



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM GESTANTES: UMA ANÁLISE DE ACURÁCIA

NURSING DIAGNOSIS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN:
AN ACCURACY ANALYSIS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES: UN
ANÁLISIS DE EXACTITUD

Cláudia Natássia Silva Assunção Queiroz^I
Vanessa Emille Carvalho de Sousa^{II}
Marcos Venícios de Oliveira Lopes^{III}

RESUMO: Estudo transversal e quantitativo objetivou verificar a acurácia dos indicadores do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em gestantes. Utilizou-se um questionário elaborado com base nas características definidoras da *North American Nursing Diagnosis Association* e no Índice da Função Sexual Feminina, aplicado no período de julho a setembro de 2009. A amostra constou de 52 mulheres selecionadas em um serviço de atenção primária da cidade de Fortaleza. O raciocínio diagnóstico foi executado por um especialista. O diagnóstico estava presente em 65,4% das gestantes e a maioria das características definidoras apresentou associação estatística. A característica *limitações percebidas/reais impostas pela gravidez* se mostrou sensível, enquanto *alterações em alcançar o papel sexual percebido, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, mudança do interesse por outras pessoas e verbalização do problema* foram específicas. Os resultados evidenciam a importância de enfatizar tal diagnóstico durante o pré-natal e de conhecer a acurácia dos indicadores para um diagnóstico preciso.

Palavras-chave: Saúde da mulher; diagnóstico de enfermagem; sexualidade; gravidez.

ABSTRACT: This quantitative, cross-sectional study examined the accuracy of indicators for the nursing diagnosis of sexual dysfunction in pregnant women. A questionnaire based on the North American Nursing Diagnosis Association's defining characteristics and the Female Sexual Function Index was applied from July to September 2009. The sample comprised 52 women selected at a primary health care service in Fortaleza. A specialist made the diagnostic inferences. The diagnosis was present in 65.4% of the pregnant women, and most of the defining characteristics were statistically associated. The characteristic *perceived limitations imposed by pregnancy* was the most sensitive, while *alterations in achieving perceived sex role, alterations in achieving sexual satisfaction, changes of interest in others and verbalization of problem* were specific. The study results show that it is important to make this diagnosis during antenatal care and to ascertain the accuracy of the indicators so as to achieve a precise diagnosis.

Keywords: Women's health; nursing diagnoses; sexuality; pregnancy.

RESUMEN: Estudio descriptivo y cuantitativo objetivó verificar la acurácia de los indicadores del diagnóstico *disfunción sexual* en mujeres embarazadas. Se utilizó un cuestionario basado en las características definitorias de *North American Nursing Diagnosis Association* y en el Índice de Función Sexual Femenina, aplicado entre julio y septiembre de 2009. La muestra fue compuesta por 52 mujeres seleccionadas en un servicio de atención primaria de salud en Fortaleza-Brasil. Un especialista hizo el raciocinio diagnóstico. El diagnóstico estaba presente en 65.4% de las gestantes y la mayoría de los indicadores presentaron asociación estadística. Las *limitaciones percibidas impuestas por el embarazo* tuvieron mayor sensibilidad, mientras que *alteraciones en el desempeño del papel sexual percibido, incapacidad para lograr la satisfacción sexual deseada, cambios de interés por los otros y expresión verbal del problema* fueron específicas. Los resultados indican la importancia de evaluar esto diagnóstico durante el prenatal y conocer la exactitud de los indicadores para un diagnóstico preciso.

Palabras clave: Salud de la mujer; diagnóstico de enfermería; sexualidad; embarazo.

^IEnfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: c_natassia@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: v_emille@hotmail.com.

^{III}Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor associado da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marcos@ufc.br.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma necessidade básica e ao mesmo tempo um fenômeno complexo, que pode interferir na saúde física e mental do ser humano^{1,2}. A manifestação da sexualidade ocorre de diversas formas, a exemplo de um simples olhar, de uma manifestação de carinho, de um toque mais íntimo e da convivência e intimidade emocional³.

Durante o período gestacional, a sexualidade sofre alterações que vão desde a abstinência ao aumento da atividade sexual⁴. Essas alterações levam muitos casais a crer que se trata de uma fase imprópria para o ato sexual. Dessa forma, os padrões de sexualidade, estabelecidos anteriormente, sofrem mudanças, podendo ocasionar constrangimentos e preocupações⁵.

O diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual foi incluído na taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) Internacional (NANDA-I), em 1980, e revisado em 2006, sendo definido como uma mudança na função sexual, observada em uma ou mais fases da resposta sexual (desejo, excitação e/ou orgasmo) que são vistas como insatisfatórias, não compensadoras e inadequadas. As características definidoras deste diagnóstico são: *alteração no alcance da satisfação sexual, alteração percebida na excitação sexual, alterações em alcançar o papel sexual percebido, busca da confirmação da qualidade de ser desejável, déficit percebido de desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença, limitações percebidas impostas pela terapia, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia, mudança do interesse por outras pessoas, mudança do interesse por si mesmo e verbalização do problema*⁶.

Observa-se que algumas características definidoras desse diagnóstico estão presentes durante o período gestacional, estando relacionadas, principalmente, às modificações na estrutura e na função corporal, às alterações biopsicossociais da sexualidade, aos conflitos de valores, às informações errôneas ou falta de conhecimento e à vulnerabilidade, dentre outros⁶. Todavia, a associação entre gravidez e disfunção sexual ainda tem sido pouco estudada.

Considera-se que estudos de acurácia das características definidoras contribuem para o desenvolvimento de uma maior certeza diagnóstica, podendo repercutir na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Diante disso, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo de verificar a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual em gestantes.

REFERENCIAL TEÓRICO

A identificação de diagnósticos de enfermagem deve ser embasada em evidências clínicas, logo, o uso

de bons indicadores clínicos é crucial. A importância atribuída, pelo enfermeiro, a um indicador específico ou a um conjunto de indicadores determina a acurácia da inferência diagnóstica e influencia o plano de cuidados. Indicadores clínicos acurados são aqueles que têm o poder de validar um diagnóstico de enfermagem no contexto clínico⁷.

Nesse ponto, um diagnóstico de enfermagem válido, confiável e estável é aquele que corresponde ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos, sendo essencial para a elaboração de um plano de ações eficaz e individualizado⁸.

Tendo em vista que o levantamento de respostas humanas é a base do cuidado de enfermagem, o desenvolvimento contínuo das habilidades de pensamento crítico é necessário. Ressalta-se que um diagnóstico preciso é essencial para ajudar o paciente, mas o processo de identificação dos melhores ou mais acurados diagnósticos é desafiador devido à complexidade do ser humano^{9,10}.

Uma maneira de se verificar a acurácia de indicadores clínicos é a mensuração de medidas como sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo/negativo. A sensibilidade é definida como a proporção de pessoas, com determinado diagnóstico, que apresenta um indicador clínico. A especificidade se refere à proporção de indivíduos, sem o diagnóstico, que não apresenta o indicador clínico em questão. O valor preditivo positivo indica a probabilidade da presença do diagnóstico, quando o indicador clínico está presente, enquanto que o valor preditivo negativo corresponde à probabilidade de não ocorrência do diagnóstico na ausência de um determinado indicador clínico¹¹.

Para muitos clínicos, a acurácia deveria ser o principal objetivo do processo diagnóstico, pois se trata de inferências embasadas clínica e probabilisticamente, logo, sempre há o risco de erro⁷. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas em diagnósticos de enfermagem que abordem a acurácia de indicadores clínicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, desenvolvido junto a gestantes acompanhadas em um serviço de atenção primária à saúde, pertencente à rede pública da cidade de Fortaleza - CE. Este serviço oferece acompanhamento pré-natal e prevenção ginecológica às mulheres da área adscrita, realizados por enfermeiros. A pesquisa constou no levantamento de dados clínicos e sociodemográficos das gestantes e na identificação do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual.

Foram selecionadas para o estudo gestantes atendidas na referida instituição, que mantivessem vida sexual ativa, após o início da gravidez. Considerou-se como critério de exclusão a presença de doen-

ças que pudessem influenciar no perfil das características definidoras do diagnóstico em estudo. Utilizou-se a fórmula para cálculo de tamanho amostral para populações finitas, obtendo-se um número de 52 mulheres, selecionadas por amostragem e por conveniência, de forma consecutiva, à medida que buscavam o serviço.

A anuência ao estudo foi concedida após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos de pesquisa foram respeitados e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição responsável pela pesquisa, sob o protocolo 166/09.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, em sala privativa, no período de julho a setembro de 2009. Utilizou-se um instrumento desenvolvido com base na NANDA-I⁶ e no Índice da Função Sexual Feminina (FSFI)¹², uma escala breve elaborada para avaliar a função sexual, em mulheres, e que tem apresentado validade estatística aceitável¹³.

O instrumento contemplou dados de identificação, dados obstétricos e perguntas referentes às características definidoras do diagnóstico em questão, tomando por base um modelo de validação de conteúdo diagnóstico¹⁴.

Os resultados da coleta foram analisados por um mestre em enfermagem, especialista em inferências diagnósticas. A opção por consultar esta especialista se deu pelo fato da mesma ter defendido Dissertação e publicado artigos recentes, envolvendo a utilização da taxonomia NANDA-I. Foram seguidas as etapas de raciocínio diagnóstico propostas por Gordon, a saber: coleta, interpretação ou agrupamento da informação e definição das categorias diagnósticas¹⁵.

Os dados foram analisados pelo programa *Predictive Analytics SoftWare* (PASW), versão 18.0. Dados sociodemográficos, obstétricos e as respostas referentes às características definidoras de interesse foram considerados variáveis independentes, enquanto o diagnóstico de Disfunção sexual foi considerado variável desfecho. Procedeu-se à apresentação dos resultados em tabelas, sendo utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade.

Para a análise descritiva e inferencial foram utilizados os testes de Qui-quadrado (associação entre as variáveis) e Fisher (para frequências esperadas, menores que cinco), com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$. A magnitude da associação foi calculada pelo teste de razão de prevalência. Para a investigação da acurácia, medidas de sensibilidade foram analisadas, bem como especificidade e valor preditivo positivo e negativo, sendo definido o ponto de corte de 80%, acima do qual os resultados foram considerados relevantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 208 gestantes cadastradas no local de estudo, 52 foram selecionadas. Destas, 38 (73,1%) estavam desempregadas e 15 (28,8%) apresentavam como grau de escolaridade o Ensino Médio completo. A renda familiar mensal de 25 (48,1%) entrevistadas era inferior a um salário mínimo (equivalente a R\$ 465,00).

A elevada prevalência de mulheres desempregadas pode estar relacionada tanto a limitações relacionadas à gestação quanto à idade da maioria das entrevistadas. Estudos apontam que a divisão de trabalho e poder entre homens e mulheres, ao longo do desenvolvimento das sociedades, são invenção cultural, e que, de maneira recorrente e variada, as formas de divisão social do trabalho excluem e discriminam a mulher¹⁶.

As gestantes tinham entre 14 e 39 anos, com média de 22,38 anos ($\pm 5,057$) e o número de gestantes adolescentes foi de 16 (30,77%).

Estatísticas apontam que 19,3% das gestantes brasileiras são adolescentes, número menor que o encontrado na amostra do presente estudo¹⁷. Verificou-se que a disfunção sexual estava presente em 34 (65,4%) avaliações, sendo 15 (29,4%) correspondentes a adolescentes, resultado que chama atenção, tendo em vista que, muitas vezes, a equipe de saúde não se dispõe a ouvir, discutir e orientar essa população quanto à sexualidade, o que gera insegurança e prejudica o desempenho sexual¹⁸.

O período gestacional representa, para algumas adolescentes, a expressão máxima da feminilidade, o que confirma a identidade sexual. Com isso, eleva-se a autoestima o suficiente para que, em muitos casos, essas mulheres enfrentem as dificuldades emocionais da gravidez e consigam conciliar o exercício da sexualidade ao estado gestatório⁵. Diante desta premissa, pode-se inferir que a sexualidade deve ser abordada pelo enfermeiro nas consultas de pré-natal, independentemente da faixa etária da mulher.

Em relação ao período gestacional, 20 (38,5%) mulheres estavam no 3º trimestre da gravidez. Do total, 33 (63,5%) afirmaram que a gestação não foi planejada. A altura uterina média foi de 25,7 cm e 27 (51,92%) gestantes compareceram em pelo menos duas consultas de pré-natal (mediana). O número de primíparas foi de 27 (51,92%) e a média de abortos foi menor que um.

A frequência do diagnóstico de disfunção sexual foi de 34 (65,4%). As características definidoras mais presentes, isto é, com frequência superior a 40%, foram *limitações percebidas/reais impostas pela gravidez* - 28 (76,9%), *busca de confirmação da qualidade de ser desejável* 21 - (71,2%), *alteração percebida na excitação sexual* - 24 (51,9%) e *déficit percebido de desejo sexual* - 19 (40,4%), conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1: Prevalência das características definidoras e do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em gestantes. Fortaleza, CE, 2009. (N=52)

Características definidoras	f	%
Limitações percebidas/reais impostas pela gravidez	40	76,9
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	37	71,2
Alteração percebida na excitação sexual	27	51,9
Déficit percebido de desejo sexual	21	40,4
Alterações em alcançar o papel sexual percebido	20	38,5
Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	20	38,5
Alteração no alcance da satisfação sexual	18	34,6
Mudança do interesse por outras pessoas	18	34,6
Mudança do interesse por si mesmo	11	21,2
Verbalização do problema	10	19,2
Disfunção sexual		
Presente	34	65,4
Ausente	18	34,6

As limitações percebidas/reais impostas pela gravidez devem ser entendidas como restrições físicas ou psicológicas que podem interferir na resposta das fases sexuais, independentemente de serem ou não concomitantes. As limitações reais podem ser provadas e observadas clinicamente e resultam na presença de uma determinada doença. Por outro lado, as limitações percebidas estão relacionadas às restrições sentidas pelos indivíduos¹⁹.

A característica que envolve limitações percebidas/reais impostas pela gravidez foi identificada em 39 (74,9%) mulheres, as quais apresentaram ao menos uma das seguintes manifestações: aumento do abdômen, dispareunia e diminuição da lubrificação. A literatura aponta a autoimagem negativa como um sintoma comum na gravidez, e que o aumento volumétrico das mamas e do abdômen, o ganho de peso exacerbado e outras alterações comuns à gestação provocam, por vezes, efeito antierótico. A percepção modificada de si mesma e do próprio corpo e o desconhecimento do que acontece física e emocionalmente canalizam para a insegurança, comprometendo o desempenho sexual⁵.

Cabe ressaltar que, em alguns casos, certa característica definidora estava presente, no entanto, a especialista não julgou o diagnóstico como presente. Isso se deve ao fato de que a conclusão diagnóstica é tomada com base em um conjunto de características definidoras e não apenas em características isoladas. Para uma investigação mais aprofundada, procedeu-se à análise da associação entre o diagnóstico de interesse e cada característica definidora.

Considerando-se o nível de significância estatística ($p < 0,05$), com exceção de limitações percebidas/reais impostas pela gravidez e verbalização do problema, todas as características definidoras estiveram, significativamente, relacionadas ao diagnóstico, conforme mostra a Tabela 2.

Somente a característica definidora busca de confirmação da qualidade de ser desejável apresentou intervalo

de confiança inferior a um, denotando que a presença desta característica parece atuar como fator de proteção para a disfunção sexual (0,46-0,92). Ressalta-se, ainda, que as características definidoras alteração no alcance da satisfação sexual, alteração percebida na excitação sexual, alterações em alcançar o papel sexual percebido e incapacidade de alcançar a satisfação desejada se destacaram com os maiores valores de razão de prevalência ($RP > 2$).

TABELA 2: Relação entre o diagnóstico disfunção sexual e suas características definidoras em gestantes. Fortaleza, CE, 2009. (N=52)

Características definidoras	Disfunção Sexual Presente/Ausente	Estatística
Alteração no alcance da satisfação sexual	Presente 18	p<0,001 ^(*) RP=2,13 IC95% (1,49–3,04)
	Ausente 16	
Alteração percebida na excitação sexual	Presente 24	p<0,001 ^(*) RP=2,22 IC95% (1,35–3,66)
	Ausente 10	
Alterações em alcançar o papel sexual percebido	Presente 19	p<0,001 ^(*) RP=2,03 IC95% (1,38–2,97)
	Ausente 15	
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	Presente 21	p=0,039 ^(*) RP=0,65 IC95% (0,46–0,92)
	Ausente 13	
Déficit percebido de desejo sexual	Presente 19	p=0,002 ^(*) RP= 1,87 IC95% (1,27–2,76)
	Ausente 15	
Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	Presente 19	p<0,001 ^(*) RP=2,03 IC95% (1,38–2,97)
	Ausente 15	
Limitações percebidas/reais impostas pela gravidez	Presente 28	p=0,300 ^(*) RP=1,40 IC95% (0,77–2,55)
	Ausente 6	
Mudança do interesse por outras pessoas	Presente 17	p=0,001 ^(*) RP=1,89 IC95% (1,33–2,69)
	Ausente 17	
Mudança do interesse por si mesmo	Presente 11	p=0,009 ^(*) RP=1,78 IC95% (1,36–2,34)
	Ausente 23	
Verbalização do problema	Presente 9	p=0,136 ^(*) RP= 1,51 IC95% (1,09–2,09)
	Ausente 25	

(*)Teste de Qui-quadrado; (†)Teste exato de Fisher.

A característica de busca de confirmação da qualidade de ser desejável aborda a alteração no desejo sexual, no sentido de não se sentir desejável ou de não conseguir despertar o desejo sexual em outros, o que pode resultar em desinteresse sexual.

Sabe-se que ter uma imagem corporal positiva é fundamental, pois esta irá fortalecer na mulher, es-

pecialmente grávida, o sentido de atratividade, aceitação social, capacidade de dar e receber afeto, a maneira como percebe a si mesmo e, principalmente, aptidão para estabelecer e manter vínculos amorosos¹⁸. A correlação inversa é justificável, pois uma vez instalada a disfunção sexual, provavelmente não haverá interesse em se confirmar a qualidade de ser desejável ou este deixa de ser um foco de preocupação para a mulher.

As características *alteração no alcance da satisfação sexual, alteração percebida na excitação sexual, alterações em alcançar o papel sexual percebido e incapacidade de alcançar a satisfação desejada* mostraram os maiores valores de razão de prevalência. Estes achados se justificam, tendo em vista que cada uma destas características definidoras são manifestações expressas da disfunção sexual.

A investigação da acurácia permitiu identificar, como característica definidora, com maior sensibilidade, *limitações percebidas/reais impostas pela gravidez* (82,35%). Já as características que se apresentaram específicas foram *alterações em alcançar o papel sexual percebido, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, mudança do interesse por outras pessoas e verbalização do problema*, todas com 94,44% de especificidade, segundo a Tabela 3. As características que envolvem *alterações em alcançar o papel sexual percebido* (95%) e *incapacidade de alcançar a satisfação desejada* (95%) apresentaram valor preditivo positivo alto, isto é, superior a 94,9%. Nenhuma característica apresentou alto valor preditivo negativo, ou seja, superior a 80%.

TABELA 3: Medidas de acurácia^(*) aplicadas às características definidoras do diagnóstico Disfunção sexual. Fortaleza, CE, 2009. (N=52)

Características definidoras	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
Alteração no alcance da satisfação sexual	52,94	-	-	52,94
Alteração percebida na excitação sexual	70,59	83,33	88,89	60
Alterações em alcançar o papel sexual percebido	55,88	94,44	95	53,13
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	61,76	11,11	56,76	13,33
Déficit percebido de desejo sexual	55,88	88,89	90,48	51,61
Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	55,88	94,44	95	53,13
Limitações percebidas/reais impostas pela gravidez	82,35	33,33	70	50
Mudança do interesse por outras pessoas	50	94,44	94,44	50
Mudança do interesse por si mesmo	32,35	-	-	43,9
Verbalização do problema	26,47	94,44	90	40,48

^(*)Sensibilidade (S), Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN).

A relação sexual é evitada pelas mulheres, durante a gestação, na maioria das vezes, por medo de sentir dor, dado encontrado em 21(40,39%) mulheres deste estudo. O estudo aponta que a disposição sexual da maioria das mulheres diminui no período gestacional²⁰, mas em alguns casos a atividade sexual é mantida, porém com um padrão diferente em relação às não grávidas^{4,5}.

As dificuldades no desempenho e na satisfação sexual da mulher prejudicam a qualidade de vida²¹. A *incapacidade de alcançar a satisfação desejada e a alteração no alcance da satisfação sexual* são características que cobrem a satisfação sexual em três fases da resposta sexual, principalmente, em relação à fase do orgasmo, uma vez que é caracterizada por sensações de prazer. Neste estudo, tal dificuldade foi apontada por 18(34,6%) mulheres.

Outro ponto que chamou atenção foi a característica da *verbalização do problema*, que apresentou baixa prevalência 9(19,2%) e alta especificidade (E=94,44). Uma característica é considerada específica, quando a ausência do diagnóstico está relacionada à ausência prediz da mesma²². Este achado pode estar relacionado ao fato de que muitas mulheres apresentam dificuldade para discutir de forma aberta as alterações na função sexual.

Os achados reforçam a importância da reflexão, pelo profissional enfermeiro, acerca dos mecanismos que geram valores e atitudes em relação à sexualidade. Ressalta-se que a abordagem do quesito sexualidade durante a consulta de pré-natal ainda é deficiente. Muitas vezes, o enfermeiro focaliza, predominantemente, questões relacionadas à gravidez, deixando de tratar de assuntos como a relação da mulher com o próprio corpo, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro²³.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou verificar a prevalência de disfunção sexual em gestantes e mensurar a acurácia das características definidoras deste diagnóstico, tendo sido obtidos diferentes valores de sensibilidade e especificidade das variáveis analisadas.

A possibilidade da ocorrência de um padrão ouro imperfeito representa uma limitação do estudo, bem como de qualquer pesquisa, envolvendo inferências diagnósticas. O padrão ouro imperfeito se relaciona ao fato de a presença/ausência do diagnóstico de enfermagem ser inferido com base na avaliação pessoal de um indivíduo (especialista em diagnósticos de enfermagem). Tentou-se minimizar este efeito usando o consenso de membros do grupo de pesquisa do qual a especialista participava, quando havia dúvidas em relação à conclusão diagnóstica.

Além disso, a carência de estudos voltados para a acurácia das características definidoras de diagnósticos de enfermagem, especialmente no domínio sexualidade, limitou a discussão dos achados desta pesquisa.

Os resultados têm implicações para a prática pré-natal de enfermeiros, tendo em vista que é necessário reconhecer as alterações no padrão sexual feminino que sejam decorrentes do período gestacional, o que guarda relação não apenas com a forma como a sexualidade é vivida, mas também na forma como essas alterações afetam outros aspectos da vida. O enfermeiro deve respeitar as diferenças de cada paciente, identificando e individualizando as respostas às alterações de saúde concernentes à sexualidade.

REFERÊNCIAS

1. Alden KR, Lowdermilk DL, Cashion MC, Perry SE. *Maternity and Women's Health Care*. St Louis (USA): Mosby; 2011.
2. Martins CBG, Alencastro LCS, Mato KE, Almeida FM, Souza SPS, Nascimento SCF. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:98-104.
3. Nezhad MZ, Goodarzi AM. Sexuality, intimacy, and marital satisfaction in Iranian first-time parents. *J Sex Marital Ther*. 2011; 37(2):77-88.
4. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:32-7.
5. Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez. *Rev esc enferm USP*. 2012; 46:552-8.
6. NANDA Internacional. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
7. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23:134-9.
8. Oliveira ARS, Costa AGS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:221-8.
9. Mata LRF, Souza CC, Chianca TCM, Carvalho EC. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2012; 46:1512-8.
10. Minthorn C, Lunney M. Participant action research with bedside nurses to identify NANDA-International, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification categories for hospitalized persons with diabetes. *Appl Nurs Res*. 2012; 25:75-80.
11. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Clinical epidemiology: the essentials*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
12. Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 2:191-208.
13. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer*. 2012; 118:4606-18.
14. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia (USA): JB Lippincott; 1994. p.52-62.
15. Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. Greater Sudbury (USA): Jones and Bartlett Publishers; 2009.
16. Alves AES. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. *Trab educ saúde*. 2013; 11:271-89.
17. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
18. Albuquerque JG, Pinheiro PNDC, Lopes MVO, Machado MDFAS. Conhecimento deficiente acerca do HIV/AIDS em estudantes adolescentes: identificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA. *Rev Eletrônica Enferm*. 2012; 14:104-11.
19. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza ED, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TDGM, et al. Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34:409-13.
20. Sanfelice C, Carbonell CS, Antunes LW, Neumaier CA, Nunes CB, Ressel LB. Saberes e práticas de cuidado de gestantes de uma unidade básica de saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7:6790-9.
21. Liebergall Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner DC, Lavy Y, Manor O, Woloski ACW. Sexual function and quality of life of women with stress urinary incontinence: a randomized controlled trial comparing the Paula method (circular muscle exercises) to pelvic floor muscle training (PFMT) exercises. *J Sex Med*. 2012; 9:1613-23.
22. Katz DL, Wild D, Elmore JG, Lucan SC. *Epidemiology, biostatistics, preventive medicine, and public health 4th ed*. Philadelphia (USA): Saunders; 2013.
23. Costa LHR, Almeida ECC. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19:631-9.