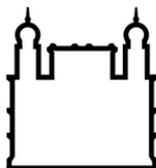


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE SEXUAL DE GESTANTES
ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL DE DUAS
MATERNIDADES PÚBLICAS FEDERAIS DO RIO DE
JANEIRO**

Luiza Dalcin Bertoldo

Rio de Janeiro, RJ
Abril de 2016



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE SEXUAL DE GESTANTES
ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL DE DUAS
MATERNIDADES PÚBLICAS FEDERAIS DO RIO DE
JANEIRO**

Luiza Dalcin Bertoldo

Dissertação apresentada à
Pós-Graduação em Saúde da
Criança e da Mulher como
parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias

Co-orientadora: Prof(a). Jeanine Campani Bohn

Rio de Janeiro, RJ
Abril de 2016

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

B546 Bertoldo, Luiza Dalcin.

Análise da atividade sexual de gestantes atendidas nos serviços de pré-natal de duas maternidades públicas federais do Rio de Janeiro / Luiza Dalcin Bertoldo. – Rio de Janeiro, 2016.

105 f; il.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias

Co-orientadora: Jeanine Campani Bohn

Bibliografia: f. 90-95

**1. Sexualidade. 2. Gravidez. 3. Comportamento Sexual. 4. Atividade Sexual.
5. Pré-natal. I. Título.**

CDD 22.ed. 306.7

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador e a minha co-orientadora, pela conduta oferecida na elaboração do meu projeto.

Aos/às professores/as, pela elucidação de temas importantes para meu desenvolvimento no ramo da pesquisa.

Aos/às pesquisadores/as que me auxiliaram na construção das diferentes etapas do meu projeto, pela disposição e amparo.

Às/aos colegas de turma, pela troca de conhecimentos e apoio mútuo em diversos momentos.

Aos familiares e amigos, pela confiança e apoio à minha realização.

Ao meu companheiro, pela atenção e apoio cotidianos e pela ajuda nos diversos problemas.

Aos/às autores/as, alguns em memória de, cujos textos usei para basear minha pesquisa, por me proporcionarem um fundo de discussão sobre o tema.

Aos/às trabalhadores/as de todo o IFF, que garantem alimentação, limpeza, conforto, informação e praticidade aos que ali frequentam.

Por último, mas não menos importante, aos/às inúmeros/as e anônimos/as trabalhadores/as que garantiram a mim transporte, alimentação, saúde, limpeza, moradia, informação, lazer e recursos materiais todos os dias.

Todas essas pessoas, conhecidas ou não, contribuíram de diferentes formas para minha formação e trabalho, e a todas sou muito grata.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1) Intensidade do desejo sexual nos três grupos de participantes.....	53
Gráfico 2) Intensidade da excitação sexual nos três grupos de participantes.	54
Gráfico 3) Intensidade do orgasmo nos três grupos de participantes.....	56
Gráfico 4) Importância do sexo na vida das participantes nos três grupos.....	57
Gráfico 5) Intensidade da satisfação sexual nos três grupos de participantes.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1) Dados sócio-demográficos das participantes do estudo.....	44
Tabela 2) Dados obstétricos e sobre a vida sexual das participantes do estudo.....	45
Tabela 3) Frequência da atividade sexual em cada grupo de participantes.	46
Tabela 4) Frequência da iniciativa para realizar atividade sexual.....	47
Tabela 5) Práticas sexuais realizadas pelas participantes.....	49
Tabela 6) Frequência de atividades preliminares em cada grupo de participantes.	50
Tabela 7) Práticas consideradas prazerosas pelas participantes.....	51
Tabela 8) Posições adotadas durante a atividade sexual.....	52
Tabela 9) Frequência de orgasmos nos três grupos de participantes.	55
Tabela 10) Gosto por atividade sexual nos três grupos de participantes.	58
Tabela 11) Como as participantes consideravam sua vida sexual.	60
Tabela 12) Motivos de melhora da atividade sexual durante da gestação.	60
Tabela 13) Motivos de piora da atividade sexual durante da gestação.	62
Tabela 14) Conversa sobre sexualidade com profissional da saúde.....	63

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal com o objetivo de avaliar as mudanças na atividade sexual de mulheres durante a gestação. Para isso, comparou-se como as participantes relataram exercer e perceber a atividade sexual no período antes da gestação e no trimestre gestacional que estavam no momento da entrevista. **Metodologia:** Foi aplicado o Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) e um segundo questionário fechado sobre os motivos da alteração da atividade sexual na gestação para 80 grávidas (20 no primeiro trimestre gestacional, 29 no segundo e 31 no terceiro) atendidas em dois serviços de pré-natal do Rio de Janeiro. **Resultados:** No período gestacional, observou-se uma diminuição na frequência de atividades sexuais, das práticas sexuais, além da diminuição da intensidade do desejo sexual, da excitação sexual, dos orgasmos e diminuição da satisfação sexual. Também houve redução da sensação de prazer em determinadas práticas sexuais, com diminuição da quantidade de posições sexuais adotadas. Quanto à percepção das gestantes, houve diminuição da importância atribuída à atividade sexual, do gosto pela atividade sexual e da satisfação sexual, além de piora da vida sexual durante a gestação. As mulheres no terceiro trimestre de gestação foram as que relataram mais alterações. O motivo mais comumente citado da piora na atividade sexual foi indisposição física/cansaço da mulher nesse período. Dor/desconforto e falta de vontade foram motivos também bastante relatados e insegurança/medo de realizar atividade sexual, principalmente medo de machucar o bebê ou de antecipar o parto, foi relatado por pelo menos 25% das mulheres. A maioria das mulheres não havia conversado com um profissional da saúde sobre sexualidade, nem antes nem durante a gestação. **Considerações finais:** Houve, no geral, uma diminuição da atividade sexual durante a gestação, acompanhada de uma percepção de piora da vida sexual. Diversas formas de dores e desconfortos ao realizar atividade sexual poderiam ser amenizadas com devido tratamento e orientação profissional, o que mostra a necessidade de atenção no pré-natal a essa questão. Além disso, ainda persistem nas mulheres medos e insegurança de realizar atividade sexual durante esse período, os quais poderiam ser sanados por meio de uma orientação adequada pelos profissionais de saúde. O fato de que a grande maioria das mulheres não conversou sobre este tema com esses os profissionais evidencia a necessidade de prepara-los para essa abordagem no pré-natal.

Palavras-Chave: Sexualidade, Gestação, Comportamento sexual, Atividade Sexual, Pré-natal.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study that objective is to evaluate changes in sexual activity of pregnant women. For this, we compared how the participants reported exercise and perceive sexual activity in the period before pregnancy and during the respective gestational quarter in the moment of the interview.

Methodology: We applied the Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) and a second closed questionnaire about the reasons for the change in sexual activity during pregnancy to 80 pregnant (20 in the first trimester, 29 in the second and 31 in the third), assisted in two prenatal services of Rio de Janeiro. **Results:** Participants had a mean age of 30.18 (\pm 6.64) years old. In pregnancy, a decrease was observed in the frequency of sexual activity, sexual practices and orgasm, in addition to a decreasing in the intensity of sexual desire, sexual arousal, orgasms and sexual satisfaction. There was also a decreased in the sensation of pleasure in certain sexual practices, with a reduction in the number of sexual positions adopted. About the perception of pregnant women, there was a decrease of the importance attributed to sexual activity, of the taste for sexual activity and worsening of sexual life during pregnancy. Women in the third trimester of pregnancy were those who reported more changes. The reason most commonly cited for worsening in sexual activity was physical indisposition/fatigue in this period. Pain/discomfort and lack of will were also reasons commonly reported and insecurity/fear of performing sexual activity, especially fear of hurting the baby or anticipate delivery were reported by at least 25% of women. Most women had not talked to a health professional about sexuality, either before nor during pregnancy.

Final considerations: There was in general a decrease in sexual activity during pregnancy, followed by a perception of worsening of the sex life. Many forms of pain and discomfort during sexual activity could be alleviated with proper treatment and guidance, which shows the need for attention to this question in prenatal. In addition, there are still fear and insecurity from the women to perform sexual activity during this period, which could be remedied by adequate guidance by health professionals. The fact that the vast majority of women did not talk about this issue during the consultation with professionals shows the need to prepare them to address this issue in prenatal care.

Key-words: Sexuality, Pregnancy, Sexual Behaviour, Sexual Activity, Prenatal.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. OBJETIVOS.....	2
1.2. JUSTIFICATIVA.....	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1. ESTUDO DA ATIVIDADE SEXUAL HUMANA.....	4
2.2. ATIVIDADE SEXUAL FEMININA.....	7
2.3. ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO.....	11
2.4. ABORDAGEM DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE AO TEMA ATIVIDADE SEXUAL NA GESTAÇÃO.....	30
2.5. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E SAÚDE SEXUAL.....	32
3. METODOLOGIA	34
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	34
3.2. SELEÇÃO DE SUJEITOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
3.3. VARIÁVEIS E SEUS CONCEITOS.....	35
3.4. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	40
3.5. COLETA DE DADOS.....	40
3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	41
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4. RESULTADOS	43
4.1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E DA VIDA SEXUAL.....	43
4.2. ATIVIDADE SEXUAL.....	45
Tabela 4) Frequência da iniciativa para realizar atividade sexual (cont.).....	48
4.3. MOTIVOS DAS MUDANÇAS NA ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO 60	
4.4. CONVERSA SOBRE SEXUALIDADE COM PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	62
5. DISCUSSÃO	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICE 1	96
APÊNDICE 2	103

1. INTRODUÇÃO

Na gestação, a mulher passa por diversas mudanças físicas, psíquicas e sociais. Tais alterações influenciam diretamente sua atividade sexual, havendo a necessidade de adaptações, por exemplo, quanto ao uso de posições ou a formas de se obter prazer, principalmente no último trimestre gestacional. As mudanças mais comuns na atividade sexual são: diminuição do desejo e excitação sexuais, diminuição do orgasmo, aumento do dor e desconforto durante o coito, diminuição da frequência dos coitos e diminuição da satisfação sexual, principalmente durante o primeiro e o terceiro trimestres¹⁻¹².

A gestação, salvo em alguns casos obstétricos, não impede a atividade sexual, pelo contrário: esta pode ser benéfica à gestante^{6,9,10,13}. No entanto, ainda observamos falta de preparo da própria equipe de saúde em abordar esse tema com as pacientes do pré-natal¹³⁻¹⁶, tendo os próprios profissionais, por vezes, preconceitos quanto a esse assunto, embora exista relação direta entre satisfação sexual e qualidade de vida^{10,17,18,19}. Assim, muitas gestantes podem se basear em mitos e tabus em relação à atividade sexual durante a gestação, como o medo de que esta machuque o bebê ou induza a um aborto ou ao parto prematuro, dentre outros, que poderiam ser esclarecidos com devida orientação no pré-natal^{7,13,20}.

Visando conhecer de forma mais aprofundada a atividade sexual feminina, alguns questionários foram elaborados por diferentes autores²⁰. Porém, tais questionários não realizam uma avaliação aprofundada da atividade sexual e não são específicos para o período gestacional. O

Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) (Apêndice 1), utilizado nesse estudo, foi criado para esses propósitos, analisando quesitos fisiológicos, comportamentais e simbólicos da atividade sexual antes e durante a gestação. Apenas três estudos de Florianópolis usaram o QSG como instrumento de avaliação^{5,22,23}. No geral, há poucos estudos que abordem a temática da atividade sexual na gestação no Brasil.

Por essas razões, o estudo das mudanças na atividade sexual durante a gestação e dos motivos dessas mudanças torna-se importante para uma maior compreensão da equipe de saúde sobre o perfil dessas gestantes, para que assim se possam criar melhores estratégias de orientação visando a diminuição de preconceitos para a melhora da satisfação sexual e, assim, da qualidade de vida dessas mulheres.

1.1. OBJETIVOS

Geral:

Analisar como as participantes relatam exercer e perceber a atividade sexual no período antes da gestação e no trimestre gestacional atual.

Específicos:

- Identificar as diferenças na atividade sexual de mulheres que estavam no primeiro, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais;
- Identificar se houve conversa sobre o tema sexualidade com profissionais da saúde e se essa conversa foi feita de forma superficial ou em detalhes;

- Identificar os motivos que levaram às mudanças na atividade sexual das mulheres durante a gestação.

1.2. JUSTIFICATIVA

A saúde sexual é aliada da qualidade de vida e faz parte do programa de atenção integral e humanizada à saúde das mulheres, em qualquer fase da vida dessas. Porém, o tema da atividade sexual no período gestacional, embora venha sendo mais abordado nas duas últimas décadas, ainda é muito pouco investigado. O estado do Rio de Janeiro é um dos estados que carece desse tipo de estudo, e os estudos existentes não costumam abordar o tema em detalhes.

Nesse sentido, saber quais são as mais frequentes mudanças no exercício da e na percepção sobre atividade sexual durante a gravidez e se esse tema vem sendo ou não abordado com as gestantes pelos/as profissionais da saúde pode ajudar a orientar a conduta da equipe de saúde ao tratar desse tema com as pacientes.

O tema atividade sexual é de interesse de diversas áreas do conhecimento, tanto da área da saúde quanto da sociologia, antropologia, psicologia e filosofia. Tais informações aqui abordadas poderão ser úteis também para pesquisas e ensaios teóricos futuros nessas áreas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ESTUDO DA ATIVIDADE SEXUAL HUMANA

O campo de estudo das diferentes sexualidades é amplo. O que se entende hoje por sexualidade, ou sexualidades, engloba diversos aspectos físicos, psíquicos e sociais humanos. Dentre alguns aspectos que costumam compor a sexualidade de uma pessoa, está a *atividade sexual*. Nesse estudo, interpretaremos a atividade sexual como a relação entre pessoas que envolva práticas consideradas sexuais dentro de nossa interpretação cultural, envolvendo principalmente práticas sexuais genitais. Não foram considerados apenas o comportamento e a resposta sexuais durante a relação, mas também as interpretações dos atores sobre essa atividade. Devido às características do instrumento de pesquisa utilizado nesse estudo, foi analisada apenas a atividade heterossexual entre dois parceiros, reconhecendo ser esta uma limitação desse trabalho, uma vez que exclui atividades homo ou bissexuais, não conjugal e com mais de dois parceiros envolvidos, as quais são historicamente desconsideradas e muitas vezes menosprezadas em estudos acadêmicos sobre atividade sexual.

Entretanto, não é possível analisar a atividade sexual humana sem analisarmos também questões do comportamento sexual e das sexualidades humanas, uma vez que um não existe sem o outro. Aquilo que consideramos como sexual articula ações corporais, o imaginário e a afetividade, e acarreta na produção de significados. É algo sobre o qual se pensa e se fala, tendo sentidos distintos para diferentes pessoas, em diferentes culturas e instituições e em diferentes momentos históricos²⁴.

Os sociólogos John Gagnon e William Simon, em 1973, propuseram um modelo de compreensão do comportamento humano: a Teoria da Roteirização. Essa roteirização seria o aprendizado de quais atitudes, verbais e não verbais, são consideradas apropriadas para serem realizadas em determinada situação, local ou com determinadas pessoas, de acordo com as expectativas de determinada cultura, grupo ou instituição²⁵.

Os contextos socioculturais e institucionais são as fontes para a aprendizagem do conteúdo desses vários roteiros e essa aprendizagem se dá pelas interações entre as pessoas. Nessas interações, desde crianças vamos aprendendo o que é um comportamento considerado aceito e o que é um comportamento considerado inapropriado para a coerência na cultura, subcultura ou instituição nas quais estamos inseridos.

Dentre esses roteiros sociais estão os Roteiros Sexuais, ou seja, os fatos aprendidos por meio de discursos e símbolos sobre o que é considerado sexual²⁴. Os roteiros sexuais são também baseados na lógica da “boa conduta sexual”, da “conduta sexual apropriada”, embora essa varie entre culturas, subculturas e instituições. O mesmo foi dito por Foucault (2001). Segundo ele, a conduta sexual é moldada não somente por mecanismos de repressão a determinadas práticas ou comportamentos considerados inadequados, mas também por uma construção discursiva sobre esse assunto, traduzindo-se os desejos sexuais em um discurso social. Segundo Gagnon (2006), essa construção discursiva sobre a sexualidade como um todo vai moldar a roteirização sexual daqueles que a ela são submetidos.

Assim, os roteiros existem como uma ferramenta de organização de nossa conduta social em diferentes situações, como recursos para solucionar problemas dentro dos padrões sociais aceitos. Para isso, os roteiros são

constantemente integrados, organizados e reavaliados por cada indivíduo ao longo de sua vida.

O comportamento sexual das pessoas é regulado pelo processo de categorização às várias formas de expressão que este comportamento pode assumir. Várias instituições desempenham esse papel de organização, regulação e categorização, dentre elas: família, religião, saúde, a mídia e o Estado. No entanto, as normas hegemônicas impostas nem sempre encontram aceitação da população enquanto prática real, podendo ser modificadas entre gerações e grupos sociais.

2.2.1. PRÁTICAS SEXUAIS

Como já foi mencionado, a atividade sexual é também caracterizada por práticas sexuais realizadas pelas pessoas. Dentre as práticas sexuais mais convencionais, a de penetração vaginal esteve por muito tempo e em diversas culturas ainda permanece no topo da hierarquia moral, tida como a mais “natural” por instituições controladoras da moral e dos bons costumes. As demais práticas sexuais eram consideradas impuras ou inadequadas a pessoas de determinadas camadas sociais, ficando restritas à prática da prostituição e à exploração sexual²⁶. Aqueles e aquelas que faziam uso dessas práticas como trabalho, como fonte de prazer ou por sofrerem exploração sexual eram tidos como imorais, pervertidos, sujos, doentes, que não mereciam respeito^{25,26,27}. Hoje, porém, após diversos movimentos sociais, principalmente os de mulheres e os de libertação sexual, o repertório de práticas sexuais comumente aceito vem aumentando em determinadas culturas, incluindo por exemplo as práticas de sexo anal, oral, a masturbação ou o uso de objetos

eróticos. No entanto, essa mudança ainda é muito lenta e muitos ainda sofrem os estigmas que lhes são impostos por realizarem determinadas práticas^{25,26}.

2.2. ATIVIDADE SEXUAL FEMININA

Como já visto, segundo Foucault (2001), a atividade e a expressão sexual de determinada pessoa davam a esta um caráter e uma qualidade moral, ditadas pelas instituições que buscavam controlar as sexualidades. E, nessa lógica, foram instauradas discrepantes diferenças em relação aos modelos de comportamentos sexuais adequados para homens e para mulheres. Usava-se como parâmetro a anatomofisiologia reprodutiva do homem e da mulher, a qual dava origem aos traços do comportamento de cada um, incluindo o sexual, de forma que este deveria seguir a “essência reprodutiva” de cada um^{20,25,28,29}.

Segundo essa lógica, mulheres, por possuírem apenas um óvulo a ser fecundado em determinado período do mês, não teriam tanta necessidade de realizar atividade sexual quanto o homem, que não tem nenhuma garantia de que os espermatozoides irão fecundar o óvulo e, assim, tem o “instinto” de ejacular com mais frequência²⁴. Dessa forma, o objetivo da atividade sexual, no caso heterossexual, era o de gerar prazer masculino, obtido unicamente pela ejaculação, e o prazer feminino ficava em segundo plano ou era ignorado^{20,24,25,30}. Devido a essa imposição histórica, as mulheres possuem roteiros sexuais comumente mais restritos que os dos homens, tendo também menos probabilidade de vivenciar o orgasmo por qualquer prática²⁵.

Era dito que a própria fisiologia da mulher a tornava predisposta ao surgimento de distúrbios mentais e esses distúrbios, tais como a histeria e a loucura, estavam intrinsecamente ligados a seu comportamento

sexual^{20,24,25,27,30}. Os “desvios de sexualidade” - sexualidade ausente, excessiva ou pervertida – ou a não satisfação dos “instintos sexuais femininos” levavam as mulheres a tais doenças^{20,30}. Segundo Engel (2013, p.332), “a mulher transformava-se num ser moral e socialmente perigoso, devendo ser submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas que assegurassem o cumprimento de seu papel social de esposa e mãe”. Assim, o corpo e a sexualidade femininos foram um grande alvo de intervenções normatizadoras^{30,31,32}. Essas concepções adquiriram uma legitimidade cada vez mais sólida nos meios científicos a partir do final do século XIX, na medida em que eram reafirmadas, fundamentadas e justificadas por especialistas. Embora essas ideias e práticas venham sendo cada vez mais criticadas, ainda hoje mulheres são alvo de atitudes normatizadoras de sua sexualidade como um todo, incluindo de sua atividade sexual, cujos desvios aos padrões aceitos ainda é visto como uma fonte de problemas, embora não mais da mesma forma^{33,34}. A normalidade que leva à sexualidade saudável e moralmente aceita era e ainda é vista como uma pequena ilha cercada de uma imensidão de doenças, buscando-se sempre um dito equilíbrio, definido pelo saber biomédico e pela moral vigentes.

Enquanto os estudos médicos e psicológicos sobre sexualidade até o século XX tinham como foco a identificação e o tratamento destes desvios da conduta sexual “normal”, a partir da década de 1920 e mais intensamente após a década de 1960, o foco passou a ser a sexualidade conjugal, heterossexual e monogâmica. Os estudos nessa população específica tiveram como principal objetivo analisar as respostas orgânicas envolvidas durante as relações sexuais. Segundo o modelo de Masters e Johnson (1996), a resposta sexual masculina e feminina saudável ou “normal” seria estruturada em quatro fases:

excitação, platô, orgasmo e resolução, as quais serão descritas mais adiante. Para esses autores, tais fases seriam lineares, ocorrendo quase sempre nesta ordem. Outros autores, posteriormente, acrescentaram a fase do “desejo” como a deflagradora da resposta sexual³⁶. Porém, além do desejo, foram também mencionados outros motivadores do ato sexual que não são sexuais, tais como: agradar ou acalmar o/a parceiro/a, evitar o tédio, obter recompensas, dentre outros^{38,39}. Esse padrão de resposta sexual dito “normal” e “saudável”, no entanto, foi apenas uma simplificação do mais usualmente observado e apenas representativo de uma grande variedade de respostas sexuais^{37,40}.

Segundo esses autores, existem diferenças em relação à resposta sexual entre homens e mulheres, as quais são atribuídas a fatores de ordem biopsicossocial^{37,38,40,41}. Ou seja, a resposta sexual costuma ser multicausal, em que uma causa orgânica pode ser agravada por repercussão emocional, ou em que uma questão psicológica pode converter-se em um fato orgânico. E todos esses estão, de alguma forma, ligados aos roteiros sociais e sexuais que nos são impostos²⁵. Assim, como vivemos em uma cultura marcada pela forte distinção entre roteiros sociais e sexuais masculinos e femininos, as respostas sexuais femininas costumam ser diferentes das masculinas.

Por exemplo, na mulher, as fases do ciclo sexual não costumam seguir necessariamente um sentido linear. Costumam muitas vezes se alternar ou se sobrepor, por exemplo: a excitação pode vir antes ou junto do desejo, o orgasmo pode ser precedido de nova excitação ou de um novo orgasmo. Algumas mulheres não sentem desejo prévio e iniciam a prática sexual apenas para acompanhar o/a parceiro/a, dentre outras variações. Além disso, queixas de dor associada à atividade sexual são muito mais frequentes do que nos homens. A mais comum dessas dores é aquela associada à penetração do

pênis no canal vaginal, chamada dispareunia, e, novamente, suas causas costumam ser tanto de origem emocional como física.

A partir dessas definições do que é saudável e “normal” na atividade sexual, foram definidos critérios diagnósticos para os possíveis distúrbios ou anormalidades nessa resposta. Esses distúrbios foram chamados de disfunções sexuais^{38,41,42}. Assim, surge a imposição pela medicina e pela mídia de um “bom funcionamento sexual”: ainda fortemente ligado à heteronormatividade, à monogamia e à conjugalidade, passou também a não ser considerado pleno sem a obtenção do orgasmo de ambos^{32,35}. De acordo com Rohden e Russo (2011), houve uma reatualização das normas sexuais, as quais são agora dirigidas para a obtenção do máximo desempenho sexual conjugal.

Essa mudança pôde, por um lado, auxiliar os movimentos de libertação feminina: contrariando essa perspectiva focada no prazer masculino, fundamentou-se a perspectiva do prazer sexual feminino, não só reconhecendo sua existência, mas buscando legitimá-lo como uma característica fundamental para o bem-estar, qualidade de vida e autonomia da mulher^{10,24,36}. Muitas mulheres vem percebendo mudanças nas significações eróticas e no papel da satisfação sexual, aprendendo que a excitação é possível e prazerosa e que a dor e desconforto sexuais não são normais ou indissociáveis à atividade sexual^{25,26}. Dessa forma, vem surgindo novos roteiros sexuais femininos.

No entanto, como dito anteriormente, tal empoderamento feminino ainda vem ocorrendo lentamente, sendo dificultado devido às persistentes lógicas patriarcais^{25,33,34}. As mulheres que buscam se libertar das características sociais impostas sobre seu corpo, sua sexualidade e sua forma de se comportar socialmente sempre encontram resistência ou mesmo violência por

parte dos indivíduos ou das instituições que defendem modelos tradicionais de conduta^{31,33,34}.

Além disso, por outro lado, essa nova concepção de “bom desempenho sexual” tornou-se também uma nova cobrança imposta às mulheres sobre sua eficácia durante a atividade sexual. O mau desempenho é, hoje, visto como uma inadequação, podendo ser uma fonte de mal-estar para todas aquelas que não se ajustam a essa expectativa^{25,32}.

2.3. ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

Segundo Gagnon (2006), os roteiros sociais ou sexuais não são apenas uma forma de ação normativamente orientada. Eles tem uma flexibilidade em seus detalhes, seja devido à diferença de interpretação de cada pessoa sobre o seu contexto social, devido ao desempenho variável de pessoas diferentes ou devido à necessidade de respostas a situações novas ou apenas vagamente previstas. As mudanças das exigências ambientais durante a vida de uma pessoa requerem a coordenação e administração de uma variedade de aptidões aprendidas em contextos anteriores, ou a criação de novas respostas por meio da recombinação de aprendizados anteriores e/ou da formação de novas condutas. Os roteiros são, então, manipuláveis em seus conteúdos, suas sequências e suas interpretações, mas não são ilimitados. Eles dependem do ambiente e das informações aos quais a pessoa é exposta em sua vida.

A maternidade, além de gerar alterações físicas na mulher, é uma experiência que gera mudanças no estilo de vida e nos hábitos do casal, ou mesmo em sua percepção sobre a vida. As alterações corporais da mulher gestante não impedem o exercício da atividade sexual, salvo em algumas

situações obstétricas adversas que impossibilitam principalmente as práticas de penetração. Pelo contrário, as práticas sexuais podem ser benéficas, aliviando a ansiedade e a tensão física^{1,6,9,10,13}. No entanto, as modificações no corpo da mulher, principalmente no final da gestação, costumam tornar-se um empecilho para a atividade sexual e geram a necessidade de uma reorganização dos roteiros sexuais, ou a criação de novas formas de se obter prazer e satisfação sexuais. Se o objetivo de ambos for o prazer recíproco, o parceiro deverá saber respeitar as alterações físicas da mulher e ambos deverão encontrar formas de se adaptar a essas mudanças.

A qualidade e a coordenação das práticas sexuais melhora conforme a prática e a repetição. Na gestação, porém, as mudanças físicas na mulher podem acabar sendo mais rápidas do que a capacidade de adaptação do casal. Segundo Gagnon (2006, p.143), qualquer tipo de “transição raramente se dá sem pequenas crises ou elementos problemáticos, no tocante à coordenação física e às mudanças da situação social, o que requer mudanças ou acréscimos nos componentes roteirizados. (...) Poucas pessoas administram essas transições sem uma certa inquietação ou sem uma perturbação do desempenho correto”.

2.3.1 ASPECTO SOCIAL DA GESTAÇÃO: O PAPEL DE MÃE

Vinda não apenas da instituição religiosa dominante, mas também da academia, por meio da filosofia e das ciências biológicas, o “papel da mãe” era o de viver para sua prole, estar pronta para sacrificar sua própria felicidade em detrimento da felicidade de sua família. Tal seria a função que a natureza lhe atribuiu, seu destino biológico e sua única possibilidade de ser realmente

feliz^{24,28,29,31}. O amor da mãe por seus filhos era sinônimo de devoção e sacrifício, seja de forma voluntária ou involuntária. Segundo Badinter (1985, p.267), “se uma mulher não se sentia dotada de uma vocação altruísta, fazia-se apelo à moral que lhe impunha o sacrifício”.

Ainda segundo a autora, muitos teóricos desenvolveram suas teorias de que a mulher é dotada, além de uma passividade inata, de um masoquismo inato, e que por isto essa encontra o prazer na dor de se dedicar aos outros, principalmente aos filhos. Esse masoquismo seria o que a faz suportar os sofrimentos exigidos na maternidade ou, na linguagem religiosa, a faz “padecer no paraíso”. Esse discurso foi bastante valorizado no século XX, quando uma enorme campanha da imprensa disseminou amplamente esse modelo da “boa mãe”³¹. Ainda hoje essas ideias se fazem presentes na mídia e em discursos acadêmicos e religiosos.

A mãe, então, passa a ser responsável por tudo ou quase tudo que aconteceria com os filhos. A mulher mãe é criticada de diversas formas: por ser muito exigente ou muito negligente, muito ausente ou muito presente, de temperamento muito forte ou muito fraco, dentre outras. A mãe “inadequada” chega a ser percebida como doente, fora de sua natureza. Assim, ainda segundo Badinter (1985), colocou-se uma imensa carga de responsabilidade em cima das mães. A mulher que despreza suas “funções naturais”, que não coloca as necessidades de seus filhos antes da própria, é considerada inclusive uma desordem para toda a sociedade^{24,31}. Tal discurso foi responsável pela criação de um sentimento difuso de culpa nas mulheres mães. Muitas passaram a sentir-se responsáveis por qualquer desvio de conduta de seus filhos³¹.

Segundo a teoria psicanalítica mais difundida desde o século XX, a energia sexual das pessoas sempre pode e costuma ser transferida para formas de atividades não sexuais. A mulher mãe, no caso, transferiria então essa energia para o cuidado com os filhos^{24,31,32}. O sexo, assim, teria como foco a satisfação do parceiro e não a dela própria. Juntamente com psiquiatras, esses teóricos e especialistas diziam que a mulher precisava priorizar o cumprimento dos deveres maternos como característica indispensável da mulher mãe saudável, o qual seria incompatível com o pleno exercício sexual. Porém, essa perda de prazeres seria compensada pelo ganho do gozo sexual, por exemplo, através da amamentação³⁰. Segundo Badinter (1985), essa justificativa foi amplamente difundida pela mídia ocidental e pelas religiões judaico-cristãs, fazendo com que determinadas mulheres ainda sigam esse modelo.

Embora a criação de um filho fosse uma tarefa repleta de exigências às mães, sob pena de ser mal vista e mesmo odiada caso fracassasse em cuidar dos filhos, essas não eram as únicas exigências que recaiam sobre tais mulheres. Se elas fossem casadas ou vivessem junto com seus parceiros, essa também deveria comportar-se adequadamente como esposa.

2.3.2. ASPÉCTO SOCIAL DA GESTAÇÃO: O PAPEL DE ESPOSA

Segundo Fontoura (2013), a construção tradicional da imagem da “mãe”, muito influenciada pela religião judaico-cristã, em nada se aproxima de uma imagem erótica: é assexuada, recatada, devota, sendo Maria, uma virgem, o modelo ideal a ser seguido. A mãe se torna, segundo o autor, uma mulher muito respeitável para ser representada eroticamente. Além disso, como já dito,

essa negação da sexualidade materna era considerada necessária para o bom desempenho da magna função moral de ser mãe.

Ainda segundo o autor, a partir dessa definição sobre a esposa, foi criada uma definição oposta: a amante. Afinal, o homem seria por natureza um “caçador” movido por suas necessidades sexuais. Se não com a esposa, seria fora de casa. À esposa se reservava o carinho e o respeito; à amante, a paixão ardente.

No entanto, com o aumento do discurso da importância da atividade sexual eficiente para a manutenção de uma relação marital saudável, essa visão idealizada e casta da esposa foi sendo confrontada. Hoje, a mulher moderna para ser uma boa esposa deve não só cuidar da casa, dos filhos, do marido, trabalhar e preocupar-se com o corpo e com a beleza, segundo os modelos de beleza difundidos pela mídia, mas também deve ser sexualmente ativa^{32,45}.

Segundo Veiga (2007) e Fontoura (2013), embora essa nova concepção de erotismo da esposa tenha, por um lado, significado certa libertação sexual da mulher que antes deveria se contentar em ser recatada, também se tornou uma outra forma de imposição patriarcal: agora, além de uma mãe dedicada, também deve ser um objeto de desejo erótico para o homem de forma a combater a rotina conjugal e evitar o adultério por parte dele. O adultério ou a falta de interesse sexual do homem se torna culpa da incompetência da mulher em ser sexualmente atraente e desejável. Assim, construiu-se uma nova obrigação para a mulher casada: ser, também, amante.

Outro aspecto importante para a mulher esposa é o de que uma imagem que não seja considerada bela pode gerar consequências importantes na satisfação com a imagem corporal da mulher⁴⁶. A gestação é um período de

alteração corporal que propicia o aparecimento de características não consideradas atraentes pelos padrões hegemônicos divulgados amplamente pelas mídias. A mulher, vendo-se fora dos padrões de mulher magra, sensual, sem gordura nem flacidez, sem celulites ou estrias, pode sentir-se menos atraente ao parceiro. As mulheres muitas vezes referem-se às transformações do corpo como incômodas e expressam a preocupação de que se tornem definitivas, desejando que, após o parto, o corpo volte a ser como era⁸.

Assim, existe hoje um enorme peso social sobre as mulheres mães: precisa assumir tantos papéis e tantas obrigações que são, sem dúvida, impossíveis de serem alcançadas. Além disso, coexistem pressões conservadoras e modernas sobre o ideal materno, o que pode deixar as mulheres confusas quanto a quais padrões e roteiros devem seguir para se enquadrar em expectativas tão desumanas e conflitantes.

Embora a imprensa ocidental tenha feito – e muitas ainda fazem – eco a essas ideias, muitas mulheres resistiram e resistem a essas pressões. Algumas por posição política de contestação dessas ideias e outras, mais numerosas, por não terem nem sequer opção: por não disporem dos meios físicos, sociais e econômicos para enfrentar essa pressão ideológica, ou por considerarem tais padrões inalcançáveis e cruéis^{23,33,41}.

2.3.3. ALTERAÇÕES FÍSICAS DURANTE A GESTAÇÃO QUE COSTUMAM AFETAR A PRÁTICA SEXUAL

Para acomodar o bebê, o corpo da mulher sofre acomodações mecânicas, hormonais e circulatórias. Essas mudanças geralmente interferem na realização da atividade sexual, impedindo-a ou gerando a necessidade de

adaptações quanto às posições ou à forma de se obter prazer^{47,48}. Como costumam variar para cada trimestre gestacional, cabem ser citadas de acordo com estes.

No primeiro trimestre (de 1 a 13 semanas), é comum o surgimento de desconfortos gastrintestinais, como náuseas e vômitos, assim como cansaço, indisposição e fadiga, o que pode reduzir a disposição da mulher para exercícios físicos, inclusive os sexuais. Os seios crescem rapidamente nesse trimestre, pelo aumento da rede vascular e glandular, o que costuma causar grande sensibilidade nestes, podendo haver dor e incômodo ou mesmo aumento do prazer ao estímulo^{40,47,48}.

No segundo trimestre (14 a 28 semanas), a libido costuma voltar com a melhora dos sintomas, e constata-se um aumento no erotismo e na eficácia da realização dos atos sexuais. As posições utilizadas durante a atividade sexual costumam ser mudadas, pois o crescimento da barriga já começa a atrapalhar. A sensibilidade nos seios aumenta, podendo gerar desconforto ou aumento do prazer ao estímulo. Há aumento da congestão pélvica - dificuldade de circulação sanguínea e acúmulo de sangue venoso nessa região -, que aumenta com a estimulação sexual e após o orgasmo, dificultando a etapa de resolução, na qual o corpo volta ao estado de repouso após a atividade sexual. Isso pode levar a uma continuação da estimulação sexual, com a qual as mulheres podem não se sentir aliviadas sexualmente^{40,49}.

No terceiro trimestre (de 29 a 42 semanas), há novamente uma redução na qualidade da vida sexual comparada ao segundo trimestre, aumentando à medida que se aproxima a data prevista do parto⁴⁰. A barriga cresce acentuadamente e os órgãos internos ficam mais apertados, tornando-se um

empecilho para a realização confortável de algumas posições sexuais. A configuração da pelve muda: fica mais elástica, há afastamento da sínfise púbica e a pressão aumenta sobre os órgãos internos. Essa constituição pélvica somada à pressão da barriga pode gerar desconforto ou dor durante quaisquer atividades físicas, incluindo as sexuais. Cerca de 50% das gestantes apresentam queixas de dor lombar, devido ao aumento da circunferência abdominal e à alteração no centro de gravidade ao caminhar^{47,50}. Dores musculoesqueléticas costumam reduzir a eficácia da atividade sexual, muitas vezes diminuindo a libido da mulher ou obrigando o casal a modificar posições e formas de se obter prazer. O orgasmo pela penetração pode ser substituído pelo orgasmo clitoriano. Porém, essa prática também pode provocar dor irradiada para os grandes lábios⁴⁸.

Nesse trimestre, a sustentação fetal aumenta a vascularização das vísceras pélvicas, gerando grande vasocongestão nessa região. Qualquer resposta ao estímulo sexual aumenta essa vasocongestão, podendo causar irritabilidade uterina, ardor, sensação aflitiva vaginal ou câibras ocasionais na região pélvica após a estimulação sexual ou o orgasmo. Quanto mais avançada a gestação, maior a vasocongestão. A área contrátil na vagina pode estar tão distendida e congestionada de sangue venoso que a intensidade das contrações orgásmicas pode diminuir bastante. Quando o útero está irritado (e costuma estar ao final da gestação, principalmente nas nulíparas), as contrações orgásmicas podem levar a uma contração uterina espástica, podendo gerar dor e desconforto⁴⁰.

A circulação sanguínea pode estar mais lenta, podendo haver sensação de cansaço ou peso nas pernas⁴⁷. A bexiga fica mais comprimida, podendo haver perda de urina durante a relação ou desconforto vesical. Também o

estômago se encontra mais comprimido devido à distensão abdominal, o que pode ocasionar desconfortos gástricos com maior frequência nessa fase. A congestão pélvica é maior depois do orgasmo e a resolução demora mais para ocorrer. Além disso, costumam voltar os sintomas de sonolência, exaustão física, irritabilidade, dores de cabeça, náuseas e vômitos. Todos esses desconfortos costumam fazer diminuir a vontade da mulher de realizar atividade sexual^{3,23,40,48}.

2.3.4. ALTERAÇÕES NA ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

Conhecer como costuma ocorrer a atividade sexual durante a gestação é fundamental para facilitar estratégias preventivas e orientações no pré-natal e para quebrar mitos e tabus a esse respeito²³. A seguir, serão apresentadas as diferentes variáveis usadas nesse estudo para a análise da atividade sexual. Será descrita aqui apenas a atividade heterossexual, sabendo ser esta é uma limitação de nosso estudo.

Uma meta-análise de 24 artigos sobre atividade sexual durante a gestação chegou à conclusão de que há mudanças durante esse período em todas elas, porém, não é possível caracterizar a resposta sexual feminina durante a gestação de forma homogênea, uma vez que esta depende de fatores como cultura, grupos dentro de uma mesma cultura, idade, idade gestacional, relacionamento com o parceiro, além de os estudos terem diferentes metodologias⁵¹. Para reduzir o viés cultural, as análises serão baseadas apenas em estudos brasileiros.

Frequência de atividade sexual

A frequência de atividade sexual significa a quantidade de vezes por dia, semana ou mês que determinada pessoa realiza atividade sexual. Alguns estudos brasileiros evidenciaram que há gestantes que não realizam atividade sexual durante a gestação. No entanto, a maioria das mulheres mantém atividade sexual nesse período, embora com padrão diferente em relação ao período pré-gestacional^{3,7,20}. Dentre as que continuam realizando atividade sexual, de uma forma geral, observou-se que a frequência desta tende a diminuir com o avançar da gestação^{1,23}.

Iniciativa para realizar atividade sexual

Em grande parte das culturas, é socialmente mais aceito que quem tome a iniciativa para ter relações sexuais seja o homem. Às mulheres, cabe apenas cultivar os “atrativos” que possam desencadear no homem o desejo em tomar essa iniciativa^{25,33,34,41,52,53}. Assim, à mulher estariam reservados os roteiros sexuais de atrair o homem e provocar-lhe a iniciativa mais do que os de abordá-lo diretamente para a realização de atividade sexual.

Devido principalmente aos movimentos de mulheres, a iniciativa sexual tomada pela mulher vem sendo mais defendida e desmistificada²⁵. Assim, dependendo do nível de intimidade do casal e da roteirização de ambos, a iniciativa pela mulher pode ser considerada algo bom e até mesmo esperada pelo parceiro. No entanto, na literatura foi encontrado que a iniciativa para ter atividade sexual era tomada principalmente pelo parceiro^{1,11,22} ou por ambos²² durante a gestação.

Práticas sexuais

As práticas sexuais consistem nos diversos tipos de atividades com caráter sexual²³. Essas atividades podem ser bastante variadas, dependendo da experiência, gosto e contexto social onde a pessoa se insere. Foram consideradas nesse estudo as atividades de “masturbação”, “ser masturbada”, “masturbar o parceiro”, “masturbação mútua”, “receber sexo oral”, “fazer sexo oral”, “sexo oral mútuo”, “sexo vaginal”, “sexo anal”, “estimulação com vibrador” e “outras”.

De uma forma geral, na literatura, todas as práticas sexuais mencionadas tiveram uma redução ao longo dos trimestres gestacionais^{1,5,22,23}. Foi mencionado em alguns estudos que as práticas alternativas ao coito vaginal são bastante utilizadas durante a gestação^{40,47,48,50}.

Masturbação

A prática de masturbação, quando realizada individualmente, consiste em fantasias sexuais coordenadas com a auto-estimulação genital, com ou sem outra pessoa junto. Essa prática foi considerada uma conduta não-convencional por muito tempo, e até hoje alguns grupos e instituições a consideram uma prática não saudável. Por isso, essa é geralmente aprendida e feita em segredo²⁵. Além disso, na adolescência, meninos costumam se masturbar mais do que meninas, uma vez que os roteiros sexuais femininos são, desde a adolescência, mais restritos que os masculinos, sendo essa prática ainda mais culturalmente aceita entre os homens do que entre mulheres²⁵.

Em todos os estudos nacionais, poucas foram as mulheres que

relataram realizar essas práticas antes da gestação^{5,22,23}. Além disso, nesses estudos essa prática teve sua frequência diminuída durante a gestação.

Diferente da prática de masturbar-se, a masturbação feita no/a parceiro/a consiste no uso das mãos para estimular a região genital da outra pessoa. Nos estudos de Savall, Mendes e Cardoso (2008) e Sacomori e Cardoso (2008), as práticas de masturbar o parceiro e ser masturbada diminuíram ao longo da gestação, enquanto no estudo de Sacomori (2009), as práticas de masturbação e ser masturbada tiveram sua frequência aumentada durante a gestação.

Sexo oral

O sexo oral consiste em utilizar a cavidade bucal diretamente na região genital para a estimulação sexual. Quando ambos realizam essa prática simultaneamente, ela é chamada sexo oral mútuo, conhecida popularmente como “69” (meia-nove). Quando o sexo oral é realizado na mulher, é chamado “cunilingus”, e quando realizado no homem, chama-se “felação”. Nos estudos que avaliaram tais práticas, essas foram menos realizadas durante a gestação do que antes da gestação^{1,22,23}. De acordo com Polomeno (2000), o sabor da secreção vaginal costuma tornar-se mais metálico ou salgado, o que pode ser agradável ou não ao parceiro.

Sexo vaginal

A prática de sexo vaginal consiste na penetração do pênis no canal vaginal. Considerada historicamente a prática mais importante e moralmente aceita para a atividade sexual, o sexo vaginal está presente na grande maioria dos roteiros sexuais de pessoas quando realizam atividades sexuais

heterossexuais^{25,26}. Segundo Bozon (2004), a penetração vaginal é a manifestação mais concreta do laço de aproximação dos parceiros heterossexuais. Nos estudos que avaliaram tal prática, embora essa seja a prática mais relatada pelas gestantes, em todos ela foi reduzida ao longo do período gestacional, principalmente nos últimos meses de gestação^{1,5,22,23}.

Sexo anal

A prática de sexo anal consiste na penetração do pênis na cavidade anal. Tal prática é considerada imprópria em várias formas de roteirização sexual, sendo geralmente silenciada nos meios de comunicação e mais comum apenas na pornografia. Além disso, como está associada ao orifício pelo qual defeca-se, esse é muitas vezes vista como sujo, conotando assim um local de aversão. Em relação a essa prática, estudos prévios relataram que poucas mulheres a realizavam antes da gestação e que durante a gestação a frequência dessa prática foi reduzida^{1,5,22,23}.

Estimulação com vibrador

O aumento do comércio de produtos eróticos abriu alternativas e ajudou a consolidar novas práticas sexuais para mulheres. No entanto, as mulheres que mais consomem tais produtos são, na sua maioria, mulheres mais velhas, heterossexuais e com bom poder aquisitivo⁵⁴. Os estudos que avaliaram essa prática encontraram um número muito reduzido de mulheres que a realizavam antes da gestação, e esse número foi ainda menor durante a gestação^{5,22,23}.

Práticas sexuais preliminares

As práticas sexuais preliminares são atividades realizadas anteriormente

às práticas genitais propriamente ditas, buscando excitar sexualmente o/a parceiro/a⁴⁰. São exemplos de práticas sexuais preliminares beijos, abraços, carícias, toques, massagens, lambe o corpo, entre outros.

Os estudos que avaliaram essa prática variam em relação a seus achados. Enquanto no estudo de Sacomori (2009) não houve alterações significativas da frequência de preliminares durante a gestação, em outros houve aumento dessa prática nesse período^{9,55}.

Posições adotadas durante a atividade sexual

O Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) adotado nesse estudo utiliza a classificação das posições sexuais de acordo com três aspectos hierárquicos: a posição entre os parceiros considerando contato físico ventral ou dorsal (face a face ou posição de conchinha); os níveis entre os parceiros, se em cima ou embaixo (posições assimétricas) ou lado-a-lado (posições simétricas) e a postura corporal dos parceiros (em pé, sentado, deitado, de joelhos ou “de quatro”).

Segundo os autores, os respectivos nomes e descrições das posições são: posição 1 – face a face, homem por cima, deitados (posição do missionário); posição 2 – sem contato do olhar (“conchinha”), homem por cima, deitados; posição 3 – sem contato do olhar (“conchinha”), homem de joelhos por cima e mulher de quatro; posição 4 – sem contato do olhar (“conchinha”), lado a lado; posição 5 – face a face, mulher deitada de costas e homem de lado; posição 6 – face a face, mulher em cima, sentados; posição 7 – sem contato do olhar (“conchinha”), mulher em cima, sentados; posição 8 – face a face, mulher por cima sentada e homem deitado; posição 9 - sem contato do olhar (“conchinha”), mulher por cima sentada e homem deitado de costas.

Nos estudos que avaliaram as posições utilizadas na atividade sexual durante a gestação, houve o aumento da frequência de utilização das práticas lado-a-lado e diminuição das outras nos últimos meses de gestação, com exceção da posição do missionário (face a face, homem por cima, deitados), a qual também foi utilizada com frequência durante a gestação^{1,22,23}.

Desejo sexual

Popularmente conhecido como libido, o desejo sexual equivale a um conjunto de sensações específicas que levam a pessoa a buscar ou tornar-se receptiva a experiências sexuais. Talvez experimente sensações genitais (excitação sexual) ou apenas vaga inclinação para realizar atividade sexual³⁷.

Diversos fatores podem reduzir o desejo sexual em qualquer pessoa. Exemplos desses fatores são: perceber desvantagens na situação, focar-se em características menos atraentes do/a parceiro/a, distrações e preocupações cotidianas, tabus, aceitação de dogmas religiosos repressivos, medo (de sentir dor, de sofrer violência, de desagradar o parceiro e provocar uma consequente rejeição, entre outros), sensação de culpa, fadiga, sentimentos de rejeição ao parceiro, decepção com a relação, diferença nas relações de poder entre o casal, receio de contrair doenças sexualmente transmissíveis, inexperiência, sentimentos de ansiedade ou vergonha em relação ao próprio comportamento sexual, insatisfação com a própria imagem corporal e baixa auto-estima, experiências sexuais traumáticas, efeitos sexualmente inibidores de medicações, uso abusivo de álcool ou drogas psicoativas, atividade reduzida dos hormônios sexuais, dentre diversas outras^{25,32,37,38,40}.

Também os dados de respeitabilidade das mulheres em nossa cultura, tais como senso de refinamento, passividade e submissão sexual generalizada

às normas masculinas de pudor^{25,32} costumam afetar a forma como diversas mulheres interpretam a necessidade de realizar atividade sexual. Além disso, em algumas ocasiões, tal diminuição ou ausência de desejo diz respeito ao parceiro, que pode não estar sendo capaz de excitar a mulher ou estar tendo dificuldades sexuais próprias^{6,25,32}.

Durante a gestação, os mesmos fatores podem continuar presentes, existindo também desconfortos como náuseas, vômitos e outros próprios do primeiro trimestre ou como edemas, fadiga, sonolência, dores musculoesqueléticas e outros próprios do terceiro trimestre, o medo de que atividade sexual pode causar injúrias fetais ou aborto, além do peso social que é o de ser mãe^{25,26,47,50}. Todos esses costumam gerar alta incidência de desinteresse sexual ao longo da gestação^{1,2,9,11,12,22,23,56}.

Excitação sexual

Segundo Kaplan (1983), Master e Johnson (1996) e Abdo (2010), enquanto o desejo sexual é um processo cognitivo, tendo relação com fatores externos ou fantasias que motivam a pessoa a querer realizar atividade sexual, a excitação envolve a reação fisiológica a esse desejo ou a alguns estímulos externos, produzida pelo aumento do fluxo sanguíneo aos órgãos genitais. Este maior fluxo sanguíneo é responsável pela lubrificação vaginal, relaxamento da musculatura vaginal e pequena ereção do clitóris na mulher e ereção peniana no homem.

A excitação pode ocorrer, às vezes, sem a pessoa sentir um desejo prévio. O estímulo externo genital como, por exemplo, após as práticas sexuais preliminares, pode também desencadear uma reação de excitação. No entanto,

quando a pessoa não se acha disposta para ter relação sexual, os estímulos externos geralmente precisam ser mais intensos ou mais demorados para gerar a excitação, podendo não conseguir gerá-la. Segundo Basson (2001), só ocasionalmente a mulher começa a experiência sexual com desejo, sendo mais comum esta precisar de práticas preliminares para atingir o nível de excitação.

Segundo Gagnon (2006), a excitação sexual, embora seja uma reação fisiológica e muitas vezes reflexa ao desejo sexual ou a algum estímulo externo, ainda assim é um processo social e psicológico provocado e aprendido, modelado pelas condições culturais, históricas e institucionais. Nessa lógica, a excitação entre mulheres gestantes pode ser menos referida tanto por condições inerentes ao processo de gravidez (alterações hormonais, vasculares e anatômicas) como por condições sociais impostas pelo discurso sexual sexista, que muitas vezes ainda coloca a excitação feminina em um patamar menos importante, e do papel da “boa mãe” como aquela dedicada exclusivamente à sua prole e pouco ou nada aos seus prazeres pessoais^{31,32,39}.

Kaplan (1983) também nos mostra que certos fatores cognitivos podem incrementar ou reduzir os reflexos genitais. Se a pessoa interpretar o ato sexual como algo, de alguma forma, ameaçador, pode ocorrer a supressão das reações de excitação. Os mesmos fatores que podem reduzir o desejo sexual podem também reduzir a capacidade de excitação^{25,37,38,40}.

A excitação sexual, tal como o desejo sexual, também tende a diminuir durante a gestação^{12,23,44,50}. No entanto, alguns estudos não encontraram essa diminuição^{9,56}.

Orgasmo

Assim como a fase de excitação, a fase de orgasmo é provocada por

reflexos genitais, mas ao invés de vasculares esses reflexos são musculares. O orgasmo consiste em contrações reflexas de determinados músculos genitais, as quais geralmente vem acompanhadas da sensação de prazer. É deflagrado geralmente quando a excitação sexual atinge seu ápice³⁷.

O orgasmo, para as mulheres, foi historicamente não-observado ou desconsiderado nos discursos sobre sexualidade, com exceção da pornografia²⁵. O orgasmo masculino, como possui relação com a condição reprodutiva, é estimulado mesmo por instituições que mais desprezam o prazer sexual, tais como as instituições religiosas judaico-cristãs. Na mulher, o orgasmo, por não possuir ligação com a fecundidade, foi rotulado pelas mesmas instituições como indesejável e mesmo perigoso^{26,32}.

Assim, o orgasmo não era considerado importante para a vida sexual feminina, ainda que uma mulher sem orgasmo fosse considerada 'frígida', com transtornos intensamente arraigados em sua personalidade, como a histeria, sendo necessário tratamento psicoterapêutico prolongado³². Segundo Veiga (2007), na década de 60, contrariando essa negação do orgasmo feminino, estudos sobre sexologia passaram a sugerir que, para se sentirem sexualmente satisfeitas e saudáveis, as mulheres deveriam sentir orgasmo e de preferência múltiplos. Por meio desses estudos, passou-se a considerá-lo indispensável para o equilíbrio emocional das pessoas e dos relacionamentos amorosos. Essa ideia também foi bastante divulgada por alguns tipos de mídia, tais como a pornografia no geral, revistas voltadas para mulheres ou livros eróticos. Houve, assim, uma outra forma de roteirização sexual para mulheres: a necessidade do orgasmo³².

Para os homens a percepção do orgasmo fica clara, já que essa é quase sempre simultânea à ejaculação. No entanto, para as mulheres, o orgasmo

pode ser uma percepção difícil de descrever. Há mulheres que não conseguem identificar tais sensações, não sabendo se pode denominar o que foi percebido como um orgasmo³².

Os fatores que podem levar a diminuição da sensação de orgasmo são comumente os mesmos que podem levar à diminuição do desejo e da excitação sexuais, já citados acima. Outra causa da não sensação de orgasmo pode ser uma má-formação congênita da região genital da mulher, que pode impedir ou dificultar a estimulação vaginal, do clitóris ou a produção de hormônios sexuais, dentre outras causas orgânicas. Além disso, caso o parceiro apresente ejaculação precoce e não continue a estimular a parceira após a ejaculação, também pode haver uma anorgasmia da mulher³².

Durante a gestação, a resposta orgásmica na mulher costuma diminuir quando comparada à antes da gestação^{1,12,22,23}. No entanto, outros estudos mostraram que essa resposta continuou bastante frequente nesse período^{9,56}.

Satisfação sexual

A satisfação sexual é uma das medidas mais usadas para avaliar o grau da qualidade da saúde sexual de uma pessoa. Não importando quais práticas realiza ou não, se chega ao orgasmo ou não^{32,38}, a satisfação sexual é uma interpretação subjetiva e dependente de valores e crenças sobre o que é sexual, qual a melhor forma de realizar os roteiros sexuais e se as ações tomadas são correspondentes às expectativas da própria pessoa. Quanto mais a atividade sexual realizada pela pessoa corresponde ao que ela interpreta como “bom”, “correto” e “prazeroso”, mais ela se sentirá satisfeita²⁵.

Alguns estudos demonstram uma diminuição da satisfação sexual

durante a gestação^{4,7,11,12,23}, enquanto outros demonstram que a satisfação sexual durante a gestação permaneceu em um nível bom e poucas mulheres relataram estar insatisfeitas^{2,10,44}.

2.4. ABORDAGEM DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE AO TEMA ATIVIDADE SEXUAL NA GESTAÇÃO

Muitos casais, por constrangimento ou medo, relutam em fazer perguntas sobre sexualidade, a não ser que o profissional de saúde aborde o assunto³². No estudo de Barbosa et. al. (2011), menos da metade das gestantes receberam alguma informação sobre sexualidade no pré-natal, e no estudo de Sacomori (2009), observou-se que a maioria das participantes ou não conversou com um profissional antes e durante a gestação ou, se sim, essa conversa não foi aprofundada.

No estudo de Barros et. al. (2006), 64% das entrevistadas receberam orientação a respeito da atividade sexual na gravidez. Porém, as orientações se restringiram somente para a continuidade da atividade sexual na gravidez, sem aprofundamento e/ou detalhamento das informações.

Em relação aos serviços de saúde, um estudo qualitativo sobre a consulta de enfermagem no pré-natal verificou que as ações educativas nessas consultas limitam-se a orientações sobre planejamento familiar e cuidados com recém-nascido, por meio de um modelo de transmissão de informações que coloca a mulher em uma posição passiva¹⁶. No estudo de Barbosa et. al. (2011), constatou-se como fatores de interferência na sexualidade na gestação o medo de machucar o bebê e provocar o aborto, assim como em outros estudos^{3,7,40,48}. No entanto, nenhuma perturbação fetal foi evidenciada após

atividade sexual durante a gestação, apenas que os batimentos cardíacos podem aumentar e o feto pode ficar mais agitado durante 30 minutos no máximo⁴⁰. A atividade sexual, principalmente a de penetração vaginal, é contra indicada os casos de ameaça de abortamento, de ruptura de membranas, sangramento vaginal, incompetência do colo uterino ou hipertensão arterial^{48,57}. Para as gestantes sem esses riscos, existe uma falta de esclarecimento sobre a atividade sexual na gestação que aponta para a necessidade de uma abordagem deste tema pelos profissionais durante o acompanhamento pré-natal.

Além de levar a informação às gestantes, é importante que essa seja de boa qualidade, o que implica em uma atitude não discriminatória e acolhedora do profissional de saúde. Muitos médicos se sentem despreparados e pouco à vontade para abordar esse tema com suas pacientes^{13,14}. Segundo Leite, Camano e Souza (2007), a formação acadêmica dos profissionais da saúde, principalmente médicos, centrada no modelo biomédico, não prepara os profissionais para lidar com esse tema com suas pacientes. Em geral, esses profissionais são preparados para focarem-se na prevenção e tratamento de patologias obstétricas e fetais, em um atendimento que é realizado num curto período de tempo. Assim, mesmo que as mulheres ou o casal sintam vontade de começar um diálogo sobre sexualidade, não costumam encontrar espaço para tal durante a consulta.

Além disso, segundo Gagnon (2006), os profissionais de saúde são também sujeitos situados em determinada cultura e atuando em determinadas instituições, sendo levados à uma roteirização característica dessas estruturas. Outro estudo com estudantes de enfermagem no Rio Grande do Sul sobre a percepção destes a respeito da sexualidade mostrou que os próprios

estudantes possuíam medos e inseguranças a respeito deste tema, além de reproduzirem diversos mitos e tabus¹⁵.

No entanto, faz-se necessária uma educação em saúde na assistência pré-natal que inclua a questão da atividade sexual, de modo que a mulher possa vivenciá-la durante a gravidez de forma plena e com o mínimo de preconceitos^{4,7,20}. Além disso, há que se considerar os próprios conceitos sociais reproduzidos pelos profissionais da saúde, para que estes não cerceiem desnecessariamente a vida sexual do casal durante a gestação.

2.5. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E SAÚDE SEXUAL

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, estabeleceram-se pela primeira vez acordos internacionais que davam prioridade aos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, além disso, à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos^{24,36}. Estes acordos foram ampliados em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing). Esses dois direitos foram incluídos nas pautas da saúde pela importância da dimensão sexual na vida humana, buscando, teoricamente, reconhecer e legitimar as mais diversas expressões sexuais como parte da autonomia individual de decisão sobre o uso do próprio corpo.

Tal acordo afirma que o cumprimento desses direitos sexuais e reprodutivos deverá ser garantido pelos 179 países que o assinaram, embora saibamos que a mudança na legislação não necessariamente significa uma mudança social real. A saúde sexual, hoje, é definida pela Organização

Mundial da Saúde como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade”⁵⁸.

No Brasil, na área da saúde pública, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, um programa que dá continuidade às propostas que foram lançadas no Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), implantado pelo Ministério da Saúde em 1983⁵⁹. A política propõe um modelo de atenção integral, em todas as fases da vida, à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Porém, em relação à saúde sexual, este tem como foco a prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o acolhimento às mulheres vítimas de violência sexual. As questões sexuais de outras origens e nos diferentes momentos da vida da mulher ainda vem sendo pouco ou nada abordadas nos serviços de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional do tipo transversal, realizado com gestantes atendidas nos ambulatórios de pré-natal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ) e da Maternidade Escola, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ).

3.2. SELEÇÃO DE SUJEITOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A seleção dos sujeitos para a entrevista foi feita de forma consecutiva segundo a listagem para o atendimento no pré-natal. Para a definição do tamanho amostral, foi replicado o estudo de Sacomori (2009). As mulheres que participaram do estudo foram recrutadas pela própria pesquisadora. Ao todo, foram entrevistadas 80 mulheres, sendo que 20 estavam no primeiro trimestre, 29 no segundo trimestre e 31 no terceiro trimestre. Devido à baixa presença de gestantes no primeiro e no terceiro trimestres de gestação, mulheres de até 15 semanas de gestação entraram no grupo mulheres no primeiro trimestre, mulheres entre 16 e 26 semanas entraram no grupo de mulheres no segundo trimestre e mulheres entre 27 a 42 semanas entraram no grupo de mulheres no terceiro trimestre. As entrevistas foram realizadas entre Janeiro de 2014 e Janeiro de 2015. Houve necessidade de estender a duração do trabalho de campo por questões relacionadas à demora da autorização pelo Comitê de

Ética em um dos campos da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: idade maior de 19 anos e manter relação com o mesmo parceiro de antes da gestação. Os critérios de exclusão foram: gestantes cujos parceiros tenham estado sexualmente indisponíveis ou ausentes no último mês antes da entrevista, estar realizando tratamento medicamentoso para transtornos de humor, apresentar intercorrências clínicas e/ou obstétricas que contraindicassem atividades sexuais e não compreender ou falar a língua portuguesa.

3.3. VARIÁVEIS E SEUS CONCEITOS

3.3.1. Variáveis socio-demográficas

- *Idade* - em anos completos, no dia da entrevista.
- *Número de parceiros ao longo da vida* – número de parceiros com os quais já teve relacionamento sexual declarado pela mulher, incluindo o parceiro atual.
- *Situação conjugal* – declarada pela mulher e categorizada da seguinte forma: vive junto com o parceiro ou não vive junto com o parceiro.
- *Escolaridade* - declarada pela mulher e categorizada da seguinte forma: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo.
- *Raça/Cor da pele* - declarada pela mulher e categorizada da seguinte forma: negra preta, negra parda, indígena, amarela ou branca.
- *Religião* - qualquer sistema religioso seguido pelas mulheres e categorizado

da seguinte forma: católica, evangélica, sem religião ou outra.

- *Trabalho remunerado* – se a mulher possui alguma jornada de trabalho durante o trimestre gestacional atual à data da entrevista.

3.3.2. Variáveis obstétricas e sexuais:

- *Idade gestacional* – em semanas, perguntada às participantes e depois conferida no prontuário destas. No caso de o relato da participante diferenciar-se do prontuário, foi considerado o exame de ultrassonografia.

- *Idade da primeira relação sexual* – em anos completos.

- *Desejo da gravidez atual* – desejo da mulher de engravidar e categorizado da seguinte forma: não queria engravidar; queria engravidar, mas não agora e estava pronta para engravidar.

- *Número de gestações anteriores* – número de vezes em que a mulher esteve grávida ao longo da vida

- *Número de abortamentos* – número abortamentos espontâneos ou provocados que a mulher já realizou.

- *Tempo de relacionamento com o atual parceiro* – em anos completos, desde o início do relacionamento até o dia da entrevista. Caso não possuísse um ano completo, foi classificada em “menos de um ano”.

- *Privacidade para atividade sexual* – declarada pela mulher e categorizada da seguinte forma: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca ou nunca.

- *Sexo com pessoa estranha ou pouco conhecida* – frequência de vezes com que já realizou atividade sexual com alguma pessoa estranha ou pouco

conhecida ao longo de sua vida, categorizada da seguinte forma: nunca, raramente, às vezes, na maioria das vezes ou sempre.

3.3.3. Variáveis sobre a atividade sexual:

- *Frequência sexual* – a quantidade de vezes por dia, semana ou mês que o casal realiza atividade sexual.

- *Iniciativa para atividade sexual* – se essa é tomada principalmente pela mulher, pelo parceiro ou por ambos na mesma proporção.

- *Práticas sexuais* – frequência da realização de práticas sexuais. Foram consideradas nesse estudo as práticas de masturbação, ser masturbada, masturbar o parceiro, masturbação mútua, receber sexo oral, fazer sexo oral, sexo oral mútuo, sexo vaginal, sexo anal, estimulação com vibrador e outras.

- *Práticas sexuais preliminares* – frequência da realização de práticas preliminares, definidas como beijos, abraços, carícias, toques, massagens, lambar o corpo, entre outros.

- *Práticas sexuais prazerosas* – em quais das práticas sexuais as mulheres sentem prazer. Foram consideradas nesse estudo as práticas de masturbação, ser masturbada, masturbar o parceiro, masturbação mútua, receber sexo oral, fazer sexo oral, sexo oral mútuo, sexo vaginal, sexo anal, estimulação com vibrador e outras.

- *Posições sexuais* – posições adotadas pelo casal para realizar atividade sexual, classificadas em: posição 1 – face a face, homem por cima, deitados (posição do missionário); posição 2 – sem contato do olhar (“conchinha”), homem por cima, deitados; posição 3 – sem contato do olhar (“conchinha”),

homem de joelhos por cima e mulher de quatro; posição 4 – sem contato do olhar (“conchinha”), lado a lado; posição 5 – face a face, mulher deitada de costas e homem de lado; posição 6 – face a face, mulher em cima, sentados; posição 7 – sem contato do olhar (“conchinha”), mulher em cima, sentados; posição 8 – face a face, mulher por cima sentada e homem deitado; posição 9 - sem contato do olhar (“conchinha”), mulher por cima sentada e homem deitado de costas.

- *Desejo sexual* – avaliado por meio da percepção da gestante sobre qual a intensidade da sua vontade de querer ter relações sexuais, por meio de uma escala numérica de zero a dez, onde zero significava “não sentir nenhum desejo” e dez “sentir muito desejo”.

- *Excitação sexual* – avaliada por meio da percepção da gestante sobre qual a intensidade da sua excitação sexual, por meio de uma escala numérica de zero a dez, onde zero significava “não ficar nada excitada” e dez “ficar muito excitada”.

- *Experiência de orgasmo* – se a mulher já teve sensação de orgasmo ao longo da vida, categorizada da seguinte forma: sim, não ou não sei.

- *Intensidade do orgasmo* – avaliada por meio da percepção da gestante sobre qual a intensidade da seus orgasmos, por meio de uma escala numérica de zero a dez, onde zero significava “nada intenso” e dez “muito intenso”.

- *Frequência de orgasmo* – frequência com que a mulher tem orgasmo durante a atividade sexual: sempre, na maioria das vezes, às vezes, quase nunca ou nunca.

- *Importância da atividade sexual* – avaliada por meio da percepção sobre a importância da atividade sexual para a vida da mulher, utilizando-se também de

uma escala numérica de zero a dez, onde zero significava “nada importante” e dez “muito importante”.

- *Gosto por atividade sexual* – o quanto a gestante gosta de atividade sexual, categorizada da seguinte forma: gosta muito, gosta, gosta pouco, não gosta nem desgosta, não gosta ou não gosta nem um pouco.

- *Satisfação sexual* – avaliada por meio da percepção do quão satisfeita a gestante está em relação a sua atividade sexual, utilizando-se também de uma escala numérica de zero a dez, onde zero significava “nada satisfeita” e dez “muito satisfeita”.

- *Como considera a vida sexual* – com a mulher considera sua vida sexual, categorizada da seguinte forma: excelente, boa, razoável, ruim ou muito ruim.

- *Motivos de melhora da atividade sexual* – possíveis motivos da percepção de melhora da atividade sexual durante a gestação em relação ao período pré-gestacional: menor dor/desconforto durante a atividade sexual; maior disposição para realizar atividade sexual; maior vontade de realizar atividade sexual; maior segurança para realizar atividade sexual nesse período; melhora da auto-estima nesse período; melhora na relação com o parceiro; maior disposição do parceiro para realizar atividade sexual nesse período e outros.

- *Motivos de piora da atividade sexual* – possíveis motivos da percepção de piora da atividade sexual durante a gestação em relação ao período pré-gestacional: dor/desconforto durante a atividade sexual; indisposição/cansaço para realizar atividade sexual; falta de vontade de realizar atividade sexual; insegurança ou medo de realizar atividade sexual nesse período; baixa auto-estima nesse período; problemas na relação com o parceiro; pouca disposição do parceiro para realizar atividade sexual nesse período e outros.

- *Conversa com profissional da saúde* – se a gestante já conversou sobre sua sexualidade com algum profissional da saúde, categorizada da seguinte forma: não; sim, superficialmente ou sim, em detalhes.

3.4. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) (apêndice 1), formado por questões de variáveis categóricas que avaliam as dimensões comportamental, fisiológica e simbólica da atividade sexual da gestante. Foi desenvolvido por Savall e Cardoso (2008), na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis – SC, em 2008⁶⁰ e validado em 2012, tendo sido utilizado em três estudos^{5,22,23}. Juntamente com o questionário, foram adicionadas perguntas sobre quais eram os motivos de melhora ou piora na atividade sexual, já descritos anteriormente. Caso a gestante não achasse que as opções fechadas de resposta contemplassem o motivo da mudança em sua atividade sexual, ela poderia responder qual(is) era(m) esse(s) motivo(s) em uma resposta aberta.

3.5. COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas nos ambulatórios de pré-natal de ambas as instituições. As mulheres foram convidadas pela pesquisadora para participarem da pesquisa antes da consulta no pré-natal. Após lerem, aceitarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3), essas responderam ao questionário uma única vez, de forma individual e

anônima. O questionário foi realizado por meio de entrevista ou de forma auto-aplicada, conforme a preferência da participante. Quando a participante possuía alguma dúvida em relação a alguma pergunta, a questão era explicada e repetida até o entendimento. Foi assegurada a confidencialidade das informações e o direito da mulher abandonar o estudo quando desejar, sem que isso prejudicasse seu atendimento na instituição.

3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os questionários foram revisados e arquivados em ordem numérica em uma planilha Excel. As variáveis de controle foram descritas em tabelas de frequência utilizando o software SPSS versão 20. Para analisar a associação das variáveis categóricas, foi utilizado o teste de qui-quadrado e, para as variáveis escalares, foi utilizado o teste de Mann Whitney.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (CEP/IFF) e da Maternidade Escola da UFRJ (CEP/ME). A pesquisadora se comprometeu a seguir as determinações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi esclarecida às gestantes sua participação voluntária no estudo, além do sigilo e anonimato da entrevista. Para garantir o anonimato, todas as informações sobre as gestantes foram retiradas dos questionários e as

gestantes foram identificadas apenas por números. Também foi esclarecido a todas o direito de abandonar o estudo ou não responder a quaisquer questões caso não quisessem, sem que isso prejudicasse de nenhuma forma seu atendimento na instituição, como constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

4. RESULTADOS

4.1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E DA VIDA SEXUAL

4.1.1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Foram convidadas para participar do estudo 104 mulheres que realizavam acompanhamento pré-natal nas duas unidades hospitalares do Rio de Janeiro. Dentre elas, 18 se recusaram a participar por motivos tais como não ter tempo de participar, cansaço e não querer falar sobre o assunto, enquanto cinco não relataram o motivo. Outras seis mulheres foram excluídas do estudo por relatarem proibição pelo(a) médico(a) de realizarem atividades sexuais no trimestre atual, não estar mais com o mesmo parceiro de antes da gestação e por não compreender e falar a língua portuguesa. Foram, então, entrevistadas 80 gestantes. Deste total, 20 (25%) estavam no primeiro trimestre de gestação, 29 (36,25%) no segundo trimestre e 31 (38,75%) no terceiro trimestre (dados não mostrados na tabela).

A média de idade das participantes foi de $30,18 \pm 6,6$ anos (dado não mostrado na tabela). Em sua maioria, as participantes se declararam negras ou pardas (63,8%), possuíam ensino médio completo (47,5%), vivam com seus parceiros (71,3%), exerciam alguma atividade remunerada (58,8%) e tinham alguma religião (83,7%). A tabela 1 apresenta os dados sociais e demográficos das gestantes que participaram do estudo.

Tabela 1) Dados sócio-demográficos das participantes do estudo.

Característica	Variável	N	%
Situação conjugal	Vive com o parceiro	74	92,50%
	Não vive com o parceiro	6	7,50%
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	4	5,00%
	Ensino Fundamental completo	9	11,30%
	Ensino Médio incompleto	9	11,30%
	Ensino Médio completo	38	47,50%
	Ensino Superior incompleto	9	11,30%
	Ensino Superior completo	10	12,50%
Raça/Cor de pele	Preta	15	18,80%
	Parda	36	45%
	Branca	27	33,80%
	Outras	2	2,50%
Religião	Sem religião	13	16,30%
	Evangélica	27	33,80%
	Católica	32	40%
	Outra	8	10,00%
Trabalho remunerado	Sim	47	58,80%
	Não	33	41,30%

4.1.2. DADOS OBSTÉTRICOS E DA VIDA SEXUAL

A maioria das participantes estava na primeira (40%) ou na segunda (42,5%) gestação. 23,75% delas relataram já ter passado por um ou mais abortamentos espontâneos e 7,5% por um ou mais abortamentos provocados. 36,4% das mulheres informou que estava pronta para engravidar, ou seja, que a gestação havia sido planejada. 47,5% das participantes tinha de 1 a 5 anos de relacionamento com o atual parceiro e 31,5% de 5 a 10 anos. A maioria relatou sempre possuir privacidade para realizar atividade sexual e nunca ter realizado atividade sexual com uma pessoa estranha ou pouco conhecida ao longo da vida. A média de idade da primeira relação sexual foi de 16,94 ($\pm 2,5$) anos e a média do número de parceiros ao longo da vida foi de $4,09 \pm 5,8$

(dados não mostrados na tabela). A tabela 2 apresenta as características obstétricas e da vida sexual das participantes.

Tabela 2) Dados obstétricos e sobre a vida sexual das participantes do estudo.

Característica	Variável	N	%
Desejo da gestação	Não queria engravidar	9	11,30%
	Queria engravidar, mas não agora	42	52,70%
	Estava pronta para engravidar	29	36,40%
Número de gestações	Primípara	32	40%
	Múltipara (segunda gestação)	34	42,50%
	Múltipara (terceira gestação ou mais)	14	17,50%
Abortamentos	Espontâneos	19	23,75%
	Provocados	6	7,50%
Tempo de relacionamento	< 1 ano	4	5%
	1 – 5 anos	38	47,50%
	6 – 10 anos	26	32,50%
	Mais de 10 anos	12	15%
	Sempre	59	73,80%
Privacidade para realizar atividade sexual	Quase sempre	8	10%
	Às vezes	12	15%
	Nunca	1	1,30%
Sexo com pessoa estranha ou pouco conhecida	Nunca	59	73,75%
	Raramente	16	20%
	Às vezes	5	6,25%
	Quase sempre	0	0%
	Sempre	0	0%

4.2. ATIVIDADE SEXUAL

Para a análise das respostas sobre os diferentes aspectos relacionados à atividade sexual e a sua percepção abordados nesse estudo, as gestantes

foram divididas em três grupos: Grupo 1, formado por mulheres que estavam no primeiro trimestre; Grupo 2, formado por mulheres que estavam no segundo trimestre e Grupo 3, por mulheres que estavam no terceiro trimestre.

4.2.1. FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL

Nesse estudo, 10% das gestantes entrevistadas relataram não estar realizando atividade sexual. Dentre estas, uma estava no primeiro, três no segundo e quatro no terceiro trimestre de gestação.

No Grupo 1, metade das gestantes relatou que realizava relações sexuais três vezes por semana no período pré-gestacional. A mesma frequência foi relatada por 31% das gestantes do Grupo 2. No Grupo 3, a frequência de atividade sexual mais relatada pelas gestantes foi a de pelo menos quatro vezes por semana durante o período pré-gestacional.

Em todos os grupos, no trimestre gestacional que estavam no momento da entrevista, a resposta mais frequente foi a de realizar atividade sexual uma vez por semana. Nos três grupos as gestantes relataram uma significativa diminuição da frequência de relações sexuais durante a gestação quando comparado ao período pré-gestacional (Grupo 1: $P = 0,002$; Grupo 2: $P = 0,001$; Grupo 3: $P = 0,000$). A tabela 3 apresenta a frequência das relações sexuais das gestantes entrevistadas antes da gestação e no respectivo trimestre gestacional.

Tabela 3) Frequência da atividade sexual em cada grupo de participantes.

Frequência	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)
Nunca	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	3 (10,3%)	0 (0%)	4 (12,9%)

Tabela 3) Frequência da atividade sexual em cada grupo de participantes (cont.).

Uma vez por mês	1 (5%)	3 (15%)	0 (0%)	1 (3,4%)	1 (3,2%)	2 (6,5%)
Uma vez a cada 15 dias	0 (0%)	1 (5%)	1 (3,4%)	4 (13,8%)	2 (6,5%)	6 (19,4%)
Uma vez por Semana	3 (15%)	7 (35%)	3 (10,3%)	7 (24,1%)	2 (6,5%)	9 (29%)
Duas vezes por Semana	2 (10%)	4 (20%)	5 (17,2%)	5 (17,2%)	6 (19,4%)	4 (12,9%)
Três vezes por Semana	10 (50%)	2 (10%)	9 (31%)	4 (13,8%)	5 (16,1%)	5 (16,1%)
Quatro vezes por Semana	1 (5%)	1 (5%)	4 (13,8%)	3 (10,3%)	7 (22,6%)	0 (0%)
Cinco vezes por Semana	2 (10%)	1 (5%)	4 (13,8%)	0 (0%)	3 (9,7%)	0 (0%)
Todos os dias	1 (5%)	0 (0%)	3 (10,3%)	2 (6,9%)	3 (9,7%)	0 (0%)
Mais de uma vez por dia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,5%)	1 (3,2%)
Total	20 (100%)	20 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	31 (100%)	31 (100%)
P valor	0,002		0,001		0,000	

4.2.2. INICIATIVA PARA REALIZAR ATIVIDADE SEXUAL

Em todos os grupos, antes da gestação a iniciativa para realizar a atividade sexual era tomada majoritariamente por ambos os membros do casal, na mesma proporção. Também em todos os grupos, durante a gestação, a iniciativa para realizar atividade sexual foi majoritariamente tomada pelos companheiros. A Tabela 4 apresenta os dados sobre a frequência de quem mais comumente toma a iniciativa para realizar atividade sexual.

Tabela 4) Frequência da iniciativa para realizar atividade sexual.

Frequência	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)
Mulher	2 (10%)	0 (0%)	6 (20,7%)	9 (31%)	3 (9,7%)	9 (29%)
Parceiro	6 (30%)	11 (55%)	11 (37,9%)	12 (41,4%)	10 (32,3%)	11 (35,5%)
Ambos	12 (60%)	8 (40%)	12 (41,4%)	6 (20,7%)	18 (58,1%)	7 (22,6%)
Não teve relações sexuais	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	2 (6,9%)	0 (0%)	4 (12,9%)

Tabela 4) Frequência da iniciativa para realizar atividade sexual (cont.).

Total	20 (100%)	20 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	31 (100%)	31 (100%)
-------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

4.2.3. PRÁTICAS SEXUAIS REALIZADAS

Nos Grupos 1 e 2, as práticas mais realizadas tanto antes quanto durante a gestação foram “sexo vaginal”, “receber sexo oral”, “fazer sexo oral no parceiro” e “masturbação mútua”. No Grupo 3, as práticas mais realizadas antes e durante a gestação foram “sexo vaginal”, “receber sexo oral”, “fazer sexo oral” e “masturbar o parceiro”.

A prática de “masturbar o parceiro” foi a prática masturbatória mais relatada no período antes da gestação, por 46,25% das mulheres. Além disso, essa prática foi a que mais manteve sua frequência durante a gestação. As práticas de “ser masturbada” e “masturbação mútua” diminuíram significativamente durante a gestação.

A prática de sexo oral mais utilizada antes e durante a gestação foi “receber sexo oral”, embora essa prática tenha diminuído significativamente durante a gestação (Grupo 1: $P = 0,008$; Grupo 2: $P = 0,014$; Grupo 3: $P = 0,025$). A prática de sexo oral menos utilizada tanto antes quanto durante a gestação foi “sexo oral mútuo”, tendo essa também uma significativa diminuição durante o período gestacional nos grupos 2 e 3 (Grupo 2: $P = 0,025$; Grupo 3: $P = 0,025$).

A prática de “sexo vaginal” foi a mais relatada pelas participantes tanto antes quanto durante a gestação. Embora essa prática tenha diminuído durante o período gestacional, apenas no Grupo 2 essa diminuição foi significativa (Grupo 1: $P = 1,000$; Grupo 2: $P = 0,046$; Grupo 3: $P = 0,059$). Já as práticas de “sexo anal”, “estimulação com vibrador” e “outras” foram relatadas por poucas

mulheres no período antes da gestação, e todas essas também diminuíram durante a gravidez. No Grupo 3, a prática de “sexo anal” diminuiu consideravelmente durante a gestação ($P = 0,003$). A Tabela 5 apresenta os dados sobre as práticas realizadas antes e no trimestre gestacional da entrevistada.

Tabela 5) Práticas sexuais realizadas pelas participantes.

Práticas	Grupo I			Grupo II			Grupo III		
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	P valor	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	P valor	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)	P valor
Masturbação	2 (10%)	1 (5%)	0,317	4 (13,8%)	3 (10,3%)	0,564	5 (16,1%)	2 (6,5%)	0,180
Ser masturbada	9 (45%)	4 (20%)	0,025	11 (37,9%)	8 (27,6%)	0,083	13 (41,9%)	10 (32,3%)	0,083
Masturbar o Parceiro	10 (50%)	7 (35%)	0,083	11 (37,9%)	9 (31%)	0,317	16 (51,6%)	15 (48,4%)	0,564
Masturbação Mútua	12 (60%)	8 (40%)	0,046	7 (24,1%)	3 (10,3%)	0,046	12 (38,7%)	5 (16,1%)	0,008
Receber sexo Oral	12 (60%)	5 (25%)	0,008	18 (62,1%)	12 (41,4%)	0,014	19 (61,3%)	14 (45,2%)	0,025
Fazer sexo Oral	11 (55%)	5 (25%)	0,014	15 (51,7%)	8 (27,6%)	0,008	17 (54,8%)	13 (41,9%)	0,102
Sexo oral Mútuo	6 (30%)	3 (15%)	0,083	7 (24,1%)	2 (6,9%)	0,025	10 (32,3%)	5 (16,1%)	0,025
Sexo vaginal	20 (100%)	19 (95%)	1,000	29 (100%)	25 (86,2%)	0,046	31 (100%)	25 (80,6%)	0,059
Sexo anal	3 (15%)	2 (10%)	0,317	3 (10,3%)	1 (3,4)	0,157	11 (35,5%)	2 (6,5%)	0,003
Estimulação c/ vibrador	1 (5%)	0 (0%)	0,317	0 (0%)	0 (0%)	1,000	2 (6,5%)	1 (3,2%)	0,317
Outras	1 (5%)	0 (0%)	0,317	1 (3,4%)	1 (3,4%)	1,000	2 (6,5%)	0 (0%)	0,157

4.2.4. PRÁTICAS SEXUAIS PRELIMINARES

Nesse estudo, em todos os grupos não houve diminuição significativa da frequência de práticas sexuais preliminares (Grupo 1: $P = 0,414$; Grupo 2: $P = 0,546$; Grupo 3: $P = 0,566$). Nota-se também que a maioria das mulheres relatou sempre realizar atividades sexuais preliminares, tanto no período pré-

gestacional (56,25%) quanto durante a gravidez (47,5%). A Tabela 6 apresenta os dados sobre a frequência do uso de práticas sexuais preliminares antes e durante a gestação.

Tabela 6) Frequência de atividades preliminares em cada grupo de participantes.

Frequência	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)
Nunca	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	1 (3,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Raramente	2 (10%)	4 (20%)	4 (13,8%)	6 (20,7%)	0 (0%)	2 (6,5%)
Às vezes	3 (15%)	1 (5%)	2 (6,9%)	3 (10,3%)	2 (6,5%)	3 (9,7%)
Na maioria das vezes	4 (20%)	5 (25%)	6 (20,7%)	4 (13,8%)	11 (35,5%)	5 (16,1%)
Sempre	11 (55%)	9 (45%)	16 (55,2%)	12 (41,4%)	18 (58,1%)	17 (54,8%)
Não teve Relações sexuais	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	2 (6,9%)	0 (0%)	4 (12,9%)
Total	20 (100%)	20 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	31 (100%)	31 (100%)
P valor	0,414		0,546		0,566	

4.2.5. PRÁTICAS SEXUAIS PRAZEROSAS

Nos Grupos 1 e 2, as práticas consideradas mais prazerosas pelas participantes no período antes da gestação foram o “sexo vaginal”, seguida por “ser masturbada” e “receber sexo oral”. Em ambos os grupos, durante a gestação não houve alterações significativas das práticas sexuais prazerosas, mantendo-se o mesmo padrão de resposta.

No Grupo 3, a prática considerada mais prazerosa antes da gestação foi o “sexo vaginal”, seguida de “receber sexo oral”, “fazer sexo oral”, “ser masturbada” e “masturbar o parceiro”. Já no respectivo trimestre de gestação, apenas as respostas para “sexo vaginal” e “receber sexo oral” se mantiveram com poucas alterações, enquanto houve considerável diminuição para as outras respostas.

Em todos os grupos, nota-se que houve diminuição nas respostas de

todas as práticas que consideravam prazerosas no período durante a gestação. Porém, apenas nas práticas de “ser masturbada” e “fazer sexo oral” do Grupo 2 e “masturbação”, “ser masturbada” e “masturbar o parceiro” do Grupo 3 houve diminuições significativas. A Tabela 7 apresenta os dados sobre as práticas sexuais consideradas prazerosas pelas participantes.

Tabela 7) Práticas consideradas prazerosas pelas participantes.

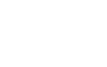
Práticas	Grupo I			Grupo II			Grupo III		
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	P valor	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	P valor	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)	P valor
Masturbação	2 (10%)	2 (10%)	1,000	4 (13,8%)	4 (13,8%)	1,000	7 (22,6%)	3 (9,7%)	0,046
Ser masturbada	9 (45%)	7 (35%)	0,317	9 (31%)	5 (17,2%)	0,046	11 (35,5%)	5 (16,1%)	0,014
Masturbar o Parceiro	3 (15%)	2 (10%)	0,317	5 (17,2%)	5 (17,2%)	1,000	11 (35,5%)	7 (22,6%)	0,046
Masturbação mútua	5 (25%)	5 (25%)	1,000	5 (17,2%)	2 (6,9%)	0,083	7 (22,6%)	4 (12,9%)	0,083
Receber sexo Oral	7 (35%)	6 (30%)	0,564	12 (41,4%)	10 (34,5%)	0,157	14 (45,2%)	13 (41,9%)	0,655
Fazer sexo oral	2 (10%)	1 (5%)	0,317	7 (24,1%)	3 (10,3%)	0,046	13 (41,9%)	8 (25,8%)	0,096
Sexo oral Mútuo	3 (15%)	2 (10%)	0,317	5 (17,2%)	5 (17,2%)	1,000	7 (22,6%)	4 (12,9%)	0,083
Sexo vaginal	17 (85%)	16 (80%)	0,317	27 (93,1%)	23 (79,3%)	0,102	27 (87,1%)	23 (74,2%)	0,157
Sexo anal	2 (10%)	1 (5%)	0,317	3 (10,3%)	2 (6,9%)	0,317	4 (12,9%)	3 (9,7%)	0,564
Estimulação c/ Vibrador	0 (0%)	0 (0%)	1,000	1 (3,4%)	1 (3,4%)	1,000	2 (6,5%)	1 (3,2%)	0,317
Outras	0 (0%)	0 (0%)	1,000	2 (6,9%)	2 (6,9%)	1,000	2 (6,5%)	1 (3,2%)	0,317

4.2.6. POSIÇÕES ADOTADAS

Nos Grupos 1 e 2, a posição 1 foi a mais usada antes e durante gestação, porém todas as posições tiveram uma diminuição durante o período gestacional, principalmente as posições 6, 8 e 9 no Grupo 1 e as posições 6 e 9 no Grupo 2.

No Grupo 3, as posições mais utilizadas no período antes da gestação foram a posição 1 e a posição 3. Já no período gestacional, as posições mais usadas foram as posições 3 e 4. Nesse grupo, nota-se também a diminuição de todas as posições durante a gestação, principalmente das posições 2, 3, 6, 8 e 9. A Tabela 8 apresenta os dados sobre as posições realizadas antes e durante a gestação.

Tabela 8) Posições adotadas durante a atividade sexual.

Posições	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Antes n (%)	1o trimestre n (%)	P valor	Antes n (%)	2o trimestre n (%)	P valor	Antes n (%)	3o trimestre n (%)	P valor
1 	18 (90%)	15 (75%)	0,083	28 (96,6%)	15 (51,7%)	0,000	30 (96,8%)	14 (45,3%)	0,000
2 	12 (60%)	6 (30%)	0,014	12 (41,4%)	4 (13,8%)	0,005	23 (74,2%)	1 (3,2%)	0,000
3 	15 (75%)	6 (30%)	0,003	17 (58,6%)	8 (27,6%)	0,003	28 (90,3%)	18 (58,1%)	0,002
4 	10 (50%)	8 (40%)	0,317	19 (65,5%)	15 (51,7%)	0,102	22 (71%)	20 (64,5%)	0,414
5 	7 (35%)	4 (20%)	0,180	8 (27,6%)	7 (24,1%)	0,655	13 (41,9%)	9 (29%)	0,157
6 	10 (50%)	2 (10%)	0,005	14 (48,3%)	6 (20,7%)	0,005	18 (58,1%)	4 (12,9%)	0,000
7 	6 (30%)	1 (5%)	0,025	11 (37,9%)	5 (17,2%)	0,014	15 (48,4%)	5 (16,1%)	0,002
8 	10 (50%)	3 (15%)	0,008	16 (55,2%)	8 (27,6%)	0,005	21 (67,7%)	5 (16,1%)	0,000
9 	10 (50%)	1 (5%)	0,003	15 (51,7%)	4 (13,8%)	0,001	18 (58,1%)	3 (9,7%)	0,000

4.2.7. DESEJO SEXUAL

A média obtida para a percepção da intensidade do desejo sexual no Grupo 1 foi 8,65 para antes da gestação e 5,25 para o respectivo trimestre gestacional. No Grupo 2, a média foi 8,28 para antes e 6,00 para o respectivo trimestre. No Grupo 3, a média foi de 7,97 para antes e 5,35 para o respectivo trimestre. Nota-se que houve um declínio estatisticamente significativo da intensidade do desejo sexual no período gestacional atual para todos os grupos (Grupo 1: $P = 0,001$, Grupo 2: $P = 0,001$, Grupo 3: $P = 0,000$, dados não mostrados no gráfico). O Gráfico 1 apresenta as médias sobre a percepção da intensidade do desejo sexual antes e durante a gestação.

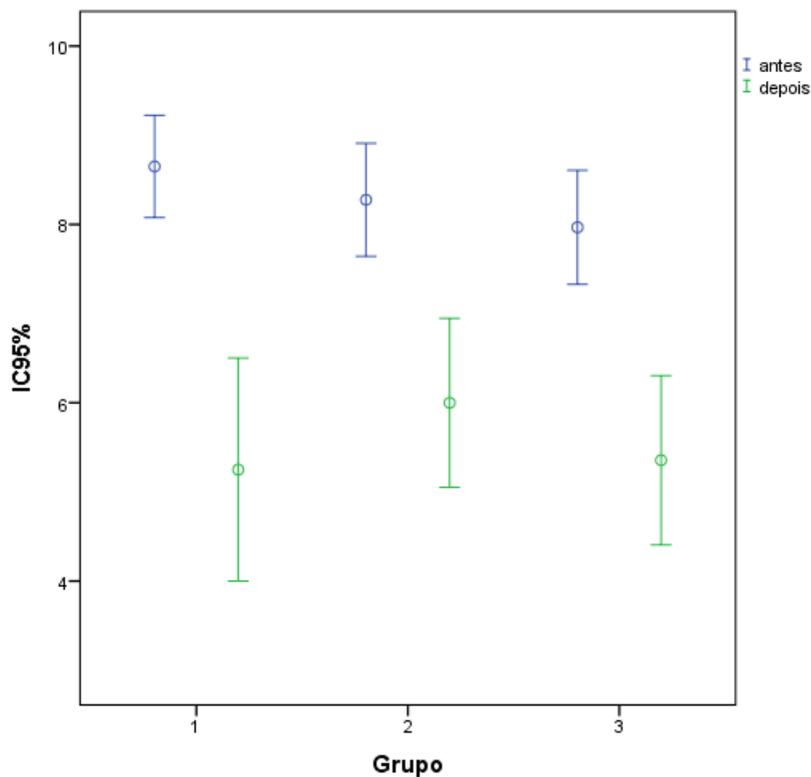


Gráfico 1) Intensidade do desejo sexual nos três grupos de participantes.

4.2.8. EXCITAÇÃO SEXUAL

A média obtida para a percepção da intensidade da excitação sexual no Grupo 1 foi de 8,85 para antes da gestação e de 5,70 para o respectivo trimestre. No Grupo 2, foi de 8,79 para antes e de 6,79 para o respectivo trimestre. No Grupo 3, de 8,58 para antes e de 5,87 para o respectivo trimestre. Houve, tal como na medida da intensidade do desejo sexual, um declínio estatisticamente significativo da intensidade da excitação sexual durante o período gestacional atual para todos os grupos (Grupo 1: $P = 0,000$, Grupo 2: $P = 0,002$, Grupo 3: $P = 0,000$, dados não mostrados no gráfico). O Gráfico 2 apresenta as médias sobre a percepção da intensidade da excitação sexual antes e durante a gestação.

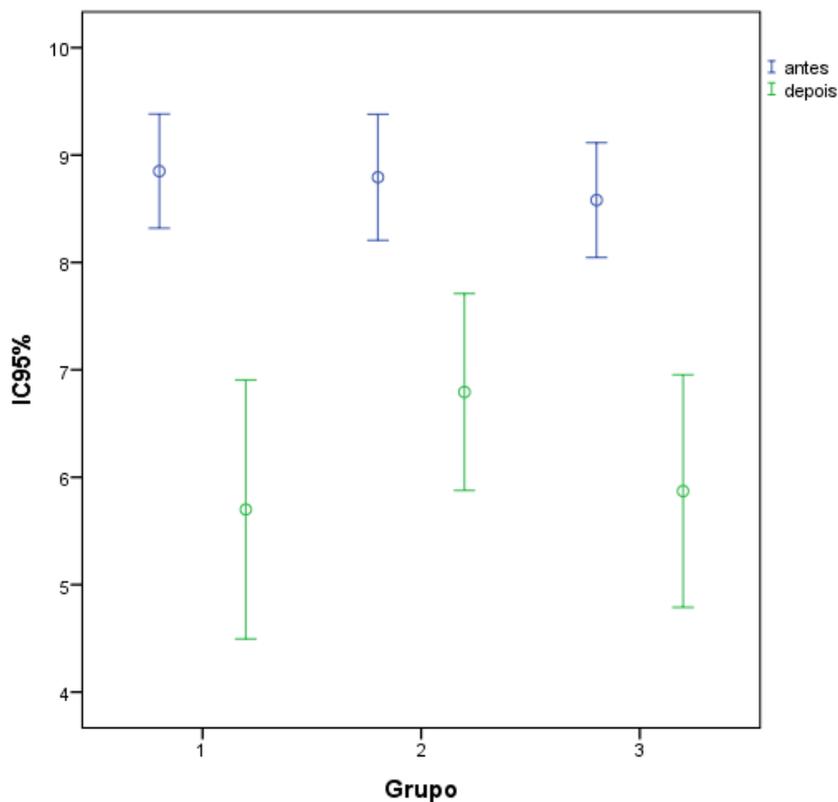


Gráfico 2) Intensidade da excitação sexual nos três grupos de participantes.

4.2.9. ORGASMO

Foi encontrado que a maioria das mulheres (92,5%) relatou já ter tido orgasmo ao longo de sua vida sexual. Apenas 4 (5%) relataram não saber se já experimentaram um orgasmo e 2 (2,5%) relataram nunca terem sentido um orgasmo (dados não mostrados em tabela).

4.2.9.1. Frequência de orgasmos

Ao analisar a frequência de orgasmos, evidenciou-se que não houve diferença estatisticamente significativa em relação a antes e durante a gestação em nenhum dos grupos (Grupo 1: $P = 0,456$; Grupo 2: $P = 0,698$; Grupo 3: $P = 0,581$). A Tabela 9 apresenta os dados a frequência de orgasmos antes e durante a gestação.

Tabela 9) Frequência de orgasmos nos três grupos de participantes.

Frequência	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)
Nunca	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	2 (6,9%)	0 (0%)	3 (9,7%)
Raramente	0 (0%)	3 (15,8%)	1 (3,4%)	6 (20,7%)	2 (6,5%)	5 (16,1%)
Às vezes	5 (25%)	3 (15,8%)	7 (24,1%)	6 (20,7%)	6 (19,4%)	7 (22,6%)
Quase sempre	9 (45%)	6 (31,6%)	9 (31%)	5 (17,2%)	11 (35,5%)	6 (19,4%)
Sempre	4 (20%)	3 (15,8%)	10 (34,5%)	6 (20,7%)	10 (32,3%)	5 (16,1%)
Nunca teve Orgasmo	2 (10%)	2 (10,5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Não sabe se já Teve	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,9%)	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Não teve Relações sexuais	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	2 (6,9%)	0 (0%)	3 (9,7%)
Total	20 (100%)	20 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	31 (100%)	31 (100%)
P valor	0,456		0,698		0,581	

4.2.9.2. Intensidade dos orgasmos

A média obtida para a percepção da intensidade dos orgasmos no Grupo 1 foi 8,30 para antes da gestação e 6,84 para o respectivo trimestre. No Grupo 2, foi 8,72 para antes e 7,21 para o respectivo trimestre. No Grupo 3, 8,84 para antes e 7,06 para o respectivo trimestre. O resultado mostra um declínio significativo da intensidade do orgasmo no período gestacional atual em todos os grupos, principalmente nos grupos 2 e 3 (Grupo 1: $P = 0,043$, Grupo 2: $P = 0,012$, Grupo 3: $P = 0,014$, dados não mostrados no gráfico). O Gráfico 3 apresenta as médias sobre a percepção da intensidade dos orgasmos antes e durante a gestação.

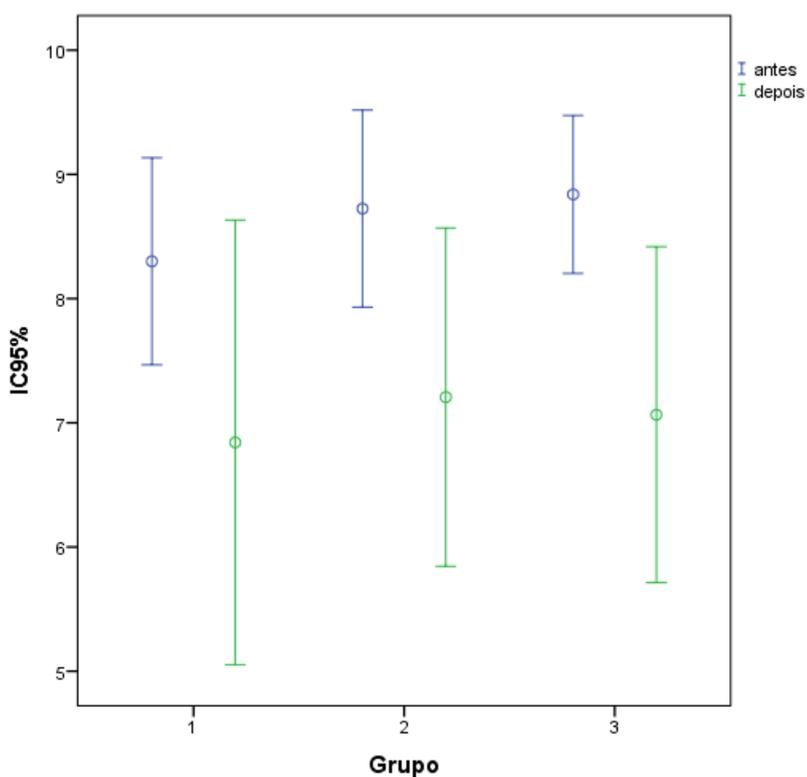


Gráfico 3) Intensidade do orgasmo nos três grupos de participantes.

4.2.10. IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE SEXUAL

A média obtida para a importância do sexo na vida das participantes do

Grupo 1 foi 8,30 para antes da gestação e 7,00 para o respectivo trimestre. No Grupo 2, foi 7,59 para antes e 5,86 para o respectivo trimestre. No Grupo 3, 8,10 antes e 6,03 no respectivo trimestre. Observa-se que durante a gestação a importância atribuída à atividade sexual diminuiu em todos os grupos, mais significativamente nos grupos 2 e 3 (Grupo 1: $P = 0,018$, Grupo 2: $P = 0,001$, Grupo 3: $P = 0,000$, dados não mostrados no gráfico). O Gráfico 4 apresenta as médias sobre a importância da atividade sexual antes e durante a gestação.

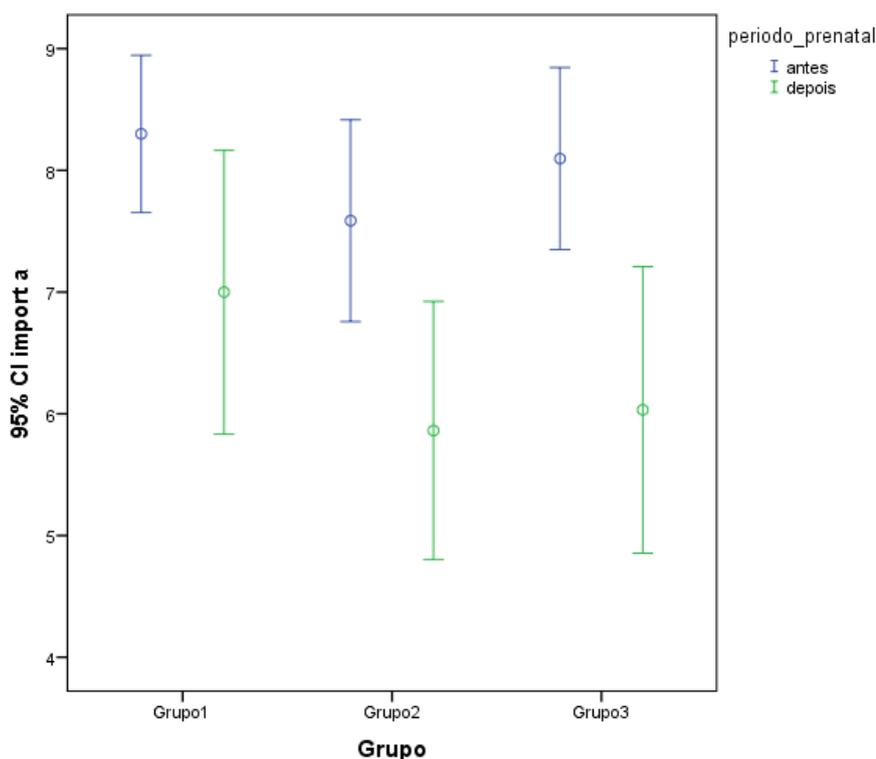


Gráfico 4) Importância do sexo na vida das participantes nos três grupos.

4.2.11. GOSTO POR ATIVIDADE SEXUAL

Nos grupos 2 e 3, a maioria das mulheres relatou “gostar muito” de realizar atividade sexual antes da gestação, enquanto no Grupo 1, 50% das relatou “gostar” e 45% relatou “gostar muito”. No entanto, em todos os grupos houve diminuição das respostas positivas e aumento das respostas negativas.

Em relação ao trimestre gestacional no momento da entrevista, houve significativa diminuição do gosto por atividade sexual em todos os grupos, principalmente nos grupos 2 e 3 (Grupo 1: $P = 0,026$, Grupo 2: $P = 0,001$, Grupo 3: $P = 0,000$). A Tabela 10 apresenta os dados sobre o gosto por atividade sexual.

Tabela 10) Gosto por atividade sexual nos três grupos de participantes.

Gosto	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Antes	1º Trimestre	Antes	2º Trimestre	Antes	3º Trimestre
	n (%)					
Não gosta nem desgosta	0 (0%)	3 (15%)	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)	2 (6,5%)
Gosta pouco	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (24,1%)	0 (0%)	6 (19,4%)
Gosta	10 (50%)	9 (45%)	10 (34,5%)	9 (31%)	9 (29%)	13 (41,9%)
Gosta muito	9 (45%)	6 (30%)	19 (65,6%)	9 (31%)	22 (71%)	6 (19,4%)
Total	20 (100%)	20 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	31 (100%)	31 (100%)
P valor	0,027		0,001		0,000	

4.2.12. SATISFAÇÃO SEXUAL

A média obtida para a percepção da intensidade da satisfação sexual no Grupo 1 foi 9,55 para antes da gestação e 7,32 para o respectivo trimestre. No Grupo 2, a média foi de 8,83 para antes e 7,10 para o respectivo trimestre. No Grupo 3, foi 9,26 para antes e 7,29 para o respectivo trimestre. Percebe-se que houve um declínio estatisticamente significativo da satisfação sexual no período gestacional para todos os grupos, principalmente nos grupos 1 e 3 (Grupo 1: $P = 0,007$, Grupo 2: $P = 0,012$, Grupo 3: $P = 0,001$, dados não mostrados no gráfico). O Gráfico 5 apresenta as médias sobre a percepção da intensidade da satisfação sexual antes e durante a gestação.

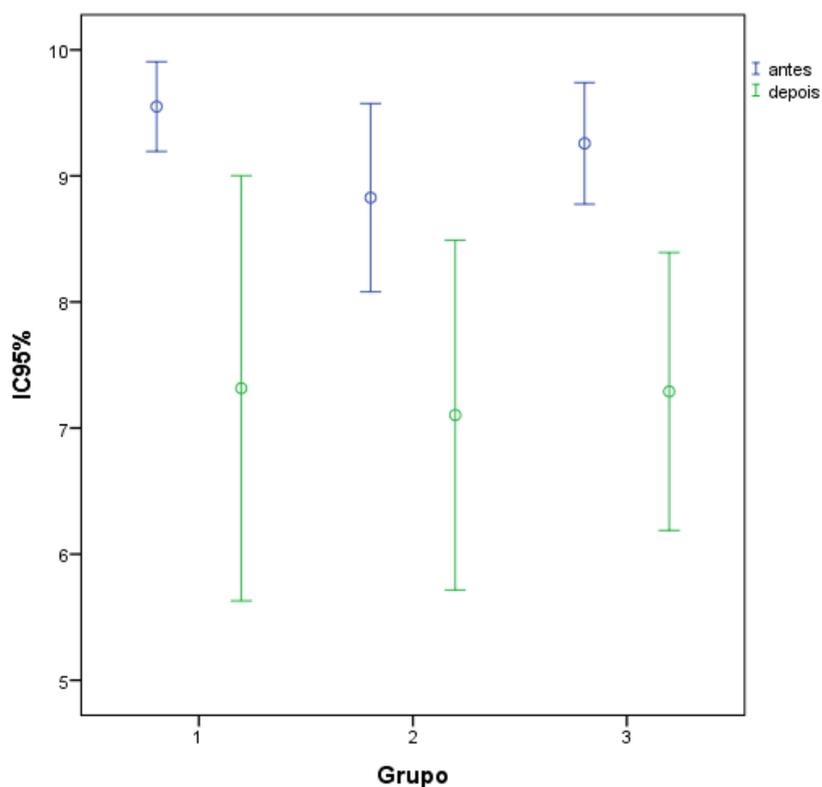


Gráfico 5) Intensidade da satisfação sexual nos três grupos de participantes.

4.2.13. COMO A MULHER CONSIDERA SUA VIDA SEXUAL

Em todos os grupos, a maioria das gestantes respondeu que antes da gestação consideravam sua vida sexual “boa” ou “excelente”. No entanto, em todos os grupos houve diminuição das respostas positivas e aumento das respostas negativas.

Nota-se que, referindo-se ao trimestre gestacional no momento da entrevista, todos os grupos as mulheres, em geral, consideraram sua vida sexual pior do que era antes da gestação, principalmente nos grupos 2 e 3 (Grupo 1: $P = 0,033$, Grupo 2: $P = 0,006$, Grupo 3: $P = 0,000$). A Tabela 11 apresenta os dados sobre como a mulher considera sua vida sexual.

Tabela 11) Como as participantes consideravam sua vida sexual.

Vida sexual	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Antes n (%)	1º Trimestre n (%)	Antes n (%)	2º Trimestre n (%)	Antes n (%)	3º Trimestre n (%)
Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,9%)	0 (0%)	2 (6,5%)
Ruim	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	3 (10,3%)	0 (0%)	3 (9,7%)
Regular	1 (5%)	7 (35%)	3 (10,3%)	9 (31%)	1 (3,2%)	10 (32,3%)
Boa	12 (60%)	8 (40%)	13 (44,8%)	9 (31%)	14 (45,2%)	8 (25,8%)
Excelente	7 (35%)	5 (25%)	12 (41,4%)	6 (20,7%)	16 (51,6%)	8 (25,8%)
Total	20 (100%)	20 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	31 (100%)	31 (100%)
P valor	0,033		0,006		0,000	

4.3. MOTIVOS DAS MUDANÇAS NA ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

4.3.2. MOTIVOS DE MELHORA DA ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

Foram poucas as participantes que relataram alguma melhora na atividade sexual durante a gestação. Aquelas que a relataram estavam principalmente no Grupo 2, e os motivos mais mencionados foram “maior vontade” (17,2%), “maior disposição” (13,8%) e “maior segurança” (10,3%) de realizar atividade sexual durante o período gestacional. A Tabela 12 apresenta os dados sobre os motivos de melhora da atividade sexual durante da gestação.

Tabela 12) Motivos de melhora da atividade sexual durante da gestação.

Motivos de melhora/aumento	1º Trimestre n (%)	2º Trimestre n (%)	3º Trimestre n (%)
Menos dor/desconforto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Maior disposição	0 (0%)	4 (13,8%)	2 (6,5%)
Maior segurança	0 (0%)	3 (10,3%)	0 (0%)

Tabela 12) Motivos de melhora da atividade sexual durante da gestação (cont.).

Maior vontade	0 (0%)	5 (17,2%)	3 (9,7%)
Menos ansiedade/preocupações	2 (10%)	1 (3,4%)	0 (0%)
Maior auto-estima	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)
Melhora da relação com o parceiro	1 (5%)	3 (10,3%)	1 (3,2%)
Maior disposição do parceiro	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)
Outras causas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

4.3.2. MOTIVOS DE PIORA DA ATIVIDADE SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

Quanto aos motivos que levaram à diminuição ou piora da percepção da gestante sobre sua vida sexual, o mais citado em todos os grupos foi “indisposição física/cansaço”, seguido por “dor/desconforto” e “falta de vontade”.

Percebe-se também uma frequência ainda elevada dos motivos de “insegurança/medo” de praticar atividade sexual durante a gestação, mencionado por 35% das mulheres, “medo de machucar o bebê”, mencionado por 27,5% das mulheres e “medo de antecipar o parto”, mencionado por 22,5% das mulheres.

Além disso, dentro do Grupo 3, os motivos “baixa auto-estima” e “pouca disposição do parceiro” para realizar atividade sexual durante a gestação foram citados por 35,5% e 48,4% gestantes, respectivamente.

Dentre os outros motivos mencionados, estavam: falta de tempo do marido, acordo de não fazer sexo durante a gravidez e candidíase de repetição. A Tabela 13 apresenta os dados sobre os motivos de piora da atividade sexual durante da gestação.

Tabela 13) Motivos de piora da atividade sexual durante da gestação.

Motivos de piora/diminuição	Grupo I	Grupo II	Grupo III
	1º Trimestre n (%)	2º Trimestre n (%)	3º Trimestre n (%)
Dor/desconforto	7 (35%)	14 (48,3%)	13 (41,9%)
Indisposição, cansaço	15 (75%)	16 (55,2%)	21 (67,7%)
Insegurança/medo	9 (45%)	8 (27,6%)	11 (35,5%)
Falta de vontade	10 (50%)	11 (37,9%)	13 (41,9%)
Ansiedade/preocupações	3 (15%)	3 (10,3%)	10 (32,3%)
Medo de machucar o bebê	7 (35%)	7 (24,1%)	8 (25,8%)
Medo de antecipar o parto	6 (30%)	6 (20,7%)	6 (19,4%)
Baixa auto-estima	4 (20%)	3 (10,3%)	11 (35,5%)
Problemas na relação com o parceiro	2 (10%)	3 (10,3%)	2 (6,5%)
Pouca disposição do parceiro	2 (10%)	7 (24,1%)	15 (48,4%)
Outros	1 (5%)	2 (6,8%)	0 (0%)

4.4. CONVERSA SOBRE SEXUALIDADE COM PROFISSIONAL DA SAÚDE

Quando questionadas se já haviam conversado com algum profissional da saúde sobre quaisquer aspectos de sua sexualidade, a maioria das participantes respondeu não ter conversado sobre o tema nem antes da gestação (70%) nem no respectivo trimestre gestacional (75%). 22,5% das mulheres relataram ter conversado, porém de forma superficial, antes da gestação e 21,3% no respectivo trimestre gestacional. Apenas 7,5% relataram ter entrado em detalhes no assunto antes da gestação e 3,8% no respectivo trimestre gestacional. A Tabela 14 apresenta os dados sobre conversa com profissional da saúde sobre sexualidade.

Tabela 14) Conversa sobre sexualidade com profissional da saúde.

Conversa com profissional	Antes f(%)	Trimestre atual f(%)
Não	56 (70%)	60 (75%)
Sim, superficialmente	18 (22,5%)	17 (21,3%)
Sim, em detalhes	6 (7,5%)	3 (3,8%)

5. DISCUSSÃO

A ideia de que a manutenção da conjugalidade está essencialmente ligada à prática de atividade sexual pelo casal é algo bastante presente em nossa cultura^{26,45}. Mesmo durante a gestação, as alterações físicas no corpo da mulher não impedem a realização de atividade sexual, salvo em algumas condições obstétricas^{4,9,10}, o que incentiva a realização de práticas sexuais durante esse período.

No geral, nesse estudo, as mulheres entrevistadas relataram possuir um comportamento sexual considerado mais tradicional. Por exemplo, cerca de 75% relatou nunca ter feito sexo com uma pessoa estranha ou pouco conhecida ao longo da vida, quase 48% tinha um relacionamento de um a cinco anos de duração e a maioria estava vivendo junto com o parceiro. Além disso, a média de idade da primeira relação sexual das participantes foi de 16 anos, a qual corresponde à média brasileira de início da atividade sexual para mulheres⁶¹.

Apenas 10% das mulheres relatou abstenção sexual durante a gestação. O estudo de Bomfim e Melro (2014), um estudo transversal realizado em Maceió/AL com 41 gestantes de todos os trimestres gestacionais, e o estudo de Barbosa et. al. (2011), também transversal, realizado em Fortaleza/CE com 108 gestantes de todos os trimestres, encontraram uma taxa de abstenção de 10% e 14%, respectivamente. Já no estudo de Lazar (2002), uma coorte longitudinal realizada em Campinas/SP, com 36 grávidas durante os três trimestres gestacionais, 27,8% das entrevistadas relataram abster-se de atividade sexual durante a gestação. No estudo de Sacomori (2009), uma coorte longitudinal realizada em Florianópolis/SC, com 14 grávidas em cada

trimestre gestacional, todas as entrevistadas relataram estar realizando atividade sexual.

Assim como em outros estudos, nossos resultados mostraram significativa redução da frequência de relações sexuais durante a gestação^{1,2,23,49,62}. A frequência mais relatada pelas participantes de todos os grupos foi de “uma vez por semana”, resultado equivalente ao de Sacomori (2009). Já Bomfim e Melro (2014) encontraram uma frequência de relações sexuais entre zero e uma vez por semana. Nossos resultados, assim como os dos estudos citados, nos fazem acreditar que as mudanças físicas e psíquicas na mulher e no parceiro durante essa fase acabam por levar os casais a diminuir a frequência da atividade sexual nesse período.

Um aspecto importante a ser relatado foi que a diminuição da frequência de atividade sexual foi mais acentuada no grupo de mulheres que estavam no terceiro trimestre gestacional. Nesse trimestre também ocorreram mais abstinências, tanto em nosso estudo quanto nos de Lazar (2002), Sacomori (2009) e Bomfim e Melro (2014). O estudo de Savall, Mendes e Cardoso (2008), um estudo transversal realizado em Florianópolis/SC, com 40 gestantes durante os três trimestres gestacionais, também encontrou uma maior quantidade de abstinências. Certamente as grandes modificações corporais e os desconfortos próprios deste período da gestação são a principal explicação para este achado^{40,47,48,50}. Já o estudo de Oirá, Alves e Silva (2004), um estudo qualitativo realizado no Fortaleza/CE, com 35 mulheres gestantes, constatou que a maior diminuição se deu no primeiro trimestre.

Segundo Bomfim e Melro (2014), o segundo trimestre é tido como um período gestacional onde os desconfortos físicos oriundos do processo de adaptação do organismo materno, tais como náuseas, vômitos e dores nas

mamas diminuem e as mudanças musculoesqueléticas estão ainda começando, o que facilita a atividade sexual prazerosa. Ainda assim, nossos achados mostraram diminuição da frequência de atividade sexual nas mulheres de todos os trimestres gestacionais. O mesmo resultado foi relatado por Lazar (2002) e Sacomori (2009), nos quais a frequência tendeu a diminuir com o avançar da gestação. No entanto, um dos limites deste estudo é que não acompanhamos as mesmas gestantes ao longo da gestação e, desta forma, não podemos determinar se o trimestre gestacional foi um dos fatores responsáveis pela maior diminuição da frequência sexual ou se outros fatores colaboraram para isso.

A iniciativa para a realização da atividade sexual também se modificou durante a gestação quando comparado ao período pré-gestacional. Antes da gestação, a maioria das mulheres relatou que ambos na mesma proporção tomavam a iniciativa. Já durante a gestação, a iniciativa foi mais comumente tomada pelo parceiro. O mesmo resultado foi encontrado por Sacomori e Cardoso (2008), que realizaram um estudo transversal realizado em Florianópolis/SC com 138 mulheres no pós-parto. Nossos resultados sobre a iniciativa sexual também se assemelham a uma coorte longitudinal realizada por De Lima, Dotto e Mamede (2013) no Rio Branco/AC com 778 mulheres no pós-parto, no qual as respostas de “sempre o parceiro” aumentaram ao longo da gestação, enquanto diminuíram as respostas de “os dois na mesma frequência”. Sacomori (2009), ao contrário, encontrou que durante a gestação manteve-se o padrão de ambos tomarem a iniciativa e no estudo de Lazar (2002) foi o homem quem mais tomou a iniciativa, tanto antes quanto durante a gestação.

Como já mencionado anteriormente, em grande parte das culturas

mundiais hegemônicas, é socialmente mais aceito que quem tome a iniciativa para ter relações sexuais seja o homem^{25,33,34,35,52,53}. Em nossos achados, no período antes da gestação, esse roteiro sexual habitual de iniciativa predominantemente masculina não foi o mais adotado. A mulher possuía maior inclinação para tomar a iniciativa, igualando-se a do homem. Já durante a gestação, houve maior passividade da mulher em relação à atividade sexual, e o roteiro tradicional passou a ser o mais adotado.

Também avaliamos nesse trabalho a realização ou não de determinadas práticas sexuais. Tal como foi encontrado nos estudos de Lazar (2002), Sacomori e Cardoso (2008), Sacomori (2009) de um modo geral, todas as práticas sexuais avaliadas em nosso estudo diminuíram ao longo da gestação, em todos os grupos de mulheres. O estudo de Savall, Mendes e Cardoso (2008) também encontrou a diminuição de todas as práticas durante a gestação. Diversas práticas alternativas à penetração vaginal, tais como as práticas masturbatórias, orais ou preliminares costumam ser mais confortáveis às gestantes³⁹, podendo representar uma alternativa para a necessidade de intimidade que muitas mulheres sentem durante a gestação^{53,63}. No entanto, em nosso estudo, com exceção das práticas preliminares, essas também tenderam a diminuir durante esse período.

A prática de “masturbação” costuma ser considerada em algumas culturas como uma conduta sexual não convencional, principalmente para mulheres^{25,26}. Assim, é compreensível a baixa quantidade de mulheres que a relataram (13,75%). No estudo de Sacomori e Cardoso (2008), essa taxa foi de 16,7%, embora outros estudos tenham encontrado valores ainda mais baixos como 7,1% no estudo de Sacomori (2009) e 8,3% no de Lazar (2002). Além de muito pouco realizada antes da gestação, tal prática também teve sua

realização diminuída ao longo da gestação em todos os grupos, fato que também foi relatado em outros estudos^{1,22}. Em nosso estudo, a prática da masturbação não apresentou redução significativa, tal como no estudo de Savall, Mendes e Cardoso (2008), provavelmente porque o número de mulheres que a praticavam antes do período gestacional era muito pequeno.

A prática de “masturbar o parceiro” foi a mais relatada pelas participantes no período anterior à gestação e também foi a prática masturbatória que mais se manteve durante a gestação, principalmente entre as mulheres no terceiro trimestre. A prática de “ser masturbada” só diminuiu significativamente no Grupo 1 e a de “masturbação mútua” diminuiu em todos os grupos. A ideia historicamente difundida nas sociedades ocidentais de que, dentro de uma relação marital, a sensação de prazer da mulher é menos importante do que a sensação de prazer do homem pode ser um dos fatores que explicam esse resultado^{20,24,25,30}.

Os resultados sobre as práticas mencionadas variaram entre os estudos já citados. Lazar (2002) e Sacomori e Cardoso (2008) encontraram que as práticas de masturbar o parceiro e ser masturbada diminuíram ao longo da gestação. Já o estudo de Sacomori (2009) encontrou que as práticas de masturbar o parceiro e ser masturbada tiveram sua frequência aumentada no segundo trimestre e diminuída no terceiro. Quanto à masturbação mútua, essa prática praticamente não se alterou durante a gestação nos estudos de Sacomori e Cardoso (2008) e Sacomori (2009), enquanto diminuiu no estudo de Lazar (2002). Nenhuma dessas práticas sofreu alterações durante a gestação no estudo de Savall, Mendes e Cardoso (2008).

Quanto às práticas orais, a maioria das participantes relatou “receber sexo oral” e “fazer sexo oral no parceiro” no período antes da gestação. No

entanto, a frequência de ambas as práticas diminuiu significativamente durante a gestação, em todos os grupos. As gestantes que estavam no terceiro trimestre foram as que mais mantiveram a prática de “*fazer sexo oral no parceiro*”, o que poderia ser explicado por essa ser uma alternativa para a mulher gerar prazer no parceiro durante esse trimestre, onde as mudanças musculoesqueléticas mais costumam atrapalhar o seu desempenho sexual. Segundo Polomeno (2000), durante a gestação, as secreções vaginais podem apresentar um gosto alterado, o que também pode tornar o parceiro menos interessado na prática de sexo oral na mulher.

A prática de “sexo oral mútuo” foi a menos relatada pelas participantes, tendo apenas 23 mulheres (28,75%) relatado realizá-la antes da gestação. Além disso, essa também diminuiu significativamente durante a gestação, em todos os grupos analisados. Nos estudos de Lazar (2002), Sacomori e Cardoso (2008) e Sacomori (2009), todas as práticas de sexo oral também diminuíram durante a gestação. Apenas no estudo de Savall, Mendes e Cardoso (2008) essas práticas não sofreram alteração durante esse período.

Embora as práticas de masturbação e sexo oral tenham diminuído na gestação, a utilização dessas foi mais frequente em mulheres no terceiro trimestre do que em mulheres no primeiro e no segundo. Isso coincide com o fato de que, no terceiro trimestre, as alterações musculoesqueléticas costumam gerar incômodos nas práticas de penetração, fazendo com que o uso das práticas como masturbação e sexo oral se dê como uma alternativa^{40,47,48,50}.

Dentre todas as práticas, a de “sexo vaginal” foi a mais utilizada em todos os grupos, mesmo sendo uma prática que costuma gerar desconfortos, principalmente nos últimos meses de gestação. Durante a gestação, apenas no grupo de mulheres no segundo trimestre houve diminuição significativa dessa.

Por ser a prática mais tradicional e tida como principal componente da atividade heterossexual, é provável que haja relutância do casal em não utilizá-la, mesmo durante a gestação^{25,26}. Lazar (2002) e Sacomori e Cardoso (2008) também observaram gradual redução dessa prática ao longo da gestação, principalmente no terceiro trimestre. Já Savall, Mendes e Cardoso (2008) e Sacomori (2009) não observaram redução desta prática durante a gestação.

Já em relação ao “sexo anal”, apenas 17 mulheres (21,25%) relataram realiza-lo, porcentagem essa semelhante à encontrada no estudo de Sacomori (2009), mas superior à encontrada em outros estudos^{1,22}. Assim como nos estudos citados, nossos achados também mostraram a diminuição dos relatos dessa prática durante a gestação. Tal como esses estudos, a diminuição ocorreu em todos os trimestres gestacionais, mas foi maior no grupo de mulheres que estavam no terceiro trimestre, o que pode novamente ser explicado pelo desconforto que práticas de penetração podem gerar à mulher conforme o crescimento abdominal se torna mais acentuado.

Apenas três mulheres (3,75%) relataram realizar “*estimulação com vibrador*” antes da gestação, e apenas uma durante a gestação. Essa incidência também foi muito baixa nos estudos de Sacomori e Cardoso (2008) e Sacomori (2009). Segundo o estudo de Gregori (2012), realizado em *sexshops* de São Paulo, o público que mais compra instrumentos eróticos é o de mulheres mais velhas, heterossexuais e de alta renda. Em nosso estudo, embora as participantes estivessem em uma relação heterossexual e 75% delas tivesse 25 anos ou mais, não é o perfil de pacientes do serviço público de saúde possuírem alta renda. É, então, compreensível o baixo número de relatos de uso desses instrumentos. É importante ressaltar, no entanto, que o uso de vibradores não é aconselhável durante a gestação, uma vez que a

gestante encontra-se mais suscetível a infecções vaginais e urinárias⁴⁸.

Além disso, apenas quatro mulheres (5%) relataram realizar “*outra(s)*” prática(s) sexual(is) antes da gravidez. Dessas quatro, apenas uma (1,3%) relatou realizar outra(s) prática(s) durante a gravidez, evidenciando que as mulheres entrevistadas possuíam um roteiro sexual restrito às práticas mais popularmente conhecidas, principalmente durante a gestação.

Em todos os grupos, não houve alteração significativa da frequência de realização das práticas sexuais preliminares, sendo estas frequentemente realizadas. No estudo de Sacomori (2009) encontrou o mesmo resultado. O resultado aqui encontrado de que essas foram as práticas que menos se alteraram durante a gestação corrobora os achados da literatura, que afirma serem as práticas preliminares muitas vezes preferidas pelas gestantes por simbolizarem carinho e afeto e geralmente não serem desconfortáveis^{6,55}. No estudo de Ferreira, Neto e Latorre (2011), um estudo transversal realizado em Florianópolis/SC, com 46 grávidas, a maioria das mulheres considerou ser importante a realização de práticas preliminares, declarando sempre sentirem-se estimuladas para continuar o ato sexual quando as realizam. Resultado semelhante foi encontrado por Da Costa e Pinto (2012), estudo transversal realizado em São José do Ribeirão Preto/SP com 60 mulheres grávidas, encontrando que a grande maioria (95%) relatou realizar preliminares “sempre”, seguido de “na maioria das vezes”.

Não buscamos nesse estudo saber apenas quais as práticas que as participantes realizavam, mas também se essas práticas geravam prazer ou não a elas. Em todos os grupos, a prática considerada mais prazerosa foi a de “sexo vaginal”. Nos Grupos 1 e 2, tanto antes quanto durante a gestação, as práticas alternativas ao sexo vaginal mais prazerosas foram “ser masturbada” e

“receber sexo oral”, ou seja, aquelas em que o homem estimula a mulher. Já no Grupo 3, as práticas alternativas ao sexo vaginal mais prazerosas antes da gestação foram “receber sexo oral”, “fazer sexo oral”, “ser masturbada” e “masturbar o parceiro”, ou seja, as práticas em que a mulher é estimulada pelo parceiro e as que ela estimula o parceiro. Nesse grupo, em relação a essas práticas, só foi considerada prazerosa durante a gestação a de “receber sexo oral”. As práticas em que a mulher estimula o parceiro passaram a ser consideradas menos prazerosas do que aquelas em que o homem estimula a mulher. Assim, no geral, podemos dizer que durante a gestação as participantes preferiam ser sexualmente estimuladas do que estimular o parceiro. Percebe-se também que, nas mulheres que estavam no terceiro trimestre, diminuiu-se a sensação de prazer em todas as práticas sexuais mais do que nos outros trimestres, fato esse que pode estar relacionado às dores e desconfortos típicos desse período.

Embora grande parte das mulheres realizasse as práticas de “masturbar o parceiro” e “fazer sexo oral”, foram poucas que as consideraram prazerosas. O mesmo foi encontrado no estudo de Sacomori (2009), não tendo sido encontrados outros estudos nacionais que avaliassem essa questão. Tal resultado indica que algumas das participantes realizam essas práticas sem sentir prazer, ou seja, realizam apenas para agradar ao parceiro ou por essas práticas fazerem parte dos roteiros sexuais que essas mulheres acreditam precisar seguir.

Algumas gestantes relataram que certas práticas consideradas prazerosas para elas não eram realizadas, como as práticas de “ser masturbada” e “masturbação mútua”. Tal resultado pode ser explicado pela noção de que o prazer masculino durante uma relação sexual é historicamente

considerado mais importante e necessário do que o feminino, e de que as mulheres, como esposas, tem o papel de dar prazer aos seus parceiros, mesmo que isso não lhes dê igual prazer^{26,33}.

Em relação às posições adotadas durante a atividade sexual, praticamente todas aquelas que foram analisadas nesse estudo tiveram significativa redução durante a gestação, em todos os grupos. As únicas posições que não tiveram diminuição significativa foram as posições 4 e 5.

A posição 1 foi a mais usada durante a gestação, tal como encontrado por Sacomori (2009). Esse resultado contraria o estudo de Lazar (2002), que evidenciou a diminuição significativa dessa posição no decorrer da gestação, dando lugar às posições lado-a-lado. As posições ventrais costumam ser mais incômodas devido ao aumentado volume da barriga, sendo a posição 1 muitas vezes contraindicada no final da gestação, pois a barriga pode comprimir a artéria aorta da mulher e prejudicar o fluxo sanguíneo para a região pélvica e membros inferiores, além de dificultar a expansão dos pulmões e comprimir os órgãos internos^{47,48}.

No entanto, essa posição foi utilizada durante a gestação por 45,2% das mulheres que estavam no terceiro trimestre. Como esta costuma ser a posição mais rotineiramente adotada pelos casais heterossexuais²⁵, sua continuação durante a gestação pode indicar que o casal ainda busca realizar os mesmos roteiros sexuais de antes da gestação, muito provavelmente por não terem outro modelo roteirizado de atividade sexual para esse período. Isso pode acarretar em dificuldade ou relutância em achar alternativas para essa posição. Ou ainda pode indicar que, por mais que essa seja uma posição anatomicamente desfavorável, a mulher sente conforto nela ou que o conforto da mulher pode não estar sendo levado em consideração.

A posição 4, embora relatada com menor frequência do que a posição 1, foi usada por mais da metade das participantes que estavam no segundo e no terceiro trimestres. Essa posição é muitas vezes preferida pelas mulheres durante as últimas etapas da gestação, pois acomoda melhor a barriga e evita os efeitos colaterais de seu peso^{1,23}.

Também foram analisadas nesse estudo as variáveis “desejo sexual”, “excitação sexual” e “orgasmo” das participantes. O desejo sexual da mulher durante a gestação também foi tema de diversos estudos, sendo encontrado que este geralmente diminui nesse período^{1,5,9,11,12,23,40,49,56}. Em nosso estudo, o desejo sexual foi mensurado por meio de sua intensidade e os achados mostraram que houve um declínio significativo dessa intensidade durante a gestação, em todos os grupos de mulheres.

No período gestacional, diversos fatores físicos, sociais ou psicológicos podem levar à diminuição do desejo sexual. Desconforto ou indisposição física, medos, problemas relacionais entre mulher e parceiro, dificuldades do dia-a-dia são alguns exemplos^{2,40}. Além disso, o peso social de ser mãe ainda é o de voltar-se essencialmente a seus filhos, a sua casa e ao marido, não a seu próprio prazer, o que também pode desviar a atenção da mulher quanto à prática sexual^{1,25,26}. Em nosso estudo, não houve um grupo onde a diminuição tenha sido mais acentuada, o que difere do estudo de Leite et. al. (2009), uma coorte longitudinal com 271 gestantes brasileiras, no qual a diminuição do desejo sexual foi maior no terceiro trimestre.

De forma semelhante à intensidade do desejo sexual, a intensidade da excitação sexual também diminuiu significativamente durante a gestação. Outros autores também encontraram o mesmo resultado^{12,13,49}. No entanto, esse achado vai de encontro ao de Ferreira, Neto e Latorre (2011) e Da Costa

e Pinto (2012), nos quais as mulheres entrevistadas relataram ficar excitadas “na maioria das vezes” e “sempre” durante a gestação.

A diminuição da excitação sexual foi significativa em todos os grupos analisados, indo de encontro ao estudo de Leite et. al. (2009), no qual a diminuição é maior no terceiro trimestre, e ao de Bomfim e Melro (2014), no qual a diminuição é mais acentuada no segundo e no terceiro trimestres. Como já foi dito, nesses últimos trimestres de gestação, o aumento da circunferência abdominal e da vasocongestão pélvica podem interferir nas reações físicas genitais. No entanto, em nosso estudo também as mulheres que estavam no primeiro e no segundo trimestre relataram diminuição da intensidade da excitação. A diminuição da excitação, tal como a do desejo, costuma ser motivada por fatores físicos e psíquicos, ou devido à inadequada estimulação sexual da mulher pelo parceiro^{37,38,40}.

Nota-se que a excitação sexual teve uma alteração semelhante a do desejo sexual, tal como no estudo de Sacomori (2009). Segundo a mesma autora, tal semelhança pode ocorrer por haver uma correlação entre esses dois aspectos sexuais ou devido a uma não diferenciação de ambos por parte das participantes.

O orgasmo é avaliado pelo Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) segundo sua frequência e sua intensidade. Dentre as 74 mulheres (92,5%) que relataram já ter sentido orgasmo ao longo de sua vida, a frequência de orgasmos diminuiu durante a gestação em todos os grupos analisados, mas essa diminuição não foi significativa, assim como no estudo de Sacomori (2009). No estudo de Lazar (2002), a frequência de orgasmos diminuiu no decorrer da gestação, e no estudo de Ferreira, Neto e Latorre (2011), a maioria das mulheres relatou que apenas às vezes teve orgasmo

nesse período. No entanto, em relação à intensidade dos orgasmos, encontramos que esta diminuiu de forma significativa durante a gestação, corroborando o achado de outros autores^{4,12,23}.

A diminuição ou ausência do orgasmo também está relacionada tanto com fatores físicos como psíquicos^{37,38,40}. Ambos costumam causar a diminuição da capacidade orgásmica das mulheres durante a gestação, principalmente no terceiro trimestre, onde as alterações físicas estão mais acentuadas. Segundo Von Sydon (1998), a sensação de orgasmos tem maior redução durante o terceiro trimestre, pois as contrações vaginais são mais fracas e, às vezes, podem ocorrer espasmos musculares dolorosos. Em nosso estudo, no entanto, não houve diferença significativa entre os grupos analisados, tendo a intensidade do orgasmo diminuído em todos os grupos.

Outro aspecto muito importante a ser avaliado sobre a saúde sexual durante a gestação é a percepção da mulher sobre a sua vida sexual. O QSG possui quatro perguntas sobre esse aspecto: duas se referem ao quanto a mulher gosta e considera importante a atividade sexual, e as outras duas dizem respeito à satisfação sexual e à qualidade da vida sexual da mulher.

Quando questionamos as participantes sobre o quanto gostavam de realizar atividade sexual, percebemos que esse gosto diminuiu significativamente durante a gestação em todos os grupos analisados, principalmente nos grupos 2 e 3. Ainda assim, nenhuma das mulheres relatou “não gostar” ou “não gostar nem um pouco” de realizar atividade sexual, nem antes nem durante a gestação, o que evidencia que a atividade sexual é para elas uma fonte de prazer, embora esse prazer tenha diminuído durante a gestação. O estudo de Sacomori (2009) também evidenciou a redução do gosto por atividade sexual durante a gestação. Não foram encontrados outros

estudos nacionais que analisassem especificamente o gosto da mulher por atividade sexual nesse período.

No estudo de Sacomori (2009), o gosto por atividade sexual foi maior no segundo trimestre, quando comparado ao período pré-gestacional. Embora esse seja o trimestre descrito na literatura como mais favorável à atividade sexual prazerosa, em nosso estudo as mulheres nesse trimestre relataram gostar menos de atividade sexual do que as mulheres do primeiro trimestre.

Quando perguntamos qual a importância que a mulher atribuía à atividade sexual, percebemos que esta também diminuiu significativamente durante a gestação em todos os grupos, principalmente nas mulheres no segundo e no terceiro trimestres. Sacomori (2009) também obteve o resultado de menor importância dada à atividade sexual durante a gestação, mas essa diminuição foi mais evidente no primeiro e no terceiro trimestres. Pode-se supor que as mudanças de roteiros tanto sociais como sexuais durante a gestação, as alterações na rotina diária e o desconforto da gestante ao realizar atividade sexual podem ser fatores que fazem com que a atividade sexual seja considerada menos importante para o dia-a-dia da mulher nesse período.

Assim como as variáveis “gosto por atividades sexual” e “importância da atividade sexual”, a intensidade da satisfação sexual e a qualidade da vida sexual diminuíram significativamente no período gestacional em todos os grupos, principalmente nos grupos 2 e 3. A diminuição da satisfação sexual também é evidenciada em outros estudos^{4,7,11,12,23}. Sacomori (2009) encontrou que as maiores reduções se deram no primeiro e no terceiro trimestres. Já no estudo de Lima, Dotto e Mamede (2013), o número de gestantes extremamente insatisfeitas com a relação sexual cresceu, conforme a gravidez evoluía. Segundo Leite et. al. (2009), o terceiro trimestre foi onde a redução foi mais

significativa.

Entretanto, outros autores encontraram que a satisfação sexual durante a gestação permaneceu em um nível bom e poucas mulheres relataram estar insatisfeitas^{2,10,44}. No estudo de Ferreira et. al. (2012), um estudo transversal realizado em São Paulo/SP, com 51 gestantes no segundo trimestre de gestação, e no estudo de Bezerra (2014), um estudo transversal realizado em Parnamirim/RN, com 207 gestantes, foram encontradas associações entre o nível de satisfação com vida sexual e o nível de qualidade de vida, onde mulheres mais satisfeitas sexualmente relataram melhor qualidade de vida, evidenciando a importância da satisfação sexual para a saúde geral da mulher.

Segundo Gagnon (2006) e Naldoni et. al. (2011), é possível que durante a gestação a expectativa de menor satisfação sexual influencie a percepção das mulheres sobre sua vida sexual, favorecendo uma percepção mais positiva apesar da diminuição da frequência. Além disso, a segunda autora afirma que durante a gestação a importância dada à atividade sexual é geralmente menor, o que também pode gerar a percepção de satisfação mesmo com a diminuição de sua capacidade sexual. Entretanto, em nosso estudo, porém, essa percepção foi pior durante o período gestacional, o que evidencia que os roteiros sexuais utilizados durante esse período não estão sendo prazerosos tal como eram antes do período gestacional ou que a atividade sexual não está correspondendo à expectativa das mulheres entrevistadas.

Assim como em nosso estudo, outros autores relatam a gestação como um momento de piora da atividade sexual^{4,12,43,44}. Em nossos resultados, encontramos que a percepção das próprias gestantes, como já dito, foi majoritariamente de piora da atividade sexual. Pode-se concluir que as quatro

variáveis usadas para medir a percepção da gestante estão, de certa forma, conectadas, pois todas tiveram um padrão de redução semelhante.

Dentre as poucas mulheres que relataram melhora da atividade sexual, a maioria estava no segundo trimestre gestacional. Os motivos mais relatados foram “maior vontade” e “maior disposição” nesse trimestre para realizar atividade sexual. No estudo de Oirá, Alves e Silva (2004), um estudo qualitativo com 35 mulheres realizado em Fortaleza/CE, a percepção de melhora na atividade sexual esteve relacionada à melhora do relacionamento com o parceiro, sentimento de feminilidade mais aguçado e maior prazer no ato sexual. O estudo de Camacho, Vargens e Progianti (2010), um estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro/RJ com 12 gestantes, também observou que algumas mulheres relataram melhora na atividade sexual, pelos motivos de maior vontade de realizar atividade sexual e pelo fato de o parceiro estar mais carinhoso e afetuoso nesse período.

O segundo trimestre é tido como um período onde os desconfortos típicos da gestação tendem a diminuir, o que pode tornar a mulher mais disposta a realizar atividade sexual do que nos outros trimestres⁴⁹. Embora em nosso estudo os relatos de melhora da atividade sexual tenham sido mais numerosos no segundo trimestre do que nos outros, ainda assim mais mulheres que estavam nesse trimestre relataram majoritariamente piora da atividade sexual.

O principal motivo apontado para essa piora foi a “indisposição física e cansaço”. Esse também foi o principal motivo achado em outros estudos^{2,8,12}. A sensação de fadiga e cansaço físico é comum durante a gestação, principalmente no primeiro e no terceiro trimestres^{1,2,23,49}. Essa sensação costuma tornar a prática sexual difícil de ser realizada, uma vez que essa é

uma forma de atividade física e, como tal, exige certo esforço físico por parte dos que a realizam.

“Dor e desconforto” foi o segundo motivo mais mencionado para justificar a diminuição da atividade sexual, citado por 35% das mulheres que estavam no primeiro trimestre, 48,3% das que estavam no segundo e 41,9% das que estavam no terceiro. Esse achado é contrário ao de outros estudos que demonstram que, no segundo trimestre, a dor e o desconforto tendem a ser menores, levando a uma possível melhora na atividade sexual em relação ao período pré-gestacional^{1,49}. Outros estudos também relataram aumento da dor e desconforto durante a gestação^{6,9,11,23}. Apenas no estudo de Prado, Lima e De Lima (2013), em estudo transversal realizado em Aracajú/SE com 181 mulheres não grávidas e 177 mulheres grávidas, a diferença entre a dor durante a atividade sexual não foi significativa entre mulheres grávidas e não grávidas.

Náuseas, vômitos e outros desconfortos próprios do primeiro trimestre podem provocar a sensação de piora da atividade sexual nesse período^{1,40}. Esses sintomas tendem a diminuir com a evolução da gestação e, mais raramente, podem continuar até o final da mesma. No terceiro trimestre, devido ao crescimento abdominal e às conseqüentes alterações musculoesqueléticas na gestante, essa dor e desconforto também tendem a ser frequentes e a impedir a atividade sexual prazerosa^{40,47,48,50}. Em nosso estudo, os grupos onde sensações de dor e desconforto foram mais relatadas foram o grupo 2 e 3, tal como encontrado nos estudos de Lazar (2002), Camacho, Vargens e Progianti (2010) e Bomfim e Melro (2014).

Sabe-se que alguns tipos de dores podem ser reduzidos com devido tratamento, como é o caso das dores musculoesqueléticas e dispareunia, muito

frequentemente responsáveis pelas sensações de dor e desconforto durante a atividade sexual⁴⁷. Nesses casos, um tratamento apropriado poderia diminuir esses desconfortos e melhorar a qualidade da vida sexual da gestante^{47,64,65}. Se a atividade sexual das gestantes fosse abordada mais frequentemente pelos profissionais que realizam a assistência pré-natal, essas queixas poderiam ser resolvidas com orientações adequadas.

Outro motivo comum para essa percepção de piora encontrado na literatura é a “falta de vontade”, ou falta de desejo, de realizar atividade sexual^{8,23,66}. No estudo de Lazar (2002), a falta de vontade foi o motivo mais relatado pelas mulheres para a diminuição da frequência de atividade sexual na gestação.

Em nosso estudo, embora a média de intensidade do desejo sexual tenha diminuído significativamente entre todos os grupos, apenas 42,5% das mulheres relataram que esse foi um dos motivos da diminuição ou piora da atividade sexual. Pode-se entender que muitas mulheres não associaram a falta de desejo sexual com a piora da qualidade de sua atividade sexual. Como já dito antes, não é comum em nossa cultura a atividade sexual ser motivada pela vontade da mulher em querer realizá-la. Geralmente é o papel do homem sentir vontade e tomar a iniciativa, enquanto o da mulher é o de dar a ele o que pede, sob risco de ser considerada frígida ou mesmo ser trocada por outra caso não o faça. Essa roteirização sexual com distinção entre os gêneros ainda é muito comumente difundida pelos meios de comunicação hegemônicos, estando por isso muito presente no senso comum^{8,12,33}.

A percepção sobre o exercício da atividade sexual é também muito influenciada pelos problemas no relacionamento conjugal^{6,53}. No estudo de

Camacho, Vargens e Progianti (2010), algumas mulheres relataram considerar desfavorável a atividade sexual por seus parceiros não respeitarem as alterações em seus corpos. No entanto, em nossos achados, apenas 7 mulheres (8,75%) relataram que problemas na relação com o parceiro foram um dos motivos da diminuição ou piora da atividade sexual.

Assim como em outros estudos^{1,62}, nossos resultados mostraram que um dos fatores importantes para a piora da atividade sexual foi a “diminuição da disposição do parceiro” para realizar atividade sexual. Durante a gestação, como dito anteriormente, são necessárias mudanças nos roteiros sexuais do casal para melhor adaptação às novas condições nessa fase. Porém, como as mudanças físicas na mulher ocorrem de forma relativamente rápida, muitos parceiros podem sentir dificuldade em se adaptar a novos roteiros sexuais²⁵. Além disso, a falta de informação adequada pode leva-los a perceber o ato sexual como algo que pode machucar o bebê ou a mulher ou causar um parto prematuro, preferindo assim não realizá-lo^{53,62,63,67}. No estudo de Vanelli e Silva (2011), um estudo qualitativo realizado em São Miguel do Oeste/SC, com cinco parceiros de mulheres grávidas, a maioria dos parceiros relatou sentir medo de realizar atividade sexual durante os últimos meses de gestação.

Segundo Mueller (1985), alguns homens também sentem desconforto em realizar atividade sexual na presença de uma “terceira pessoa”, simbolizada pelo feto, não conseguindo ignorar o crescimento abdominal e os movimentos fetais durante a atividade sexual. Além disso, segundo o mesmo autor, o fato de perceber sua parceira como “mãe de seu(sua) filho(a)” pode gerar sentimentos de culpa ou falta de vontade de realizar atividade sexual devido à diversas imposições sociais sobre tal situação, principalmente as religiosas. As

mudanças na aparência da mulher durante a gestação também podem ser vistas pelo parceiro como um motivo para a falta de interesse sexual.

Essa mudança na aparência pode também gerar insatisfação da própria mulher com sua imagem corporal e, conseqüentemente, diminuir sua auto-estima, uma vez que um dos componentes importantes para a auto-estima pessoal é a satisfação com a imagem corporal^{46,68}. Em nosso estudo, 18 mulheres (22,5%) que relataram que baixa auto-estima foi um dos motivos de piora ou diminuição da atividade sexual. Dentre essas, 11 (13,75%) estavam no terceiro trimestre. Isso não significa necessariamente que as outras mulheres não sentiram sua auto-estima afetada, mas sim que, se sentiram, não consideravam que isso prejudicava sua atividade sexual. Não foram encontrados estudos nacionais que avaliassem essa questão.

No último trimestre de gestação, devido às mudanças em sua imagem corporal, muitas mulheres percebem-se pouco atraentes para seus parceiros^{25,63}. Preocupações com as arbitrárias noções de beleza são constantemente estimuladas pelos meios de comunicação, os quais propagam um ideal de magreza e condenam diversas características corporais que costumam aparecer durante a gestação, como estrias, celulite, varizes, dentre outras, muitas vezes resultando em sensação de baixa auto-estima nas mulheres que não se veem atendendo a esses padrões^{8,12,33}. Além disso, as dificuldades para realização de atividades cotidianas simples devido às mudanças físicas podem também influenciar na auto-estima das gestantes.

Além das preocupações com os padrões de beleza impostos, as mudanças que o nascimento de uma criança gera na vida do casal também costumam ser fonte de diversas preocupações⁶⁹. As transformações na rotina da mulher, juntamente com as questões de saúde desta e do feto costumam

gerar ansiedades, as quais podem afetar sua disposição e percepção sobre a atividade sexual. Nesse estudo, apenas 16 mulheres (20% das entrevistadas) relataram que ansiedade e preocupação foram um dos motivos para a piora na atividade sexual. Dentre essas, 10 (62,55%) estavam no terceiro trimestre, o qual geralmente gera maiores impedimentos à mulher de realizar suas atividades diárias e maior expectativa quanto ao nascimento do bebê⁶⁹.

Além da preocupação e ansiedade quanto à espera de um bebê, existem preconceitos bastante disseminados em nossa cultura sobre o ato sexual ser perigoso durante a gestação, principalmente o de que pode ser nocivo para a vitalidade do bebê ou pode induzir ao parto prematuro^{2,8,44,53,63,67,70}. Assim, muitos casais podem sentir insegurança na hora de realizar atividade sexual durante a gestação. Em nosso estudo, 28 mulheres (35% do total) relataram que “insegurança e medo” foram um dos motivos que levaram à piora ou diminuição da atividade sexual, enquanto 22 (27,5%) relataram “medo de machucar o bebê” e 18 (22,5%) “medo de antecipar o parto”.

Não houve diferença significativa entre o trimestre gestacional em que as mulheres entrevistadas estavam e o relato de insegurança, medo de machucar o bebê ou medo de antecipar o parto. Esse resultado evidencia persistente presença de crenças ou valores que causam insegurança e medo. Essa insegurança do casal geralmente vem da falta de informações ou de informações errôneas sobre as repercussões da atividade sexual na saúde da mulher e do bebê.

Mesmo com todos os movimentos sociais de mudança de roteiros e práticas sobre a sexualidade de mulheres e com a maior produção e disseminação de conhecimento, antigos costumes e ideias errôneas ainda

encontram um meio de sobreviver dentro das instituições, tais como a da família. Essa persistente desinformação poderia ser reduzida com a devida orientação no pré-natal.

Entretanto, a realização dessa orientação não foi comum dentre as mulheres entrevistadas. A grande maioria das participantes relatou não ter conversado com nenhum profissional da saúde sobre o tema nem antes da gestação (70%) nem durante a gestação (75%). Apenas 7,5% das mulheres relatou ter entrado em detalhes no assunto com algum profissional antes da gestação e 3,8% no trimestre gestacional atual.

No estudo de Barros et. al. (2006), um estudo transversal realizado em São Luís/MA com 35 gestantes no terceiro trimestre de gravidez, quando foram questionadas sobre a orientação a respeito da atividade sexual na gravidez, 64% das entrevistadas responderam terem sido orientadas. Porém, as orientações se restringiram somente à continuidade da atividade sexual na gravidez, sem aprofundamento ou detalhamento das informações. No estudo de Sacomori (2009), a maioria das mulheres entrevistadas também relatou não terem conversado sobre o tema com algum profissional nem antes nem durante a gestação. Já no estudo de Barbosa et. al. (2011), 43,5% das gestantes receberam informação sobre sexualidade no pré-natal, embora não saibamos o quão completas foram essas informações.

Percebe-se que, evidenciado por estudos nacionais e internacionais^{57,67,71}, profissionais de saúde não costumam abordar esse assunto com as pacientes. Isso provavelmente se dá por ser um tema que não se costuma falar abertamente com pessoas desconhecidas ou em relações de trabalho, pela falta de ênfase nessa questão durante a formação profissional ou mesmo pela presença de preconceitos dos próprios profissionais de saúde

quanto a algumas práticas sexuais^{14,15,57}.

No entanto, tais profissionais possuem importante acesso a informações sobre saúde sexual durante a gestação, sendo uma de suas tarefas garantir que a informação correta chegue às mulheres. Uma adequada orientação sexual durante o pré-natal pode ajudar a desmistificar os medos maternos relacionados a preconceitos e ajudar as mulheres a desfrutar de uma atividade sexual mais agradável e saudável^{4,7,20,71}.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo principal contribuir para o aumento do conhecimento acerca das alterações ocorridas na atividade sexual durante a gestação e dos motivos dessas alterações em mulheres atendidas no pré-natal das duas instituições públicas no município do Rio de Janeiro. De forma geral, notou-se uma diminuição da atividade sexual em todos os trimestres gestacionais, acompanhada pela percepção de que a vida sexual está pior durante a gestação. Essa diminuição pode impactar negativamente na qualidade de vida da gestante e do casal. É preocupante como a atividade sexual foi pouco abordada pelos profissionais de saúde uma vez que a saúde sexual é um dos pilares para a saúde da mulher como um todo e essa temática não deve ser menosprezada nos serviços de saúde.

Apesar das mudanças legislativas e sociais nos últimos trinta anos, como o maior acesso à informação e seu compartilhamento e as conquistas dos movimentos de mulheres e de libertação sexual, ainda persistem esses medos e anseios em relação à atividade sexual durante a gestação. Tais questões poderiam ser sanadas com devida orientação no atendimento pré-natal. Dessa forma, acreditamos que deveriam ser buscadas formas mais adequadas de se abordar o tema saúde sexual com a mulher ou com o casal.

Esse estudo se diferencia dos outros do mesmo tema por tentar associar as alterações do comportamento e percepção das gestantes sobre atividade sexual durante a gestação com os motivos dessas mudanças. Os resultados poderão auxiliar os profissionais de saúde a abordar o tema com os casais.

Algumas limitações do estudo que merecem ser comentadas. As questões relacionadas à atividade sexual costumam ser um assunto íntimo,

podendo haver desconforto ou constrangimento ao compartilhá-la com uma pessoa estranha. Buscou-se contornar isso sendo uma mulher realizando a entrevista, buscando também deixar as gestantes à vontade para não responder ou interromper sua participação no momento em que quisessem, sem que seu atendimento na instituição fosse prejudicado. Reconhecemos também um viés de memória das participantes, uma vez que todos os estudos de cunho retrospectivo são suscetíveis a esse tipo de viés.

Outra limitação é o questionário adotado considerar apenas mulheres em relacionamento heterossexual e monogâmico, excluindo a participação de mulheres em outras formas de relacionamento. Infelizmente, não foi encontrado nenhum questionário que levassem essas outras formas de sexualidades e atividades sexuais em consideração. É muito importante que estudos futuros sejam focados nessas formas de atividade sexual, uma vez que estas são constantemente alvo de menosprezo e violências diversas em todas as áreas da sociedade, além de serem constantemente invisibilizadas na maioria das instituições, inclusive nas instituições de saúde. Nenhuma das mulheres convidadas a participar do estudo relatou estar em outra forma de relacionamento que não fosse monogâmica e heterossexual. Não podemos, porém, garantir a veracidade dos relatos, pois o preconceito e perseguição dessas outras formas de sexualidade levam muitas vezes ao medo de admiti-las.

A atividade sexual durante a gestação é também uma temática pouco estudada e que merece continuidade de investigação. Seriam importantes outros estudos que pudessem levar a um aprofundamento do tema por meio de entrevistas também com os parceiros e pelo uso de instrumentos que avaliem mais detalhadamente os fatores que podem estar por detrás das

mudanças. Uma vez que a saúde sexual é um dos pilares para a saúde da mulher como um todo, essa temática não deve ser menosprezada nos serviços de saúde. Este estudo, assim como outros semelhantes, reforça a necessidade de garantir às mulheres os devidos esclarecimentos sobre esse tema durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – LAZAR, MC. Práticas Sexuais de Mulheres no Ciclo Gravídico-Puerperal [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- 2 – ORIÁ, M; ALVES, MD; SILVA, R. Repercussões da Gravidez na Sexualidade Feminina. R Enferm UERJ. 2004; 12:160-5.
- 3 – BARROS, M et al. Atividade sexual da mulher na gravidez. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 2006; 7(2): 22-27.
- 4 – LEITE, A et. al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(5):563-8.
- 5 – SAVALL, AC; MENDES, A; e CARDOSO, LF. Perfil do comportamento sexual na gestação. Fisioter. Mov. 2008; 21(2):61-7.
- 6 – CAMACHO, K; VARGENS, O; PROGIANTI, J. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício da sexualidade. Rev. enferm. UERJ. 2010; 18(1):32-37.
- 7 – BARBOSA, B et. al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Rev. Eletr. Enf. 2011; 13(3):464-73.
- 8 – ARAÚJO, N et. al. Corpo e sexualidade na gravidez. Rev. esc. enferm. USP. 2012; vol.46 nº 3.
- 9 - DA COSTA, V; PINTO, MJ. Análise prospectiva da resposta sexual na gestação. ReLAMS. 2012; v.1, n.1, p.5-13.
- 10 – FERREIRA, D. et. al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. Ver Bras Ginecol Obstet; 34(9):409-13, 2012.
- 11 – LIMA, A; DOTTO, L; MAMEDE, M. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(8):1544-1554.
- 12 – PRADO, D; LIMA, R; de LIMA, L. Impacto da gestação na função sexual feminina. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(5):205-9.
- 13 - LEITE, A; CAMANO, L; SOUZA, E. Gravidez e sexualidade: crítica ao dogma cartesiano aplicado às questões sexuais da grávida. FEMINA. 2007; vol 35, nº 6.
- 14 – SANTANA, T. Sexualidade no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, BortolettiFilho J NM, Santana RM, Mattar R, editors. Psicologia na

prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. Manole. 2013; p. 132-8.

15 – SEHNEM, G. Percepções culturais de estudantes de enfermagem acerca da sexualidade: o dito e o velado [Dissertação de Mestrado]. Santa Maria: Departamento de Enfermagem, Universidade de Santa Maria, 2009.

16 – SHIMIZU, H; LIMA, M. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Ver Bras Enferm. 2009; 62(3):387-92.

17 – NOBRE, M. Qualidade de vida. Arq Bras Cardiol. 1995; volume 64, (nº 4).

18 - De LORENZI, D et. al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52(5): 312-7.

19 – BEZERRA, I. Relação entre função sexual, sintomatologia depressiva e qualidade de vida em mulheres grávidas. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

20 – VIEIRA, T et. al. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(11):485-7.

21 – LIMA, S et. al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa. 2010; 55(1):1-6.

22 – SACOMORI, C; CARDOSO, LF. Práticas sexuais de gestantes brasileiras. Ver Chil Obstet Ginecol. 2008; 73(5): 313 – 317.

23 – SACOMORI, C. Sexualidade na Gestação: Um Olhar das Ciências do Movimento Humano. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2009.

24 – VILLELA, W; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ E. Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. UNICAMP; 2003.

25 – GAGNON, J. Uma Interpretação do Desejo: Ensaio Sobre a Sexualidade. Rio de Janeiro: Ed. Garamond; 2006.

26 - BOZON, M. Sociologia da Sexualidade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2004.

27 – FOUCAULT, M. História da Sexualidade I: a Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2001.

- 28 – MIJARES, G et. al. The root of all evil: an exposition of prejudice, fundamentalism and gender imbalance. Imprint Academic, 2007. 320 p.
- 29 - ROSADO-NUNES, MJ. Direitos, cidadania das mulheres e religião. Tempo Social, revista de sociologia da USP. 2008; v. 20, n. 2.
- 30 – ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidade. In: Del PRIORE, M (org.) História das Mulheres no Brasil. 10 ed, 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Contexto; 2013.
- 31 – BADINTER, E. Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- 32 – VEIGA, A. Orgasmo: querer e poder. 7. Disponível em: , visualizado em 31/01/2015.
- 33 – FISCHER, R. Mídia e educação da mulher: uma discussão teórica sobre modos de enunciar o feminino na TV. Estudos Feministas. 2001; Ano 9, p. 586-599.
- 34 – SWAIN, T. Feminismo e Representações Sociais: a Invenção das Mulheres nas Revistas “Femininas”. História: Questões & Debates. 2001; n. 34, p. 11-44.
- 35 – ROHDEN, F; RUSSO, J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):722-9.
- 36 – CORRÊA, S; JANNUZZI, P; ALVES, J. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. ABEP e IBGE, Rio de Janeiro, 2003.
- 37 – KAPLAN, H. O Desejo Sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983.
- 38 – ABDO, C. Sexualidade Humana e seus Transtornos. 3 edição, São Paulo: Casa Editorial; 2010.
- 39 – BASSON, R. Human Sex-Response Cycles. Vancouver: Journal of Sex & Marital Therapy; 2001.
- 40 – MASTERS, W; JOHNSON, V. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown; 1996.
- 41 – ABDO, C; FLEURY, H. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiq. Clín.* 2006; 33 (3); 162-167.
- 42 – ARAÚJO, A; NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2014; Vol. XVI, no. 1, 67 – 82.

- 43 – BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005; 172(10):1327-33.
- 44 – NALDONI, L et. al. Evaluation of sexual function in brazilian pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2011; 37:2, 116-129.
- 45 – FONTOURA, A. Imposições ao desejo feminino: a mulher entre a frigidez e a ninfomania nas reportagens de *Ele Ela* (1969-1976). In: VI Congresso Internacional de História, 2013.
- 46 - CASTELO-BRANCO, MC; PEREIRA, A. A auto-estima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente. *Psicologia, Educação e Cultura*. 2001; Vol. 2, p.335-345.
- 47 - BARACHO, E. *Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- 48 – POLOMENO, V. Sex and pregnancy: a perinatal educator's guide. *The Journal of Perinatal Education*. 2000; v. 9, n. 4, p.15-27.
- 49 – BOMFIM, I; MELRO, B. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2014; 16(4):277-82.
- 50 – NOVAES, F; SHIMO, A; LOPES, MH. Lombalgia na gestação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(4):620-4.
- 51 – SANTIAGO, L et. al. Impact of pregnancy on the sex life of women: state of the art. *International Journal of Clinical Medicine*. 2013; 4, 257-264.
- 52 – MACHADO, L. Masculinidade, sexualidade e estupro: as construções da virilidade. *Cadernospagu*. 1998; (11), p.231-273.
- 53 - VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; v. 47, n. 1, p. 27-49.
- 54 – GREGORI, M. Erotismo, mercado e gênero: uma etnografia dos *sex shops* de São Paulo. *Cadernospagu*. 2012; (38):53-97.
- 55 - GOZZO, T et. al. A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000; v. 8, n. 3, p. 84-90.
- 56 – FERREIRA, D; NETO, G; LATORRE, G. Análise pelo QS-F da satisfação sexual feminina durante a gestação. *EFDeportes.com, Revista Digital*. 2011;

Ano 16, n. 158.

57 – MARTINS, S et. al. Sexualidade na gravidez: Influência no bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. Rev Port Clin Geral. 2007; 23:369-78.

58 - World Health Organization. Defining sexual health. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ Visualizado em 03/09/2014.

59 – OSIS, MJ. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Públ. 1998; 14(Supl. 1):25-32.

60 - SAVALL, AC; CARDOSO, LF. Construção do Questionário de Sexualidade na Gestação - QSG. FIEP Bulletin. 2008; v. 78 *Special Edition*, p. 422-426.

61 – BORGES, A; SCHOR N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21:499-507.

62 – VANELLI, C; SILVA, J. Sexo na Gestação na Percepção Masculina. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Miguel do Oeste: Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2011.

63 - MUELLER, L. Pregnancy and sexuality. JOGNN. 1985; 144:289-294.

64 – DALVI, A et. al. Benefícios da cinesioterapia a partir do segundo trimestre gestacional. Revista Saúde e Pesquisa. 2010; v. 3, n. 1, p. 47-51.

65 – PIASSAROLLI, V et. al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(5):234-40.

66 – ABDO, C et. al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. RBM rev. bras. Med. 2000; 57(11):1329-35.

67 – BARTELLAS, E et. al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG. 2000;107(8):964-968.

68 – MEIRELES, J et. al. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(7):2091-2103.

69 – HYDE, J et. al. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. The journal of sex research. 1996; Vol 33, No. 2, pp.143-151.

70 – MEDEIROS, M; COSTA, V; SANTOS T. Sexualidade na gravidez: vivências de gestantes. R. Interd. 2013; v.6, n.4, p.35-44.

71 - LEÓN, M; ALBUÉS, E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Rev Enfermería Global. 2013; n. 32, p. 362-370.

APÊNDICE 1

Análise da atividade sexual de gestantes de duas maternidades públicas do Rio de Janeiro

(Parte 1)

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS e da VIDA SEXUAL

Numero no registro: _____ Prontoúário: _____

Maternidade: |__| IFF |__| ME Tel(s) de contato: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|

Idade gestacional: |__|_|_| semanas

- Data da entrevista |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|

Qual a sua escolaridade?

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0.() 1ª a 4ª série incompleta. | 3.() 5ª a 8ª série completa. | 6.() 3º grau incompleto. | 9.() Mestrado. |
| 1.() 1ª a 4ª série completa. | 4.() 2º grau incompleto. | 7.() 3º grau completo. | 10.() Doutorado. |
| 2.() 5ª a 8ª série incompleta. | 5.() 2º grau completo. | 8.() Especialização. | 11.() Pós Doutorado. |

Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia:

Você já conversou com seu ginecologista obstetra ou outro profissional da saúde a respeito da sua sexualidade?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Não		
Sim, superficialmente		
Sim, em detalhes		

Desde o início do seu pré-natal houve alguma indicação médica para evitar relações sexuais?

Sim Não

Realiza tratamento medicamentoso para transtorno de humor?

Sim Não

Você possui privacidade para relação sexual no seu domicílio?

- Sempre
 Quase sempre
 Às vezes
 Quase nunca
 Nunca

(Parte 2)

QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QSG)

Aproximadamente, quantas vezes você tem relações sexuais?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Nunca		
Uma vez por mês		
Uma vez a cada 15 dias		
Uma vez por semana		
Duas vezes por semana		
Três vezes por semana		
Quatro vezes por semana		
Cinco vezes por semana		
Todos os dias		
Mais de uma vez por dia		

Quem mais comumente toma a iniciativa para ter relação sexual?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Eu mesma		
Meu marido/companheiro		
Nós dois na mesma proporção		

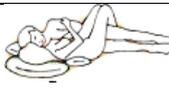
Qual(is) a(s) prática(s) sexual(is) que você REALIZA? Marque X para resposta SIM.

	Antes Gestação	Trimestre atual
Masturbação		
Ser masturbada pelo parceiro		
Masturbar o meu parceiro		
Masturbação mútua		
Receber sexo oral		
Fazer sexo oral no parceiro		
Sexo oral mútuo "69"		
Sexo pela vagina		
Sexo pelo ânus		
Estimulação com vibrador		
Outras		

Antes da relação vocês realizavam atividades sexuais preliminares (beijo, abraço, massagear, toques íntimos, lamber o corpo, ...)?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Nunca		
Raramente		
Às vezes		
Na maioria das vezes		
Sempre		

Quais posições vocês utilizam durante a relação sexual? Marque X para resposta SIM.

		Antes Gestação	Trimestre atual
	Posição 1 – face a face, homem por cima, deitados (posição do missionário)		
	Posição 2 – sem contato do olhar ("conchinha"), homem por cima, deitados		
	Posição 3 – sem contato do olhar ("conchinha"), homem de joelhos por cima e mulher de quatro		
	Posição 4 – sem contato do olhar ("conchinha"), lado a lado		
	Posição 5 – face a face, mulher deitada de costas e homem de lado		

	Posição 6 – face a face, mulher em cima, sentados		
	Posição 7 – sem contato do olhar (“conchinha”), mulher em cima, sentados		
	Posição 8 – face a face, mulher por cima sentada e homem deitado		
	Posição 9 - sem contato do olhar (“conchinha”), mulher por cima sentada e homem deitado de costas		

Quanto você já fez sexo com um estranho ou com uma pessoa pouco conhecida?

0.() Nunca	1.() Raramente	2.() Às vezes	3.() Na maioria das vezes	4.() Sempre
----------------	--------------------	-------------------	-------------------------------	-----------------

Agora, responda atribuindo um valor da escala: onde 0 é igual a nada e 10 é igual a muito.

Como você avalia o quanto é seu desejo sexual?

Antes Gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trimestre atual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como você avalia o quanto é sua excitação sexual?

Antes Gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trimestre atual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como você avalia o quanto é a sua satisfação sexual?

Antes Gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trimestre atual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você já teve orgasmo (“gozar”)?

0.() Não 1.() Sim 2.() Não sei

Com que frequência, você tem orgasmo durante a atividade sexual com seu parceiro?

	Antes	Trimestre atual
Nunca		
Raramente		
Às vezes		
Quase sempre		
Sempre		

Qual a intensidade de seu orgasmo?

Antes Gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trimestre atual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como é o seu gosto em relação à atividade sexual?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Não tive atividade sexual nesse período		
Não gosto nem um pouco		
Não gosto.		
Não gosto nem desgosto		
Gosto pouco		
Gosto		
Gosto muito		

Qual a(s) prática(s) sexual(is) que lhe PROPORCIONA(M) prazer?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Masturbação		
Ser masturbada pelo parceiro		
Masturbar o meu parceiro		
Masturbação mútua		
Receber sexo oral		
Fazer sexo oral no parceiro		
Sexo oral mútuo "69"		
Sexo pela vagina		
Sexo pelo ânus		
Estimulação com vibrador		
Outras		

Como você considera sua vida sexual?

	Antes Gestação	Trimestre atual
Muito ruim		
Ruim		
Regular		
Boa		
Excelente		

Como você avalia o quanto o sexo é importante na sua vida?

Antes Gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trimestre atual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Parte 3)

Motivos relacionados às mudanças na atividade sexual.

Motivos da piora:

- Dor/desconforto durante atividade sexual
- Indisposição/cansaço para atividade sexual
- Insegurança/medo para realizar atividade sexual nesse período
- Falta de vontade de realizar atividade sexual
- Ansiedade quanto à gestação (problema de saúde na mãe ou bebê, preocupações, ...)
- Medo de machucar o bebê
- Medo de antecipar o parto
- Problemas na relação com o parceiro
- Pouca disposição do parceiro para atividade sexual

Outras: _____

Motivos da melhora:

- Melhora da dor/desconforto durante atividade sexual
- Melhora da disposição para atividade sexual
- Maior segurança para realizar atividade sexual nesse período
- Maior vontade de realizar atividade sexual
- Diminuição da ansiedade quanto à gestação (problema de saúde na mãe ou bebê, preocupações, ...)
- Diminuição ou fim do medo de machucar o bebê
- Diminuição ou fim do medo de induzir ao parto
- Melhora na relação com o parceiro
- Maior disposição do parceiro para atividade sexual

Outras: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Análise da atividade sexual de gestantes de dois centros públicos do Rio de Janeiro**

Equipe de pesquisa:

Dr. Marcos Dias -Telefone 2254-1740 – e-mail marcosad@iff.fiocruz.br

Dra. Luiza Dalcin – Telefone 99461-6868 – e-mail luizadalcin@gmail.com

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira, Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, 22250-020, tel. (21) 2554-1700

Rubrica da Mulher

Rubrica do Pesquisador

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “Análise da atividade sexual de gestantes em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro”.

A sexualidade faz parte da vida do casal, e cada pessoa e cada casal tem uma forma diferente de exercê-la. A gravidez é um período de mudanças físicas temporárias na mulher e mudanças no estilo de vida da mulher e do casal. Sendo assim, a atividade sexual também exige algumas adaptações. Essa pesquisa tem como objetivo descrever como a atividade sexual das gestantes atendidas nas duas maternidades onde realizam pré-natal se modifica na gestação.

É importante sabermos como a sexualidade costuma ser exercida e percebida pelas mulheres durante a gestação e de que forma os profissionais devem abordar estas questões para que possam ajudá-las de maneira mais efetiva. As informações obtidas neste estudo serão úteis para conhecermos melhor as mudanças e adaptações da atividade sexual da mulher durante a gravidez.

Se concordar em participar, será realizada uma entrevista antes ou após a sua consulta no pré-natal, na qual serão feitas perguntas a respeito de sua atividade sexual. A entrevista será realizada pela pesquisadora em uma sala onde apenas você e a pesquisadora se encontrarão, garantindo assim sua privacidade.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você poderá abandonar ou se retirar do estudo a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo no tratamento ou acompanhamento nesta instituição. A pesquisadora também poderá excluir você do estudo a qualquer momento, se ela julgar necessário.

A sua participação será anônima e não será possível identificar as mulheres que responderam ao questionário. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem a sua identificação ou a de qualquer outra participante da pesquisa.

Os riscos relacionados ao estudo são aqueles que podem ocasionar algum stress pela abordagem deste tema. Caso durante ou após a entrevista você se sinta incomodada, a pesquisadora se propõe a conversar com você sobre o tema e esclarecer dúvidas que possam surgir. Outro risco é a possibilidade da quebra do sigilo, mas para dificultar que isso possa ocorrer você será identificada apenas com um número e apenas a pesquisadora poderá identificá-la.

Os benefícios do estudo estão relacionados à produção de conhecimento na área da sexualidade humana, especificamente na gestação, possibilitando aos profissionais uma atenção mais qualificada aos problemas nesta área.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pela pesquisadora do estudo, que servirá como um comprovante de participação no estudo e de que a pesquisadora responsável lhe dará o resultado do mesmo, caso queira recebê-lo.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: r; Telefone: 2554-1730/Fax: 2552-8491)

Autorizações e assinaturas

Eu, _____
autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: _____ Data _____

2 – Testemunha

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____ Documento: _____

3 - Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____

TCLE 1ª versão

Rubrica da Mulher

Rubrica do Pesquisador