



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
LABORATÓRIO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

**RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO SEXUAL E EMPODERAMENTO  
FEMININO EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL**

**Cynthia Crislayne de Oliveira Andrade**

**NATAL-RN**

**2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
LABORATÓRIO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

**RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO SEXUAL E EMPODERAMENTO  
FEMININO EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL**

**Cinthia Crislayne de Oliveira Andrade**

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

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Elizabel de Souza Ramalho Viana

**NATAL-RN**

**2022**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Andrade, Cinthia Crislayne de Oliveira.

Relação entre função sexual e empoderamento feminino em gestantes de risco habitual / Cinthia Crislayne de Oliveira Andrade. - 2022.

48f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. Natal, RN, 2022.

Orientadora: Elizabel de Souza Ramalho Viana.

1. Gravidez - TCC. 2. Disfunção sexual - Gestantes - TCC. 3. Empoderamento - TCC. I. Viana, Elizabel de Souza Ramalho. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 618.2

## AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

TRABALHO APRESENTADO POR Cinthia Crislayne de Oliveira Andrade

EM \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

1º Examinador(a) ORIENTADOR: Prof.(a) Dra. Elizabel de Souza Ramalho Viana

\_\_\_\_\_

Nota atribuída: \_\_\_\_\_

2º Examinador(a): Prof.(a) MSc. Silvia Oliveira Ribeiro Lira

\_\_\_\_\_

Nota atribuída: \_\_\_\_\_

3º Examinador(a): Prof.(a) Francisco Tiago Oliveira Ibiapina

\_\_\_\_\_

Nota atribuída: \_\_\_\_\_

APROVADO COM MÉDIA = \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me guiou, me deu fé, sabedoria e proteção em todos os momentos. Sua unção e Seu cuidado me fortaleceram e me fizeram chegar até aqui. Minha vida é entregue em Suas mãos e o senhor sempre me guiará conforme a Sua vontade, Pai.

Agradeço em especial aos meus pais, Antônio Carias e Francisca Oliveira, por acreditarem sempre que eu seria capaz de realizar esse sonho, por me encorajar e proporcionar tudo que tenho hoje e, por mais simples, não me deixarem faltar nada nessa trajetória. Por todo amor, carinho e cuidado, muito obrigada. Vocês são tudo em minha vida. Eu amo muito vocês.

À minha família representada aqui pelos meus avós (Elizeth Oliveira, Nilce Andrade e Fransquinho Carias) por todo suporte e cuidado, que também me auxiliaram a chegar até aqui.

À Rafael, pela sua calma, positividade e amor que foi essencial em cada momento. Obrigada por ter me ajudado a superar cada obstáculo e por tudo que tem me feito crescer em todos esses anos.

À minha Professora e orientadora, Dra. Elizabel de Souza Ramalho Viana, por segurar a minha mão em todos os momentos da confecção deste trabalho. Por ter paciência e me passar conhecimento, alegria e ser tão humana (Ser humana é um dos seus pontos mais fortes, professora). Além disso, por toda confiança que depositou em mim para fazer parte do Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher (LAFISM-UFRN), quando eu ainda estava no início da graduação. Sou muito grata por tê-la como orientadora e por ter me regado com sua sabedoria. Que sorte a minha sentir esse amor durante esses anos. Obrigada por não ter soltado a minha mão para vencermos juntas cada etapa.

Às minhas amigas, que possuem papel importante em me ajudar a estar e chegar até aqui, a amizade de vocês me fortalece. À Vilena e Cecília, por terem sido suporte e estar presente nos cinco anos de faculdade me ajudando sempre que preciso.

# SUMÁRIO

## RESUMO

## ABSTRACT

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.1 Objetivo geral:</b> .....	11
<b>2.2 Objetivos específicos:</b> .....	11
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	12
<b>3.1 Caracterização da amostra</b> .....	12
3.1.1 Critérios de inclusão .....	12
3.1.2 Critérios de exclusão .....	12
<b>3.2 Instrumentos e medidas</b> .....	13
3.2. 1 Dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos .....	13
3.2.2 Avaliação da função sexual - FSFI.....	13
3.2.3 Avaliação do empoderamento da mulher gestante .....	14
3.3 Procedimentos da coleta de dados.....	14
3.4 Análise estatística.....	15
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	17
<b>5. ARTIGO</b> .....	18
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	35
<b>APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	39
<b>APÊNDICE 2- Ficha de Avaliação</b> .....	42
<b>ANEXO 1- Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)</b> .....	45
<b>ANEXO 2- Questionário de Empoderamento da Mulher Grávida</b> .....	47

## RESUMO

**Introdução:** A gestação é um período fisiológico na vida da mulher e envolve muitas modificações, sendo elas: físicas, emocionais, hormonais e sociais. Devido a essas alterações, a gestação pode acarretar prejuízos à função sexual. Por isso, é muito importante que essas mulheres procurem ajuda durante o ciclo gravídico-puerperal. O empoderamento, por sua vez, é um conceito que vem com objetivo de melhorar as condições para tomada de decisão dos indivíduos. No período gestacional, ele objetiva uma procura antecipada por serviços especializados ao cuidado com a gestante. **Objetivo:** Relacionar a função sexual e o empoderamento feminino em gestantes de risco habitual. **Metodologia:** Este estudo caracterizou-se como um estudo observacional, do tipo transversal composto por 81 gestantes. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência. Foi utilizada ficha de avaliação contendo os dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos, questionário de avaliação da função sexual feminina (FSFI) e do empoderamento da mulher grávida. **Resultados:** A maioria das gestantes tinha renda familiar com mais de quatro salários mínimos (61,73%). A maioria tinha renda familiar com mais de quatro salários mínimos (61,73%) e ensino superior (97,53%). Além disso, o maior percentil de gestantes estava no segundo trimestre gestacional (66,67%). Os achados obtidos da análise da relação entre a função sexual e o empoderamento mostraram que não houve diferença significativa ( $p= 0,348$ ). **Conclusão:** Conclui-se que não houve relação entre a função sexual e o empoderamento feminino.

**Palavras-chaves:** Gravidez; Disfunção sexual; Empoderamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is a physiological period in a woman's life and involves many changes, including: physical, emotional, hormonal and social. Due to these changes, pregnancy can cause damage to sexual function. Therefore, it is very important that these women seek help during the pregnancy-puerperal cycle. Empowerment, in turn, is a concept that comes with the objective of improving the conditions for decision-making of individuals. During the gestational period, it aims at an early search for specialized services in the care of pregnant women. **Objectives:** To relate sexual function and female empowerment in habitual risk pregnant women. **Methods:** This study was characterized as an observational, cross-sectional study comprising 81 pregnant women. The sample was non-probabilistic, for convenience. An evaluation form containing sociodemographic, obstetric and gynecological data, a questionnaire to assess female sexual function (FSFI) and the empowerment of pregnant women was used. **Results:** Most pregnant women had a family income of more than four minimum wages (61.73%). Most had a family income of more than four minimum wages (61.73%) and higher education (97.53%). In addition, the highest percentile of pregnant women was in the second gestational trimester (66.67%). The findings obtained from the analysis of the relationship between sexual function and empowerment showed that there was no significant difference ( $p= 0,348$ ). **Conclusion:** It is concluded that there was no relationship between sexual function and female empowerment.

**Keywords:** Pregnancy; Sexual Dysfunction; Empowerment.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**DFST**- Departamento de Fisioterapia;

**DSF**- Disfunção sexual feminina;

**FSFI**- Female Sexual Function Index;

**LAFISM**- Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher;

**TCLE**-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

**UFRN**- Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

## 1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período fisiológico na vida da mulher e envolve muitas modificações, sendo elas: físicas, emocionais, hormonais e sociais. Devido a essas alterações, a gravidez torna-se um evento desafiador, que pode acarretar importantes mudanças na saúde sexual das mulheres (SILVA et al., 2021).

A função sexual feminina resulta do equilíbrio dentre os vários fatores que se interligam (THIEL et al., 2008). A resposta sexual, por exemplo, divide-se em quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Quando, por algum motivo, o equilíbrio nessa função é alterado, passa-se a dizer que o indivíduo tem uma disfunção (SILVA et al., 2017).

Há, portanto, diferentes sintomas de disfunção sexual, que podem ser relacionados ao desejo, satisfação ou a dor, vinculada à relação sexual. Estes sintomas podem acarretar respostas individuais na gestante (WALLWIENER et al., 2017). A gestação, de forma isolada, pode apresentar mais de 40% de disfunção sexual feminina (DSF) (SILVA et al., 2017). Estudos prévios identificaram que entre as mulheres brasileiras, cerca de 30% a 60% apresentam alguma disfunção sexual. Desses 30%, apenas 5% procuram ajuda para possíveis tratamentos (ABDO et al., 2002; WALLWIENER et al., 2017 ). Corroborando com estas afirmações, um estudo mais recente verificou que cerca de 70% das mulheres grávidas convivem com algum sintoma de disfunção sexual durante o terceiro trimestre da gestação (BONELLI et al., 2018).

Dessa forma, vale salientar que aspectos hormonais, físicos, psíquicos, culturais e emocionais podem acarretar em prejuízos à saúde sexual. Por isso, é muito importante que essas mulheres procurem ajuda durante o ciclo gravídico-puerperal, visando maior empoderamento para tomada de decisões mais assertivas, evitando assim, o agravamento do quadro clínico.

O empoderamento, por sua vez, é um conceito que vem com objetivo de melhorar as condições para tomada de decisão dos indivíduos. No período gestacional, ele objetiva

uma procura antecipada por serviços especializados ao cuidado com a gestante e que sejam individualizados para cada caso (Coe, 2018). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), empoderar para saúde significa: ...*“um processo que possibilita a capacidade de indivíduos e grupos sociais em expressar necessidades e preocupações, criar estratégias que promovam a atuação na tomada de decisões e obtenção de ações políticas, sociais e culturais que atendam a essas necessidades”* (OMS, 1998).

Espera-se que o empoderamento possa estar vinculado a efeitos benéficos durante o período gestacional (NIEUWENHUIJZE and LEAHY-WARREN, 2019). No entanto, ainda há carências na literatura de estudos, por ser um tema multidimensional e de uma complicada avaliação. Diante da escassez de estudos que envolvam a função sexual e o empoderamento feminino, principalmente no período gestacional, e para contribuir no estudo das lacunas envolvendo esses dois aspectos, este trabalho teve por objetivo estudar a relação entre a função sexual e o empoderamento feminino em gestantes de risco habitual que participaram de grupos de gestantes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Relacionar a função sexual e o empoderamento feminino em gestantes de risco habitual que participaram de grupos de gestantes.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico e ginecológico da amostra estudada;
- Analisar por meio do questionário Female Sexual Function Index (FSFI) a função sexual das gestantes;
- Classificar o nível de empoderamento sexual das participantes da pesquisa.

### **3. METODOLOGIA**

Este estudo caracterizou-se como um estudo observacional, do tipo transversal. Os dados foram coletados entre março e dezembro de 2017, no Laboratório de Práticas Corporais do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e no Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher (LAFISM/UFRN, Campus Central).

Com base na resolução 466/12, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, número (protocolo nº 719.939; CAAE 30403414.8.0000.5537). Além disso, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

#### **3.1 Caracterização da amostra**

A amostra foi do tipo não-probabilística, por conveniência, composta por 81 gestantes. Essas mulheres se inscreveram nos Cursos para Gestantes da UFRN de forma voluntária e, após isso, foram convidadas a participar do estudo. As inscrições nos cursos foram realizadas por meio de mídias sociais, de forma on-line, onde 15 vagas eram disponibilizadas por turma.

##### **3.1.1 Critérios de inclusão**

Para participar da pesquisa as gestantes precisavam estar com idade gestacional entre 12 a 36 semanas de gestação no dia da inscrição do curso, ter uma gestação de risco habitual (Ministério da Saúde, 2012) e aceitar participar da pesquisa.

##### **3.1.2 Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão eram apresentar gestação de alto risco durante a realização do curso, não responder a todos os instrumentos necessários à pesquisa e desistir a qualquer momento da participação na pesquisa.

### **3.2 Instrumentos e medidas**

#### **3.2.1 Dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos**

A ficha de avaliação (Apêndice 2) elaborada pelos pesquisadores do estudo tratava da coleta de dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos. Foram avaliados dados sociodemográficos como: dados pessoais (idade, renda familiar, escolaridade e situação conjugal), dados obstétricos e ginecológicos, incluindo: número de gestações, número de partos e idade gestacional.

#### **3.2.2 Avaliação da função sexual - FSFI**

As voluntárias que participaram da pesquisa foram avaliadas por meio do questionário Female Sexual Function Index (FSFI) (Anexo 1). O FSFI é de autoria de Raymond Rosen (ROSEN et al., 2000), tendo sido traduzido para a língua portuguesa e validado para uso com gestantes por Leite et al. (2007).

Trata-se de um instrumento que avalia, por meio de 19 questões, a função sexual das gestantes com base nas últimas quatro semanas. O questionário possui seis domínios, sendo eles: desejo (questões 1 e 2), excitação (questões 3, 4, 5 e 6), lubrificação (7, 8, 9 e 10), orgasmo (11, 12 e 13), satisfação (14, 15 e 16) e desconforto/dor (17, 18 e 19). Cada questão tem uma pontuação que varia de 0 a 5 ou de 1 a 5. As questões 1, 2, 15 e 16 variam de 1 a 5 em suas alternativas de respostas. As questões 3 a 13, 14, 17, 18 e 19 variam com a pontuação de 0 a 5.

Os escores são calculados para cada domínio. A pontuação é dada pela soma dos itens de cada domínio do questionário, que, após isso, são multiplicados por um fator fixo de correção (PACAGNELLA et al., 2008). Ao final, a pontuação total é dada pela soma dos

valores finais de cada domínio já multiplicadas pelo seu fator de homogeneização. O escore total tem seu mínimo de 2 e o máximo de 36 pontos (THIEL et al., 2008). O ponto de corte ideal que diferencia mulheres com ou sem disfunção sexual é de 26,55. Mulheres com valores abaixo do corte possuem disfunção sexual e acima possuem função sexual normal (WIEGEL et al., 2005).

### **3.2.3 Avaliação do empoderamento da mulher gestante**

O instrumento de avaliação Empowerment Scale for Pregnant Women (Anexo 2), foi criado por Kameda e Shimada (2008), traduzido e validado para a língua portuguesa por Aires (2012). A escala foi criada com o objetivo de avaliar o nível de empoderamento da grávida. O questionário possui 27 itens, divididos entre 5 domínios: autoeficácia (questões 1 a 6); Imagem futura (7 a 12); autoestima (13 a 19); apoio e garantia dos outros (20 a 23); alegria de adição a família (24 a 27). Sendo que os itens 2, 6, 9 e 19 possuem a pontuação invertida durante o cálculo (AIRES et al., 2016).

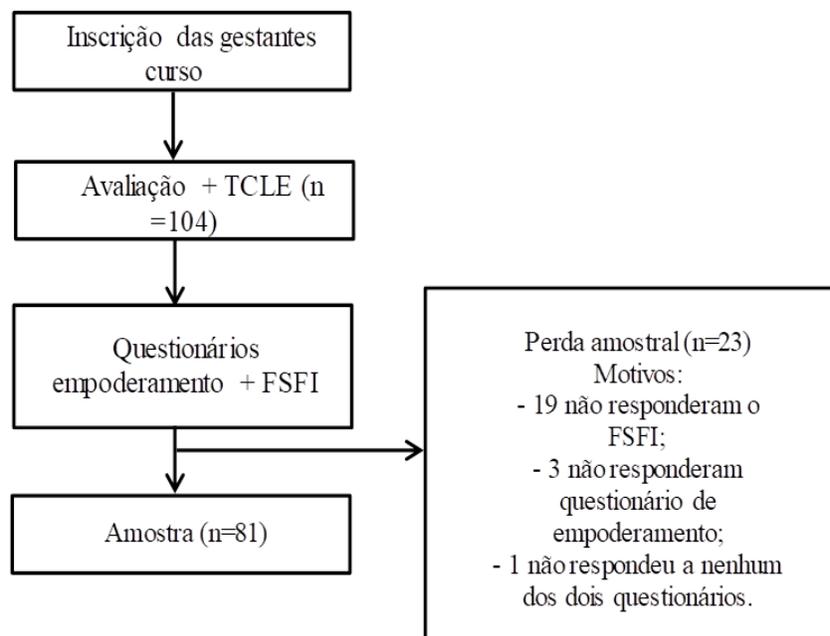
A pontuação é realizada da seguinte forma: todos os itens possuem opções de respostas de 1 a 4, sendo 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo) e 4 (concordo totalmente). O que se espera para este questionário é que quanto maior o escore, melhor o empoderamento. A faixa vai de 27 (escore mínimo) a 108 (escore máximo). Ou seja, quanto mais perto de 108, melhor o empoderamento.

### **3.3 Procedimentos da coleta de dados**

A pesquisa foi realizada no Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher (LAFISM) e no Laboratório de Práticas Corporais do Departamento de Fisioterapia da UFRN (DFST). As gestantes participantes da pesquisa se inscreviam nos cursos de gestantes da UFRN de forma voluntária e eram contatadas via e-mail e telefone para agendar a avaliação. Para as gestantes que aceitaram participar, no dia da avaliação, era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa. O procedimento de coleta se dava por meio da aplicação da ficha de avaliação do

Curso para Gestantes por um avaliador e, após isso, a autoaplicação dos questionários FSFI e da escala de empoderamento da mulher grávida, estes eram enviados via e-mail para cada uma das participantes da pesquisa.

Figura 1: Fluxograma da pesquisa.



### 3.4 Análise estatística

A organização, armazenamento e tratamento dos dados foram realizados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, IBM, versão 20.0). Para análise da distribuição das variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Kolmogorov–Smirnov. Todas as variáveis apresentaram distribuição não paramétrica. A caracterização da amostra em termos sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos foi apresentada em percentual, média e desvio padrão. A análise da função sexual e empoderamento foram realizadas por meio de mediana e quartis (25-75) para os domínios e escores totais dos questionários utilizados.

Com o objetivo de analisar a relação entre função sexual e empoderamento foi aplicado o teste de correlação de Spearman. Apresentou-se o coeficiente de correlação e o valor de p. Adotou-se um nível de significância estatística de  $p < 0,05$ .

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão deste projeto de pesquisa intitulado como: “Relação entre Função Sexual e Empoderamento Feminino em gestantes de risco habitual” serão apresentados em forma de artigo científico que, após as considerações da banca, será traduzido e submetido à periódico científico a ser determinado posteriormente.

## 5. ARTIGO

### RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO SEXUAL E EMPODERAMENTO FEMININO EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL

Cinthia Crislayne de Oliveira Andrade<sup>1</sup>, Vanessa Patrícia Soares de Sousa PhD<sup>2</sup>, Elizabel de Souza Ramalho Viana PhD<sup>3</sup>

1. Discente de graduação do curso de Fisioterapia- UFRN/Campus Natal Central.
2. Profa. Dra. Vanessa Patrícia Soares de Sousa – FACISA/UFRN.
3. Profa. Dra. Elizabel de Souza Ramalho Viana – UFRN/ Campus Natal Central.

#### RESUMO

**Introdução:** A gestação é um período fisiológico na vida da mulher e envolve muitas modificações, sendo elas: físicas, emocionais, hormonais e sociais. Devido a essas alterações, a gestação pode acarretar prejuízos à função sexual. Por isso, é muito importante que essas mulheres procurem ajuda durante o ciclo gravídico-puerperal. O empoderamento, por sua vez, é um conceito que vem com objetivo de melhorar as condições para tomada de decisão dos indivíduos. No período gestacional, ele objetiva uma procura antecipada por serviços especializados ao cuidado com a gestante. **Objetivo:** Relacionar a função sexual e o empoderamento feminino em gestantes de risco habitual. **Metodologia:** Este estudo caracterizou-se como um estudo observacional, do tipo transversal composto por 81 gestantes. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência. Foi utilizada ficha de avaliação contendo os dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos, questionário de avaliação da função sexual feminina (FSFI) e do empoderamento da mulher grávida. **Resultados:** A maioria das gestantes tinha renda familiar com mais de quatro salários mínimos (61,73%). A maioria tinha renda familiar com mais de quatro salários mínimos (61,73%) e ensino superior (97,53%). Além disso, o maior percentil de gestantes estava no segundo trimestre gestacional (66,67%). Os achados obtidos da análise da relação entre a

função sexual e o empoderamento mostraram que não houve diferença significativa ( $p=0,348$ ). **Conclusão:** Conclui-se que não houve relação entre a função sexual e o empoderamento feminino.

**Palavras-chaves:** Gravidez; Disfunção sexual; Empoderamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is a physiological period in a woman's life and involves many changes, including: physical, emotional, hormonal and social. Due to these changes, pregnancy can cause damage to sexual function. Therefore, it is very important that these women seek help during the pregnancy-puerperal cycle. Empowerment, in turn, is a concept that comes with the objective of improving the conditions for decision-making of individuals. During the gestational period, it aims at an early search for specialized services in the care of pregnant women. **Objectives:** To relate sexual function and female empowerment in habitual risk pregnant women. **Methods:** This study was characterized as an observational, cross-sectional study comprising 81 pregnant women. The sample was non-probabilistic, for convenience. An evaluation form containing sociodemographic, obstetric and gynecological data, a questionnaire to assess female sexual function (FSFI) and the empowerment of pregnant women was used. **Results:** Most pregnant women had a family income of more than four minimum wages (61.73%). Most had a family income of more than four minimum wages (61.73%) and higher education (97.53%). In addition, the highest percentile of pregnant women was in the second gestational trimester (66.67%). The findings obtained from the analysis of the relationship between sexual function and empowerment showed that there was no significant difference ( $p=0,348$ ). **Conclusion:** It is concluded that there was no relationship between sexual function and female empowerment.

**Keywords:** Pregnancy; Sexual Dysfunction; Empowerment.

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período fisiológico na vida da mulher e envolve muitas modificações, sendo elas: físicas, emocionais, hormonais e sociais. Devido a essas alterações, a gravidez torna-se um evento desafiador, que pode acarretar importantes mudanças na saúde sexual das mulheres (SILVA et al., 2021).

A função sexual feminina resulta do equilíbrio dentre os vários fatores que se interligam (THIEL et al., 2008). A resposta sexual, por exemplo, divide-se em quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Quando, por algum motivo, o equilíbrio nessa função é alterado, passa-se a dizer que o indivíduo tem uma disfunção (SILVA et al., 2017).

Dessa forma, vale salientar que aspectos hormonais, físicos, psíquicos, culturais e emocionais podem acarretar em prejuízos à saúde sexual. Por isso, é muito importante que essas mulheres procurem ajuda durante o ciclo gravídico-puerperal, visando maior empoderamento para tomada de decisões mais assertivas, evitando assim, o agravamento do quadro clínico.

O empoderamento, por sua vez, é um conceito que vem com objetivo de melhorar as condições para tomada de decisão dos indivíduos. No período gestacional, ele objetiva uma procura antecipada por serviços especializados ao cuidado com a gestante e que sejam individualizados para cada caso (Coe, 2018).. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), empoderar para saúde significa: ...*“um processo que possibilita a capacidade de indivíduos e grupos sociais em expressar necessidades e preocupações, criar estratégias que promovam a atuação na tomada de decisões e obtenção de ações políticas, sociais e culturais que atendam a essas necessidades”* (OMS, 1998).

Espera-se que o empoderamento possa estar vinculado a efeitos benéficos durante o período gestacional (NIEUWENHUIJZE and LEAHY-WARREN, 2019). No entanto, ainda há carências na literatura de estudos, por ser um tema multidimensional e de uma complicada avaliação.

## METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se como um estudo observacional, do tipo transversal. Os dados foram coletados entre março e dezembro de 2017, no Laboratório de Práticas

Corporais do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e no Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher (LAFISM/UFRN, Campus Central).

Com base na resolução 466/12, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, número (protocolo nº 719.939; CAAE 30403414.8.0000.5537). Além disso, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **Caracterização da amostra**

A amostra foi do tipo não-probabilística, por conveniência, composta por 81 gestantes. Essas mulheres se inscreveram nos Cursos para Gestantes da UFRN de forma voluntária e, após isso, foram convidadas a participar do estudo. As inscrições nos cursos foram realizadas por meio de mídias sociais, de forma on-line, onde 15 vagas eram disponibilizadas por turma.

### **Critérios de inclusão**

Para participar da pesquisa as gestantes precisavam estar com idade gestacional entre 12 a 36 semanas de gestação no dia da inscrição do curso, ter uma gestação de risco habitual (Ministério da Saúde, 2012) e aceitar participar da pesquisa.

### **Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão eram apresentar gestação de alto risco durante a realização do curso, não responder a todos os instrumentos necessários à pesquisa e desistir a qualquer momento da participação na pesquisa.

## **Instrumentos e medidas**

### **Dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos**

A ficha de avaliação elaborada pelos pesquisadores do estudo tratava da coleta de dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos. Foram avaliados dados sociodemográficos como: dados pessoais (idade, renda familiar, escolaridade e situação conjugal), dados obstétricos e ginecológicos, incluindo: número de gestações, número de partos e idade gestacional.

### **Avaliação da função sexual - FSFI**

As voluntárias que participaram da pesquisa foram avaliadas por meio do questionário Female Sexual Function Index (FSFI). O FSFI é de autoria de Raymond Rosen (ROSEN et al., 2000), tendo sido traduzido para a língua portuguesa e validado para uso com gestantes por Leite et al. (2007).

Trata-se de um instrumento que avalia, por meio de 19 questões, a função sexual das gestantes com base nas últimas quatro semanas. O questionário possui seis domínios, sendo eles: desejo (questões 1 e 2), excitação (questões 3, 4, 5 e 6), lubrificação (7, 8, 9 e 10), orgasmo (11, 12 e 13), satisfação (14, 15 e 16) e desconforto/dor (17, 18 e 19). Cada questão tem uma pontuação que varia de 0 a 5 ou de 1 a 5. As questões 1, 2, 15 e 16 (variam de 1 a 5) em suas alternativas de respostas. As questões 3 a 13, 14, 17, 18 e 19 variam com a pontuação de 0 a 5.

Os escores são calculados para cada domínio. A pontuação é dada pela soma dos itens de cada domínio do questionário, que, após isso, são multiplicados por um fator fixo de correção (PACAGNELLA et al., 2008). Ao final, a pontuação total é dada pela soma dos valores finais de cada domínio já multiplicadas pelo seu fator de homogeneização. O escore total tem seu mínimo de 2 e o máximo de 36 pontos (THIEL et al., 2008). O ponto de corte ideal que diferencia mulheres com ou sem disfunção sexual é de 26,55. Mulheres com valores abaixo do corte possuem disfunção sexual e acima possuem função sexual normal (WIEGEL et al., 2005).

## **Avaliação do empoderamento da mulher gestante**

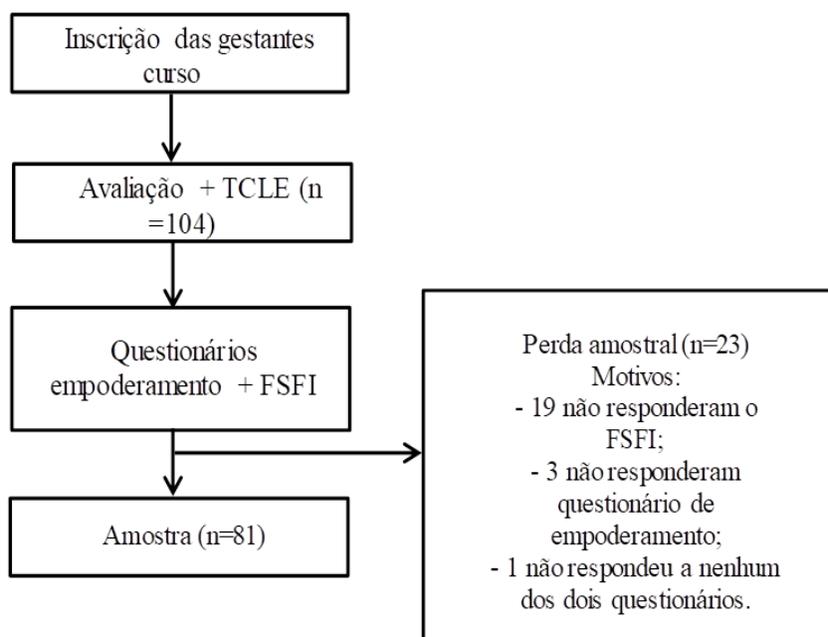
O instrumento de avaliação Empowerment Scale for Pregnant Women, foi criado por Kameda e Shimada (2008), traduzido e validado para a língua portuguesa por Aires (2012). A escala foi criada com o objetivo de avaliar o nível de empoderamento da grávida. O questionário possui 27 itens, divididos entre 5 domínios: autoeficácia (questões 1 a 6); Imagem futura (7 a 12); autoestima (13 a 19); apoio e garantia dos outros (20 a 23); alegria de adição a família (24 a 27). Sendo que os itens 2, 6, 9 e 19 possuem a pontuação invertida durante o cálculo (AIRES et al., 2016).

A pontuação é realizada da seguinte forma: todos os itens possuem opções de respostas de 1 a 4, sendo 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo) e 4 (concordo totalmente). O que se espera para este questionário é que quanto maior o escore, melhor o empoderamento. A faixa vai de 27 (escore mínimo) a 108 (escore máximo). Ou seja, quanto mais perto de 108, melhor o empoderamento.

## **Procedimentos da coleta de dados**

A pesquisa foi realizada no Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher (LAFISM) e no Laboratório de Práticas Corporais do Departamento de Fisioterapia da UFRN (DFST). As gestantes participantes da pesquisa se inscreviam nos cursos de gestantes da UFRN de forma voluntária e eram contatadas via e-mail e telefone para agendar a avaliação. Para as gestantes que aceitaram participar, no dia da avaliação, era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa. O procedimento de coleta se dava por meio da aplicação da ficha de avaliação do Curso para Gestantes por um avaliador e, após isso, a autoaplicação do questionário FSFI e o da escala de empoderamento da mulher grávida.

Figura 1: Fluxograma da pesquisa.



### Análise estatística

A organização, armazenamento e tratamento dos dados foram realizados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, IBM, versão 20.0). Para análise da distribuição das variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Kolmogorov–Smirnov. Todas as variáveis apresentaram distribuição não paramétrica. A caracterização da amostra em termos sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos foi apresentada em percentual, média e desvio padrão. A análise da função sexual e empoderamento foram realizadas por meio de mediana e quartis (25-75) para os domínios e escores totais dos questionários utilizados. Com o objetivo de analisar a relação entre função sexual e empoderamento foi aplicado o teste de correlação de Spearman. Apresentou-se o coeficiente de correlação e o valor de p. Adotou-se um nível de significância estatística de  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

Foram avaliadas 81 gestantes de risco habitual. A maior parte dessas mulheres (67,90%) tinham média de idade cronológica ( $31,37 \pm 3,61$ ). Com relação à renda, a maioria possuía renda familiar com mais de quatro salários mínimos (61,73%). Além disso, em relação à situação conjugal, 97,53% tinham companheiro.

Já no que se refere a número de partos, 93,83% eram primíparas e 6,17% tiveram ao menos um parto. A idade gestacional média foi de 23,90 ( $\pm 5,53$ ). O maior percentil de gestantes estava no segundo trimestre gestacional (66,67%). Outras informações sobre os dados sociodemográficos e dados ginecológicos e obstétricos podem ser vistas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica, obstétrica e ginecológica da amostra.

Variável	n = 81	%
<b>Dados pessoais</b>		
<b>Idade (média= 31,37 ± 3,61)*</b>		
20 a 29 anos	22	27,16
30 a 39 anos	55	67,90
> 40 anos	1	1,23
Não respondeu	3	3,70
<b>Renda Familiar</b>		
1 a 2 salários mínimos	2	2,47
3 a 4 salários mínimos	13	16,05
> 4 salários mínimos	50	61,73
Não respondeu	16	19,75
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	1	1,23
Ensino Médio	1	1,23
Ensino Superior	79	97,53
<b>Situação Conjugal</b>		
Tem companheiro	79	97,53
Não tem companheiro	2	2,47
<b>Dados Obstétricos e Ginecológicos</b>		
<b>Nº de gestações</b>		
1	67	82,72
2	12	14,81
3	1	1,23
4	0	0,00
5	1	1,23
<b>Nº de partos</b>		
0	76	93,83
1	5	6,17
<b>Tipos de partos</b>		
Parto vaginal	1	1,23
Cesárea	4	4,94
<b>Idade gestacional em semanas (média= 23,90 ± 5,53)**</b>		
Primeiro trimestre (1 a 12)	0	0,00
Segundo trimestre (13 a 26)	54	66,67
Terceiro trimestre (>27)	26	32,10
Não respondeu	1	1,23

\*média e desvio padrão da idade; \*\*média e desvio padrão da idade gestacional.

A mediana do escore total FSFI foi de 22,20 (11,35-27,95). Os resultados obtidos no questionário de empoderamento demonstraram valor de 72,00 (70,00- 75,00). O domínio que apresentou escore mais baixo na caracterização da função sexual foi o de “desejo” e na caracterização de empoderamento foi o “apoio e garantia dos outros”. Outras informações sobre a caracterização da função sexual e empoderamento por domínio podem ser vistas na tabela 2.

**Tabela 2** – Caracterização da função sexual e do empoderamento da amostra (n=81).

<b>Função sexual</b>	
<b>Domínio</b>	<b>Mediana (intervalo)</b>
Desejo	3,00 (2,40 – 3,60)
Excitação	3,60 (2,10 – 4,80)
Lubrificação	3,90 (1,65 – 5,40)
Orgasmo	3,60 (1,40 – 4,80)
Satisfação	3,60 (2,40 – 4,80)
Dor	4,80 (0,60 – 6,00)
Total	22,20 (11,35 – 27,95)
<b>Empoderamento</b>	
<b>Domínio</b>	<b>Mediana (intervalo)</b>
Autoeficácia	15,00 (14,00 – 15,00)
Imagem futura	14,00 (14,00 – 15,00)
Autoestima	18,00 (17,00 – 18,00)
Apoio e garantia dos outros	12,00 (12,00 – 14,00)
Alegria por adição à família	13,00 (12,00 – 14,00)
Total	72,00 (70,00 – 75,00)

Os achados obtidos da análise da relação entre a função sexual e o empoderamento mostraram que não houve diferença significativa ( $p= 0,348$ ). Outros resultados da

correlação da função sexual com os domínios do questionário de empoderamento são encontrados na tabela 3.

**Tabela 3** – Análise da relação entre a função sexual e o empoderamento (n=81).

	Empoderamento											
	Autoeficácia		Imagem futura		Autoestima		Apoio e garantia dos outros		Alegria por adição à família		Total	
	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P
<b>Função sexual</b>	0,071	0,529	0,026	0,819	0,197	0,077	0,002	0,984	0,002	0,983	0,106	0,348

\* Estatisticamente significativo  $P < 0,05$

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal analisar a relação entre função sexual e o empoderamento feminino em gestantes de risco habitual participantes de um grupo de classes pré-natais. Não foi observada correlação entre as variáveis, quando relacionados os domínios dos questionários FSFI e a escala de empoderamento da mulher grávida.

Em estudo anterior, Wallwiener et al. (2017) acompanhou a função sexual durante o terceiro trimestre de gestação até 4 meses pós-parto e afirmou que, a partir deste trimestre gestacional, a maior parte das mulheres apresentavam pontuações indicativas de DSF. Outros estudos mostraram que a queda na função sexual em grávidas ocorre de forma progressiva durante o avanço da gestação (ASLAM et al., 2005; DAUD et al., 2019). Nossos dados demonstraram que a maioria das mulheres analisadas estava no segundo trimestre gestacional e apresentava escore indicativo de disfunção sexual (22,20). Estes dados corroboram com achados de um estudo anterior a este, que também obteve escores

indicativos de disfunção sexual em gestantes no segundo trimestre gestacional (BEZERRA et al., 2019).

Por outro lado, Murtagh et al. (2010) mostrou que durante o segundo trimestre, as grávidas começam a aumentar a libido. Isso ocorre, provavelmente, porque as mudanças fisiológicas no primeiro trimestre gestacional começam a diminuir. Ainda, para este autor, durante o terceiro trimestre, demandas funcionais começam a aparecer no corpo da mulher, com uma tendência a diminuir a função sexual por impedimentos mecânicos.

Outro estudo, de caráter transversal aleatório realizado com 431 gestantes saudáveis mostrou que as disfunções sexuais estão significativamente aumentadas no primeiro e terceiro trimestres, quando são comparadas com o segundo trimestre gestacional (Hanafy et al., 2014). Outro autor, Ahamed (2014) observou em seu estudo que durante o terceiro trimestre as gestantes tinham uma magnitude maior de DSF, enquanto no segundo trimestre gestacional houve um aumento relativo da função sexual.

Para Kohler et al. (2017), os domínios mais afetados no FSFI, de forma sequencial, foram: satisfação, orgasmo, lubrificação, excitação, desejo e dor. A maioria da amostra desta autora estava no terceiro trimestre gestacional. Os resultados obtidos neste estudo divergem dos achados de Kohler et al. (2017) porque a amostra encontrava-se em sua maior parte no segundo trimestre gestacional. Nossos achados demonstraram, sequencialmente, que o domínio com escore mais baixo foi o de desejo, seguidos por excitação, satisfação e orgasmo que obtiveram a mesma mediana, lubrificação e, por fim, dor.

Além disso, trabalhos anteriores mostraram que as disfunções sexuais femininas podem levar a impactos emocionais, interferindo no agravamento da sua sintomatologia (BARRETO et al., 2018; SILVA et al., 2021). As DSF estão também ligadas ao desconforto pessoal e a má qualidade de vida (SILVA et al., 2021). Adicionalmente, o desconforto pessoal pode afetar o empoderamento dessas mulheres.

No nosso estudo, o escore total de empoderamento feminino apresentou-se relativamente alto (72,00). Os resultados obtidos por este estudo corroboram com dados da literatura onde se demonstra que valores altos obtidos pelo questionário, indicam um maior

empoderamento pelas gestantes (HAJIPOUR et al., 2016 e COE, 2017). Uma provável explicação para estes achados reside no fato de que a maioria das gestantes estudadas se encontrava no segundo trimestre gestacional.

No estudo de Hanafy et al. (2014), foi identificado que o segundo trimestre gestacional é o mais estável emocionalmente. Nesse período, parece haver uma segurança maior, por parte da grávida quanto à perda fetal. Outro artigo utilizou a mesma escala de empoderamento do nosso estudo para analisar determinantes do empoderamento materno durante a gravidez. Foram avaliadas 161 gestantes no nordeste do Irã e observou-se que com uma maior conscientização sobre o empoderamento e seus determinantes, há uma melhor promoção de programas que visem o empoderamento durante o pré-natal (BORGHEI et al., 2017). Esse aumento da conscientização e procura por informação pode ser definido como empoderamento para a saúde. Segundo a OMS (1998): empoderar para saúde significa um processo que possibilita o aumento de tomada de decisão.

Dados importantes encontrados neste estudo dizem respeito ao alto nível de escolaridade e poder socioeconômico. Na nossa amostra, 97,53% das gestantes tinham ensino superior e 61,73% possuíam mais de 4 salários mínimos como renda familiar. Poiatti (2020), trouxe em seu estudo que o acesso a serviços de educação e saúde está, em muitos casos, também relacionado à renda. Portanto, a renda familiar alta da amostra pode ser um fator influenciador no escore de empoderamento mais alto. Além disso, é importante ressaltar que a alta escolaridade das grávidas estudadas deve ser considerada, pois o nível instrucional alto remete a mais conhecimento científico, e mais conhecimento, pode afetar na tomada de decisão.

Este estudo teve como limitações um alto nível de escolaridade entre as participantes, renda familiar elevada e, por fim, a escassez de literatura de trabalhos envolvendo a função sexual e o empoderamento feminino que também limitou a discussão dos resultados.

## **CONCLUSÃO**

Em conclusão, não houve relação entre a função sexual e o empoderamento feminino. Porém, faz-se necessária a realização de mais estudos com esta temática, visto que a função sexual e o empoderamento são partes integrantes da saúde sexual.

Este artigo auxiliará para contribuir em diminuir as lacunas existentes sobre os temas nele envolvidos, pois faz uso de questionários padronizados, traduzidos e validados para língua portuguesa o que facilita o acesso para outros estudos, servindo como base para pesquisas futuras sobre os temas. Portanto, evidencia-se o papel desse estudo em disseminar informações acerca do estudo da função sexual e do empoderamento feminino. Além disso, encoraja-se para que mais pesquisas sejam realizadas envolvendo esses dois temas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aires CMCS. Estudo das propriedades métricas da empowerment scale for pregnant women para o contexto português. Tese [Dissertação de Mestrado em Enfermagem] Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2012.

Aires CMCS, Ferreira IMF, Santos ATVMF, Sousa MRMGC. Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the Empowerment Scale for Pregnant Women to the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 10: 49-56.

Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalência de disfunção sexual feminina durante a gravidez entre mulheres egípcias. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2014; 40(4):1023–1029.

Aslam G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*. 2005; 17, 154-157.

Barreto, APP, Nogueira A., Teixeira B, Brasil C, Lemos A, Lôrdelo, P.O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2018; 8(4): 511-517.

Bezerra, Ingrid Fonseca Damasceno. Influência da função sexual e qualidade do sono sobre a qualidade de vida de mulheres grávidas. Departamento de Fisioterapia UFRN (Natal-RN). Tese [Doutorado em Fisioterapia] –Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.

Borghai NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Jabbari Nooghabi H. Investigating the Determinants of Maternal Empowerment During Pregnancy: A Strategy for Prenatal Healthcare Promotion. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2017; 5 (3): 988-997.

Coe CB. Impacto de um curso de educação pré-natal no empoderamento de mulheres grávidas. Departamento de Fisioterapia UFRN (Natal-RN). Tese [Mestrado em Saúde da mulher] –Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.

Daud S, Zahid AZM, Mohamad M, Abdullah B, Mohamas NAN. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2019 Ago; 55 (5).

Hajipour L, Montazeri A, Amiri ZM, Tabaghdehi H, Ledari FM. The Empowerment of Pregnant Women in Tonekabon , Iran. 2016;2(1):9–13.

Hanafy S , Srour NE , Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters:an Egyptian study. *Journal compilation*. 2014 Jun; 11, 240–243.

Kameda Y, Shimada K. Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*. 2008; 32(1):39–48.

Köhler BSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *Revista ConScientiae Saúde*. 2017; 2017;16(3):360-366.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007 Ago; 29 (8): 397-401.

Ministério da Saúde, Gestação de alto risco: manual técnico. Editora do Ministério da Saúde. 2012; 302 p.

Murtagh J, CNM, MSN, RN. Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice. the American College of Nurse-Midwife. 2010 set/out; 55(5):438-446.

Nieuwenhuijze M, e Leahy-Warren P. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. / Midwifery. 2019; 78:1-7.

Organização Mundial de Saúde, Health Promotion Glossary. Division of health Promotion, education and Communications, Suíça, 1998.

Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(2):416-426.

Poiatti ND. Escolaridade feminina e a sua importância na escolha voluntária da fecundidade. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação Araraquara. 2020 Out/dez; 15 (4):1786-1798.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy. 2000;26(2):191-208.

Silva BCA, Amorim D, Nunes EFC, Latorre GFS. Disfunção Sexual Feminina e Parto Normal: uma revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2017; 21(4):363-368.

Silva JM, Zancanaro Y, De Biagi J. Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres. Femina. 2021;49(7):421-7.

Silva ACSP, Mori AS; Silva ML, Cruz MCA, Borges NMP, Freitas YJF, Garcia TR, Macedo RM, Arruda JT. Female sexual health in women's empowerment times. Research, Society and Development. 2021; 10(7): 1-10.

Thiel R, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. [online]. 2008; 30 (10): 504- 510.

Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok C, Feller S, Wallwiener M, Reck C, Matthies L, Wallwiener C. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2017 Apr;295(4):873-883.

Wiegel M, Meston C & Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores, *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005; 31 (1): 1-20.

## **6. CONCLUSÃO**

Conclui-se que não houve relação entre a função sexual e o empoderamento feminino. Porém, destaca-se a importância deste estudo em auxiliar para ajudar a diminuir as lacunas existentes desses dois temas na literatura e reforça-se que estas variáveis são parte integrante da saúde sexual da gestante.

Este artigo auxiliará para contribuir em diminuir as lacunas existentes sobre os temas nele envolvidos, pois faz uso de questionários padronizados, traduzidos e validados para língua portuguesa o que facilita o acesso para outros estudos, servindo como base para pesquisas futuras sobre os temas. Portanto, evidencia-se o papel desse estudo em disseminar informações acerca do estudo da função sexual e do empoderamento feminino. Além disso, encoraja-se para que mais pesquisas sejam realizadas envolvendo esses dois temas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo CHN, Oliveira Junior WN, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002;59(4):250-7.

Aires CMCS. Estudo das propriedades métricas da empowerment scale for pregnant women para o contexto português. Tese [Dissertação de Mestrado em Enfermagem] Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2012.

Aires CMCS, Ferreira IMF, Santos ATVMF, Sousa MRMGC. Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the Empowerment Scale for Pregnant Women to the Portuguese contexto. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 10: 49-56.

Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalência de disfunção sexual feminina durante a gravidez entre mulheres egípcias. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2014; 40(4):1023–1029.

Aslam G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*. 2005; **17**, 154-157.

Barreto, APP, Nogueira A., Teixeira B, Brasil C, Lemos A, Lôrdelo, P.O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2018; 8(4): 511-517.

Bezerra, Ingrid Fonseca Damasceno. Influência da função sexual e qualidade do sono sobre a qualidade de vida de mulheres grávidas. Departamento de Fisioterapia UFRN (Natal-RN). Tese [Doutorado em Fisioterapia] –Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.

Bonelli MCP, Calheiros CAP, Nogueira DA, Terra FS, Leite EPRC. Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional. *Revista online de pesquisa cuidado é fundamental*. 2018 out/dez; 10(4):1091-1097.

Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Jabbari Nooghabi H. Investigating the Determinants of Maternal Empowerment During Pregnancy: A Strategy for Prenatal Healthcare Promotion. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2017; 5 (3): 988-997.

Coe CB. Impacto de um curso de educação pré-natal no empoderamento de mulheres grávidas. Departamento de Fisioterapia UFRN (Natal-RN). Tese [Mestrado em Saúde da mulher] –Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.

Daud S, Zahid AZM, Mohamad M, Abdullah B, Mohamas NAN. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2019; 55 (5).

Hajipour L, Montazeri A, Amiri ZM, Tabaghdehi H, Ledari FM. The Empowerment of Pregnant Women in Tonekabon , Iran. 2016;2(1):9–13.

Hanafy S , Srour NE , Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters:an Egyptian study. *Journal compilation*. 2014 Jun; 11, 240–243.

Kameda Y, Shimada K. Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*. 2008; 32(1):39–48.

Köhler BSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *Revista ConScientiae Saúde*. 2017; 2017;16(3):360-366.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007 Ago; 29 (8): 397-401.

Ministério da Saúde, *Gestação de alto risco: manual técnico*. Editora do Ministério da Saúde. 2012; 302 p.

Murtagh J, CNM, MSN, RN. Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice. the American College of Nurse-Midwife. 2010 set/out; 55(5):438-446.

Nieuwenhuijze M, e Leahy-Warren P. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. / Midwifery. 2019; 78:1-7.

Organização Mundial de Saúde, Health Promotion Glossary. Division of health Promotion, education and Communications, Suíça, 1998.

Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(2):416-426.

Poiatti ND. Escolaridade feminina e a sua importância na escolha voluntária da fecundidade. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação Araraquara. 2020 Out/dez; 15 (4):1786-1798.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy. 2000;26(2):191-208.

Silva BCA, Amorim D, Nunes EFC, Latorre GFS. Disfunção Sexual Feminina e Parto Normal: uma revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2017; 21(4):363-368.

Silva JM, Zancanaro Y, De Biagi J. Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres. Femina. 2021;49(7):421-7.

Silva ACSP, Mori AS; Silva ML, Cruz MCA, Borges NMP, Freitas YJF, Garcia TR, Macedo RM, Arruda JT. Female sexual health in women's empowerment times. Research, Society and Development. 2021; 10(7): 1-10.

Thiel R, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. [online]. 2008; 30 (10): 504- 510.

Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok C, Feller S, Wallwiener M, Reck C, Matthies L, Wallwiener C. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2017 Apr;295(4):873-883.

Wiegel M, Meston C & Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores, *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005; 31 (1): 1-20.

## **APÊNDICE 1-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA/UFRN

Discente: Cinthia Crislayne de Oliveira Andrade

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabel de Souza Ramalho Viana

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar das pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Estudo em Fisioterapia sobre Saúde da Mulher (GESM), no qual o Curso para Gestantes está incluído.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. As pesquisas buscam avaliar o seu equilíbrio postural, dor lombopélvica (região inferior da coluna), sono, qualidade de vida, empoderamento, função dos músculos do assoalho pélvico e outros assuntos relacionados à mulher grávida, parturiente (no momento do parto) e puérpera (no pós-parto). Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: preenchimento de ficha de avaliação e de protocolos específicos para avaliar todos os aspectos de interesse das pesquisas realizadas.

Todo o protocolo de avaliação será aplicado **antes** e **após** sua participação no Curso para Gestantes.

O risco envolvido é mínimo, pois você, apenas, responderá a questionários e realizará o protocolo de avaliação e exercícios em aparelhos específicos, tendo, constantemente, um examinador responsável, exclusivamente, por garantir a sua segurança.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: receberá o relatório completo da sua avaliação e orientações de como cuidar melhor do assoalho pélvico durante a gravidez, parto e pós-parto; participará de um curso específico para gestantes e contribuirá com o avanço das pesquisas relacionadas a esse tema.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários (através de artigos científicos e apresentação em congressos nacionais e internacionais). As imagens e vídeos captados ao longo do curso serão utilizados, exclusivamente, para fins acadêmicos e de publicidade do Curso para Gestantes da UFRN.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Av. Senador Salgado Filho, S/N - Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos destas pesquisas, como elas serão realizadas, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente das pesquisas realizadas pelo GESM/UFRN.

Participante da Pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável:

Nome: Cinthia Crislayne de Oliveira Andrade

Assinatura: \_\_\_\_\_

Endereço Profissional: Av. Senador Salgado Filho, Lagoa Nova, Campus – UFRN.

Telefone: (84) 32154270

Comitê de Ética e Pesquisa – Endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova.

Telefone: (84)215-3135.

## APÊNDICE 2- Ficha de Avaliação

<b><u>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS</u></b>			
Data da avaliação: ____/____/____		Data da reavaliação: ____/____/____	
Nome:		ID:	
Idade (em anos):	DN: ____/____/____	Naturalidade:	
Nº pessoas na família:	Cor declarada:	Lateralidade: 1. ( ) Direita 2. ( ) Esquerda	
Endereço:			
Telefone (s):		e-mail*:	
Escolaridade: ____ (em anos) 1. ( ) Ens. Fund I. 2.( ) Ens Méd. 3 ( ) Ens. Sup			
Profissão:		Ocupação:	
Renda familiar: 1. ( ) 1 a 2 SM / 2. ( ) 3 a 4 SM/ 3.( ) >4 SM/ 4.( ) Não respondeu			
Situação conjugal: 1.( ) Casada 2. ( ) Tem companheiro (união estável, namorado) 3. ( ) Não tem companheiro (solteira, viúva, divorciada)			
<b><u>DADOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS</u></b>			
QP:			
IG:	DPP (US):	G: ____ P: ____ A: ____ PC: ____	PV: ____
História de partos anteriores:			
Pretensão do tipo de parto: 1. ( ) Parto vaginal 2. ( ) Cesárea			
Acompanhamento privado? 1. ( ) S 0. ( ) N			
Gravidez planejada? 1. ( ) S 0. ( ) N			
Apoio do companheiro/família? 1. ( ) S 0. ( ) N			
AP: ( ) HAS ( ) DM ( ) Doenças respiratórias ( ) Epilepsia ( ) Fotossensibilidade ( ) Outros			
Intercorrências durante a gravidez/medicamentos:			
<b><u>ALTERAÇÕES NOS SISTEMAS CORPORAIS</u></b>			
Sistema tegumentar: ( ) Cloasma ( ) linha nigra ( ) Estrias ( ) pele ( ) cabelo ( ) unhas ( ) aumento da oleosidade/temperatura ( ) varizes			
Sistema urinário: ( ) Infecção urinária ( ) IUE ( ) IUU ( ) Aumento da micção			
Sistema gastrointestinal: ( ) náuseas ( ) vômitos ( ) salivação excessiva ( ) Refluxo ( ) azia ( ) Constipação			
Sistema respiratório: ( ) Aumento da FR ( ) Dispneia			
Sistema cardiovascular: ( ) Aumento da FC ( ) Edemas MMSS ( ) Edemas MMII			
Sistema musculoesquelético: ( ) Fadiga muscular ( ) Dor lombar ( ) Dor pélvica ( ) câimbras			
Sistema nervoso e alterações psíquicas: ( ) Dormência MMSS ( ) Dormência MMII ( ) sonolência ( ) alentencimento psicomotor ( ) labilidade emocional			
Observações:			
<b><u>HÁBITOS E VÍCIOS/ DADOS ANTROPOMÉTRICOS</u></b>			
Tabagista? ( ) S ( ) N		Quanto tempo?	
Etilista? ( ) S ( ) N		Nível de atividade física? ( ) Sedentária ( ) Recreacional ( ) Regular	
Antes da gestação?			
1. ( ) S 0. ( ) N 3.( )	Qual?	Tempo?	Frequência?

**Socialmente**

Se a gestante não praticar AF, pergunte o (s) motivo (s): 1. ( ) Intensa carga horária de trabalho, 2. ( ) Cansaço, 3. ( )

Considera o próprio trabalho como uma atividade física; 4. ( ) Falta de motivação, 5. ( ) Falta de conhecimento sobre as recomendações de atividade física, 6. ( ) Sintomas relacionados à gravidez (enjoos matinais, dores lombares e pélvicas), 7. Outros: \_\_\_\_\_

Peso antes da gestação: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Ganho de peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

Como você classificaria sua qualidade de vida **antes da gestação**? 1.( ) Boa 2.( ) Excelente 3.( ) Ruim 4. ( ) Péssima

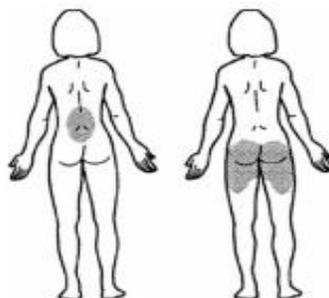
Como você classificaria sua qualidade de vida antes da gestação? 1.( ) Boa 2.( ) Excelente 3.( ) Ruim 4. ( ) Péssima

Por quantas horas você trabalha? ( ) Não trabalha ( ) Em casa Total de horas \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DA DOR LOMBOPELVICA**

Sente dor na região lombopélvica? 1. ( ) S 0. ( ) N Sentia antes da gravidez? 1. ( ) S 0. ( ) N Qual a intensidade da dor? \_\_\_\_\_ \* Especificar a intensidade para cada local de dor (em outros locais): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Em qual (is) situação (ões) você sente mais dor? 1. ( ) Sentada 2. ( ) Em pé 3. ( ) Deitada 4. ( ) Andando 5. ( ) Todas

**EXPECTATIVA/MEDO DO PARTO**

1. Você tem medo do parto? ( ) Sim ( ) Não

2. Se sim, do que exatamente você tem medo? (Pode marcar mais de um item)

<p><input type="checkbox"/> Da dor</p> <p><input type="checkbox"/> Das intervenções/procedimentos médicos</p> <p><input type="checkbox"/> De sofrer violência obstétrica</p> <p><input type="checkbox"/> De não ter suas vontades respeitadas</p> <p><input type="checkbox"/> Outro motivo:</p> <p>_____</p>
<p>3. Resumidamente, como você pensa que será seu trabalho de parto e parto?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Como você pensa que vai se sentir durante seu trabalho de parto e parto?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Você tem uma imagem ideal do parto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>6. Se sim, qual?</p> <p>_____</p>
<p>7. Considerando que o empoderamento na gestação/parto implica ser capaz de tomar decisões sobre a própria saúde de forma responsável e com consciência dos direitos de saúde e bem-estar, você se considera empoderada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>8. Se sente segura para tomar decisões com relação a essa gestação e parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>9. Já elaborou ou pensa em elaborar um plano de parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, já elaborei</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, penso em elaborar</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

## ANEXO 1- Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)

1. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?	2. Nas últimas 4 semanas, como você classifica o seu grau de desejo ou interesse sexual?
5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maior parte do tempo (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (aproximadamente metade do tempo) 2 = Às vezes (menos do que a metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou nulo
3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?	4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou nulo
5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?	6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou sem confiança	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca
7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou relação sexual?	8. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Simplesmente difícil 5 = Não houve dificuldade
9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?	10. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Simplesmente difícil 5 = Não houve dificuldade
11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?	12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?
0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo) 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo) 2 = Às vezes (menos da metade das vezes) 1 = Quase nunca ou nunca	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Simplesmente difícil 5 = Não houve dificuldade

13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?	14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre você e o seu parceiro durante a atividade sexual?
0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Iguamente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Iguamente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?	16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?
5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Iguamente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Iguamente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
0 = Não houve tentativa de coito 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes) 3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes) 4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes) 5 = Quase nunca ou nunca	0 = Não houve tentativa de coito 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes) 3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes) 4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes) 5 = Quase nunca ou nunca
19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não houve tentativa de coito 1 = Muito alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Baixo 5 = Muito baixo ou nulo

## ANEXO 2- Questionário de Empoderamento da Mulher Grávida

Escala do Empoderamento da Grávida	1	2	3	4
	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
<b>Autoeficácia</b>				
1. Quando eu não sei o que fazer, posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha				
2. Posso muito bem lidar com o que me preocupa				
3. Posso muito bem cuidar do que eu preciso durante a gravidez				
4. Provavelmente, eu posso determinar quando ir ao médico				
5. Eu sempre posso obter informações a considerar para o plano e instalações para o parto				
6. Eu posso obter as informações que preciso de profissionais médicos				
<b>Imagem futura</b>				
7. Eu não me consigo imaginar a criar os meus filhos				
8. Eu sinto a realidade de que vou ser uma mãe				
9. Eu tenho a minha imagem ideal do parto				
10. Imagino como será o meu parto				
11. Não posso imaginar um aumento da minha família				
12. Imagino como será a minha gravidez				
<b>Autoestima</b>				
13. Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas				
14. Eu posso ter um parto como as outras pessoas				
15. Eu não estou confiante sobre estar grávida				
16. Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez				
17. Estou satisfeita com a minha vida				
18. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha				
19. Eu consigo viver com uma atitude positiva				

<b>Apoio e garantias dos outros</b>				
20. A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser				
21. A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual e dão apoio				
22. Posso consultar com outras pessoas e pedir ajuda para alcançar os meus objetivos				
23. Eu posso pedir ajuda sempre que necessitar				
<b>Alegria de adição à família</b>				
24. Estou ansiosa para a vida após o parto				
25. Gostaria de desfrutar da minha gravidez				
26. Eu sinto carinho pelo meu bebê por nascer				
27. Estou entusiasmada com a perspectiva do parto				