



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Curso de Graduação em Enfermagem

MARCOS ANDRÉ VIANA FERREIRA NETO

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO: COMPORTAMENTO DOS CASAIS E
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Ceilândia/DF

2014

MARCOS ANDRÉ VIANA FERREIRA NETO

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO: COMPORTAMENTO DOS CASAIS E
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Ms Juliana Machado Schardosim

Ceilândia/DF

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

NETO, Marcos André Viana Ferreira

Sexualidade na gestação: comportamento dos casais e a atuação do profissional de saúde/
Marcos André Viana Ferreira Neto. Brasília: [s.n], 2014.
50f.: il.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Orientação: Juliana Machado ScharDOSim

1. Sexualidade 2. Gravidez 3. Cuidado Pré-Natal 4. Enfermagem

I. Neto, Marcos André Viana Ferreira II. Título Sexualidade na gestação:
comportamento dos casais e atuação do profissional de saúde.

NETO, Marcos André Viana Ferreira, Sexualidade na gestação: comportamento dos casais e atuação do profissional da saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Profª Ms. Juliana Machado Schardosim
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Ms. Anna Carolina Faleiros Martins
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Esp. Kassandra Silva Falcão Costa
Hospital Universitário de Brasília

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela oportunidade concedida e por estar finalizando mais uma etapa da minha vida. Aos meus pais, irmãos e familiares pelo apoio e compreensão e por terem acreditado em mim e no meu potencial. A minha namorada por toda ajuda e paciência. E ainda a minha orientadora, Prof. Msc. Juliana Schardosim por toda dedicação, confiança, apoio e paciência ao compartilhar conhecimentos indispensáveis para a realização desse trabalho.

NETO, MAVF. Sexualidade na gestação: comportamento dos casais e atuação do profissional de saúde. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014, 50p.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Sabe-se que a gestação é um período marcante na vida do casal em que ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que exigem adaptações familiares. A sexualidade é um assunto permeado de mitos e tabus devendo ser contemplada na perspectiva holística de cuidado à saúde praticada pelo enfermeiro. **OBJETIVO:** Conhecer o comportamento sexual do casal durante a gestação, segundo informações fornecidas pela gestante, e a abordagem dos profissionais de saúde sobre a temática durante o pré-natal. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo realizado em um Centro de Saúde de Ceilândia/DF. A amostra final compreendeu 103 gestantes. A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2014 por meio de entrevista semi-estruturada com perguntas fechadas. Os dados foram tratados e analisados no *software* SPSS versão 18. **RESULTADOS:** Os resultados foram apresentados em seis eixos: caracterização da amostra, abordagem profissional frente à sexualidade na gestação, comportamento, resposta e percepções sexuais das gestantes e mitos/tabus relacionados ao tema. Observou-se que o tema usualmente não é abordado no pré-natal pelos profissionais, quando abordado normalmente é de forma superficial. O comportamento sexual da amostra apresenta o sexo vaginal como prática usual, frequência de orgasmos similar antes e durante a gestação, prática de preliminares sempre antes do ato sexual, entre outras características. **CONCLUSÃO:** O sexo durante a gestação deve ser considerado normal, apesar das alterações biopsicossociais marcantes. Os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, devem preparar-se para abordar o assunto na assistência pré-natal para facilitar a vivência plena da sexualidade pelos casais grávidos.

Descritores: Sexualidade; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem Obstétrica

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is known that pregnancy is a remarkable period in the life of the couple that changes in biopsychosocial order requiring family adaptations occur. Sexuality is a subject fraught with myths and taboos should be considered in the holistic perspective of health care practiced by nurses. **OBJECTIVE:** To know the couple's sexual behavior during pregnancy, according to information provided by pregnant women, and the approach of health professionals on the subject during the prenatal period. **METHOD:** This was a cross-sectional, descriptive and quantitative study conducted in Health Center in a city Ceilândia / DF. The final sample included 103 (one hundred and three) pregnant women. Data collection was conducted from July to September 2014 through semi-structured interview with closed questions. Data were processed and analyzed using SPSS software version 18. **RESULTS:** The results were presented in six areas: sample characterization, professional approach towards sexuality during pregnancy, behavior, sexual response and perceptions of pregnant women and myths / taboos related to the theme. It was observed that the subject is not usually discussed in the prenatal professionals, usually when approached superficially. The sexual behavior of the sample has vaginal sex as common practice, frequency of orgasms similar before and during pregnancy, practical preliminary event before the sexual act, among other features. **CONCLUSION:** The sex during pregnancy should be considered normal, despite striking biopsychosocial changes. Health care professionals, especially nurses, should prepare themselves to address the issue in prenatal care to facilitate their sexualities for pregnant couples.

Descriptors: Sexuality; Pregnancy; Prenatal Care; Obstetric Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra estudada. Ceilândia, 2014	25
Tabela 2 – Abordagem de profissionais de saúde sobre a sexualidade na gestação. Ceilândia, 2014	26
Tabela 3 – Descrição do comportamento sexual na gestação segundo trimestre de gestação. Ceilândia, 2014	28
Tabela 4 – Resposta Sexual das Gestantes. Ceilândia, 2014	29
Tabela 5 – Percepção Sexual das Gestantes. Ceilândia, 2014	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 A gestação e modificações anatômicas da mulher	12
2.1.1 Aparelho reprodutor	12
2.1.2 Demais sistemas orgânicos	13
2.1.3 Alterações hormonais	14
2.1.4 Alterações psicossociais	16
2.2 A sexualidade durante a gestação	17
2.3 A abordagem sobre a sexualidade no pré-natal	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos	20
4 MÉTODO	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Local de Estudo	21
4.3 Participantes	21
4.4 Coleta de Dados	22
4.5 Análise das Informações	22
4.6 Aspectos Éticos	22
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	33
7 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados	44
APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50

1 INTRODUÇÃO

O ciclo vital da mulher possui três marcadores biológicos: a menarca na adolescência, a gravidez na idade adulta e a menopausa no climatério. A gestação é um período marcante na vida das mulheres, pois envolve a criação de uma nova vida no interior de seu ventre, vida esta que irá alterar a rotina de toda a família antes e após o nascimento (OLIVEIRA, 2005; SILVIA; FIGUEIREDO, 2005).

O período gestacional é marcado por diversas alterações que compreendem mudanças biológicas, sociais e psicológicas (SILVIA; FIGUEIREDO, 2005). Esse conjunto de alterações no corpo e na mente das gestantes somados à falta de informações, crendices populares, preconceitos e tabus podem interferir no seu comportamento sexual. As dificuldades relacionadas à sexualidade durante a gestação podem levar ao estresse, à ansiedade e a problemas conjugais, podendo afetar de maneira negativa a vida de um casal (VIEIRA et al, 2012).

O desejo sexual durante a gestação modifica-se no decorrer dos trimestres. No primeiro trimestre de gravidez a gestante pode apresentar diminuição na atratividade sexual, em virtude de sonolência, fadiga, cansaço, náuseas e medo de prejudicar o desenvolvimento do embrião. No segundo trimestre da gestação ocorre um aumento do desejo sexual, devido à estabilidade da gestação e a curiosidade de explorar o corpo em modificação. No terceiro trimestre de gestação é comum uma diminuição na atividade sexual novamente, devido à ansiedade em relação ao parto e a fatores orgânicos relacionados ao tamanho aumentado da gestante, que provoca desconforto no ato sexual (RICCI, 2008).

Alguns mitos e tabus permeiam o período gestacional, entre os mais conhecidos e divulgados destaca-se a possibilidade de machucar bebê durante o ato sexual, o risco de abortamento e/ou parto prematuro associado à relação sexual, a concepção do sexo como algo impuro e a falsa percepção de estar realizando uma fantasia incestuosa (LECH; MARTINS, 2003).

No acompanhamento pré-natal, destaca-se a atuação dos profissionais de saúde na assistência ao casal grávido. O pré-natal é uma oportunidade para o esclarecimento de dúvidas, desconstrução de tabus impostos pela sociedade e minimização de medos do casal. Durante esse período, espera-se que os profissionais de saúde ofereçam apoio e orientações a saúde da gestante, pois no pré-natal é possível detectar, prevenir e tratar agravos à saúde que podem aparecer

no decorrer da gestação. É possível ainda, orientar o casal quanto à manutenção e a satisfação sexual no ciclo gestacional (COSTA et al., 2010).

Diante desse contexto é fundamental a atuação dos profissionais da saúde na orientação, educação e acompanhamento desses casais. Dentre esses profissionais, ressalta-se o enfermeiro, que possui o componente educativo fortemente enraizado em sua prática de trabalho (BARBOSA et al., 2011).

Estudos que abordaram o tema sexualidade na gestação apontam que este assunto geralmente não é abordado durante o acompanhamento pré-natal, sendo este realizado na maioria das vezes apenas com foco nas alterações biológicas causadas pela gestação, apontam ainda que quando o profissional de saúde não inicia a conversa sobre o tema as gestantes/ casais grávidos sentem-se constrangidos em abordá-lo. Outro dado importante diz respeito à diminuição da frequência sexual na gestação o que pode levar a problemas conjugais e até mesmo separações, portanto a sexualidade na gestação consiste em um assunto importante de ser abordado (VIEIRA et al., 2012; PROGIANTI; COSTA, 2012; SAVALL et al., 2008; BARBOSA et al., 2011)

A motivação para o desenvolvimento desse estudo foi a vivência no acompanhamento da assistência pré-natal onde a abordagem do tema sexualidade na gestação não era realizada na maioria das vezes pelos diversos profissionais de saúde. Justifica-se a realização da pesquisa pelos achados apresentados por outros estudos, já citados anteriormente, que abordaram o tema.

A partir desta reflexão proponho as seguintes questões norteadoras: Qual é o comportamento sexual na gestação? Como os profissionais de saúde atuam no contexto de atenção primária à saúde no ciclo gestacional em um Centro de Saúde do município de Ceilândia/DF?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A gestação e as modificações anatômicas da mulher

A gestação é um processo biológico que tem por objetivo a reprodução e a perpetuação da espécie. Inicia-se na concepção por meio da fusão de um óvulo e um de espermatozoide e de suas cargas genéticas (materna e paterna). A fecundação geralmente ocorre nas trompas uterinas e, enquanto ocorrem as primeiras divisões celulares o conjunto de células (denominado zigoto), encaminha-se ao útero onde se fixará e desenvolverá o embrião/ feto por cerca de quarenta semanas (RICCI, 2008).

Durante o período gestacional ocorrem diversas mudanças no organismo materno envolvendo não apenas o aparelho reprodutor, mas também outros sistemas do corpo com o objetivo de suprir e acomodar as necessidades do embrião e do feto em desenvolvimento. Além das alterações biológicas as mulheres passam por diversas alterações emocionais e sociais decorrente de todas as mudanças geradas pela chegada de um novo membro à família (BARROS, 2009).

2.1.1 Aparelho reprodutor

Durante a gestação os diversos órgãos do sistema reprodutor passam por modificações em suas funções, secreções e estruturas. As alterações ocorrem em um período de tempo variado e de maneira única em cada mulher (SILVA; FIGUEIREDO, 2005; RICCI, 2008).

O útero é afetado diretamente pela gestação para abrigar e promover ambiente próprio ao desenvolvimento adequado do feto. Em resposta ao estímulo do estrogênio e da progesterona no primeiro trimestre ocorre aumento de vascularização e dilatação de vasos sanguíneos, hiperplasia das fibras musculares e alterações na decídua. Após o terceiro mês de gestação o útero aumenta em volume, principalmente por ação mecânica do crescimento fetal saindo, deste modo, da cavidade pélvica para a cavidade abdominal (PRATES et al., 2005; RICCI, 2008).

No início da gestação o colo do uterino também é modificado, entre a 6ª e 8ª semana de gravidez o colo inicia o seu amolecimento representando um sinal importante para o diagnóstico da gestação. Durante esse mesmo período ainda

ocorre a hiperplasia das glândulas endocervicais, levando a uma maior produção de muco cervical, o qual Influenciado pelo hormônio da progesterona forma um tampão que bloqueia e protege cérvix uterina contra possíveis infecções bacterianas (RICCI, 2008).

A vulva e a vagina também sofrem modificações para estarem preparadas para a distensão necessária durante o parto. Essas duas estruturas, sob a influência do estrogênio, tornam-se mais vascularizadas, resultando em um aumento na sensibilidade vaginal, podendo levar a um maior interesse e excitação sexual. A produção glandular também sofre influência do aumento de vascularização da vagina, as secreções vaginais tornam-se mais ácidas, brancas e espessas, no entanto, não causa prurido ou ardência, mas podem favorecer as infecções vaginais fúngicas (PRATES et al., 2005; RICCI, 2008).

Os ovários no início da gestação possuem papel fundamental na produção de hormônios que apoiam a gestação até a 6ª ou 7ª semana, pois a placenta ainda não está totalmente preparada para ser a principal produtora de progesterona. No entanto, ao progredir a gestação os ovários aumentam de tamanho, por conta de um maior suporte sanguíneo, mas não se tornam palpáveis porque o útero preenche a cavidade pélvica. É necessário resaltar que durante a gestação a ovulação é interrompida, devido a elevados níveis de estrogênio e progesterona, que bloqueiam ou suprimem a secreção de LH e FSH pela adenohipófise (RICCI, 2008).

As mamas durante a gestação sofrem várias modificações sob a influência da progesterona e do estrogênio, tornam-se mais volumosas e sensíveis. Os mamilos tornam-se maiores, mais eretos e ganham uma pigmentação profunda juntamente com as aréolas. As glândulas sebáceas são mais proeminentes e os ductos lactíferos e o tecido alveolar se proliferam com o objetivo de produzir o alimento necessário e essencial ao recém-nascido (PRATES et al., 2005; RICCI, 2008).

2.1.2 Demais sistemas orgânicos

Apesar de o sistema reprodutivo feminino apresentar modificações mais evidentes durante a gravidez, outros sistemas do corpo da mulher também apresentam alterações diversas. O sistema gastrointestinal é um sistema extenso em que diversas estruturas desde a boca até o reto sofrem alterações decorrentes da gestação. As principais modificações evidenciadas nesses órgãos são: gengivas

sensíveis e de fácil tendência a sangrar, salivação excessiva e de característica ácida, esvaziamento gástrico lento, diminuição da peristalse, distensão abdominal, constipação intestinal e enjoos (náuseas e vômitos) (RICCI, 2008).

O sistema cardiovascular altera-se neste período, pois o corpo da mulher necessita satisfazer as novas demandas exigidas pelo feto, para isso, é necessário aumentar a volemia, o débito cardíaco, a frequência cardíaca e os componentes do sangue, principalmente plasma e hemácias. A pressão arterial no início da gravidez cai lentamente, pela ação de hormônios, recuperando-se na segunda metade da gestação (RICCI, 2008).

O sistema respiratório é modificado pelo crescimento do útero, pois o espaço que abriga os pulmões fica diminuído enquanto o útero aumenta, não modificando a forma e nem o tamanho da cavidade torácica. Nesta fase, a respiração torna-se mais profunda e mais rápida, pois há uma maior necessidade de oxigênio para a mãe e para o feto (RICCI, 2008).

O sistema renal e o urinário trabalham de forma mais intensa durante a gravidez, onde a taxa de filtração glomerular, o fluxo e o volume da urina aumentam devido ao maior fluxo sanguíneo para os rins. Ambos os ureteres dilatam-se, tornando o fluxo de urina retardado, o que leva a uma maior predisposição a infecções de trato urinário nas gestantes (RICCI, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

O sistema musculoesquelético também é alterado. Ocorre modificação na postura da gestante devido ao ganho de peso e deslocamento do centro de gravidade além de alterações nas articulações com o objetivo de tornar o parto mais fácil (RICCI, 2008).

2.1.3 Alterações hormonais

Os hormônios são substâncias químicas produzidas pelo corpo que atuam de forma a controlar ou ajudar no controle de algumas funções. Estes possuem papéis vitais durante a fase pré-gravídica, contudo, eles são igualmente importantes durante a gravidez, pois facilitam o fluxo de nutrientes entre mãe e conceito, proporcionam ambiente favorável para o desenvolvimento fetal intra-uterino, atuam no crescimento celular e no amadurecimento do feto e sinalizam para o corpo da mulher o início do parto (GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

Durante o período gravídico, são quatro os principais hormônios envolvidos: a progesterona, o estrogênio, a gonadotrofina coriônica humana (hCG) e o lactogênio placentário humano (hPL). Eles atuam dentro e entre os compartimentos amnióticos, fetoplacentário e materno (MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

A progesterona é produzida e secretada inicialmente pelo corpo lúteo, no entanto, ocorre uma transferência luteoplacentária, até o momento em que a placenta assume a função de sintetizar e secretar esse hormônio. Inicialmente o corpo lúteo é indispensável para a nidação e placentação, e conseqüentemente para a manutenção da gestação. Após esse período inicial a placenta torna-se suficiente para manter a gravidez, mesmo na ausência dos ovários, atuando de modo a tornar disponíveis nutrientes adicionais armazenados no endométrio. Além disso, exerce efeitos inibidores na musculatura uterina, para que ela possa manter-se relaxada durante toda a gestação (GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

O estrogênio inicialmente possui mecanismo de síntese semelhante ao da progesterona, relacionado ao corpo lúteo. No entanto, no decorrer da gestação o concepto atua de forma ativa na síntese desse hormônio. O estrogênio provoca na gestante proliferação da musculatura uterina, aumento do suporte sanguíneo para o útero, dilatação dos órgãos sexuais e relaxamento dos ligamentos pélvicos para promover uma adequada passagem para o feto no momento do nascimento (GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

A gonadotrofina coriônica humana é um hormônio produzido e secretado pelos tecidos fetais em desenvolvimento, os trofoblastos. O hCG tem como função manter o corpo lúteo intacto (durante 2 a 4 meses da gestação), impedindo a sua involução até que a placenta assuma sua função secretora de hormônios (GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

O lactogênio placentário humano é um hormônio secretado na circulação materna a partir da 5ª semana de gestação que possui efeito, quando em grandes quantidades, sobre o desenvolvimento das mamas. Outro efeito desse hormônio é promover o crescimento fetal, semelhante ao efeito do hormônio do crescimento humano. Por fim, ele exerce funções metabólicas, diminuindo a utilização da glicose e dos ácidos graxos pela mãe disponibilizando-os em níveis sanguíneos elevados ao feto (GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

2.1.4 Alterações psicossociais

O ciclo gravídico constitui-se um dos períodos de crise na vida feminina, em que a mulher experimenta um conjunto de emoções e sentimentos (BARROS, 2009). Essas mudanças psicossociais ocorrem simultaneamente com as demais mudanças fisiológicas do corpo da mulher, no entanto, a elaboração dessas emoções é influenciada pela sua formação emocional, sua base cultural e sociológica, sua aceitação ou rejeição da gravidez e sua rede de apoio (OLDS et al., 2004).

A maternidade é um processo intenso, permeado por importantes transformações pessoais e sociais. As vidas dessas mulheres passam por intensas mudanças neste período permeadas por expectativas e incertezas. Neste contexto a mulher encontra-se no centro de todo este processo (BARROS, 2009)

Durante a gestação há uma ampla variedade de emoções relacionada à maternidade, no entanto, grande parte das mulheres apresentam respostas semelhantes. Essas respostas comumente incluem ambivalência em relação à gestação, introversão, aceitação, mudanças de humor e alterações da própria imagem (RICCI, 2008).

A ambivalência é caracterizada pelo sentimento conflituoso, o qual provoca respostas flutuantes pelas gestantes. Esse sentimento é universal e considerado normal quando alguém se prepara para mudanças de um modo geral. As grávidas comumente sentem-se ambivalentes no primeiro trimestre, no entanto, com a evolução da gestação e com o aparecimento dos movimentos fetais a ambivalência evolui para a aceitação da gravidez. A expressão desta aceitação pode ocorrer de forma positiva e/ou na forma de abstrações em relação ao feto (RICCI, 2008; BARROS, 2009).

A introversão é caracterizada pelo foco da gestante nela mesma, comumente associado ao período inicial da gestação. Este sentimento se expressa pelo isolamento, sono excessivo e preocupação consigo mesma. A introversão parece ser maior no primeiro e no último trimestre, quando o foco da mulher concentra-se no comportamento seguro e sadio para um bom desfecho da gestação (RICCI, 2008).

A labilidade emocional ou mudança de humor acompanha a gestante ao longo de toda gestação, caracterizada por mudanças repentinas e imotivadas do

humor, equivalendo a uma “montanha russa emocional”. A alteração da percepção da própria imagem durante a gestação ocorre de modo variável entre as mulheres, apresentando sentimentos positivos, nunca presenciados pelas gestantes, ou até mesmo sentimentos desconfortáveis e angustiantes, com relação às modificações anatômicas naturais da gestação (RICCI, 2008).

2.2 A sexualidade durante a gestação

A sexualidade é um aspecto importante na vida do indivíduo, que envolve dimensões interdependentes e inter-relacionadas (MOTA et al., 2009. p.1). O emprego dessa palavra nos remete muitas vezes à relação sexual, no entanto, ela aborda uma série de situações e atividades que levam à excitação, à satisfação e ao prazer, estas podem variar dependendo dos aspectos culturais de cada pessoa (SOUTO et al., 2012).

Na gestação, a sexualidade pode modificar-se por diversas causas. São elas: as alterações corporais, os preconceitos enraizados na mulher, no parceiro e na família, a má orientação ou falta de orientação do profissional de saúde sobre a sexualidade neste período, a insegurança, a baixa autoestima e medo de machucar ou até mesmo atrapalhar o desenvolvimento do feto. Essas modificações dependem de como as mulheres se percebem, avaliam e valorizam esta fase de sua vida (MOTA; et al., 2009; SOUTO et al., 2012).

No período gestacional a mulher e o homem passam por algumas transformações, relacionadas à maturidade emocional, à definição de papéis e ao grau de aceitação da gravidez, podendo acarretar a inibição ou o aumento da atividade sexual (SOUTO et al., 2012). Com base nestes aspectos alguns estudos demonstram que ocorrem modificações na sexualidade do casal no decorrer dos trimestres de gestação.

O primeiro trimestre de gestação é caracterizado pela diminuição na atratividade sexual, relacionado aos sintomas gestacionais (fadiga, sonolência, náuseas e cansaço) além de possível medo de prejudicar o desenvolvimento do embrião. No segundo trimestre de gestação costuma haver um aumento do desejo sexual que havia diminuído no primeiro trimestre, isto se deve à estabilidade da gestação e vontade de explorar o corpo em modificação, já que é neste período em que as alterações anatômicas tornam-se mais evidentes. O terceiro trimestre de

gestação costuma ser novamente marcado por uma diminuição na atividade sexual, devido a fatores orgânicos relacionados ao tamanho aumentado da gestante, que provoca desconforto no ato sexual e à ansiedade em relação ao parto (RICCI, 2008; BARROS, 2009)

A sexualidade na gestação deve ser encorajada e praticada, entretanto cabe ressaltar que alguns casos de gestação de alto risco ou ameaça de abortamento, a gestante deve manter repouso relativo ou até mesmo absoluto, sendo proibido o coito enquanto perdurar essas alterações (BARBOSA; et al., 2011).

2.3 A abordagem sobre a sexualidade no pré-natal

Diante das modificações anatômicas, fisiológicas e psicológicas, juntamente aos mitos, tabus, questões religiosas e socioculturais relacionadas à gestação, e suas repercussões sobre a sexualidade, destaca-se a importância de atuação dos profissionais de saúde no preparo e na orientação do casal grávido a este respeito (BARBOSA et al., 2011; SOUTO et al., 2012).

No acompanhamento das gestantes pelos profissionais de saúde é fundamental que se faça uma assistência de qualidade, cujo objetivo é minimizar a ansiedade e o medo decorrente do processo gravídico, acompanhar o desenvolvimento e o crescimento fetal, como também fornecer um auxílio aos familiares da gestante neste período tão importante (COSTA et al., 2010). Deste modo, os profissionais deverão desenvolver uma escuta ativa e sem preconceitos acerca das expressividades das gestantes. Espera-se que os profissionais ofereçam orientação, apoio, respeito, encorajamento e envolvam-se em todos os aspectos do planejamento e do cuidado a mulher. Neste atendimento é possível ainda prevenir, detectar e tratar problemas que poderão surgir no decorrer da gravidez, através do fornecimento de informações cada vez mais acessíveis, corretas e de fácil compreensão (COSTA et al., 2010).

É necessário ressaltar a atuação do enfermeiro, pois este possui um componente educativo fortemente enraizado em sua prática de trabalho. Com a ajuda desse profissional é possível durante a gestação construir uma educação em saúde voltada para a promoção da saúde e para o bem-estar da mãe, do filho e da família a sua volta (COSTA et al., 2010; BARBOSA et al., 2011).

O pré-natal é uma excelente oportunidade tanto para o casal expressar suas dúvidas e medos, como também para o profissional de saúde esclarecer dúvidas, fornecer informações corretas e desconstruir mitos/tabus que possibilitem a manutenção e a satisfação sexual do casal (VIEIRA et al., 2012). Por fim, é importante salientar que a melhoria da assistência em saúde deve se voltar à capacitação dos profissionais de saúde, com foco no aperfeiçoamento constante das relações sociais desenvolvidas no dia a dia do serviço (COSTA et al., 2010).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Conhecer o comportamento sexual do casal durante a gestação, segundo informações fornecidas pela gestante, e a abordagem dos profissionais de saúde sobre a temática durante o pré-natal.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra estudada segundo dados sócio-demográficos e obstétricos;
- Traçar o comportamento sexual das gestantes atendidas em um Centro de Saúde de Ceilândia/DF;
- Investigar como o tema é abordado pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal;
- Identificar os mitos/tabus relacionados à sexualidade na gestação presentes na amostra estudada.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. O estudo transversal caracteriza-se por coleta dados em um único momento, sem acompanhamento posterior da amostra estudada (ANDRADE, 2009). O delineamento descritivo prevê que o estudo tem intenções de expor características de determinado fenômeno ou população (FREIXO, 2012). A pesquisa quantitativa tem como objetivo obter resultados quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa (FONSECA, 2002).

4.2 Campo do Estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da região administrativa do município de Ceilândia, cidade satélite de Brasília localizada no Distrito Federal. Neste Centro de Saúde as consultas de pré-natal seguem o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil intercalando-se as consultas entre médico e enfermeiro.

4.3 População e Amostra

A população foi composta por gestantes em todos os trimestres de gestação. A amostra calculada para realização do estudo incluía 118 gestantes conforme cálculo realizado considerando a população total de mulheres adstrita ao Centro de Saúde onde foi desenvolvido o estudo, o percentual de mulheres em idade fértil do Distrito Federal e a taxa de fecundidade no Distrito Federal com um intervalo 95% de confiança e um erro de 5%.

Foram incluídas no estudo as gestantes que estavam realizando o pré-natal em um Centro de Saúde da Ceilândia por médicos ou enfermeiros. Foram excluídas do estudo as gestantes que não possuíam parceiros sexuais fixos, gestantes com menos de 18 anos de idade e que não obtiveram autorização de um responsável

legal para participar da pesquisa, gestantes que preencheram os questionários de forma incorreta e gestantes que tinham contraindicação de relações sexuais durante a gestação pelo médico ou enfermeiro devido a problemas na gestação (ameaça de abortamento, trabalho de parto pré-termo, entre outros).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador na unidade de saúde. As pacientes foram selecionadas a partir da agenda do dia da equipe médica ou da equipe de enfermagem, sendo todas convidadas a participar do estudo conforme o preenchimento dos critérios de inclusão e exclusão.

As entrevistas aconteceram antes ou após a consulta com o profissional de saúde da unidade, em um consultório próprio para pesquisa respeitando a privacidade da paciente. O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelo próprio pesquisador, sendo adaptado a partir de um outro estudo (SAVALL; et al., 2008). O instrumento possuía 28 questões fechadas, sendo dividido em seis perspectivas: (1) informações gerais, (2) abordagem profissional, (3) comportamento sexual, (4) resposta sexual, (5) percepção sexual e (6) mitos/tabus na gestação. Este instrumento de coleta de dados foi respondido pelas próprias gestantes (APÊNDICE A).

4.5 Análise de Dados

Os dados obtidos durante a pesquisa foram tratados e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18. Realizou-se estatística descritiva de dados obtidos por meio de questionário específico (APÊNDICE A).

4.6 Aspectos Éticos

Os princípios éticos foram respeitados, com a finalidade de proteger os direitos dos sujeitos de pesquisa e em atenção às determinações dos órgãos que legislam sobre pesquisa com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Para contemplar os aspectos éticos, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aceite das pacientes em participar do estudo (APÊNDICE B). No TCLE constaram, de forma simplificada, informações acerca dos objetivos da pesquisa, os procedimentos a que as participantes foram submetidas, o direito à participação voluntária e à recusa de responder quaisquer das questões, os riscos e benefícios previstos, a garantia de privacidade das informações e de uso exclusivo com finalidade científica, a garantia de anonimato dos participantes e do direito de desistirem de participar do estudo a qualquer momento.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS), parecer nº 643.721.

5 RESULTADOS

A amostra inicial do estudo incluiu 118 gestantes, no entanto, foram excluídas 15 gestantes por preenchimento incompleto do questionário, deste modo a amostra final estudada totalizou 103 gestantes. As entrevistas foram realizadas entre julho e setembro de 2014.

Os dados analisados serão apresentados concentrando-se em seis perspectivas, são elas: (1) caracterização da amostra, (2) abordagem profissional frente à sexualidade na gestação, (3) comportamento, (4) resposta e (5) percepção sexual das gestantes e (6) mitos/tabus relacionados ao tema. As informações foram organizadas em tabelas para melhor visualização e compreensão dos resultados do estudo. As variáveis categóricas serão expressas em suas frequências absoluta e relativa enquanto as contínuas expressas com média \pm desvio padrão ou mediana (intervalo interquartil) conforme a distribuição dos eventos na amostra estudada.

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra estudada de acordo com os dados sócio-demográficos e obstétricos pesquisados. Sobre os dados sócio-demográficos observou-se que a idade média dessas mulheres foi de 26,6 anos, tendo a mais nova 15 anos e a mais velha 45 anos. Com relação à escolaridade a maioria das mulheres possuía ensino médio completo. Grande parte da amostra residia com seu companheiro e a maioria referiu estar há anos se relacionando com o atual companheiro. Ao indagar as gestantes se elas possuíam alguma atividade remunerada, a resposta que apresentou maior frequência foi sim. Dentre as respondentes que referiram não possuir atividade remunerada informaram ser donas de casa, desempregadas ou estudantes. Sobre a renda familiar, identificou-se que grande parte da amostra vive com a renda de 2 a 3 salários mínimos, tendo como base salarial o valor de R\$724,00 reais, em 2014.

Os dados obstétricos da amostra estudada demonstraram que a idade gestacional média desse grupo foi de 24,33 semanas. Houve predominância de mulheres multíparas e mulheres sem morbidades na gestação atual. Dentre as gestantes que referiram alguma morbidade observou-se a ocorrência de pré-eclampsia, infecção do trato urinário, anemia, microcitose, toxoplasmose, hipertensão arterial, mioma, talassemia menor, hipotireoidismo e adenoma de hipófise. Com relação ao relato do desejo da gravidez, a maioria da amostra referiu estar pronta para engravidar (TABELA 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra estudada. Ceilândia, 2014.

	n(%)
Idade*	26,5±6,9
Idade Gestacional*	24,33±10,49
Paridade	
Primigesta	47 (45,6)
Múltipara	56 (54,4)
Morbidades na Gestação	
Sem Morbidades	94 (91,3)
Pré-Eclâmpsia	2 (1,9)
Outras Morbidades	7 (6,8)
Escolaridade	
Analfabetos	2 (1,94)
Ensino Fundamental Completo	27 (26,2)
Ensino Médio Completo	58 (56,3)
Superior Completo	15 (14,56)
Outro	1 (1)
Estado Civil	
Solteira	12 (11,7)
Casada	38 (36,9)
Separada/ Divorciada	1 (1)
Reside com o companheiro	52 (50,4)
Atividade Remunerada	
Sim	53 (51,5)
Não	50 (48,5)
Renda Familiar	
Até 1 Salário Mínimo	35 (34)
2 – 3 Salários Mínimos	45 (43,7)
4 – 5 Salários Mínimos	19 (18,4)
5 ou mais Salários Mínimos	3 (2,9)
Não Respondido	1 (1)
Tempo de Relacionamento	
Dias ou Semanas	4 (3,8)
Meses	12 (11,7)
Anos	87 (84,5)
Gravidez Desejada?	
Não queria engravidar	23 (22,3)
Queria engravidar, mas não agora	33 (32,1)
Estava pronta para engravidar	47 (45,6)

* Variáveis contínuas simétricas expressas em média ± desvio padrão

A seguir são apresentados dados acerca da abordagem dos profissionais de saúde sobre a sexualidade na gestação. As perguntas direcionadas às mulheres solicitavam sua avaliação sobre a abordagem dos profissionais de saúde antes da gestação e em cada trimestre gestacional. Os métodos de abordagem não foram considerados no questionário, mas podem ser consultas, palestras ministradas no local da realização da pesquisa ou outras formas.

Neste sentido, observou-se que antes da gestação grande parte das gestantes não havia conversado sobre este assunto com nenhum profissional e este comportamento manteve-se no decorrer da gestação em todos os trimestres. As gestantes que aparecem na opção “não se aplica” são mulheres que ainda se encontravam nos trimestres anteriores de gestação e portanto não puderam opinar sobre o trimestre em questão (TABELA 2).

Tabela 2 – Abordagem de profissionais de saúde sobre a sexualidade na gestação. Ceilândia, 2014.

	Antes da Gestação n(%)	1º Trimestre n(%)	2º Trimestre n(%)	3º Trimestre n(%)
NA	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (20,4)	59 (57,28)
Não	65 (63,1)	75 (72,8)	59 (57,3)	33 (32,02)
Superficialmente	26 (25,2)	21 (20,4)	14(13,6)	6 (5,8)
Em Detalhes	12 (11,7)	7 (6,8)	9 (8,7)	5 (4,9)
Total	103(100)	103(100)	103(100)	103(100)

NA = não se aplica. Corresponde às gestantes que não podiam opinar sobre o período, pois ainda não se encontravam naquele trimestre de gestação.

Ainda sobre a abordagem dos profissionais de saúde sobre o tema estudado, perguntou-se às gestantes entrevistadas quais profissionais haviam conversado com elas sobre a sexualidade na gestação. Do total da amostra, 51 gestantes (49,5%) responderam que nenhum profissional havia conversado, 23 gestantes (22,33%) referiram ter sido abordado o tema pelo médico, 20 gestantes (19,41) referiram o enfermeiro como profissional que abordou o tema e 9 gestantes (8,76%) referiram outras categorias profissionais (técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social e psicólogo). Entre as 52 gestantes que referiram alguma categoria profissional que abordou o tema solicitou-se ainda que elas atribuíssem uma nota de 0 a 10 para as informações passadas por esses profissionais. Obteve-se uma nota média \pm desvio padrão de $8 \pm 1,7$.

Nos resultados apresentados a seguir a amostra está estratificada por trimestre de gestação. Foi solicitado que as gestantes respondessem as perguntas sobre sexualidade antes da gestação e no trimestre de gestação em que se encontravam no momento da coleta de dados. Tentou-se assim evitar viés de memória e confusão causados pela confusão que as gestantes poderiam fazer pensando em cada trimestre de gestação. Das 103 gestantes incluídas na amostra

final da pesquisa 21 (20,39%) encontravam-se no primeiro trimestre de gestação, 38 (36,89%) encontravam-se no segundo trimestre de gestação e 44 (42,72%).

O comportamento sexual na gestação na amostra estudada está descrito com relação à frequência sexual, práticas sexuais realizadas pelas gestantes, iniciativa para a ocorrência de relações sexuais e frequência de preliminares realizada pelo casal, segundo cada trimestre de gestação. Nota-se que a frequência de relações sexuais antes da gestação e no primeiro trimestre para a maioria da amostra era de mais de uma vez na semana, no segundo trimestre grande parte referiu frequência semanal e no terceiro trimestre a amostra ficou dividida entre semanalmente e mais de uma vez na semana. Salienta-se que 2 gestantes das 44 gestantes que encontravam-se no terceiro trimestre de gestação referiram nunca como resposta (TABELA 3).

Nos dados referentes às práticas sexuais, destaca-se o sexo vaginal prevalente em todos os períodos, tanto antes da gestação como durante a gestação nos três trimestres. Observou-se ainda neste grupo que parte da amostra atribuiu múltiplas respostas a esta pergunta o que já era esperado uma vez que acredita-se que grande parte da população tenha múltiplas práticas sexuais inclusive no ciclo gravídico-puerperal (TABELA 3). É necessário destacar que no questionário aplicado (ANEXO A) haviam subcategorias porém entendeu-se que a apresentação dos resultados nas categorias masturbação, sexo oral, sexo vaginal, sexo anal e estimulação por vibrador seria mais clara, sendo assim os dados das subcategorias foram agrupados.

Com relação à iniciativa para relação sexual, foi possível verificar que tanto antes da gestação como também no decorrer dela em todos os trimestres a gestante e seu parceiro tomavam iniciativa juntos para ter relação sexual, sendo seguido pela iniciativa do parceiro em todas outras ocasiões gravídicas ou não. As preliminares (beijos, abraços, massagens toque íntimos, etc) antes da relação sexual apareceram com a opção sempre de forma mais expressiva antes e durante a gestação nos três trimestres. Deve-se aqui destacar que a opção nunca apareceu no segundo trimestre e permaneceu com a mesma frequência no terceiro trimestre (TABELA 3).

Tabela 3 – Descrição do comportamento sexual na gestação segundo trimestre de gestação. Ceilândia, 2014.

	Antes da Gestação n(%)	1º Trimestre n(%)	2º Trimestre n(%)	3º Trimestre n(%)
Frequência de relações sexuais				
Não respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,82)
Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,55)
Mensalmente	5 (4,9)	1 (4,76)	7 (18,42)	4 (9,09)
Quinzenalmente	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,63)	3 (6,82)
Semanalmente	11(10,7)	6 (28,58)	10 (26,32)	16 (36,36)
Mais de 1x por semana	86 (83,4)	14 (66,66)	20 (52,63)	16 (36,36)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Práticas sexuais realizadas				
Não Respondeu	1 (1,0)	1 (4,76)	0 (0,0)	2 (4,55)
Masturbação	5 (4,9)	2 (9,52)	3 (7,9)	1 (2,27)
Sexo Oral	8 (7,77)	0 (0,0)	2 (5,26)	3 (6,82)
Sexo Vaginal	71 (68,94)	16 (76,2)	28 (73,68)	32 (72,72)
Sexo Anal	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Estimulação por Vibrador	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Masturbação + Sexo Vaginal	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,63)	0 (0,0)
Sexo Oral + Sexo Vaginal	7 (6,79)	1 (4,76)	3 (7,9)	3 (6,82)
Sexo Oral + Sexo Anal	2(1,9)	0 (0,0)	1 (2,63)	0 (0,0)
Sexo Vaginal + Sexo Anal	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Masturbação + Sexo Oral + Sexo Vaginal	3 (2,9)	1 (4,76)	0 (0,0)	2 (4,55)
Sexo Oral + Sexo Vaginal + Sexo Anal	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Masturbação + Sexo Oral + Sexo Vaginal + Sexo Anal	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,27)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Iniciativa para relação sexual				
Não Respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,55)
Eu mesma	8 (7,8)	1 (4,76)	3 (7,9)	3 (6,82)
Meu Parceiro	25 (24,3)	8 (38,1)	18 (47,37)	12 (27,27)
Nós dois	70 (67,9)	12 (57,14)	17 (44,73)	27 (61,36)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Preliminares				
Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,26)	2 (4,55)
Raramente	7 (6,8)	1 (4,76)	3 (7,9)	4 (9,09)
Algumas Vezes	14 (13,6)	2 (9,52)	9 (23,69)	4 (9,09)
Sempre	82 (79,6)	18 (85,72)	24 (63,15)	34 (77,27)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)

Os próximos dados, apresentados na tabela 4, descrevem a resposta sexual das gestantes antes de engravidar, bem como, no seu processo gravídico. As perguntas inicialmente foram direcionadas ao desejo, excitação e satisfação sexual com atribuição de notas numéricas entre 0 a 10. Além destes dados perguntou-se

acerca de frequência de orgasmos e ocorrência de dor na relação sexual, estas respostas foram expressas em variáveis categóricas.

Por meio das notas observou-se que o desejo sexual era maior antes da gravidez e foi diminuindo progressivamente ao longo dos trimestres de gestação. A excitação sexual também era maior antes da gravidez, porém comparando-se as notas dos trimestres gestacionais não há grande diferença do primeiro para os demais e a nota média foi idêntica entre segundo e terceiro trimestres. A satisfação sexual também apresentou-se maior antes da gestação, mantendo-se similar nos dois primeiros trimestres e caindo um pouco mais no terceiro trimestre gestacional.

A frequência de orgasmos apresentou-se mais expressiva na opção “sempre” antes da gestação, mas foi expressivo o percentual de resposta “algumas vezes” neste mesmo período. Ao longo da gestação observou-se que a maioria respondeu “algumas vezes” nos dois primeiros trimestres e houve mesmo percentual de respostas “sempre” e “algumas vezes” no terceiro trimestre gestacional (TABELA 4).

A dor na relação sexual foi expressa como “nunca” em maior proporção antes da gestação sendo expressivo o percentual de respostas “depende da posição” neste período. Ao longo dos trimestres gestacionais observou-se maior frequência de resposta nunca apenas no primeiro trimestre de gravidez e depende da posição nos trimestres seguintes (TABELA 4).

Tabela 4 – Resposta Sexual das Gestantes. Ceilândia, 2014.

	Antes da Gestação n(%)	1º Trimestre n(%)	2º Trimestre n(%)	3º Trimestre n(%)
Desejo Sexual*	8,37±1,87	7,0±2,96	6,92±2,31	6,5±2,56
Excitação*	8,15±2,09	6,5±2,77	6,36±2,32	6,36±2,73
Satisfação Sexual*	8,8±1,57	7,36±2,68	7,56±2,39	6,77±2,61
Frequência de Orgasmos				
Nunca	8 (7,8)	3 (14,28)	5 (13,15)	7 (15,9)
Raramente	8 (7,8)	2 (9,52)	6 (15,8)	7 (15,9)
Algumas Vezes	40 (38,7)	9 (42,85)	15 (39,48)	15 (34,1)
Sempre	47 (45,7)	7 (33,35)	12 (31,57)	15 (34,1)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Dor na Relação Sexual				
Nunca	66 (64,1)	12 (57,14)	13 (34,21)	10 (22,72)
Depende da Posição	30 (29,1)	6 (28,58)	16 (42,11)	18 (40,90)
No Início da Penetração	6 (5,8)	1 (4,76)	5 (13,15)	4 (9,09)
Na Penetração Profunda	0 (0,0)	1 (4,76)	1 (2,63)	5 (11,39)
Sempre	1 (1,0)	1 (4,76)	3 (7,9)	7 (15,9)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)

* Variáveis contínuas simétricas expressas em média ± desvio padrão

A tabela 5 diz respeito à percepção sexual das gestantes componentes da amostra de estudo. Entende-se como percepção sexual aspectos relacionados ao gosto da gestante pela atividade sexual, frequência de relação sexual segundo disposição da gestante, frequência de relação sexual segundo disposição do parceiro, práticas sexuais que proporcionam prazer à gestante, conceito delas sobre a sua vida sexual e por fim a importância do sexo para elas em cada período estudado.

Com relação ao gosto pela atividade sexual, no período antes da gestação a maioria da amostra gostava ou gostava muito da prática sexual, no primeiro trimestre a maioria gostava muito, no segundo e terceiro trimestres grande parte gostava e algumas gostavam pouco. Sobre a frequência sexual segundo disposição da gestante, foi possível visualizar que antes da gestação e durante a gestação, nos três trimestres a resposta mais referida foi mais de 1 vez na semana. Com relação à frequência sexual segundo a disposição do parceiro, avaliado pelas próprias gestantes, obteve-se o mesmo padrão de resposta (TABELA 5).

Com relação às práticas sexuais que proporcionam maior prazer para as gestantes, deve-se destacar o sexo vaginal prevalente em todos os períodos estudados. Nesta pergunta, foi possível também identificar a atribuição de múltiplas respostas à pergunta (TABELA 5).

Ao perguntar como as gestantes consideravam sua vida sexual, a resposta mais frequente antes da gestação foi excelente com percentual expressivo de respostas da alternativa boa. No entanto, durante a gestação, nos três trimestres a resposta com maior prevalência foi boa. Salienta-se que nos trimestres gestacionais houve aumento de respostas da alternativa regular em comparação com o período antes da gestação. Com relação à importância do sexo na vida das entrevistadas, respondida por meio de nota numérica, constatou-se distribuição simétrica das respostas antes da gestação e no segundo trimestre gestacional e distribuição assimétrica no primeiro e terceiro trimestres gestacionais. Nota-se que a maior nota foi atribuída no período antes da gestação mantendo-se nota menor e constante nos trimestres de gestação. Cabe salientar que as respostas sobre frequência sexual segundo disposição do parceiro foram respondidas pelas gestantes e não pelos parceiros (TABELA 5).

Tabela 5 – Percepção Sexual das Gestantes. Ceilândia, 2014.

	Antes da Gestação n(%)	1º Trimestre n(%)	2º Trimestre n(%)	3º Trimestre n(%)
Gosto da gestante sobre atividade sexual na gestação				
Não teve relação sexual no período	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Não gosto nem um pouco	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,27)
Não gosto	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,63)	0 (0,0)
Indiferente	1 (1,0)	1 (4,76)	2 (5,26)	8 (18,18)
Gosto pouco	9 (8,7)	3 (14,28)	2 (5,26)	11 (25,0)
Gosto	48 (46,6)	7 (33,35)	25 (65,8)	15 (34,1)
Gosto muito	42 (40,8)	10 (47,61)	8 (21,05)	9 (20,45)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Frequência de relação sexual segundo disposição da gestante				
Nunca	2 (1,9)	3 (14,28)	2 (5,26)	7 (15,9)
Mensalmente	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,63)	2 (4,55)
Quinzenalmente	0 (0,0)	1 (4,76)	1 (2,63)	0 (0,0)
Semanalmente	13 (12,6)	4 (19,05)	8 (21,05)	9 (20,45)
Mais de 1x por semana	85 (82,6)	12 (57,15)	25 (65,8)	25 (56,83)
Mais de 1x ao dia	3 (2,9)	1 (4,76)	1 (2,63)	1 (2,27)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Frequência de relação sexual segundo disposição do parceiro				
Não sei	3 (2,9)	0 (0,0)	2 (5,26)	3 (6,82)
Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mensalmente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,55)
Quinzenalmente	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,63)	0 (0,0)
Semanalmente	2 (1,9)	2 (9,52)	1 (2,63)	4 (9,09)
Mais de 1x por semana	81 (78,7)	15 (71,43)	26 (68,43)	30 (68,15)
Mais de 1x ao dia	16 (15,5)	4 (19,05)	8 (21,05)	5 (11,39)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)
Práticas sexuais que proporcionam prazer às gestantes				
Masturbação	8 (7,8)	0 (0,0)	6 (15,8)	2 (4,55)
Sexo Oral	10 (9,7)	2 (9,52)	6 (15,8)	1 (2,27)
Sexo Vaginal	72 (69,85)	17 (80,96)	21 (55,25)	35 (79,54)
Sexo Anal	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (5,26)	2 (4,55)
Estimulação por Vibrador	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Masturbação + Sexo Vaginal	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,27)
Sexo Oral + Sexo Vaginal	5 (4,9)	1 (4,76)	2 (5,26)	2 (4,55)
Masturbação + Sexo Oral + Sexo Vaginal	4 (3,85)	1 (4,76)	1 (2,63)	1 (2,27)
Sexo Oral + Sexo Vaginal + Sexo Anal	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)

Conceito da Gestante sobre sua vida sexual

Muito Ruim	2 (1,9)	0 (0,0)	1 (2,63)	3 (6,82)
Ruim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Regular	7 (6,8)	4 (19,05)	6 (15,8)	14 (31,81)
Boa	43 (41,7)	10 (47,6)	17 (44,73)	15 (34,1)
Excelente	51 (49,6)	7 (33,35)	14 (36,84)	12 (27,27)
Total	103 (100)	21 (100)	38 (100)	44 (100)

Importância do sexo segundo trimestre de gestação	8,45±1,83*	7 (4 - 9)§	7,23±3,09*	7 (4,75 - 9)§
--	------------	------------	------------	---------------

* Variáveis contínuas simétricas expressas em média ± desvio padrão

§ Variáveis contínuas assimétricas expressas por mediana (intervalo interquartil)

Ao final da entrevista perguntou-se às gestantes em qual ambiente de convivência social mais se escuta histórias sobre os perigos de se ter relações sexuais na gestação. Das 103 gestantes entrevistadas 52 (50,5%) responderam que não escutaram nada sobre os perigos de ter relações sexuais na gestação em nenhum ambiente, 18 (17,5%) responderam que havia sido abordado o tema na família, 10 (9,7%) haviam escutado algo sobre o tema conversando com outros pacientes do Centro de Saúde e as demais responderam amigos, igreja ou outros.

Sobre os mitos/ tabus mais divulgados acerca de problemas ocasionados pela prática sexual durante a gestação 70 gestantes (68%) responderam que nunca escutaram nada sobre o tema, 7 (6,8%) responderam que escutaram que a prática sexual tem relação com trabalho de parto prematuro, 7 (6,8%) responderam já terem escutado relação da prática sexual com complicações na gestação, 6 (5,8%) referiram já ter ouvido algo sobre a relação da prática sexual com malformação fetal, 5 (4,9%) referiram já ter ouvido algo sobre a relação de prática sexual na gestação com problemas para a saúde da gestante e 8 gestantes deram outras respostas como relação com crenças religiosas e ocorrência de DST.

6 DISCUSSÃO

Esta seção do trabalho possui o objetivo de confrontar os achados desta pesquisa com os demais dados disponíveis na literatura. Sobre a abordagem do tema sexualidade na gestação pelos profissionais de saúde durante o pré-natal encontra-se na literatura achados parecidos com o presente estudo. Observa-se que nas unidades de saúde predomina a ausência de orientações e diálogos entre a paciente e os profissionais de saúde acerca do tema, embora este seja um assunto de grande relevância para a gestante (ORÍÁ et al., 2004; PRADO et al., 2012).

Obteve-se, neste estudo, como segunda resposta mais frequente sobre a abordagem do tema por profissional de saúde a opção de que as pacientes já teriam conversado com algum profissional, porém “superficialmente”. Cabendo assim levantar o questionamento: Os profissionais de saúde estão preparados para abordar este tema? Para Barbosa et al. (2011) e Vieira et al. (2012) os profissionais, na maioria das vezes, não são capacitados, nem na academia e nem no âmbito familiar, para realizar a abordagem do assunto, pois a falta de conhecimento a respeito da sexualidade, bem como os preconceitos, medos e inseguranças limitam o diálogo com seus pacientes.

Destaca-se que as categorias profissionais mais referidas como tendo abordado o tema foram os médicos e os enfermeiros. Resultado conquistado por meio da ação conjunta destes profissionais, em consonância com os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil que prevê acompanhamento pré-natal, com consultas realizadas de forma intercalada por estas categorias profissionais (BRASIL, 2012).

A educação em saúde é uma valiosa estratégia profissional, pois trata-se de uma prática que trabalha junto ao indivíduo a visão crítica e libertadora das condições de vida, atuando como um potencializador do cuidado do enfermeiro, capaz de gerar mudanças, aprender mútuo e construção de relações humanas simétricas (PICCININI et al., 2010; PROGIANTI et al., 2012). A ação educativa baseada na troca de experiências e conhecimentos de forma ética, flexível e dinâmica, construída na interação entre seres humanos pode se concretizar como instrumento de socialização de saberes, promoção da saúde e prevenção de agravos (PROGIANTI et al., 2012).

A média das notas atribuídas pelas gestantes para o trabalho realizado pelos profissionais de saúde sobre a temática foi considerada boa ($8\pm 1,7$). Entretanto, cabe atentar-se que algumas vezes as pacientes atribuem notas superiores ao esperado, por medo de futuras retaliações e constrangimentos por parte dos médicos e/ou enfermeiros que as assistem, embora durante a coleta de dados do estudo tenha sido explicado sobre as questões relacionadas ao anonimato e sigilo das informações fornecidas.

Os profissionais da área de saúde necessitam atentar-se sobre as questões relacionadas à sexualidade de suas pacientes, com a finalidade de orientá-las de forma mais clara durante o período gestacional, bem como esclarecê-las com relação às mudanças fisiológicas que ocorrerão e responder a todas as suas expectativas e dúvidas, pois a ausência desse diálogo, aberto e claro, pode trazer inúmeros problemas para vida conjugal dessas gestantes (VETTORAZI et al, 2012).

Na abordagem acerca do comportamento sexual das gestantes observou-se que a frequência sexual antes e durante a gestação manteve-se mais de uma vez na semana na maioria das gestantes. Porém o percentual de respostas “semanalmente” aumentou durante a gestação, acredita-se que este fato pode ser justificado pelas alterações corporais decorrentes da gestação, inseguranças em relação a estar grávida e a ser mãe, medos e dúvidas quanto a união de fatores ligados a vivência da sexualidade e a saúde da criança intraútero.

Estudos correlacionados, não observaram quaisquer mudanças quanto à atividade sexual do primeiro para o segundo trimestre, detectando, em alguns casos, apenas a ocorrência de um ligeiro declínio. Entretanto, do segundo para o terceiro trimestre foi observado que houve um declínio marcante (SUEIRO et al., 1998; BERMUDÉZ et al., 2001; MASTER et al., 1966). Em contrapartida ao apresentado, o estudo de Barbosa et al. (2011) verificou um declínio marcante na frequência sexual ao longo da gestação, pois obteve como resposta o fato de que as pacientes “raramente” praticariam relações sexuais neste período.

Ao comparar a frequência sexual entre os períodos gestacionais, outro estudo, obteve a informação de que durante o primeiro trimestre 40% das gestantes afirmaram a manutenção da frequência sexual, enquanto que outros 40% relataram diminuição e 10% informam aumento da frequência em comparação ao período anterior à gestação. Já no segundo trimestre 48% mantiveram a frequência sexual, 30% notaram diminuição e cerca de 20% afirmaram o aumento na frequência

sexual. No terceiro trimestre, houve um decréscimo de 20% que manteve a frequência de antes da gestação, 60% demonstraram a diminuição e 20% declararam que aumentaram a frequência ou não responderam à questão (SAVALL et al., 2008).

Sobre a resposta das práticas sexuais realizadas pelas gestantes, em que obteve-se grande percentual de respostas “sexo vaginal” apenas vale ressaltar que considerou-se a resposta limitada. Supõe-se que as pacientes possam ter sentido constrangimento ao responder que se relacionam de outras formas (sexo anal, oral, etc). Outros estudos apresentaram resultados semelhantes a esta pesquisa e afirmam que apesar das gestantes terem fácil acesso a diversas informações sobre sexualidade, algumas dessas reduzem o sexo apenas às práticas sexuais com penetração, deixando de lado outras formas de prazer (BARBOSA et al., 2011; SOUTO et al., 2012).

Estudo realizado por Silva e Figueiredo (2005) detectou que a iniciativa para relações sexuais partiu, predominantemente, do homem, tanto antes como no período gestacional. E explicam tal resultado através das visões femininas de que sua atividade sexual esteja vinculada à realização dos desejos sexuais do parceiro. Estes achados são divergentes do presente estudo, sendo observado nesta amostra que antes da gestação, no primeiro e terceiro trimestre a iniciativa partiu de ambos os parceiros enquanto no segundo trimestre as respostas foram divididas entre as opções “meu parceiro” e “nós dois”.

As carícias e preliminares são importantes para a aproximação e excitação sexual. Observou-se nos resultados do presente estudo que as preliminares estiveram presentes durante todo o período gestacional para grande parte da amostra. Esclarece-se assim que a vivência da sexualidade na gestação é prazerosa, podendo haver criação de formas sexuais adaptativas para melhorar o prazer sexual neste período. Essa adaptação dependerá da criatividade e da sintonia existente entre o casal. Dessa maneira, pode-se perceber que durante o período gestacional o casal enfrenta diversas mudanças. Logo, se o companheiro entende e respeita essas alterações, sem se sentir excluído, as chances de ocorrerem desconfortos sexuais diminuem, aumentando o prazer mútuo (MOTA et al., 2009).

O desejo, a excitação e a satisfação sexual, apresentaram declínio na amostra estudada. Podendo este ser explicado pelas transformações ocasionadas

pela gestação. Já que no primeiro trimestre observamos a presença de náuseas, vômitos, constipação e diarreia. No segundo as mudanças corporais tornam-se ainda mais reais e, por fim, durante o terceiro trimestre há um efetivo aumento no desconforto, ocasionado pelo cansaço, fadiga, insônia, contrações uterinas, tontura, incômodo proveniente do tamanho da barriga e além das próprias cobranças e medos relacionados à autoimagem que levam a diminuição da auto-estima e percepções negativas e subjetivas de pouca atratividade física.

Ao comparar estes achados a estudo realizado em Fortaleza, percebe-se que os resultados apresentaram-se de forma semelhante, onde o desejo, bem como, a satisfação sexual declinam na transição do período pré-gestacional para o gestacional (BARBOSA et al., 2011). No entanto, outro estudo, observou um aumento significativo do desejo sexual no segundo trimestre, quando comparado aos outros trimestres (LECH; MARTINS, 2003). Para Prado et al. (2013) a excitação feminina na gestação foi semelhante ao presente estudo, sendo possível observar uma média e um desvio padrão abaixo do encontrado por nossa pesquisa.

Observou-se, no entanto uma tendência diferente nas respostas relacionadas à frequência de orgasmos. Para a maioria da amostra as respostas forma similares antes e durante a gestação. Sabe-se que existem muitos hormônios envolvidos na manutenção da gestação e estes podem interferir na sensibilidade corporal de modo geral, assim como em zonas erógenas e órgãos sexuais. Progianti e Costa (2012) apontam que há uma íntima relação entre o parto e o orgasmo mediado pela utilização da musculatura perineal e pela liberação da ocitocina.

A ocitocina desempenha, em homens e mulheres, um grande papel durante o ato sexual, ela também desencadeia orgasmos poderosos, fazendo com que os nervos nos órgãos genitais “peguem fogo” de forma espontânea, ou seja, levando o corpo ao orgasmo. Durante o orgasmo, os níveis de ocitocina masculino quintuplicam, enquanto, comparadas aos níveis de ocitocina feminino, as mulheres precisam de mais ocitocina, níveis esses que chegam patamares estratosféricos (RICCI, 2008; GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

A evolução da gestação traz algumas alterações corporais que exigem do casal soluções alternativas no momento da relação, para que dores ou desconfortos não atrapalhem o ato sexual. Notou-se um aumento do percentual de respostas de ocorrência de dor na relação sexual conforme posição nos dois últimos trimestres gestacionais. Sabe-se que a partir do segundo trimestre o útero grávido sai da

cavidade pélvica para a cavidade abdominal ocasionando crescimento abdominal progressivo e alterações na genitália (entumescimento) tornam-se mais marcantes como preparo para a distensão no momento do parto, estas podem ser algumas razões para essa maior frequência de dor durante o ato sexual, porém este é um tópico que deve ser abordado em maior profundidade em estudos subsequentes (GUYTON, 2008; MONTENEGRO; REZENDE, 2008; Ricci, 2008). A solução para essa questão seria agregar posições sexuais mais confortáveis durante o ato, garantindo assim, não só a satisfação pessoal, como também o aumento na satisfação do parceiro (LECH; MARTINS, 2003; SAVALL et al., 2008).

Na análise sobre a percepção sexual das gestantes observou-se a mesma tendência de respostas antes e durante a gestação apresentando um pouco de variação no terceiro trimestre o que demonstra ter havido diminuição do gosto pela prática do sexo no terceiro trimestre de gestação na amostra estudada. Este resultado talvez esteja relacionado com alterações anatômicas ainda mais evidentes no final da gestação e com todo o cansaço gerado por elas. Na revisão de Silva e Figueredo (2005) pôde-se verificar que 80% das pacientes, antes do período gestacional, afirmam apreciar os coitos, sendo que este valor decai para 60% durante o 1º trimestre, ficando no segundo entre 75 e 84% e chegando ao seu percentual mais baixo de 40% no 3º trimestre. Este mesmo posicionamento em relação ao gosto pelo sexo pôde ser observado no presente estudo.

A disposição sexual foi avaliada sob três aspectos: a frequência sexual na gestação, frequência sexual segundo disposição da gestante e segundo a disposição do parceiro. Observou-se que nas três perguntas as respostas tiveram o mesmo comportamento. Porém na pergunta sobre a disposição do parceiro observou-se aumento das respostas mais de uma vez ao dia. Em outro estudo observou-se que os parceiros das gestantes continuavam a procurá-las com a mesma frequência de antes da gestação (BARBOSA et al., 2011). A maioria das mulheres parte de um estado de neutralidade e, em função dos “ganhos”, tais como proximidade com o parceiro, afeição e carinho, elas deliberadamente optam por experimentar a estimulação sexual (PRADO et al, 2013).

Sobre a questão do prazer relacionado às práticas sexuais Camacho et al (2010) cita em seu estudo que o prazer não necessariamente estaria relacionado apenas com a relação sexual em seu intercurso vaginal, mas este dado não foi

confirmado na amostra estudada, uma vez que a maioria respondeu o sexo vaginal como prática sexual que proporciona mais prazer em todos os períodos estudados.

Sabe-se que o assunto sexualidade envolve mitos e tabus, principalmente no período gestacional. Entre os maiores mitos e medos destacados na literatura encontra-se o receio em machucar ou abortar a criança, a relação da atividade sexual e parto prematuro, a visão religiosa de sexo como algo impuro e a falsa percepção de estar realizando uma fantasia incestuosa (LECH; MARTINS, 2003). Verificou-se na amostra estudada apenas a relação com parto prematuro e crenças religiosas. Outras respostas como complicações na gestação, malformação fetal e ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis apareceram, porém a resposta mais expressiva foi nunca terem escutado nada sobre o tema. Acredita-se que esta resposta possa ter um viés de memória para apresentar tal resultado, necessitando novos estudos sobre esta questão.

Grandes influenciadores em relação à sexualidade seriam o estado, a igreja e a medicina por ainda hoje exercerem poderes sobre o corpo feminino, deixando-as inseguras para exercer a sexualidade ao longo da gestação (SALVADOR et al., 2008). Acredita-se que no período gestacional, são revividas uma série de experiências relacionadas à infância, educação, crenças e culturas, o que se soma à imensa responsabilidade de trazer um filho ao mundo. Dessa maneira, consciente ou inconscientemente tais aspectos acabam por trazer consequências para a gestação das mesmas (SOUTO et al., 2012).

Apesar de estarem vulneráveis as influências socioculturais, grande parte das gestantes considera normal o sexo na gravidez, e mesmo sofrendo influências populares, socioculturais e religiosas, permite-se vivenciar a sexualidade. Diante dos mitos com relação à sexualidade no período gestacional, destaca-se a importância dos profissionais da saúde estarem preparados para orientarem à mulher a este respeito. Além do mais, as mulheres relutam em fazer perguntas espontâneas sobre sexualidade, a não ser que o profissional da saúde aborde o assunto primeiro (CAMACHO et al., 2010; BARBOSA et al., 2011; VIEIRA et al., 2012).

7 CONCLUSÃO

A gestação é um período marcado por alterações biopsicossociais, os quais as influências psicológicas, socioculturais e orgânicas podem transformar ou alterar a vivência da sexualidade do casal neste período. Dessa forma, é possível perceber que apesar de ser um processo fisiológico, grande parte das gestantes não exerce sua sexualidade de forma plena durante o período gestacional.

Por meio da pesquisa foi possível conhecer o comportamento sexual de uma amostra de gestantes moradoras de Ceilândia observando-se que a prática sexual não foi interrompida sendo apenas modificada/ adaptada conforme o período gestacional para a maioria das respondentes do estudo. Por tratar-se de estudo transversal quantitativo com perguntas fechadas considera-se que a presente pesquisa tenha limitações em sua análise indicando-se a realização de novas pesquisas para análise de questões específicas em profundidade.

Percebeu-se que muitos profissionais não abordam o tema sexualidade na gestação em seus atendimentos, portanto sugere-se novos estudos direcionados aos profissionais de saúde que estão em contato direto com esta população para conhecer as razões de tal atitude. As respostas relacionadas aos mitos e tabus surpreenderam pois grande parte da amostra mencionaram nunca terem escutado nada sobre o tema.

A falta de conhecimento, os medos e ansiedades em torno da sexualidade ocasionam alterações, bem como a abstenção do ato sexual por parte das gestantes, fato este, que pode gerar complicações na relação conjugal entre homem e mulher. Diante disto, cabe salientar que os serviços de acompanhamento das gestantes nas unidades básicas de saúde não estão preparados para acolher e atender de forma holística essas gestantes.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem estar preparados para conhecer, questionar e orientar suas pacientes quanto à vivência de sua sexualidade, visto que esse tema está contemplado na visão integral da atenção pré-natal prestada a estes casais. A enfermagem possui em sua prática um forte componente de educação enraizado, facilitando assim a abordagem de tal temática em seus atendimentos diários. A criatividade deve guiar a elaboração de abordagens alternativas para que um tema permeado de mitos e tabus possam ser trabalhados em sua plenitude.

Por fim, é importante destacar que o sexo durante o ciclo gravídico-puerperal é indicado, pois além de não causar danos, pode auxiliar o casal no alívio da tensão e da ansiedade por meio da satisfação e do prazer mútuo. Acredita-se que as sensações prazerosas decorrentes da relação sexual possam ser transmitidas ao bebê e que este também sinta prazer e sinta-se amado pelos seus pais. Cabe resaltar que em casos de gestantes com gravidez de alto risco de abortamento e complicações, deve-se orientar cuidados relativos a repouso no leito, bem como a interrupção do coito enquanto durar esta ameaça.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 160p.
- BARBOSA, B. N.; GONDIM, A. N. C.; PACHECO, J. S. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.13, n.3, p.464-73. 2001.
- BARROS, S. M. O. de. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009. 464p.
- BRASIL, Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. 59p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. 318p.
- BERMUDÉZ, M. P.; SANCHEZ, A. I.; BUELA – CASAL, G. **Influence of the gestacion period on sexual desire**. *Psychology in Spais*, v.5, n.1, p.14-14. 2001.
- CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. da C.; PROGIANTI, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.32-37. 2010.
- COSTA, E. S. ; PINON, G. M. B. ; COSTA, T. S., et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.11, n.2, p.86-93. 2010.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2012. Apostila.
- FREIXO, M. J. V. **Metodologia científica: Fundamentos métodos e técnicas**. 3. Ed. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2012. 304p.
- GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 564p.
- LECH, M. B.; MARTINS, P. C. R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. **Revista de Estudos de Psicologia**. Campinas, v.20, n.3, p.37-46. 2003.
- MARTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual response**. Toronto: Bantam Books, 1966.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 610p.
- MOTA, C. P.; MOUTTA, R. J. O.; BRANDÃO, S. M. O. C. **A sexualidade do casal no processo gravídico-puerperal: um olhar da saúde obstétrica no mundo**

contemporâneo. In: Seminário internacional enlaçando sexualidades, 2009., *Anais...* Salvador, 2009. p. 1-6.

OLIVEIRA, D. L. (org). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério:** notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 423p.

ORIÁ, M. O. B.; ALVES, M. D. S.; SILVA, R. M. da. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. **Revista de Enfermagem da UERJ.** Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.160-5. 2004.

PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. M. R. de. Impacto da gestação na função feminina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v.35, n.5, p.205-9. 2013.

PRATES, C. S.; ESPÍRITO SANTO, L. C. do; MORETTO, V. L. Modificações do Organismo Materno. In: OLIVEIRA, D. L. (org) **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério:** notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p.53-60.

PRICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v.13, n.1, p.63-72. 2008.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. da. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.65, n.2, p.257-63. 2012.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 712p.

SAVALL, A. C. R.; MENDES, A. K.; CARDOSO, F. L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Revista Fisioterapia em Movimento,** Curitiba, v.21, n.2, p.61-70. 2008.

SALVADOR, R. T.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Sexualidade e histerectomia: mitos e realidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.29, n.2, p.320-3. 2008.

SILVA, A. I.; FIGUEREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. **Psiquiatria Clínica,** v.25, n.3, p.253-264, 2005.

SOUTO, D. C.; BRANDOULT, C. R.; KRUEL, C. S. et al. **A expressão da sexualidade no período gestacional.** In: Interfaces no Fazer Psicológico, 5., 2012, Santa Maria. *Anais...* Santa Maria, 2012. p.1-8.

SUEIRO, E.; GAYOSO, P.; DORVAL, J. L. Embarazo e sexualidadad. **Atencion Primaria,** v.22, n.6, p.340-346, 1998.

VETTORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENTSCHEL, H. et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista HCPA.** Porto Alegre, v.32, n.4, p.473-479. 2012.

VIEIRA, T. C. B.; SOUZA, E.; NAKAMURA, M. L. et al. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.34, n.11, p.485-7. 2012.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Dados de Identificação:

1.1. Iniciais do nome: _____ 1.2. DN _____ / _____ / _____
 1.3. Idade: _____ anos 1.4. Endereço _____

2. Histórico Obstétrico:

2.1 Paridade G _____ P _____ C _____ A _____ 2.2 IG _____ + _____ dias
 2.3 Morbidade na gestação atual? () Sim () Não Qual? _____

3. Escolaridade:

- 3.1. () Analfabeto
- 3.2. () Analfabeto Funcional
- 3.3. () Ensino fundamental completo
- 3.4. () Ensino fundamental incompleto
- 3.5. () Ensino médio completo
- 3.6. () Ensino médio incompleto
- 3.7. () Ensino superior completo
- 3.8. () Ensino superior incompleto
- 3.9. () Outro.

4. Estado civil

- 4.1. () Solteira
- 4.2. () Casada
- 4.3. () Separada/divorciada
- 4.4. () Viúva
- 4.5. () Reside com Companheiro
- 4.6. () Outro

5. Exerce trabalho remunerado atualmente?

- 5.1. () sim, exercendo atividade
- 5.2. () sim, mas afastado
- 5.3. () não, desempregado
- 5.4. () não, dona de casa
- 5.5. () não, estudante
- 5.6. () não, outro

6. Renda aproximada em salário

mínimo no último mês:

- 6.1. () até 1
- 6.2. () 2 a 3
- 6.3. () 4 a 5
- 6.4. () 5 a 10
- 6.5. () mais de 10

7. Quanto tempo de relacionamento você tem com seu parceiro?

- 7.1. () Dias
- 7.2. () Semanas
- 7.3. () Meses
- 7.4. () Anos

8. Você desejava engravidar?

- 8.1. () Não queria engravidar
- 8.2. () Queria engravidar, mas não agora
- 8.3. () Estava pronta para engravidar

ABORDAGEM PROFISSIONAL

9. Você já conversou com algum profissional de saúde sobre sexualidade na gestação?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Não				
Sim, superficialmente				
Sim, em detalhes				

10. Quantas dos seguintes profissionais de saúde já abordou com você sobre a sexualidade na gestação?

- 10.1. () Médico
 10.2. () Enfermeiro
 10.3. () Técnico/Auxiliar de Enfermagem
 10.4. () Agente Comunitário de Saúde
 10.5. () Assistente Social
 10.6. () Psicólogo
 10.7. () Nenhum profissional de saúde
 10.8. () Outro – Qual? _____

11. Qual nota, de 0 a 10, você daria pelas informações prestadas sobre sexualidade na gestação? (Considerando a nota 0 como sendo ruim e nota 10 como excelente)

Qual é o valor da nota? _____

COMPORTEAMENTO SEXUAL

12. Quantas vezes você tem ou teve relação sexuais?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca				
Mensalmente				
Quinzenalmente				
Semanalmente				
Duas vezes na semana				
Três vezes na semana				
Quatro vezes na semana				
Cinco vezes na semana				
Todos os dias				
Mais de uma vez por dia				

13. Qual(is) a(s) pratica(s) sexual(is) você realizava?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação				
Masturbação pelo parceiro				
Masturbar o parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo				
Sexo vaginal				
Sexo anal				
Estimulação por vibrador				
Outras				

14. Quem geralmente toma iniciativa para ter relação sexual?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Eu mesma				
Meu parceiro				
Nós dois, mesma proporção				

15. Antes da relação sexual vocês realizavam preliminares (beijos, abraço, massagens, toques íntimos, etc)?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca				
Raramente				
Algumas vezes				
Sempre				

RESPOSTA SEXUAL

16. Como você avalia o quanto é seu desejo sexual?

Antes da gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Como você avalia o quanto é sua excitação?

Antes da gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Como você avalia o quanto é a sua satisfação sexual?

Antes da gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Com que frequência era o seu orgasmos (gozar)?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca				
Raramente				
Algumas vezes				
Sempre				

20. Você costuma sentir dor ou desconforto durante a relação sexual?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca				
Depende da posição				
No início da penetração				
Na penetração profunda				
Sempre				

PERCEPÇÃO SEXUAL**21. Como era seu gosto em relação à atividade sexual?**

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Não tive atividade sexual no período				
Não gosto nenhum pouco				
Não gosto				
Não gosto nem desgosto				
Gosto pouco				
Gosto				
Gosto muito				

22. Se dependesse da sua disposição, quantas vezes você teria relações sexuais?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca				
Mensalmente				
Quinzenalmente				
Semanalmente				
Duas vezes na semana				
Três vezes na semana				
Quatro vezes na semana				
Cinco vezes na semana				
Todos os dias				
Mais de uma vez por dia				

23. Se dependesse da disposição do seu parceiro, quantas vezes você teria relações sexuais?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Não sei				
Nunca				
Mensalmente				
Quinzenalmente				
Semanalmente				
Duas vezes na semana				
Três vezes na semana				
Quatro vezes na semana				
Cinco vezes na semana				
Todos os dias				
Mais de uma vez por dia				

24. Qual a prática sexual que lhe proporcionava prazer?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação				
Masturbação pelo parceiro				
Masturbar o parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo				
Sexo vaginal				
Sexo anal				
Estimulação por vibrador				
Outras				

25. Como você considera sua vida sexual?

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Muito ruim				
Ruim				
Regular				
Boa				
Excelente				

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

Antes da gestação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MITOS/TABUS NA GESTAÇÃO

27. Em qual ambiente de convivência social mais se escuta histórias sobre os perigos de ter relações sexuais na gestação?

- 27.1. () Família
 27.2. () Amigos
 27.3. () Igreja
 27.4. () Pacientes do Centro de saúde
 27.5. () Não escutei nada sobre esse assunto
 27.6. () Outros – Qual? _____

28. Quais são os mitos ou tabus mais divulgados a cerca dos problemas ocasionados pela prática sexual durante a gestação?

- 28.1. () Parto Prematuro
 28.2. () Mal formação fetal
 28.3. () Complicações na gestação
 28.4. () Problemas para saúde da gestante
 28.5. () Relacionados a crenças religiosas
 28.6. () Não escutei nada sobre esse assunto
 28.7. () Outros – Qual? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: **Sexualidade na gestação: perfil, comportamento e a atuação do profissional de saúde frente essa temática** de autoria de **Marcos André Viana Ferreira Neto** sob orientação da **Profª Ms Juliana Machado Schardosim** com o objetivo de conhecer o comportamento sexual durante a gestação e a abordagem do enfermeiro sobre a temática durante o pré-natal.

A sua participação consistirá em responder um questionário em local designado pelo Centro de Saúde. Será respeitado o seu tempo para responder. Os questionários serão guardados pelo pesquisador por cinco anos e após este período será destruído. Suas informações serão utilizadas apenas para fins científicos.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos o direito de que seu nome será mantido no mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la. Você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para seu acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde ou ainda se recusar a responder qualquer pergunta. Considera-se que a pesquisa não oferece riscos para a paciente.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61)33254955.

Eu _____ concordo em participar do estudo. Fui informada sobre os objetivos, justificativa e procedimentos de coleta de dados e garantias sobre a utilização das informações, possibilidade de desistência e sigilo do meu nome na pesquisa, de forma detalhada e livre de qualquer constrangimento e coerção.

Ceilândia, ____/____/____

Assinatura da paciente

Assinatura do pesquisador