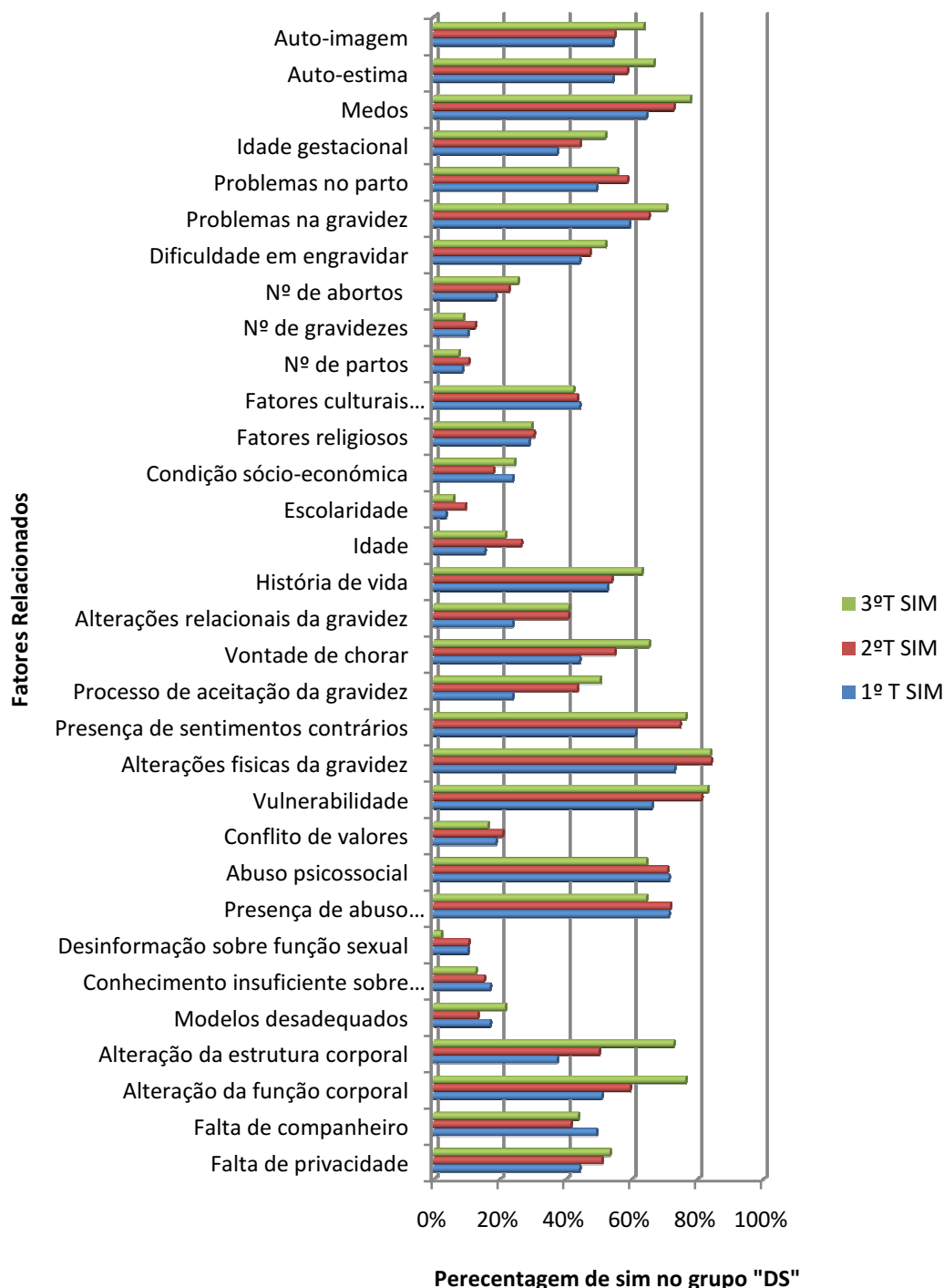


Gráfico 11 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados na amostra global por trimestre

Na análise dos fatores relacionados por trimestre destaca-se aqui a interligação com a alteração da função sexual na evolução da gravidez (gráfico 11). Podemos observar que a frequência de “sim” é quase sempre superior no terceiro trimestre, onde se destaca a alteração na função e na estrutura corporal, mas também os fatores psicológicos, os medos e as alterações na autoimagem e autoestima.

Fatores relacionados no grupo "DS" por trimestre

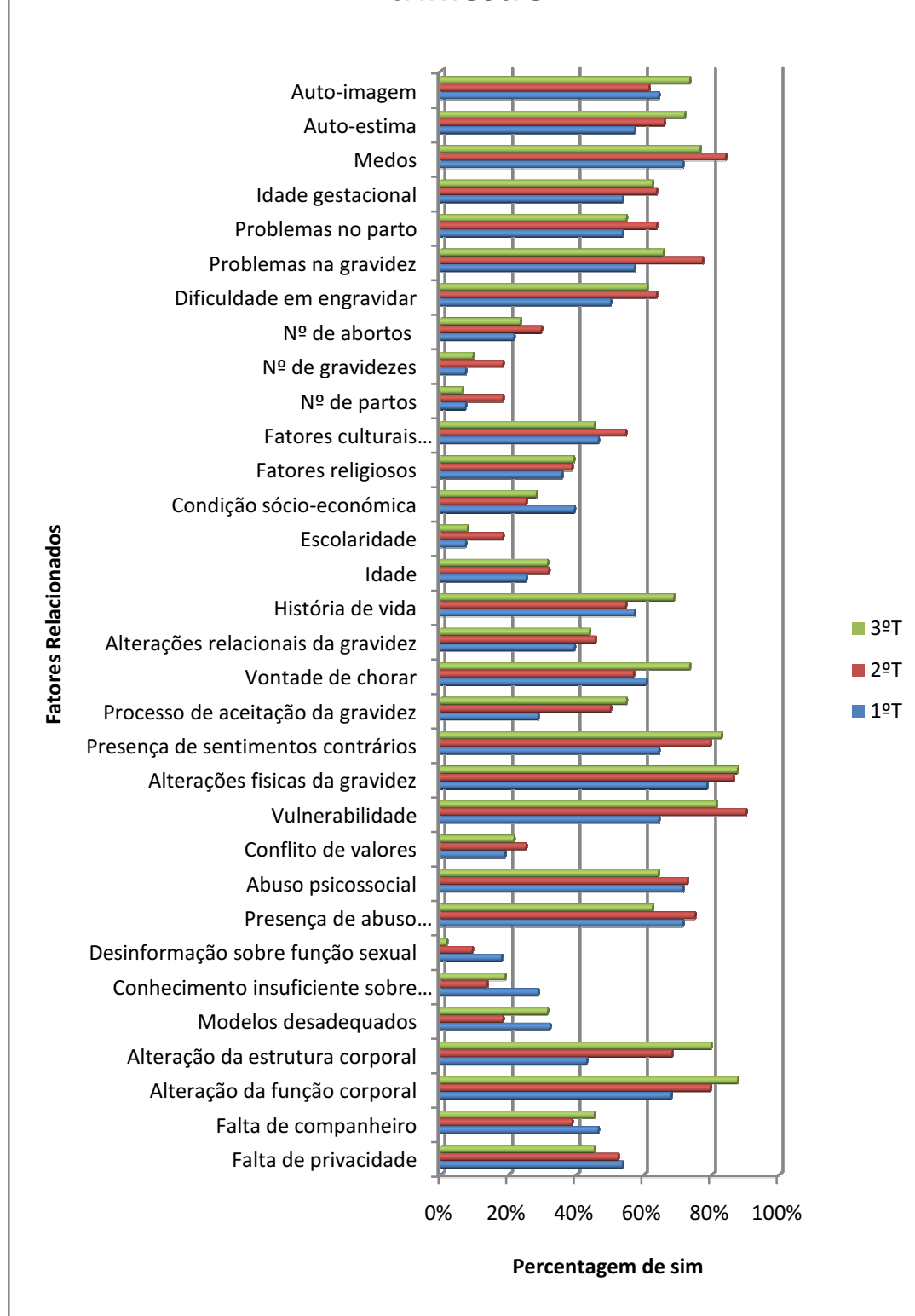


Gráfico 12 - Distribuição da frequência de respostas positivas aos fatores relacionados no grupo "DS" por trimestre

Numa análise mais concreta no grupo “DS” da frequência dos fatores relacionados por trimestre, verificámos uma distribuição menos uniforme em relação à maior frequência no terceiro trimestre, embora este trimestre se continue a destacar (gráfico 12). As alterações físicas e psicológicas demarcam-se pelo aumento da frequência com o avançar da idade gestacional e de igual modo, as alterações da autoimagem e autoestima destacam-se mais no terceiro trimestre. Os medos salientam-se no segundo trimestre o que pode estar relacionado com o processo de consciencialização da gravidez, assim como também a referência às condições obstétricas aparece mais elevada no segundo trimestre. Por outro lado, verificámos que a condição socioeconómica integrada nos fatores sóciodemográficos surge com maior percentagem no primeiro trimestre. Ou seja, logo que a gravidez é diagnosticada, que pode constituir um momento de alegria e de emoções, mas também pode traduzir numa sensação de desamparo pelas implícitas transformações psicossociais com repercussões diretamente ligadas às condições socioeconómicas e culturais da mulher (Gonçalves Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010). O conhecimento das grávidas sobre o funcionamento sexual parece aumentar com o evoluir da gravidez, uma vez que a desinformação e o conhecimento insuficiente diminuem. Sugere que a grávida aumenta o seu conhecimento ao longo da gravidez, mas não sabemos onde recorre para obter esse conhecimento e se o adquire de modo adequado (Liu, Hsu, & Chen, 2013; Malkoc, Resim, & Bulut, 2014). Os enfermeiros devem estar atentos para esta pluralidade de fatores que podem estar relacionados com as alterações da sexualidade neste período da vida do casal.

Os resultados obtidos das diferentes fases deste estudo parecem mostrar a necessidade de revisão do diagnóstico de enfermagem. A revisão integrativa remete para a necessidade de atualização do diagnóstico com a inclusão de novas

características definidoras e novos fatores relacionados. A validação clínica aponta para alguma dificuldade nesta amostra de grávidas em assumir a presença de disfunção sexual e a identificarem mais facilmente como uma alteração da função sexual. Emerge, também, a possibilidade de um diagnóstico de risco, uma vez que são conhecidas e identificadas as diversas alterações na sexualidade associadas a esta fase de transição na vida da mulher/casal. Assim, ainda que a mulher não identifique a disfunção sexual no seu global, pode identificar alterações nas suas diferentes dimensões o que a poderá colocar em risco de disfunção sexual. De seguida apresentamos algumas propostas que nos parecem pertinentes de submeter à NANDA-I face aos resultados encontrados.

2.5 – NOVAS PROPOSTAS PARA A NANDA-I

Este estudo de validação do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, numa amostra de mulheres grávidas, permitiu-nos aprofundar a problemática a nível da literatura, mas também explorar a classificação do diagnóstico na NANDA-I e construir novas propostas de diagnósticos a submeter à comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I (Anexo XII). O diagnóstico mostrou-se válido nesta amostra de grávidas, no entanto, pelo percurso surgiram novas inquietações que passamos a expor.

O enunciado de disfunção sexual parece-nos adequado, todavia, e atendendo à origem da palavra disfunção, à sua conotação negativa e à experiência que desenvolvemos neste percurso de investigação, percebemos que estes termos podem ter impedido a resposta positiva das grávidas com o diagnóstico. Pensamos que a alteração no enunciado do diagnóstico para “alteração na função sexual” (*impaired*

sexual function), poderia auxiliar o enfermeiro na abordagem à grávida e ajudá-la, simultaneamente, a expor essa situação. De qualquer modo, a definição parece-nos adequada.

Consideramos relevante a construção de um diagnóstico específico para este grupo de mulheres grávidas que partilham características (Herdman, 2013), como sujeito do diagnóstico, e como tal com alguma especificidade, pelo que propomos a seguinte classificação para este diagnóstico na taxonomia II:

Dimensão 8: Sexualidade

Classe 2: Função sexual

Enunciado: Alteração da função sexual

Definição: Alteração na função sexual do indivíduo, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória e/ou inadequada.

Características definidoras principais:

Procura de confirmação de desejabilidade

Alteração na satisfação sexual

Alteração na atividade sexual

Perceção da limitação sexual

Alterações no orgasmo

Alterações na lubrificação

Mudança indesejada na função sexual

Características definidoras secundárias:

Alteração na excitação sexual

Mudança do auto-interesse

Alterações no desejo sexual

Mudança no papel sexual

Dispareunia

Mudança no interesse em relação a outros

Diminuição do desejo sexual

Fatores relacionados

Falta de privacidade

Falta de companheiro

Alteração da função corporal

Alteração da estrutura corporal

Modelos desadequados

Conhecimento insuficiente sobre função sexual

Desinformação sobre função sexual

Presença de abuso (físico, psicológico, social ou sexual)

Vulnerabilidade

Alterações físicas

Alterações psicológicas

Alterações relacionais

Fatores sociodemográficos (história de vida, idade, escolaridade, condição socioeconômica)

Fatores religiosos

Fatores culturais (crenças, mitos, tabus)

História obstétrica (número de partos; gravidezes; abortamentos; dificuldade em engravidar, problemas na gravidez e/ou no parto, idade gestacional)

Medos

Alterações na autoestima

Alterações na autoimagem

Podemos também perceber a ausência de diagnóstico de risco relacionado com esta resposta humana. Sabendo que um diagnóstico de risco se define como “julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que têm elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável” (Herdman, 2013, p.588), pensamos que tratando-se as grávidas de um grupo particularmente vulnerável, e atendendo à prevalência do diagnóstico neste estudo, poderíamos propor a inclusão do diagnóstico “risco de alteração na função sexual” (*risk for impaired sexual function*). Neste contexto, a

gravidez e puerpério seriam submetidos como fatores de risco para este diagnóstico, embora outros com certeza possam ser considerados.

A diversidade de fatores relacionados encontrados neste estudo poderá constituir fatores de risco para a possibilidade do diagnóstico de enfermagem de “risco de alteração da função sexual”.

Dimensão 8: Sexualidade

Classe 2: Função sexual

Enunciado: Risco de alteração da função sexual

Definição: Risco de alteração na função sexual do indivíduo, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória ou inadequada.

Fatores de risco:

Falta de privacidade

Falta de companheiro

Alteração da função corporal

Alteração da estrutura corporal

Modelos desadequados

Conhecimento insuficiente sobre função sexual

Desinformação sobre função sexual

Presença de abuso (físico, psicológico, social ou sexual)

Vulnerabilidade

Alterações físicas

Alterações psicológicas

Alterações relacionais

Fatores sociodemográficos (história de vida, idade, escolaridade, condição socioeconómica)

Fatores religiosos

Fatores culturais (crenças, mitos, tabus)

História obstétrica (número de partos; gravidezes; abortamentos; dificuldade em engravidar, problemas na gravidez e/ou no parto, idade gestacional)

Medos

Alterações na autoestima

Alterações na autoimagem

2.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A problemática da vivência da sexualidade na gravidez assume-se como um tema relevante face ao impacto na qualidade de vida da mulher/casal, especificamente neste período de transição. A necessidade de abordagem desta temática pelos profissionais de saúde é expressa pelas grávidas em diversos estudos. As alterações na sexualidade têm repercussões em todas as manifestações da vida pessoal pelo que as devemos considerar como algo dinâmico que influi e afeta a totalidade da pessoa humana (Vidal, 2002, OMS, 2006; Oliveira, 2008; Ferreira et al., 2012).

Num estudo de investigação, desde a definição do problema à escolha da metodologia adequada, aos instrumentos, ao processo de recolha de dados, à validade dos resultados, às regras de publicação e à sua divulgação, a preocupação com o respeito pelos preceitos éticos dos procedimentos deve estar presente, uma vez que a garantia ética é transversal a todas as etapas do processo de investigação (Nunes, 2013). A autora enumera os seis princípios éticos que devem acompanhar uma investigação: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade, estando estes diretamente relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes.

No desenvolvimento deste estudo respeitámos os aspetos éticos inerentes à sua execução e obtivemos aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT, uma vez que a recolha de dados decorreu em unidades de saúde de dois

ACES da ARSLVT. Para a submissão à referida comissão foram seguidos todos os passos do protocolo indicados na lista de verificação de dossier de submissão da CES:

- requerimento ao presidente do conselho diretivo da ARSLVT;
- protocolo de investigação com introdução, justificação do estudo, respetiva revisão bibliográfica, metodologia, recursos, orçamento e cronograma;
- declaração dos responsáveis das unidades de saúde relativamente à disponibilidade para a realização do estudo, foram entregues as autorizações dos diretores executivos dos respetivos agrupamentos com a indicação das Unidades onde se efetuará a recolha de dados;
- previsão do instrumento de recolha de dados;
- escala a utilizar e respetiva validação para grupos da população portuguesa;
- modelo de consentimento informado;
- declaração de compromisso de confidencialidade pelo investigador principal em relação aos colaboradores;
- declarações dos orientadores científicos;
- declaração do investigador sobre a propriedade dos dados e resultados referentes a este estudo de investigação, o compromisso relativo à publicação dos resultados do estudo e o compromisso referente à entrega do relatório final e relatórios anuais da evolução da investigação à CES;
- *currículum vitae* dos investigadores.

A primeira submissão à CES foi efetuada a 27 de Novembro de 2014, tendo sido emitido um parecer intermédio a 17 de Dezembro de 2014. Nesta data foram solicitados alguns esclarecimentos que foram cedidos (Anexo XIII). A 6 de Janeiro de 2015 foram solicitados esclarecimentos em relação à proposta de instrumento de

colheita de dados a apresentar às participantes, à altura ainda provisório, e foram enviados os esclarecimentos. A 30 de Janeiro de 2015 foi emitido o parecer favorável, mas condicionado ao envio do instrumento de colheita de dados final antes da aplicação (Anexo XIV). A 4 de Março de 2015 foi entregue a versão final do instrumento de colheita de dados a aplicar, e a 10 de Março de 2015 recebemos o parecer final favorável para o início do estudo (Anexo XV).

Neste estudo os problemas éticos particulares relacionam-se com o facto da investigação na temática da sexualidade tocar em áreas de intimidade e de privacidade das participantes, numa situação de gravidez e acompanhadas no serviço de saúde onde foi realizada a recolha de dados. O respeito pela privacidade e pela intimidade do outro são direitos da pessoa humana associadas ao seu íntimo que foram respeitados e preservados neste estudo. O direito à intimidade emerge dada a sua forte ligação com a sexualidade, pelo que as participantes podem negar-se a responder a algumas questões e a partilhar informações íntimas e privadas podendo entendê-las como uma forma de intrusão na vida pessoal. Assim, qualquer pessoa é livre de decidir sobre a profundidade da informação que quer fornecer ao participar num estudo de investigação (Nunes, 2013). Esta é uma variável que dificilmente se controla ao administrar questionários, mas neste caso, o questionário foi entendido como o instrumento mais adequado para tratar esta temática, respeitando a intimidade, e para responder ao objetivo do estudo.

Os participantes têm o direito ao conhecimento pleno sobre o estudo para o qual é solicitado a sua participação, bem como tem direito de auto-determinação, baseado no princípio ético do respeito, já que a pessoa, geralmente, é capaz de decidir por ela própria. Assim, o participante tem o direito de decidir livremente sobre a sua

participação ou não no estudo (Nunes, 2013). Garantimos este direito através do consentimento informado e também pelo fornecimento dos contactos da investigadora para possíveis esclarecimentos.

No documento do consentimento informado, e de acordo com as normas da CES, foram integradas informações às participantes acerca dos aspetos fundamentais do estudo (por exemplo: objetivos, contexto, participantes), a justificação da sua participação voluntária, o anonimato, a confidencialidade em relação à informação individual, a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento do processo e assegurar a ausência de qualquer prejuízo financeiro ou outro risco pela participação no estudo.

No decorrer da recolha de dados garantimos a confidencialidade em relação à participação com a oferta de um envelope opaco para as grávidas devolverem os questionários preenchidos ou não preenchidos, devendo ser colocados numa caixa fechada. Deste modo, considerámos assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade, a preservação da identidade do sujeito e a não associação às respostas individuais em nenhum momento do estudo (Nunes, 2013).

No estudo foi sempre considerado o direito das participantes não serem sujeitas a dano, e para isso, o investigador manteve contacto com os colaboradores, de forma a avaliar periodicamente a recolha de dados (Nunes, 2013). Na fase de preparação a investigadora sensibilizou as colegas que entregaram os questionários para essa possibilidade e, uma vez que as participantes foram acompanhadas na consulta de enfermagem, tinham oportunidade, caso tivessem alguma dúvida ou questão relacionada com o tema, de a exporem à enfermeira que efetuou a consulta ou à investigadora, uma vez que também tinham essa possibilidade.

As participantes foram informadas que os resultados seriam divulgados, mantendo o anonimato ou elementos identificadores, e foi-lhe dada a possibilidade de acesso à divulgação dos resultados.

Segundo Nunes (2013), a realização de um trabalho académico numa instituição deve obter autorização prévia de quem tem a responsabilidade e a representação da organização onde se pretende desenvolver o estudo. Assim, obtivemos a autorização das instituições, nomeadamente a autorização para realizar o estudo pelos diretores executivos dos respetivos agrupamentos em Novembro de 2014, mais concretamente o ACES Lisboa Norte a 14 de Novembro de 2014 e do ACES a 27 de Novembro de 2014, assegurando assim recolha de dados no contexto clínico (Anexo XI). Estão planeadas sessões de divulgação dos resultados nos respetivos agrupamentos em forma de comunicação oral.

Obtivemos a autorização para a utilização da escala de avaliação, utilizada na fase de validação clínica FSFI, dos autores que efetuaram a validação em Portugal, a 21 de Junho de 2015 (Anexo VIII).

De reforçar que na carta de apresentação com o consentimento informado foi fornecido o contacto da investigadora, *e-mail* e o número de telemóvel na eventualidade de alguma grávida necessitar de algum apoio relacionado com o estudo.

2.7 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste ponto apresentamos as limitações do estudo que nos emergiram ao longo da investigação tendo em conta estratégias de melhoria em investigações futuras.

Face ao método de seleção da amostra não probabilístico, não existe a garantia da aleatoriedade e representatividade da população, devendo a leitura, interpretação dos resultados ser reportada à amostra deste estudo. Sugerimos a continuidade de estudos na área com uma melhor representatividade populacional.

Dado o processo de recolha de dados ser efetuado em cada unidade pelos enfermeiros locais, a motivação dos colaboradores para a entrega dos questionários pode ter condicionado a taxa de resposta. Outras limitações surgem pelo não controlo do preenchimento dos questionários nas diferentes unidades, embora a indicação dos procedimentos tenha sido uniforme em todas as unidades.

Ainda que os dados tenham sido recolhidos tendo em conta a metodologia de Fehring, na análise dos resultados procurámos outras formas de análise. No entanto, temos presente a limitação de que poderíamos ter outras respostas, se esta fosse a opção apresentada às participantes. A metodologia de Fehring tem vindo a ser alvo de algumas limitações discutidas na literatura (Lopes, Silva, & Araújo, 2013). A utilização da escala de likert dificulta a classificação e dispersa os resultados, esta limitação já foi identificada numa outra fase de validação de conteúdo segundo Fehring, que utiliza a escala de likert e sugerida a resposta dicotómica (Chaves, 2008; Caldeira, 2012). A dimensão do questionário pode não ter sido um fator facilitador do seu preenchimento, todavia consideramos a taxa de resposta de 61% aceitável.

A sexualidade é uma dimensão do íntimo e privado de cada um, tendo as participantes o direito de não querer expor a sua intimidade e negar-se a responder a algumas questões, a partilhar informações desse âmbito e a entendê-las como uma

forma de intrusão na vida pessoal. Mas este é um aspeto transversal ao preenchimento de questionário em qualquer estudo. A complementaridade desta investigação com outras de âmbito qualitativo poderá enriquecer o conhecimento sobre o tema, no entanto dada a temática impõe-se uma abordagem muito cuidadosa.

A escassez de estudos sobre diagnósticos de enfermagem, especialmente no domínio da sexualidade limitou a discussão de dados neste estudo com estudos de enfermagem.

3 – CONCLUSÕES

A sexualidade é construída desde o início da vida e vai-se transformando face às experiências individuais do próprio e com o outro. A gravidez é uma fase de potencial crise psicossocial, um período crítico em que a maioria dos casais vivencia alterações no seu padrão de comportamento sexual e que pode culminar numa disfunção sexual. A expressão da sexualidade ao longo da vida e, particularmente, nesta fase impõe o envolvimento de afetos, emoções, comunicação e prazer, transcende a mera relação sexual, implica criatividade e sedução de forma a manter viva esta dimensão imprescindível na vida conjugal.

Os enfermeiros detêm competências que visam a obtenção de melhores níveis de satisfação e qualidade de vida da população pelo que não devem descurar a atenção à sexualidade na sua intervenção. O diagnóstico de enfermagem é uma ferramenta fundamental para a prática da enfermagem. Para ser considerado válido deverá mostrar de forma concreta o fenómeno medido. Consciente ou inconscientemente os enfermeiros diagnosticam problemas na sua prática clínica e, porque cada vez mais é imprescindível avaliar os cuidados que prestam para a resolução dos problemas, o aumento da objetividade é uma necessidade na qual os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem podem constituir-se como um contributo.

O percurso desta investigação iniciou-se com o enquadramento teórico, onde explorámos o conceito da sexualidade e outros envoltos na dimensão, descrevemos a gravidez como uma fase com imensas alterações implícitas, bem como o seu relacionamento com a dimensão da sexualidade e a multiplicidade de fatores adjacentes. Considerámos ainda pertinente explorar a temática dos diagnósticos de

enfermagem e especificamente o diagnóstico em estudo, disfunção sexual. Por fim, abordamos a importância do cuidado de enfermagem geral e especializado, integrando a sexualidade ao casal grávido, numa perspectiva holística.

O estudo desenvolveu-se em três fases das quais apresentamos as principais conclusões. Na primeira fase do estudo efetuou-se a tradução dos elementos constituintes do diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction* para português, uma fase determinante para a continuidade do estudo, uma vez que o mesmo se encontrava apenas em inglês na edição mais recente publicada. Esta fase permitiu aprofundar e apresentar esta metodologia mais usada na validação de instrumentos de medida e pertinente na investigação em enfermagem. A versão encontrada foi utilizada na operacionalização do restante percurso deste estudo. A segunda fase consistiu numa revisão integrativa da literatura que sistematizou a publicação científica recente sobre o problema da disfunção sexual na grávida, respondendo porém a uma questão específica, e que obteve os indicadores clínicos determinantes para a identificação da disfunção sexual na grávida. No final, além das características definidoras e dos fatores relacionados já contemplados na NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, a revisão integrativa da literatura adicionou mais quatro características definidoras e 12 fatores relacionados que prosseguiram para a continuidade do estudo e que se mostraram pertinentes na identificação do diagnóstico de enfermagem. A revisão integrativa da literatura efetuada, bem como toda a bibliografia consultada ao longo deste estudo, mostraram a pertinência e atualidade da problemática da disfunção sexual na grávida. A contextualização teórica e a revisão integrativa da literatura complementam-se e constituíram os pilares basais de suporte de conhecimento a este estudo.

Previamente à terceira fase deste estudo foi importante identificar a prevalência de disfunção sexual na grávida nesta amostra bem como definir o grupo de grávidas com o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual. A prevalência de disfunção sexual obteve-se pela aplicação do FSFI com uma avaliação mais concreta e objetiva da função sexual feminina, com boas propriedades psicométricas nesta amostra e onde os resultados mostraram 20% de grávidas com disfunção sexual. Considerámos igualmente importante a opinião manifestada pelas grávidas sobre a sua função sexual onde os resultados mostraram que cerca de 43% referem sentir disfunção sexual. O diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual foi identificado em 49% das grávidas pela reunião dos resultados obtidos pelo FSFI e pela opinião da grávida. A terceira fase do estudo foi a validação clínica do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual numa amostra de grávidas onde se identificaram as características principais e secundárias do diagnóstico de enfermagem, favorecendo a identificação do mesmo. Pretendemos contribuir para uma maior objetividade na avaliação da problemática da disfunção sexual na grávida e que os enfermeiros mais facilmente diagnostiquem e planeiem intervenções adequadas, eficientes e eficazes para a resolução desta situação. Nesta fase obtivemos sete características definidoras principais e sete características definidoras secundárias e o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual foi validado com um *score* de 0,79.

A fase empírica do estudo, na nossa perspetiva pode ter também constituído um período de sensibilização para os enfermeiros envolvidos na recolha de dados, uma vez que se contextualizou a problemática. Na mesma linha, também as grávidas durante o preenchimento do questionário, tiveram oportunidade de refletir sobre a sua vida sexual e perceber que os enfermeiros estão atentos para a possibilidade deste problema e poderão constituir um recurso adequado caso necessitem intervenção.

O percurso de investigação e os resultados obtidos remetem-nos para implicações na prática de cuidados, mas também para a importância do contexto da educação em enfermagem. A sensibilização para a abordagem da temática da sexualidade nos cuidados deve fazer parte dos currículos académicos da formação base de enfermagem e, mais especificamente, na formação especializada e pós-graduada.

Considerámos, ainda, importante continuar a investigação na linha de validação de diagnósticos de enfermagem, nomeadamente deste diagnóstico em estudo noutras populações, mas também, noutras amostras de grávidas, para uma maior evidência tendo em conta as especificidades inerentes à gravidez, como as culturais. Emergem-nos ainda a possibilidade de construção de um diagnóstico de enfermagem específico para as grávidas, ou de um diagnóstico de enfermagem de risco de disfunção sexual para as grávidas. Sugerimos ainda a possibilidade de em estudos futuros a validação diferencial dos entre o diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction* e *ineffective sexuality pattern* para uma maior precisão e diferenciação destes diagnósticos.

O reconhecimento das alterações no funcionamento sexual feminino durante a gravidez e a forma como influenciam outras dimensões da vida da mulher/casal foi o ponto de partida para esta investigação. Também considerámos pertinente dar um contributo para melhorar a intervenção de enfermagem na vigilância pré-natal para uma vivência da sexualidade neste período saudável e harmoniosa. A gravidez é um processo complexo, dinâmico e transformador também a nível da vida sexual. O enfermeiro deve compreender essa dinâmica e desenvolver uma prática humanizada e holística contemplando a sexualidade nos cuidados de enfermagem ao casal grávido.

Investigar sobre a sexualidade e sobre a disfunção sexual na gravidez contribui para aplicar uma prática baseada na evidência no sentido de resolver um problema que pode estar presente nesta fase da vida da grávida casal. A problemática da sexualidade na gravidez assume-se como socialmente relevante face à sua influência na qualidade de vida dos casais e à sua interligação em diferentes dimensões importantes para o bem-estar da mulher.

A disfunção sexual é uma problemática transversal em todo o mundo e a sua prevalência tem sido analisada em diversos estudos em diferentes contextos culturais. Uma problemática analisada mundialmente onde este estudo também poderá constituir mais um contributo para o conhecimento na área da saúde sexual.

No caminho da competência para um cuidado holístico, o transformar a realidade dos cuidados de enfermagem na gravidez para um cuidado de enfermagem global onde a abordagem da sexualidade e dos problemas sexuais é mais explorada e emerge de forma natural foi um dos propósitos deste estudo.

A concretização desta investigação traz como produto o desenvolvimento pessoal, profissional e comunitário. Pessoal por toda a aprendizagem, profissional porque é a minha área de exercício onde posso mobilizar todo conhecimento e comunitário, porque será um contributo para melhorar a saúde e a qualidade de vida das famílias grávidas que não podem ser entendidas senão integradas numa comunidade e que obterão ganhos em saúde com uma vivência saudável e harmoniosa da vida sexual destas famílias durante a gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abasalizadeh, F., & Abasalizadeh, S. (2011). Behavioral dichotomy in sexuality during pregnancy and effect of birth-week intercourse on pregnancy outcomes in an Iranian population. *Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 14(2),1.

Retirado de

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.078651432283&partnerID=40&md5=497dff5338e13817f10dbe32037714a9>

Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Merghati-Khoei, E.S., & Yavarikia, P. (2012). The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 1(4), 173-181. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25276693&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.5681/jcs.2012.025

Ahmed, M. R., Madny, E. H., & Ahmed, W. A. S. (2014). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among egyptian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(4), 1023-1029. Retirado de

<http://onlinelibrary.wiley.com>. doi: 10.1111/jog.12313

Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 4ªed. Braga: Psiquilibrios.

Alsibiani, S. A. (2014). Effects of pregnancy on sexual function: Findings from a survey of Saudi women. *Saudi Medical Journal*, 35(5), 482-487. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012582827&lang=pt-br&site=ehost-live>

Amaral, T. L. M., & Monteiro, G. T. R. (2014). Translation and validation of the Pregnancy and Sexual Function Questionnaire (PSFQ). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(3), 131-138. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24728317&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1590/S0100-72032014000300007

American Psychiatric, A. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Aribi, L., Ben Houidi, A., Masmoudi, R., Chaabane, K., Guermazi, M., & Amami, O. (2012). Female sexuality during pregnancy and postpartum: A study of 80 tunisian women. *Tunisie Medicale*, 90(12), 873-877. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.084871337407&partnerID=40&md5=07890594766beadba0232b36ad80581a>

Associação para o Planeamento Familiar. (1999). *Carta dos direitos sexuais e reprodutivos*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Astbury-Ward, E. (2011). A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 254-270.

Aydin, M., Cayonu, N., Irkilata, L., Demirel, H. C., Keles, M., Atilla, M. K., & Kendirci, M. (2014). The comparison of sexual functions in pregnant and non pregnant women. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 77-77.

Babazadeh, R., Mirzaii, K., & Masomi, Z. (2013). Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120(1), 82-84. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.084871713036&partnerID=40&md5=64fce74d5750893697e7f0a968f407e9>. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.07.021

Barbosa, E.C.B. (2011). *Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez* (Monografia de licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/2849>.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, A. L. B. L. (2009). Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe1), 864-867.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Shover, L., Lankveld, J.V. & Schultz, W.W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 40-48. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x

Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex Marital Therapy*, 26, 51-65.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.

Belentani, L. M., Marcon, S. S., & Pelloso, S. M. (2011). Sexualidade de puérperas com bebês de risco. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 107-113. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100016>

Benedet, S. A., Hermida, P. M. V., Sell, B. T., Padilha, M. I., & Borenstein, M. S. (2012). Produção Científica da Reben sobre Diagnóstico de Enfermagem no Recorte Histórico de 2003-2010. *História Enfermagem—Revista Eletrônica [Online]*, 3(2), 125-40. Retirado de http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Imagenologia/SA%20BENEDET.pdf

Bernardo, E. B. R., Catunda, H. L. O., Oliveira, M. F., Lessa, P. R. A., Ribeiro, S. G., & Pinheiro, A. K. B. (2013). Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 592-598. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a19.pdf>

Bhandari, M., & Giannoudis, P. V. (2006). Evidence-based medicine: what it is and what it is not. *Injury*, 37(4), 302-306.

Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência.

Bomfim, I. Q. M., & Melro, B. C. F. (2015). Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 16(4), 277-82. Retirado de

<file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/364-1389-1-PB.pdf>

Braga, F. R. (2013). *Validação conceitual e clínica do diagnóstico de enfermagem "risco de perfusão renal ineficaz" em transplantados de células troncohematopoéticas* (Dissertação Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. Retirado de

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS98SFAX/abiana_rodrigues_braga_1.pdf?sequence=1

Brás, M., Azeredo, Z., Nobre, J., & Silva, T. (2009). Formação sobre sexualidade dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários: Estudo de factores a ela associados. *Servir*, 57(1/2), 28-36. Retirado de

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5891/3/Formac%CC%A7a%CC%83o%20sobre%20sexualidade.pdf>

Brooks, J., Born, A. M., Hoggard, A., Desper, D. D., Johns, T., & Willard, C. (2012). Sexual dysfunction during pregnancy: Occurrence and assessment of progression. *Journal of Womens Health*, 21(4), 5-6. doi: 10.1089/jwh.2012.Ab01

Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders Company, 231-250.

Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna*. 6ªed. Porto Alegre: Artes médicas.

Caldeira, S. (2011). *A espiritualidade no cuidar*. Lisboa: Coisas de Ler.

Caldeira, S. (2012). *Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Caldeira, S. M. A., Chaves, E. D. C., Carvalho, E. C. D., & Vieira, M. M. D. S. (2012). Validation of nursing diagnoses-the differential diagnostic validation model

as a strategy. *Journal of Nursing. UFPE Online* 6(6), 1441-1445. Retirado de http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2532/pdf_1258. doi: 10.5205/reuol.2304-17527-1-LE.0606201222

Caldeira, S., & Hall, J. (2012). Spiritual leadership and spiritual care in neonatology. *Journal of Nursing Management*. 20(8), 1069-1075.

Caldeira, S., & Vieira, M. (2015). Espiritualidade em neonatologia: o sentido de vida na incubadora. *PROENF – Programa de atualização em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Camacho, K. G., Vargens, O. M., & Progianti, J. M. (2010). Adapting to the new reality: The pregnant woman and the exercise of her sexuality. *Revista Enfermagem*, 18(1), 32-37. Retirado de <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a06.pdf>

Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>

Canavarro, M. C., (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, J.M.N. (2010). Alterações psiquiátricas e gravidez. In L.M. Graça (Orgs), *Medicina materno fetal*. 4ª ed. (633-636). Lisboa: Lidel.

Carteiro, D. (2013). A sexualidade na gravidez: O cuidar transdisciplinar. In *Anais do 8º Congresso Norte-Nordeste de Psicologia*, Fortaleza. Retirado de www2.pol.org.br/inscricoesonline/conpsiviii/anais/tipo.cf

Carteiro, D., & Marques, A. (2010). Os homens e a gravidez. *iSEX Cadernos de sexologia*, 3, 67-76.

Carteiro, D., & Marques, A. (2011). A gravidez e a sexualidade do casal. *iSex Cadernos de sexologia*, 4, 73-87.

Carteiro, D., & Marques, A. (2013). A gravidez e o seu impacto na sexualidade dos futuros pais. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 3, 46-55. Retirado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/38-127-3 PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/38-127-3 PB%20(3).pdf)

Carteiro, D., Caldeira, S., Presado, M., & Cardoso, M. (2014). Health education and sexuality during pregnancy. *Revista de Saúde Pública*. 48(n.espec), 326-340. Retirado de http://www.health.ipleiria.pt/files/2014/05/Abstracts_Health@IPLeia2014.pdf

Carteiro, D., Néné, M., Caldeira, S., & Guerra, M. (2015). A história do diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” na NANDA-I. In Proceedings 9º *Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem*. Retirado de: http://www.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/ics/ISNR/ISNR_EBook_2015Final.pdf

Carvalho, A. A., & Leal, I. (2008). Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. *Revista Internacional de Andrologia*, 6(1), 3-7.

Carvalho, E. C. D., Cruz, D. D.A. L. M., & Herdman, T. H. (2013). Contribuição de linguagens padronizadas para a produção de conhecimento, raciocínio clínico e prática de enfermagem clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 134-141. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>.
doi.org/10.1590/S003471672013000700017

Carvalho, E., Mello, A., Napoleão, A., Bachion, M., Dalri, M., & Canini, S.(2008). Validação de diagnóstico de enfermagem. Reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 235-240. Retirado de <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>

Carvalho, J. L. S., & Santos, A. (2009). *Estudo afrodite caracterização da infertilidade em Portugal I - estudo na comunidade*. Porto: Universidade do Porto.

Catão, C. C., Benevides, J. V., & Alvares Barbosa, L. M. (2013). Analysis of sexual function in pregnancy: A study with pregnant residents in Bom Conselho - Pernambuco - Brazil. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 363-363.

Cavalcante, T. F. (2011). *Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral*. (Tese Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Retirado de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2151>

Cerejo, A. C. (2006). Disfunção sexual feminina: Prevalência e factores relacionados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(6), 701-20. Retirado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/10303-10219-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/10303-10219-1-PB%20(1).pdf)

Chang, S. R., Chen, K. H., & Lin, H. H. (2011). Determinants of sexual function in early, middle, and late pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 171-171.

Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., & Yu, H. J. (2011). Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *Journal of Sexual Medicine*, 8(10), 2859-2867. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.080053575774&partnerID=40&md5=df4c31a4fbae4229d83c3bf45d5a80b1>. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x

Chaves, E. (2008). *Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil. Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/ErikadeCassiaLopesChaves.pdf>

Chaves, E. D. C. L., Carvalho, E. C., Beijo, L. A., Goyatá, S. L. T., & Pillon, S. C. (2011). Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 902-910. Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/4394-6603-1-PB.pdf>. doi: [10.1590/S0104-11692011000400008](https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400008)

Chaves, E., Carvalho, E., & Rossi, L. (2008). Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10(2), 513-520. Retirado de

<file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/8063-30629-1-PB.pdf>

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez. A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Corbacioglu, A., Akca, A., Akbayir, O., Cilesiz Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(6), 1165-1172. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012141659&lang=pt-br&site=ehost-live>.doi: 10.1111/jog.12048

Corbacioglu, A., Bakir, V. L., Akbayir, O., Cilesiz Goksedef, B. P., & Akca, A. (2012). The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *The Journal Of Sexual Medicine*, 9(7), 1897-1903. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22524554&lang=pt-br&site=ehost-live>.doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x

Costa, L. H. R., & Coelho, E. D. A. C. (2013). Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 493-500. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a05.pdf>

Costa, R. F., & Progianti, J. M. (2012). Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre as vivências de mulheres na gestação e no parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 257-263.

Costa, V. D. M., & Pinto, M. J. C. (2012). Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. *Revista Latino-Americana de Medicina Sexual*, 1, 5-13.

Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de investigação em ciencias sociais e humanas*. 2ªed. Coimbra: Almedina.

Crawford, M. (2008). *Viver o sexo com prazer. Guia da sexualidade feminina*. 2ªed. Lisboa: Esfera dos Livros.

Cruz, D. D. A. L. M., & Pimenta, C. A. D. M. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 415-422. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>

Cruz, D.D. A. L. M. (2007). Classificações em enfermagem: tensões e contribuições. *Revista Saúde UnG*,1(1), 20-31. Retirado de <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/65/104>

Cruz, M.D.F. (2012). *Vivências da sexualidade durante a gravidez* (Monografia de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/3486>

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva Infertilidade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

East, L., & Jackson, D. (2013). Editorial: Sexuality and sexual health: Nurses' crucial role. *Contemporary Nurse*, 44(1), 47-49.

Erenel, A., Eroglu, K., Vural, G., & Dilbaz, B. (2011). A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? *Sexuality & Disability*, 29(3), 207-216. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011232781&lang=pt-br&site=ehost-live>.doi: 10.1007/s11195-011-9200-1

Fehring, R. (1986). Validation - validating diagnostic labels: standardized methodology. In M Hurley (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference of North American nursing Diagnosis Association* (183-190). St Louis: Mosby.

Fehring, R. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, 16(6), 625-629.

Fehring, R. (1994). The Fehring Model. In R. Carrol-Johnson, & M. Paquete (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (55-62). Philadelphia: Lippincott.

Ferreira, D. Q., Nakamura, M. U., De Souza, E., Neto, C. M., Ribeiro, M. C., Santana, T. G. M., & Abdo, C. H. N. (2012). Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(9), 409-412. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84870722005&partnerID=40&md5=d35091cba5ae9e6f91944f701334d019>.

doi: 10.1590/S0100-72032012000900004

Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascensio, A. (2010). Partner relationships during pregnancy in anxious and depressed women and men. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 243-250. Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/199.pdf>

Flores, A., & Amorim, V. (2007). Sexualidade na gestação: mitos e tabus. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 1(1).

Francisco, M. D. F. R., Mattar, R., Bortoletti, F. F., & Nakamura, M. U. (2014). Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(4), 152-156. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n4/0100-7203-rbgo-0100-7203201400500004.pdf>.

doi:10.1590/S0100-720320140050.0004

Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York. Press and Norton.

Gałązka, I., Droszol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2014). Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25378082&lang=pt-br&site=ehost-live>

Galdeano, L. E., & Rossi, L. A. (2008). Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(1), 60-66. Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/5112-15238-1-PB.pdf>

García González, S., Duarte González, L. D., & Mejías Paneque, M. C. (2012). Evaluation of a sexual education program on knowledge and sexual behaviour in pregnant. *Enfermeria Global*, 11(4), 453-464. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834801024.pdf>

Garcia, O. R. Z., & Lisboa, L. C. D. S. (2012). Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para a assistência de enfermagem à saúde da mulher, e, nível de atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, 708-16.

Garde, K., & Lunde, I. (1980). Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old women. *Maturitas*, 2(3), 225-240. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a28.pdf>

George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update. 4ªed. Boston: Allyn & Bacon.

Gomes, M. C. R. (2009). *Alguns factores que influenciam o desejo sexual do casal durante a gravidez* (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/1052>

Gonçalves Camacho, K., Vargens, C., Progianti, J. M., & Spíndola, T. (2010). Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 115-125. Retirado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf.
doi:10.4067/S071795532010000200012

Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal*. 4ªed. Lisboa: Lidel.

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7ªed. Elsevier Health Sciences.

Guerreiro, E. M., Rodrigues, D. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. D. A. (2014). Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 13-21. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>. doi:10.5935/0034-7167.20140001

Guillemim, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24 (2), 61-63.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.

Guleroglu, F. T., & Beser, N. G. (2014). Evaluation of Sexual Functions of the Pregnant Women. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 146-153. doi: 10.1111/jsm.12347.

Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted testes: myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1, Retirado de <http://www.testpublishers.org/documents/journal0114.pdf>.

Hanafy, S., Srour, N. E., & Mostafa, T. (2014). Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: An Egyptian study. *Sexual Health*, 11(3), 240-243. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/jsm.12347/asset/jsm12347.pdf?v=1&t=i37pft3k&s=6e8b1994ab688aa3443a2208b507eb5ce262b3ae>.doi: 10.1071/SH13153

Hansson, M., Ahlborg, T. (2012). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – a longitudinal study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 21-29. doi:2011.10.002.

Hentschel, H., Alberton, D.L., Capp, E., Golgim, J.R., & Passos, E.P. (2006). Aspectos fisiológicos da sexualidade feminina. *Revista HCPA*. 26(2), 61-65. Retirado de <https://www.univates.br/media/Etica/leituras/Origens-e-complexidade.pdf>

Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323-335. Retirado de

<http://link.springer.com/article/10.1023/A:1024985930536#page-1>

Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2014). *Nanda-I International, inc. Nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. 10ª ed. Wiley Blackwell.

Herdman, T. (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-Definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed.

Herdman, T. (Ed.). (2012). *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed.

Hicks, C. M. (2006). *Research Methods for Clinical Therapists*. Lusociência.

Hill, M.M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo.

Hogan, T. (2006). *Introdução à prática de testes psicológicos*. LTC.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011*. Lisboa. Retirado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/20Censos2011_res_definitivos%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/20Censos2011_res_definitivos%20(2).pdf)

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas no feminino – Ser mulher em Portugal (2001-2011)*. Lisboa. Retirado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/Estatisticas_feminino%20\(7\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/Estatisticas_feminino%20(7).pdf)

International Council of Nurses. (2011). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jamali, S., & Mosalanejad, L. (2013). Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 11(6), 479-486. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24639782&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267-1284. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x/abstract>.
doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x
- Jolliffe, I. (2002). *Análise de componentes principais*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Kaplan, H.S. (1979). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3, 3-9.
- Katz, A. (2010). Sexually speaking: Sexual changes during and after pregnancy. *American Journal of Nursing*, 110(8), 50-52.
doi: 10.1097/01.NAJ.0000387693.78241.80
- Kerdarunsuksri, A., & Manusirivithaya, S. (2010). Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(3), 265-271. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77951924913&partnerID=40&md5=17d3ff3ac3b9d4fe6e8cfd322533e717>
- Kisa, S., Zeyneloglu, S., Yilmaz, D., & Guner, T. (2014). Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 309-322. Retirado de <http://www.tandfonline.com>.
doi: 10.1080/0092623x.2012.751071
- Lee, J. T., Lin, C. L., Wan, G. H., & Liang, C. C. (2010). Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(5), 408-420. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=20924936&lang=pt-br&site=ehost-live>.doi: 10.1080/0092623X.2010.510776
- Leite, A. P. L., Moura, E. D. A., Campos, A. A. S., Mattar, R., Souza, E. D., & Camano, L. (2007). Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(8), 396-401.
Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a03v29n8.pdf>.
doi:10.1590/S0100-72032007000800003

Lief, H. (1985). *Evaluation of inhibited sexual desire: relationship aspects*. In: Comprehensive evaluation of disorders of sexual desire. Washinton: American Psychiatric Press, 59-76.

Liu, H.-L., Hsu, P., & Chen, K.-H. (2013). Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sexual Medicine, 1*(2), 54-61. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/sm2.13/asset/sm213.pdf?v=1&t=i37pev0&s=3d389cf990a139adae84d2088e21c782ed4462e2>.doi: 10.1002/sm2.13

Lopes, H., Gonçalves, H., Martins, R., Rodrigues, A.C., & Pereira, N. M. (2009). Avaliação da função sexual no decurso da gravidez. *iSEX Cadernos de Sexologia. 1*, 79-82.

Lopes, M., Silva, V., Araujo, T. (2013). Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In T. Herdman, E. Carvalho (Orgs) *PRONANDA – Programa de actualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos*. (85-129). Porto Alegre: Artmed.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.

Lowenstein, L., Mustafa, S., & Burke, Y. (2013). Pregnancy and normal sexual function. Are they compatible? *Journal of Sexual Medicine, 10*(3), 621-622. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23458213&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1111/jsm.12098

Lunney, M. (1998). Where are we now?. *Nursing Diagnosis, 9*(2), 83-85.

Machado, A. I. (2014). Disfunções sexuais femininas. In N.M. Pereira (Cords) *Sexologia Médica* (375-387). Lisboa: Lidel.

Malkoc, O., Resim, S., & Bulut, B. (2014). The effect pregnancy on female sexual functions. *Journal of Sexual Medicine, 11*, 80-80.

Mann, L., Kleinpaul, J. F., Mota, C. B., & Santos, S. G. D. (2010). Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz*, *16*(3), 730-41. doi:10.5016/1980-6574.2010v16n3p730.

Martins, M. D. F. S. V., & Remoaldo, P. C. A. C. (2014). Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *67*(3). Retirado de <http://homolog.submission.scielo.br/index.php/reben/article/view/107986>

Martins, R., Rodrigues, A.C., Gonçalves, H., Lopes, H., Lobo, A., Moura, P.(2009). Satisfação sexual antes e depois da gravidez: análise retrospectiva. *I SEX Cadernos de Sexologia*. *1*, 75-77.

Martins, S., Gouveia, R., Correia, S., Nascimento, C., Sandes, A. R., Figueira, J., ... & Silva, L. J. (2007). Sexualidade na gravidez: influência no bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *23*, 369-378. Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/17983>

Master, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.

Mata, L. R. F., de Souza, C. C., Chianca, T. C. M., & Carvalho, E. C. (2012). Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*(6), 1512-1518. Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/52843-66203-1-PB.pdf>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, *23*, 12-28.

- Melo, A.S., Carvalho, E. C., & Pelá, N. T. R. (2006). A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematológicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 227-232. Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/2286-3279-1-PB.pdf>
- Mendonça, C. R. D., Silva, T. M., Arrudai, J. T., Zapata, M. T. A., & Amaral, W. N. D. (2012). Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, 40(4).
- Meston, C. M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 39-46. doi:10.1080/713847100
- Millheiser, L. (2012). Female sexual function during pregnancy and postpartum. *Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 635-636. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22296607&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02637.x
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Medicine* 6(6).
- Moreira, A. (2003). Disfunções sexuais masculinas, definição, classificação e incidência. In L. Fonseca, C. Soares, J.M. Vaz (Cords) *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I*, (131-144), Coimbra: Quarteto Editora.
- Murtagh, J. (2010). Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(5), 438-446. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77955933385&partnerID=40&md5=08a8c6f810c9418f3700389442d16eb4>
doi:10.1016/j.jmwh.2009.12.006

Naldoni, L. M. V., Pazmino, M. A. V., Pezzan, P. A. O., Pereira, S. B., Duarte, G., & Ferreira, C. H. J. (2011). Evaluation of sexual function in brazilian pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(2), 116-129. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.079952654644&partnerID=40&md5=123dedb28b8ded747dd9b612a00946f1>. doi: 10.1080/0092623x.2011.560537

Nichiata, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R.F. & Fracolli, L.A. (2008). A utilização do conceito de vulnerabilidade pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5). doi:10.1590/S0104-11692008000500020

Nik-Azin, A., Nainian, M. R., Zamani, M., Bavojudan, M. R., Bavojudan, M. R., & Motlagh, M. J. (2013). Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnant women. *Journal of Family & Reproductive Health*, 7(4), 171-176. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24971121&lang=pt-br&site=ehost-live>

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Retirado de <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

O'Reilly, C. M., Bottomley, C., & Rymer, J. (2008). *Livro de bolso de ginecologia e obstetrícia*. Loures: Lusodidacta.

Oliveira M., S., Fernandes, A. F. C., Pinheiro, A. K. B., & Oliveira L. M. V. (2013). Indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais em alcoolistas: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 816-25. Retirado de <http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/17766/15509>

Oliveira, C. J. D. (2011). Revisão do diagnóstico de enfermagem "Falta de Adesão" em pessoas com hipertensão arterial (Tese Doutorado). Retirado de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2056>

Oliveira, C. S. G. D. (2008). *A sexualidade na gravidez: avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Minho. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/8172>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: OE

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31*, Geneva: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf

Pacagnella, R. D. C., Martinez, E. Z., & Vieira, E. M. (2009). Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2333-2344. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/04.pdf>.doi:10.1590/S0102311X2009001100004

Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graca, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 136-142. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x/abstract>
doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x

Pauls, R. N., Occhino, J. A., Dryfhout, V., & Karram, M. M. (2008). Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. *International Urogynecology Journal*, 19(11), 1495-1501. Retirado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s00192-008-0670-3#page-1>.
doi:10.1007/500198-008-0670-3

Pechorro, P. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas*. (Tese de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Pechorro, P. F. D. S., Diniz, A. A. P. M., Almeida, S., & Vieira, R. X. (2009). Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia*, 45-56. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Pechorro/publication/270493664_Valida_o_de_uma_verso_feminina_do_ndice_de_Satisfao_Sexual_\(ISS\)/links/54cf7ed60cf24601c09388bb.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Pechorro/publication/270493664_Valida_o_de_uma_verso_feminina_do_ndice_de_Satisfao_Sexual_(ISS)/links/54cf7ed60cf24601c09388bb.pdf)
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2013). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/lp/article/view/684/665>
- Pechorro, P. S., Vieira, R. X., Calvinho, A. M., Poiares, C., Marôco, J., & Diniz, A. (2012). Validação cruzada da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino. *Revista Internacional de Andrología*, 10(3), 113-120.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M. D., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4). Retirado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/teste/Os%20meus%20documentos/Downloads/16396-56877-3-PB.pdf>
- Pelá, N., Jesus, C. & Carvalho, E. (1994). As categorias diagnósticas de sexualidade: Proposta de reorganização. *Ciência Cultura e Saúde*. 13 (3), 45-51.
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. D. S. P., & Martins, M. A. C. D. S. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62.
- Peres, H., Lima, A., Oliveira, N. (2013). Implementação do diagnóstico de enfermagem no registro eletrônico de saúde. In T. Herdman, E. Carvalho (Orgs) *PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos básicos*. (63-84). Porto Alegre: Artmed.
- Pestana, D., & Velosa, S. (2010). *Introdução à probabilidade e à estatística*, 1. 4ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 4ªed. Lisboa: Edições Sílabo.

Pileggi, S. (2007). *Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita*. (Dissertação de Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05102007-173932/en.php>

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.

Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem* 22(4), 434-438. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>

Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora.

Prado, D. S., Lima, R. V., & Lima, L. M. M. R. (2013). Impact of pregnancy on female sexual function. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(5), 205-209.

Progianti, J. M., & Costa, R. F. D. (2012). Educational practices developed by nurses: reflections on women's pregnancy and labor experiences. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 257-263.

Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a09.pdf>.

doi:10.1590/S003471672012000200009

Queirós, A., Conde, P., Cunha, V., Ambrósio, P., Marques, F., & Serrano, F. (2011). Sexualidade no terceiro trimestre da gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 434-443. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.17/1557>

Queiroz, C. N. S. A., Sousa, V. E. C. D., & Lopes, M. V. D. O. (2013). Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em gestantes: uma análise de acurácia. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(2esp), 705-710.

Retirado de <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a02.pdf>

Rados, S. N., Vranes, H. S., & Sunjic, M. (2014). Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *Journal of Sex Research*, 51(5), 532-541. Retirado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2012.744954>.

doi: 10.1080/00224499.2012.744954

Razali, R., Balakrishnan, K., Sidi, H., Peter, J. R., & Razi, Z. R. M. (2012). Is sexual dysfunction common among pregnant Malaysian women? *Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 132-132.

doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03377.x

Resolução da Assembleia da República nº114/2015.(2015). *Medidas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos*. Diário da República 1ª série Nº154 (10-8-2015), 5671.

Ribeiro, M. C., Nakamura, M. U., Torloni, M. R., Scanavino, M. d. T., do Amaral, M. L. S. A., Puga, M. E. d. S., & Mattar, R. (2014). Treatments of female sexual dysfunction symptoms during pregnancy: A systematic review of the literature. *Sexual Medicine Reviews*, 2(1), 1-9. Retirado de

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/smrj.18/asset/smrj18.pdf?v=1&t=i37pdnly&s=8a62c21558779bbcebfabc1ce3e9615b8f9e2f3b>. doi: 10.1002/smrj.18

Ribeiro, M. C., Nakamura, M. U., Torloni, M. R., Scanavino, M. d. T., Mancini, P. E., & Mattar, R. (2014). Sexual function and quality of life of brazilian pregnant women - preliminary results. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 186-186.

Rodríguez L.M., & Ramón A.E. (2013). Characteristics and evolution of pregnant women's sexual pattern. *Enfermeria Global*, 12(4), 362-370. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=93609116&lang=pt-br&site=ehost-live>

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. Retirado de <http://www.fsfiquestionnaire.com/Published%20Format.pdf>

Rottkamp, B., & Hurley, M. (1991). Placement of diagnoses within taxonomy II: development and process. In Carol Jonson et al., *Classification of nursing diagnoses: proceedings on the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia, 30-34.

Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2010). Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(2), 124-136. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=20169493&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1080/00926230903554503

Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E., & Safir, M. P. (2012). Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1241-1251. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21915742&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1007/s10508-011-9839-9

Sanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.

Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., . . . Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2782-2790. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x/abstract>. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x.

Serrano, F. (2014). Anatomia e fisiologia da resposta sexual feminina. In N.M. Pereira (Cords) *Sexologia médica* (351-363). Lisboa: Lidel.

Seven, M., Akyuz, A., & Gungor, S. (2011). Factors affecting sexual functioning during pregnancy in Turkish women. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 278-278.

Shoja, M., Jouybari, L., & Sanagoo, A. (2011). Changes in sexual and behavioral relationships among couples during pregnancy. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 5(3), 3-3. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011359637&lang=pt-br&site=ehost-live>

Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/4720>

Silva, E. V. (2003). Disfunção sexual como diagnóstico de enfermagem em pacientes coronariopatas. *Disfunção sexual como diagnóstico de enfermagem em pacientes coronariopatas*. (Dissertação Mestrado). UNIFESP.

Silva, M. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem – estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>

Silva, M.J.E. (2010). O papel da enfermagem em medicina materno-fetal. In L.M. Graça. *Medicina materno fetal* (162-167). 4ªed. Lisboa: Lidel.

Silva, V. A., Cavalcanti, A. C. D., Souza, R. O., Martins, W., & da Rosa, J. M. C. (2014). Estudio observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Avances en Enfermería*, 32(2), 252-260. Retirado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a09.pdf>

Singh, J. C., Tharyan, P., Kekre, N. S., Singh, G., & Gopalakrishnan, G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55(2), 113-120. Retirado de <http://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2009;volume=55;issue=2;spage=113;epage=120;aulast=Singh>

Torkestani, F., Hadavand, S., Khodashenase, Z., Besharat, S., Davati, A., Karimi, Z., & Zafarghandi, N. (2012). Frequency and perception of sexual activity during pregnancy in Iranian couples. *International Journal of Fertility and Sterility*, 6(2), 107-110. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84868101810&partnerID=40&md5=3f9300c7fbafcd32a9a8fef4b50ed4e3>

Vendeira, P., Pereira, N.M., Serrano, F., & Carvalheira, A.A. (2014). Epidemiologia das disfunções sexuais femininas em Portugal. In N.M. Pereira (Cords). *Sexologia Médica* (413-421). Lisboa: Lidel.

Veríssimo, C.M.A. (2011). *Funcionamento sexual feminino e exposição corporal na gravidez de termo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/5533>.

Vidal, M. (2002). *Ética da Sexualidade*. Edições Loyola.

Vieira, B. D., & Parizotto, A. P. A. V. (2013). Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc & Ciência:ACBS*, 4(1), 79-90. Retirado de <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>

Vieira, E. S. (2001). Identificação e Validação dos diagnósticos de enfermagem Padrão de sexualidade alterados e Disfunção Sexual. *Identificação e Validação dos diagnósticos de enfermagem Padrão de sexualidade alterados e Disfunção Sexual*. (Dissertação).UNIFESP.

Vieira, T. C. B., de Souza, E., Abdo, C. H. N., Torloni, M. R., Santana, T. G. M., Leite, A. P. L., & Nakamura, M. U. (2012). Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2516-2524. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2012.02809.x/abstract>..doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02809.x

Vieira, T. C. B., de Souza, E., Nakamura, M. U., & Mattar, R. (2012). Sexuality in pregnancy: Are Brazilian physicians prepared to conduct these questions? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(11), 485-487. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84872226108&partnerID=40&md5=d9704e854cd40d0c031e1779d30e385b>

Von Krogh, G. (2008). An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(2), 65- 75. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.00083.x

Wannakosit, S., & Phupong, V. (2010). Sexual behavior in pregnancy: Comparing between sexual education group and nonsexual Education Group. *Journal of Sexual Medicine*, 7(10), 3434-3438.

Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77957346200&partnerID=40&md5=fd044842b2db96b1aefd7a0cd41a5b81>.

doi:10.1111/j.17436109.2010.01715.x

Whipple, B. (2002). Women's sexual pleasure and satisfaction: A new view of female sexual function. *Female Patient*, 27(8), 44.

Whittemore R. (2005). Analysis of integration in nursing science and practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(3), 261-267. doi: 10,1111 / j.1547-5069.2005.00045.x

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. Retirado de http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf

Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 1-20. doi:10,1080 / 00926230590475206

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., et al. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104. doi: 10,1111 / j.1524-4733.2005.04054.x

Williamson, M., McVeigh, C., & Baafi, M. (2008). An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*. 24(1), 99-107. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000994>

Yangin, H. B., & Eroglu, K. (2011). Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37(3), 190-205. Retirado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79957659239&partnerID=40&md5=b27858ff3a0d74cb52dd1cc6c8c4a9fc>.

doi: 10.1080/0092623X.2011.564511

Yeniél, A. O., & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 25(1), 5-14. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23812577&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1007/s00192-013-2118-7

Yıldız, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 49-59.

Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24328753&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi: 10.1080/0092623X.2013.811452

Zampieri, A. M. F. (2004). *Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da Aids*. São Paulo: Editora Agora.

ANEXOS

ANEXO I

Tabela com os elementos do diagnóstico de enfermagem *sexual dysfunction*
da NANDA-I (2014) em Inglês para os tradutores

Tradutor	
Data	

Nursing Diagnoses NANDA-International (2015-17)

Versão original	Tradução para Português
Sexual dysfunction (00059)	
Domain 8: Sexuality	
Class 2: Sexual function	
Definition: The state in which an individual experiences a change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying, unrewarding, or inadequate	
Defining Characteristics:	
Alteration in sexual activity	
Alteration in sexual excitation	
Alteration sexual satisfaction	
Change in interest toward others	
Change in self- interest	
Change in sexual role	
Decrease in sexual desire	
Perceived sexual limitation	
Seeks confirmation of desirability	
Undesired change in sexual function	
Related Factors:	
Absence of privacy	
Absence of significant other	
Alteration in body function (due to anomaly, disease, medication, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	
Alteration in body structure (due to anomaly, disease, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	
Inadequate role models	
Insufficient knowledge about sexual function	
Misinformation about sexual function	
Presence of abuse (e.g., physical, psychological, sexual)	
Psychosocial abuse (e.g., controlling, manipulation, verbal abuse)	
Value conflict	
Vulnerability	

Muito obrigada pela sua colaboração.

Dora Carteiro

ANEXO II

Versão T1 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual
da NANDA-I (2014) em Português

Tradutor	Sandy Severino
Data	<u>24.9.2014</u>

Nursing Diagnoses NANDA-International (2015-17)

Versão original	Tradução para Português
Sexual dysfunction (00059)	Disfunção sexual (00059)
Domain 8: Sexuality	Dimensão 8: Sexualidade
Class 2: Sexual function	Classe 2: Função Sexual
Definition: The state in which an individual experiences a change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying, unrewarding, or inadequate	Definição: O estado em que um indivíduo vivencia uma mudança na função sexual durante a fase de resposta sexual de desejo, excitação, e/ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, não compensadora ou inadequada
Defining Characteristics:	Características definidoras
Alteration in sexual activity	Alteração da atividade sexual
Alteration in sexual excitation	Alteração na excitação sexual
Alteration sexual satisfaction	Alteração na satisfação sexual
Change in interest toward others	Mudança no interesse em relação aos outros
Change in self- interest	Mudança no auto-interesse
Change in sexual role	Mudança no papel sexual
Decrease in sexual desire	Diminuição no desejo sexual
Perceived sexual limitation	Percepção da limitação sexual
Seeks confirmation of desirability	Procura confirmação de desejabilidade
Undesired change in sexual function	Mudança indesejada da função sexual
Related Factors:	Fatores relacionados
Absence of privacy	Falta de privacidade
Absence of significant other	Falta de companheiro
Alteration in body function (due to anomaly, disease, medication, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	Alteração na função corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
Alteration in body structure (due to anomaly, disease, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	Alteração na estrutura corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
Inadequate role models	Modelos desadequados
Insufficient knowledge about sexual function	Conhecimento insuficiente sobre função sexual
Misinformation about sexual function	Desinformação sobre função sexual
Presence of abuse (e.g., physical, psychological, sexual)	Presença de abuso (i.e. físico, psicológico, sexual)
Psychosocial abuse (e.g., controlling, manipulation, verbal abuse)	Abuso Psicossocial (i.e. controlador, manipulação, abuso verbal)
Value conflict	Conflito de valores
Vulnerability	Vulnerabilidade

Muito obrigada pela sua colaboração.

Dora Carteiro

ANEXO III

Versão T2 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual da
NANDA-I (2014) em Português

Tradutor	Sandra Saraiva
Data	<u>24.9.2014</u>

Nursing Diagnoses NANDA-International (2015-17)

Versão original	Tradução para Português
Sexual dysfunction (00059)	Disfunção sexual (00059)
Domain 8: Sexuality	Dimensão 8: Sexualidade
Class 2: Sexual function	Classe 2: Função Sexual
Definition: The state in which an individual experiences a change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying, unrewarding, or inadequate	Definição: O estado em que um indivíduo vivencia uma mudança na função sexual durante a fase de resposta sexual de desejo, excitação, e/ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, não compensadora ou inadequada
Defining Characteristics:	Características definidoras
Alteration in sexual activity	Alteração na actividade sexual
Alteration in sexual excitation	Alteração na excitação sexual
Alteration sexual satisfaction	Alteração da satisfação sexual
Change in interest toward others	Mudança de interesse em relação a outros
Change in self- interest	Mudança no interesse pessoal
Change in sexual role	Mudança no papel sexual
Decrease in sexual desire	Diminuição de desejo sexual
Perceived sexual limitation	Limitação sexual percebida
Seeks confirmation of desirability	Procura confirmação de desejabilidade
Undesired change in sexual function	Mudança indesejada na função sexual
Related Factors:	Fatores relacionados
Absence of privacy	Ausência de privacidade
Absence of significant other	Ausência de outro significativo
Alteration in body function (due to anomaly, disease, medication, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	Alteração na função do corpo (por anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc)
Alteration in body structure (due to anomaly, disease, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc)	Alteração na estrutura do corpo (por anomalia, doença, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc)
Inadequate role models	Modelos inadequados
Insufficient knowledge about sexual function	Conhecimento insuficiente sobre função sexual
Misinformation about sexual function	Desinformação sobre função sexual
Presence of abuse (e.g., physical, psychological, sexual)	Presença de abuso(ex.,físico, psicológico, sexual)
Psychosocial abuse (e.g., controlling, manipulation, verbal abuse)	Abuso psicossocial(ex., controle, manipulação, abuso verbal)
Value conflict	Valor de conflito
Vulnerability	Vulnerabilidade

Muito obrigada pela sua colaboração.

Dora Carteiro

ANEXO IV

Versão T3 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual
da NANDA-I (2014) em Português

Tradutor	
Data	

Nursing Diagnoses NANDA-International (2015-17)

Retrotradução	Tradução para Português
	Disfunção sexual (00059)
	Dimensão 8: Sexualidade
	Classe 2: Função Sexual
	Definição: O estado em que um indivíduo vivencia uma mudança na função sexual durante a fase de resposta sexual de desejo, excitação, e/ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, não compensadora ou inadequada
	Características definidoras
	Alteração da atividade sexual
	Alteração na excitação sexual
	Alteração na satisfação sexual
	Mudança no interesse em relação aos outros
	Mudança no auto-interesse
	Mudança no papel sexual
	Diminuição no desejo sexual
	Percepção da limitação sexual
	Procura confirmação de desejabilidade
	Mudança indesejada da função sexual
	Fatores relacionados
	Falta de privacidade
	Falta de companheiro
	Alteração na função corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
	Alteração na estrutura corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
	Modelos desadequados
	Conhecimento insuficiente sobre função sexual
	Desinformação sobre função sexual
	Presença de abuso (i.e. físico, psicológico, sexual)
	Abuso Psicossocial (i.e. controlador, manipulação, abuso verbal)
	Conflito de valores
	Vulnerabilidade

Muito obrigada pela sua colaboração.

Dora Carteiro

ANEXO V

Versão BT1 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual
da NANDA-I (2014) em Inglês pós retrotradução

Tradutor	Miguel Vasconcelos Da Silva
Data	03/02/2015

Nursing Diagnoses NANDA-International (2015-17)

Retrotradução	Tradução para Português
sexual dysfunction	Disfunção sexual (00059)
Domain 8: sexuality	Dimensão 8: Sexualidade
class 2: sexual function	Classe 2: Função Sexual
Definition: the state when the individual experiences a change of its sexual function during the phase of sexual desire, sexual arousal, and/or orgasm, which is seen as unsatisfactory, inadequate or not rewarding.	Definição: O estado em que um indivíduo vivencia uma mudança na função sexual durante a fase de resposta sexual de desejo, excitação, e/ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, não compensadora ou inadequada
defining characteristics	Características definidoras
change in sexual activity	Alteração da atividade sexual
change in sexual arousal	Alteração na excitação sexual
change in sexual satisfaction	Alteração na satisfação sexual
change in the interest towards others	Mudança no interesse em relação aos outros
change in self interest	Mudança no auto-interesse
change in sex role	Mudança no papel sexual
decrease in sexual desire	Diminuição no desejo sexual
perception of sexual limitations	Perceção da limitação sexual
looking for desirability acknowledgement	Procura confirmação de desejabilidade
undesired change on sexual role	Mudança indesejada da função sexual
related factors	Fatores relacionados
lack of privacy	Falta de privacidade
lack of partner	Falta de companheiro
Change on body function (due to anomaly, disease, medication, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc.)	Alteração na função corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
change in body structure (due to anomaly, disease, medication, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc.)	Alteração na estrutura corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
inadequate models	Modelos desadequados
lack of knowledge about sexual role	Conhecimento insuficiente sobre função sexual
misinformation about sexual role	Desinformação sobre função sexual
presence of abuse (physical, psychological, sexual)	Presença de abuso (i.e. físico, psicológico, sexual)
Psychosocial abuse (controlling, manipulative, verbal abuse)	Abuso Psicossocial (i.e. controlador, manipulação, abuso verbal)
conflict of principles	Conflito de valores
vulnerability	Vulnerabilidade

Muito obrigada pela sua colaboração.

Dora Carteiro

ANEXO VI

Versão BT2 do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual
da NANDA-I (2014) em Inglês após retrotradução

Tradutor	Carlos Cargaleiro
Data	05/02/2014

Nursing Diagnoses NANDA-International (2015-17)

Retrotradução	Tradução para Português
Sexual dysfunction (00059)	Disfunção sexual (00059)
Domain 8: Sexuality	Dimensão 8: Sexualidade
Class 2: Sexual function	Classe 2: Função Sexual
Definition: Status in which a person is living a change in sexual function, during the sexual reply phase of desire, excitement, and/or orgasm, that can be viewed as unsatisfying, unappreciated or inadequate	Definição: O estado em que um indivíduo vivencia uma mudança na função sexual durante a fase de resposta sexual de desejo, excitação, e/ou orgasmo, que é visto como insatisfatório, não compensadora ou inadequada
Defining characteristics	Características definidoras
Variation in sexual activity	Alteração da atividade sexual
Variation in sexual excitation	Alteração na excitação sexual
Variation in sexual satisfaction	Alteração na satisfação sexual
Change in interest in relation to others	Mudança no interesse em relação aos outros
Change in self interest	Mudança no auto-interesse
Change in sexual role	Mudança no papel sexual
Fall in sexual desire	Diminuição no desejo sexual
Perception of a sexual limitation	Percepção da limitação sexual
Looks after confirmation of desirability	Procura confirmação de desejabilidade
Unwanted change in sexual function	Mudança indesejada da função sexual
Related factors	Fatores relacionados
Lack of privacy	Falta de privacidade
Lack of partner	Falta de companheiro
Changes in body function (related to irregularity, sickness, prescription, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc.)	Alteração na função corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
Changes in body constitution (related to irregularity, sickness, prescription, pregnancy, radiation, surgery, trauma, etc.)	Alteração na estrutura corporal (devido a anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
Inadequate models	Modelos desadequados
Deficient knowledge about sexual function	Conhecimento insuficiente sobre função sexual
Misinformation about sexual function	Desinformação sobre função sexual
Existence of abuse (i.e, physical, psychological, sexual)	Presença de abuso (i.e. físico, psicológico, sexual)
Psychosocial abuse (i.e., controlling, manipulation, verbal abuse)	Abuso Psicossocial (i.e. controlador, manipulação, abuso verbal)
Value conflict	Conflito de valores
Vulnerability	Vulnerabilidade

Muito obrigada pela sua colaboração.

Dora Carteiro

ANEXO VII

Instrumento de recolha de dados para a
revisão integrativa da literatura

Instrumento de recolhas de dados --- Nível de evidência:

Identificação do artigo				
Título				
Autor/Formação				
Periódico/Volume/Nº/ Ano				
Pais/Idioma				
Definição de disfunção sexual na grávida:				
Indicadores clínicos de disfunção sexual na grávida		p., coluna		
Fatores relacionados de disfunção sexual na grávida		p., coluna		
Características metodológicas				
Objectivo do estudo				
Abordagem	Quantitativa		Qualitativa	
Estudo de revisão	Narrativa	Sistemática	Integrativa	Meta-análise ou meta-síntese
Reflexão teórica				
Outro. Qual?				
Amostra	Aleatória	Conveniência		Número
Utiliza instrumento	Sim	Não	Autor	Ano
	Nome			
Resultados		Conclusões		Implicações para Enfermagem

Observações:

ANEXO VIII

Autorização para a aplicação da versão do FSFI
validada em Portugal

ANEXO VIII AUT FSFI.pdf - Adobe Reader

File Edit View Window Help

1 / 1 80%

Tools Sign Comment

21 de junho de 2014 17:34

DORA CARTEIRO <doracarteiro@gmail.com>
Para: ppechorro@gmail.com

Boa tarde

Vimos por este meio enviar pedido para aplicar o índice de funcionamento sexual feminino - FSFI (Rosen et al; 2000, com tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2001) como um dos instrumentos de colheita dados a utilizar num estudo de Doutoramento.

Grata pela atenção dispensada

—
Dora Carteiro

Pedido autorização.docx
12K

21 de junho de 2014 17:42

Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com>
Para: DORA CARTEIRO <doracarteiro@gmail.com>
Cc: Rui Vieira <ruiwie2@gmail.com>

Boa tarde

Podem utilizar a minha validação da FSFI, que saliento nada teve a ver com o Prof. Nobre. Vão os artigos em anexo.

Cumprimentos,
Pedro Pechorro
[Texto das mensagens anteriores oculto]


2 anexos

- Validação cruzada da versão portuguesa do FSFI Rev Int Androl.pdf**
464K
- Validação FSFI LP 7(1) 33-44.pdf**
110K

Sign In

- Export PDF
- Create PDF
- Send Files
- Store Files

Acrobat.com



Store and access PDF and other documents from multiple devices.
Learn More

Save

Open Acrobat.com Files

Iniciar | tese seminai 1.10 (... | ANEXO VIII - Microso... | Anexos | ANEXO VIII AUT FSFI... | PT | 18:08

ANEXO IX

Instrumento de recolha de dados final

Cara Senhora,

Nos dias de hoje a sexualidade humana tem um impacto significativo na vida da mulher/casal e é considerada um determinante para a sua saúde. A gravidez implica novos equilíbrios e adaptações, sendo um momento propício a uma nova integração da sexualidade.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Este estudo será realizado apenas com grávidas e, por essa razão, gostaríamos de convidá-la a participar, pois a sua colaboração é imprescindível. Esperamos compreender melhor a sexualidade da mulher grávida, de modo a desenvolver intervenções adequadas.

O presente questionário está enquadrado no estudo que tem como título “Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* na grávida”, está a ser realizado pela enfermeira Dora Maria Honorato Carteiro, especialista em saúde materna e obstetrícia, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Charneca do Lumiar, a frequentar o curso de doutoramento em enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Doutora Sílvia Caldeira e coorientação da Doutora Lisete Sousa.

Se concorda com a proposta que lhe é feita queira assinar no final do documento, no entanto o seu nome não ficará associado às suas respostas. Para participar, deverá preencher o questionário, que tem uma duração prevista de cerca de 15 minutos. Agradeço que responda a todas as perguntas com a máxima sinceridade, dado que não se pretende qualquer avaliação pessoal e não existem respostas certas ou erradas.

Toda a informação recolhida será exclusivamente utilizada na realização do estudo e em publicações científicas com ele relacionado, mantendo sempre a confidencialidade e o anonimato. A sua participação será totalmente voluntária, gratuita e pode desistir a qualquer momento, não implicando qualquer tipo de prejuízo para si. Após preencher o questionário coloque-o no envelope opaco que lhe foi fornecido. Em qualquer uma das opções (aceitar participar, desistir depois de iniciar ou não participar), coloque o questionário no envelope e feche-o. Depois insira o envelope na caixa fechada que lhe for indicada. Assim, a sua opção será confidencial.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Dora Maria Honorato Carteiro _____ Enfermeira na UCSP Charneca Lumiar

Telemóvel:967876605 E-mail: doracarteiro@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram esclarecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação onde é garantida a confidencialidade e o anonimato, princípios que me são dados pela Investigadora.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Este documento é composto por uma página e feito em duplicado.

Uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Cara Senhora,

Nos dias de hoje a sexualidade humana tem um impacto significativo na vida da mulher/casal e é considerada um determinante para a sua saúde. A gravidez implica novos equilíbrios e adaptações, sendo um momento propício a uma nova integração da sexualidade.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Este estudo será realizado apenas com grávidas e, por essa razão, gostaríamos de convidá-la a participar, pois a sua colaboração é imprescindível. Esperamos compreender melhor a sexualidade da mulher grávida, de modo a desenvolver intervenções adequadas. O presente questionário está enquadrado no estudo que tem como título "Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* na grávida", está a ser realizado pela enfermeira Dora Maria Honorato Carteiro, especialista em saúde materna e obstetrícia, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Charneca do Lumiar, a frequentar o curso de doutoramento em enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Doutora Sílvia Caldeira e coorientação da Doutora Lisete Sousa.

Se concorda com a proposta que lhe é feita queira assinar no final do documento, no entanto o seu nome não ficará associado às suas respostas.

Para participar, deverá preencher o questionário, que tem uma duração prevista de cerca de 15 minutos. Agradeço que responda a todas as perguntas com a máxima sinceridade, dado que não se pretende qualquer avaliação pessoal e não existem respostas certas ou erradas.

Toda a informação recolhida será exclusivamente utilizada na realização do estudo e em publicações científicas com ele relacionado, mantendo sempre a confidencialidade e o anonimato. A sua participação será totalmente voluntária, gratuita e pode desistir a qualquer momento, não implicando qualquer tipo de prejuízo para si.

Após preencher o questionário coloque-o no envelope opaco que lhe foi fornecido. Em qualquer uma das opções (aceitar participar, desistir depois de iniciar ou não participar), coloque o questionário no envelope e feche-o. Depois insira o envelope na caixa fechada que lhe for indicada. Assim, a sua opção será confidencial.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Dora Maria Honorato Carteiro _____ Enfermeira na UCSP Charneca Lumiar

Telemóvel:967876605 E-mail: doracarteiro@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram esclarecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação onde é garantida a confidencialidade e o anonimato, princípios que me são dados pela Investigadora.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Este documento é composto por uma página e feito em duplicado.

Uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Secção I – Índice de Funcionamento Sexual Feminino (Rosen et al., 2000; Pechorro et al., 2009)

Coloque apenas uma cruz (x) na resposta que mais se adequa aos seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas.

Ao responder a estas questões aplicam-se as seguintes definições:

Atividade sexual: inclui carícias, preliminares, masturbação e relação sexual;

Relação sexual: penetração do pénis na vagina;

Estimulação sexual: preliminares com um parceiro, auto-estimulação ou fantasia sexual;

Desejo ou interesse sexual: sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva à iniciativa sexual de um parceiro, pensar ou fantasiar acerca de ter sexo;

Excitação sexual: sentimento que inclui aspectos físicos como a lubrificação e mentais.

1.1-Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempre
- A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

1.2-Como classifica o seu nível (grau)de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

1.3-Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

1.4-Como classifica o seu nível de excitação sexual durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

1.5-Qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

1.6-Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer atividade sexual ou a relação sexual?

-)Não tive atividade sexual
-)Quase sempre/sempre
-)A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
-)Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
-)Poucas vezes (menos de metade das vezes)
-)Quase nunca/nunca

1.7-Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer atividade sexual ou a relação sexual?

-)Não tive atividade sexual
-)Quase sempre/sempre
-)A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
-)Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
-)Poucas vezes (menos de metade das vezes)
-)Quase nunca/nunca

1.8-Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

-)Não tive atividade sexual
-)Extremamente difícil ou impossível
-)Muito difícil
-)Difícil
-)Ligeiramente difícil
-)Nenhuma dificuldade

1.9-Com que frequência manteve a sua lubrificação (estar molhada) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?

-)Não tive atividade sexual
-)Quase sempre/sempre
-)A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
-)Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
-)Poucas vezes (menos de metade das vezes)
-)Quase nunca/nunca

1.10-Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação(estar molhada) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?

-)Não tive atividade sexual
-)Extremamente difícil ou impossível
-)Muito difícil
-)Difícil
-)Ligeiramente difícil
-)Nenhuma dificuldade

1.11-Quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

-)Não tive atividade sexual
-)Quase sempre/sempre
-)A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
-)Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
-)Poucas vezes (menos de metade das vezes)
-)Quase nunca/nunca

1.12-Quando teve estimulação sexual ou relação sexual qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?

-)Não tive atividade sexual
-)Extremamente difícil ou impossível
-)Muito difícil
-)Difícil
-)Ligeiramente difícil
-)Nenhuma dificuldade

1.13- Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

-) Não tive atividade sexual
-) Muito satisfeita
-) Moderadamente satisfeita
-) Igualmente satisfeita e insatisfeita
-) Moderadamente insatisfeita
-) Muito insatisfeita

1.14- Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

-) Não tive atividade sexual
-) Muito satisfeita
-) Moderadamente satisfeita
-) Igualmente satisfeita e insatisfeita
-) Moderadamente insatisfeita
-) Muito insatisfeita

1.15- Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

-) Muito satisfeita
-) Moderadamente satisfeita
-) Igualmente satisfeita e insatisfeita
-) Moderadamente insatisfeita
-) Muito insatisfeita

1.16- Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

-) Muito satisfeita
-) Moderadamente satisfeita
-) Igualmente satisfeita e insatisfeita
-) Moderadamente insatisfeita
-) Muito insatisfeita

1.17- Com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

-) Não tentei ter relações sexuais
-) Quase sempre/sempre
-) A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
-) Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
-) Poucas vezes (menos de metade das vezes)
-) Quase nunca/nunca

1.18- Com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

-) Não tentei ter relações sexuais
-) Quase sempre/sempre
-) A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
-) Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
-) Poucas vezes (menos de metade das vezes)
-) Quase nunca/nunca

1.19- Como classifica o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

-) Não tentei ter relações sexuais
-) Muito elevado
-) Elevado
-) Moderado
-) Baixo
-) Muito baixo

Secção II - Validação das características definidoras e dos fatores relacionados

Esta secção do questionário foi elaborada para que **identifique sinais ou sintomas que possa ter durante a gravidez e fatores que possam estar relacionados com as alterações**. Assim, tome em atenção que o diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” é definido como:

O estado em que o indivíduo passa por uma mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada.

2 - Assinale com uma cruz (x) em cada linha uma resposta da coluna, considerando a seguinte legenda: **1**– nunca **2** - poucas vezes **3** - algumas vezes **4** - quase sempre **5**- sempre

Características definidoras - Sinais ou sintomas:	Valor				
	1	2	3	4	5
2.1- Sente alteração na capacidade para participar numa relação sexual?					
2.2- Sente alteração na relação sexual, nomeadamente em relação à excitação mútua e ao orgasmo?					
2.3- Sente ausência ou diminuição no sentimento de excitação quando surge algum estímulo sexual?					
2.4 - Sente alguma alteração na resposta ao desejo e à atracção que sente pelo seu companheiro?					
2.5 -Sente alteração no conforto com a sua vida sexual?					
2.6 - Considera que a atividade sexual que pratica corresponde às suas expectativas?					
2.7 - Sente alteração no interesse que tem em relação ao seu companheiro?					
2.8 - Sente alteração no interesse por si própria?					
2.9 - Sente alteração nos comportamentos esperados pelo seu companheiro?					
2.10 - Sente diminuição da atracção sexual pelo seu companheiro quando ocorre algum estímulo sexual?					
2.11 - Tem noção de alguma dificuldade na execução da atividade sexual?					
2.13 - Sente o interesse do seu companheiro?					
2.14 - Considera que na relação existe um envolvimento de ambos?					
2.15 - Sente que o seu desejo é correspondido pelo seu companheiro?					
2.16 - Sente alguma alteração indesejada no funcionamento sexual?					
2.17 - Sente alteração na intensidade do orgasmo ou de sensações orgásticas a partir da estimulação?					
2.18 - Sente alteração na sensação intensa de prazer no final da experiência sexual?					
2.19 - Sente dor persistente ou recorrente na penetração ou na tentativa de penetração durante a atividade sexual?					
2.20 - Sente alteração no seu corpo, nomeadamente em sentir-se molhada, decorrente da estimulação sexual?					
2.21 - Sente alteração no sentimento de atracção sexual em relação ao seu companheiro?					

3 - Assinale com uma cruz (x), atribuindo um valor de **não**, **sim** ou **não sabe** de acordo com o que considera relacionado ou não com a sua atividade sexual durante a gravidez:

Fatores relacionados:	Não	Sim	Não sabe
3.1 - Sente que a falta de privacidade influencia a atividade sexual?			
3.2 - Sente que a falta de uma pessoa significativa influencia a atividade sexual?			
3.3 - Sente que a alteração no funcionamento do seu corpo influencia a atividade sexual?			
3.4 - Sente que a alteração na forma do seu corpo influencia a atividade sexual?			
3.5 - Considera que tem uma representação desadequada em relação a atividade sexual durante a gravidez?			
3.6 - Considera que tem conhecimento insuficiente sobre o funcionamento sexual?			
3.7 - Considera que não tem conhecimento sobre o funcionamento sexual?			
3.8 - Considera que a presença de maus tratos e a participação forçada em carícias influenciam a atividade sexual?			
3.9 - Considera que a presença de um comportamento agressivo com violência física ou emocional, violar ou maltratar influencia a atividade sexual?			
3.10 - Existe conflito entre o que considera bom ou mau na atividade sexual?			
3.11 - Considera que a sensibilidade a problemas e a danos de saúde influenciam a atividade sexual?			
3.12 - Considera que as alterações biológicas e físicas que sente como desconfortos (náuseas, vômitos, cansaço, sono intenso, sensibilidade mamária) influenciam a atividade sexual?			
3.13 - Considera que sentimentos contrários a nível de sentimentos, de comportamentos e atitudes influenciam a atividade sexual?			
3.14 - O processo de aceitação da gravidez influencia a atividade sexual?			
3.15 - A vontade de chorar sem razão aparente, as preocupações em relação ao futuro, os afetos e as emoções, influenciam a atividade sexual?			
3.16 - A reavaliação e o reajustamento da relação com os diferentes elementos da família influenciam a atividade sexual?			
3.17 - A atividade sexual é influenciada pela história e estilo de vida?			
3.18 - A idade afeta a atividade sexual?			
3.19 - A escolaridade afeta a atividade sexual?			
3.20 - A condição socioeconômica influencia a atividade sexual?			
3.21 - Os princípios religiosos influenciam a atividade sexual?			
3.22 - Considera que as crenças, valores, tradições, mitos, tabus e normas de comportamento relacionadas com a sexualidade influenciam a atividade sexual?			
3.23 - Considera que o número de partos influencia a atividade sexual?			
3.24 - O número de gravidezes influencia a atividade sexual?			
3.25 - O número de abortos espontâneos influencia a atividade sexual?			

3.26 - Considera que a existência de dificuldade em engravidar influencia a atividade sexual?		
3.27 - A existência de problemas na gravidez influencia a atividade sexual?		
3.28 - A existência de problemas durante e após o parto influenciam a atividade sexual?		
3.29 - Considera que o tempo de gravidez influencia a atividade sexual?		
3.30 - Considera que emoções negativas, como sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado influenciam a atividade sexual?		
3.31 - Considera que a opinião que tem de si própria, das suas capacidades e da confiança em si, influenciam a atividade sexual?		
3.32 - Considera que a imagem mental de que tem de si própria influencia a atividade sexual?		

4 - Vivencia a sexualidade de forma diferente durante a gravidez? Sim _____ Não _____

5 - Considera que tem alguma alteração a nível da função sexual? Sim _____ Não _____

6 - Considera que tem disfunção sexual? Sim _____ Não _____

Se sim, porquê?

Por fim, solicitamos mais alguns dados sobre si:

Secção III - Dados Pessoais:

Idade: _____ Nacionalidade: _____ Profissão: _____ Religião: _____

Tem companheiro: Sim _____ Não _____

Se sim, há quanto tempo está com o companheiro atual: _____ anos / _____ meses

Habilitações Literárias:

Menos de 1º ciclo (4ºano) _____

Secundário (12º ano) _____

1º ciclo (4ºano) _____

Licenciatura _____

2º Ciclo (6º ano) _____

Mestrado _____

3º Ciclo (9ºano) _____

Doutoramento _____

Outro _____

Número de semanas de gravidez: _____ Nº de filhos: _____ Nº de abortos anteriores: _____

Gravidez planeada: Sim _____ Não _____

Considera que teve dificuldade em engravidar: Sim _____ Não _____

O seu médico recomendou alguma restrição ou proibição relativamente à relação sexual:

Sim _____ Não _____

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO X

Lista das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I e emergentes da revisão integrativa da literatura com as respectivas definições operacionais

Características definidoras	DEFINIÇÃO
Alteração na atividade sexual	Alteração na capacidade para participar numa relação sexual, ou seja numa união sexual com a finalidade de excitação mútua e orgasmo (CIPE, 2011).
Alteração na excitação sexual	Ausência ou diminuição de sentimentos de excitação sexual a partir de qualquer tipo de estimulação sexual (Basson, 2004; APA, 2014). Excitação é a reação fisiológica ao desejo e á atracção por outra pessoa (Pechorro, 2006).
Alteração na satisfação sexual	Alteração no conforto e na facilidade em conduzir a vida sexual e o comportamento sexual do companheiro, incluindo a capacidade de integrar a vida sexual com os relacionamentos não sexuais e expectativas de vida. Grau no qual a actividade sexual corresponde às expectativas (Pechorro, 2006).
Mudança no interesse em relação a outros	Ausência ou diminuição de sentimentos de interesse em relação aos outros (Basson, 2004).
Mudança do auto-interesse	Ausência ou diminuição de sentimentos de interesse por si próprio (Basson, 2004).
Mudança no papel sexual	Alteração no modo de interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamento esperadas por terceiros (CIPE, 2011).
Diminuição do desejo sexual	Diminuição de sentimento de atracção sexual em relação a alguém, normalmente provocado por estímulos sensoriais (Pechorro, 2006).
Percepção da limitação sexual	Noção da dificuldade que um indivíduo pode ter na execução de actividade sexual (CIF, 2004).
Procura de confirmação de desejabilidade	Confirmar o interesse da pessoa em que se esta interessado, envolvendo sinais que se relacionem com envolvimento mutuo. Nem sempre o desejo é correspondido pelo outro (Pechorro, 2006).
Mudança indesejada na função sexual	Alteração indesejada nas funções mentais e físicas relacionadas com o acto sexual, incluindo as fases de excitação, de planalto, orgástica e de resolução (CIF, 2004)
<i>Novas características</i>	
Alteration in orgasm – Alterações no orgasmo	Ausência ou diminuição da intensidade do orgasmo ou de sensações orgásticas a partir de estimulação (Basson, 2004; APA, 2014). Orgasmo como sensação

	intensa de prazer com reações fisiológicas que ocorrem como culminar de uma experiência sexual (Pechorro, 2006).
Presence the pain - Dispareunia	Dor persistente ou recorrente na penetração ou na tentativa de penetração (Basson, 2004; APA, 2014).
Alteration in lubrication – alterações na lubrificação	Alteração corporal decorrente da estimulação sexual (Pechorro, 2006)
Alteration in sexual desire – alterações no desejo sexual	Alterações no sentimento de atracão sexual em relação a alguém, normalmente provocado por estímulos sensoriais (Pechorro, 2006).
Fatores relacionados	
Falta de privacidade	Falta de privacidade como um direito da utente (CIPE, 2011)
Falta de companheiro	Falta de pessoa significativa que acompanha o processo (Oliveira, 2008).
Alteração na função do corporal	Alteração nas funções do corpo englobando as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas orgânicos (CIF, 2004.)
Alteração na estrutura do corporal	Alteração nas estruturas do corpo ou seja nas partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes, sendo o corpo o organismo humano no seu todo (CIF, 2004).
Modelos desadequados	Representação da realidade desadequada (Stanhope & Lancaster, 1999).
Conhecimento insuficiente sobre função sexual	Falta de conteúdo específico baseado no saber adquirido, na informação ou aptidão aprendida, conhecimento e reconhecimento de informação sobre a função sexual (CIPE, 2011).
Desinformação sobre função sexual	Ausência de conteúdo específico baseado no saber adquirido, na informação ou aptidão aprendida, conhecimento e reconhecimento de informação sobre a função sexual (CIPE, 2011).
Presença de abuso (ex. físico, psicológico, sexual)	Presença de maus tratos, participação forçada em carícias, associado a comportamentos ilegais ou culturalmente proibidos (CIPE, 2011).
Abuso psicossocial (ex. controle, manipulação, abuso verbal)	Presença de comportamento agressivo com atos de ataque físico ou emocional, violar ou maltratar (CIPE, 2011).

Conflito de valores	Conflito entre as disposições para manter ou abandonar ações tendo em conta a opinião própria sobre o que é bom e mau (CIPE, 2011).
Vulnerabilidade	Suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (Nichia et al, 2008).
<i>Novos fatores</i>	
Sociodemographic factors – fatores sócio-demográficos	Fatores contextuais que envolvem o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo (CIF, 2004). Ex: idade, escolaridade, estado civil, condição socioeconómica...
Physical alterations – alterações físicas	Alterações biológicas e físicas que se traduzem por variações ao nível da secreção hormonal, da estrutura e da função dos órgãos reprodutores (Silva & Figueiredo, 2005). Ex: desconfortos (náuseas, vômitos, cansaço, sono intenso, sensibilidade mamária...), aumento do abdómen, ...
Psychological alterations – alterações psicológicas	Alterações psicológicas caracterizadas por ambivalência a nível dos sentimentos, dos comportamentos e atitudes, todo o processo de aceitação da gravidez, labilidade emocional, preocupações em relação ao futuro, afetos, emoções, pensamentos e fantasias (Oliveira, 2008)
Relational alterations – alterações relacionais	Reavaliação e reajustamento da relação com os diferentes elementos envolvidos neste processo (Oliveira, 2008).
Gestational age – idade gestacional	Número de semanas de gravidez (O’Reilly, et al, 2008).
Obstetric history – história obstétrica	Relacionado com a paridade, número de vezes que a mulher pariu um feto potencialmente viável, gestas, que se refere ao número de gravidezes, interrupções voluntárias, abortos espontâneos, problemas pré-natais, intra e pós-parto, tipos de parto , ... (O’Reilly, et al, 2008).
Myth, tabu, prejudices, beliefs – mitos, tabus, preconceitos e crenças	Opiniões, convicções, falsas sensações da realidade; proibição do uso, associação ou menção de alguma coisa; frequentemente associado ao evitar de determinados comportamentos (CIPE, 2011).
Fears - medos	Emoção negativa caracterizada por sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma

	resposta fisiológica (CIPE, 2011).
Self-esteem - autoestima	Opinião que cada um tem de si próprio das suas capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto-limitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2011).
Self-image - autoimagem	Conceito ou imagem mental de si próprio (CIPE, 2011).
Religious factors - fatores religiosos	Convicção e disposição pessoal para manter e abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios (CIPE, 2011).
Cultural factors – fatores culturais	Crenças, valores, tradições e normas de comportamento de um grupo (CIPE, 2011).

1-International council of nurses (2011). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

2-Basson, R, Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Shover, L., Lankveld, J.V. & Schultz, W.W. (2004). Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*.1(1), 40-48. DOI:10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x.

3-American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

4-Pechorro, P. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

5-Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

6-Oliveira, C. (2008). *A sexualidade na gravidez - Avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros*. (Tese de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.

7-Sanhope, M, & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.

8-Nichiata, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R.F. & Fracolli, L.A. (2008). A utilização do conceito de vulnerabilidade pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5).

9-Silva, A.I. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264.

10- O'Reilly, C. M., Bottomley, C. & Rymer, J. (2008). Livro de bolso de ginecologia e obstetrícia. Loures: Lusodidacta.

ANEXO XI

Autorizações dos Diretores Executivos do

ACES Lisboa Norte e ACES Oeste Sul

DECLARAÇÃO

Maria Manuela da Cunha e Vasconcelos Peleteiro, Directora Executiva do ACES Lisboa Norte, afirma a disponibilidade de colaboração do ACES para a realização do estudo "Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* em grávidas", bem como estarem reunidas todas as condições estruturais, logísticas e humanas para a sua realização.

14 Novembro 2014

Director Executivo do ACES Lisboa Norte

M. Manuela Peleteiro

Exmo. Sr.
Diretor Executivo do
Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul
Dr. Gonçalves André

*face ao parecer favorável
de D. Enfermeira,
informar-me que o ALOS
Oeste Sul reúne as
condições solicitadas
para a realização do
estudo.*

Exmo. Senhor Dr.,

Dora Maria Honorato Carteiro, enfermeira especialista saúde materna e obstetria, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Charneca do Lumiar, estudante do curso de doutoramento em enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pretende realizar um estudo de investigação intitulado "Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* em grávidas".

Dr. José Gonçalves André
Diretor Executivo
ACES OESTE SUL
27.10.14

Vem, por este meio, solicitar a V. Exa. se digne conceder a autorização e disponibilidade de condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação, em condições éticas adequadas, para aplicar o protocolo de investigação, constituído pela caracterização sócio-demográfica, o Índice de funcionamento sexual feminino e uma escala com as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem que será validado. As participantes no estudo serão as grávidas acompanhadas na Consulta de Enfermagem nas seguintes Unidades do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, durante o ano de 2014/2015.

USCP Mafra Leste - UCSP Mafra Norte - USF Andreas - USF Ouriceira

UCSP Torres Vedras - USF Gama - USF Arandis

UCSP Lourinha - USF D. Jordão

UCSP Cadaval

UCSP Sobral Monte Agraço - USF Dr. Costa Campos

Junta em anexo o instrumento de recolha de dados da investigação.

Mafra, 20 de Outubro de 2014

Pede deferimento

Dora Carteiro

ANEXO XII

Proposta à comissão de desenvolvimento de
diagnósticos da NANDA-I

Enunciation: Risk for impaired sexual function

Definition: Risk for change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying or inadequate

Risk Factors:

Absence of privacy

Absence of significant other

Alteration in body function

Alteration in body structure

Inadequate role model

Insufficient knowledge about sexual function

Misinformation about sexual function

Presence of abuse (physical, psychological, social or sexual)

Vulnerability

Physical changes

Psychological changes

Relational changes

Sociodemographic factors (living history, age, education, socioeconomic conditions)

Religious factors

Cultural factors (beliefs, myths, taboos)

Obstetric history (number of births, pregnancies, abortions, difficulties in pregnancy, problems in pregnancy and childbirth, gestational age)

Fears

Self-esteem alterations

Body image alterations

Enunciation: Impaired sexual function

Definition: A state in which an individual experiences a change in sexual function during the sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying or inadequate

Defining characteristics major:

- Seeks confirmation of desirability
- Alteration in sexual satisfaction
- Alteration in sexual activity
- Perceived sexual limitation
- Orgasm alterations
- Lubrication alterations
- Undesired change in sexual function

Defining characteristics minor:

- Alteration in sexual excitation
- Change in self interest
- Change in sexual desire
- Change in sexual role
- Pain during sexual relation
- Change in interest toward others
- Decrease in sexual desire

Related Factors:

- Absence of privacy
- Absence of significant other
- Alteration in body function
- Alteration in body structure
- Inadequate role model
- Insufficient knowledge about sexual function
- Misinformation about sexual function
- Presence of abuse (physical, psychological, social or sexual)
- Vulnerability
- Physical changes
- Psychological changes
- Relational changes
- Sociodemographic factors (living history, age, education, socioeconomic conditions)
- Religious factors
- Cultural factors (beliefs, myths, taboos)
- Obstetric history (number of births, pregnancies, abortions, difficulties in pregnancy, problems in pregnancy and childbirth, gestational age)
- Fears
- Self-esteem alterations
- Body image alterations

ANEXO XIII
Parecer Intermédio da CES

Parecer Intermédio
Proc.100/CES/INV/2014

Título: 'Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* em grávidas'.

Âmbito do estudo: Doutoramento em Enfermagem - Universidade Católica

Enquadramento institucional do proponente: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Charneca do Lumiar

Investigador(es): Dora Maria Honorato Carteiro, Enf

Orientador(es): Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer; Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa (enviadas declarações de orientação e cv)

Apreciação

O projeto em apreciação sugere interesse, carecendo para uma melhor análise de alguns esclarecimentos:

1. Não fica clara pergunta de investigação / pertinência do estudo, nomeadamente no contexto dos ACES nos quais se propõe o seu desenvolvimento.
2. Articulando com o cronograma, aparentemente, o que se pretende desta CES relaciona-se com a fase 3 – necessária confirmação.
3. Como foi calculada a amostra, tendo em consideração os objetivos 4 e 5.
4. O questionário, composto por 3 secções deve ter devidamente identificadas as fontes, nomeadamente o *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*. Na secção III, as colunas relativas a "Definição operacional" não se entendem.

ANEXO XIV

Parecer favorável condicionado da CES



Exma. Sr.ª
Dr.ª Dora Carteiro
doracarteiro@gmail.com

C/C:	Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
			991/CES/2015	20-01-2015

Assunto: "Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* em grávidas".

- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.100/CES/INV/2014

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 16-01-2015, o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvidas as condições mencionadas no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luís Pisco

Parecer
Proc.100/CES/INV/2014

Título: "Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* em grávidas".

Âmbito do estudo: Doutoramento em Enfermagem - Universidade Católica

Enquadramento institucional do proponente: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Charneca do Lumiar

Investigador(es): Dora Maria Honorato Carteiro, Enf

Orientador(es): Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer; Professora Doutora Lisete Maria Ribeiro de Sousa (enviadas declarações de orientação e cv)

Fundamentação do estudo:

A gravidez tem um impacto na vivência da sexualidade. A sexualidade durante a gravidez tem sido uma temática investigada recentemente em diversos países do mundo, assim como as suas implicações ao longo dos cuidados durante a gravidez. Constitui um tema actual nas pesquisas de literatura que procuram saber qual a dimensão desta problemática na grávida, sendo nesta vertente que este estudo se enquadra.

A pertinência do estudo justifica-se com o desenvolvimento da taxonomia II da NANDA-I, contribuindo para elevar o nível de evidência deste diagnóstico de enfermagem e, assim, permitir que, através de uma linguagem uniformizada, este diagnóstico de enfermagem "sexual dysfunction" assuma o mesmo significado perante diferentes enfermeiros que cuidam da grávida.

Por outro lado, com a realização deste estudo, poderemos a médio prazo planear intervenções de enfermagem de educação para a saúde à grávida no sentido de promover a saúde sexual ao longo da gravidez.

Apreciação

O projeto em apreciação sugere interesse, carecendo para uma melhor análise de alguns esclarecimentos:

1. Não fica clara pergunta de Investigação / pertinência do estudo, nomeadamente no contexto dos ACES nos quais se propõe o seu desenvolvimento.
2. Articulando com o cronograma, aparentemente, o que se pretende desta CES relaciona-se com a fase 3 – necessária confirmação.
3. Como foi calculada a amostra, tendo em consideração os objetivos 4 e 5.

4. O questionário, composto por 3 secções deve ter devidamente identificadas as fontes, nomeadamente o *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*. Na secção III, as colunas relativas a "Definição operacional" não se entendem.

Apreciação 2

O projeto em apreciação sugere interesse para a prática clínica.

Numa primeira apreciação foram colocadas objeções quanto à fundamentação do mesmo, definição da amostra e instrumento de colheita de dados.

As objeções foram respondidas maioritariamente de forma satisfatória, ficando pendente, relativamente ao *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* a identificação no questionário, dos autores do mesmo / validação para a população portuguesa.

Respeitados os princípios éticos exigíveis para este tipo de estudo, somos de parecer favorável à autorização da implementação do estudo nos contextos selecionados, condicionado à correção do questionário, com a identificação dos autores do *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*. A versão final do questionário deve ser enviada a esta Comissão, antes da sua aplicação.

Declaração de interesses: Nada a declarar
14 Janeiro 2015

ANEXO XV

Parecer final da CES

Exma. Sr.ª
Dr.ª Dora Carteiro
doracarteiro@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
4242/CES/2015

Data
5-03-2015

Assunto: 'Validação do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* em grávidas'.

- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.100/CES/INV/2014

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luis Pisco

LUIS PISCO
Vice-Presidente do Conselho Directivo

ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax: +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

