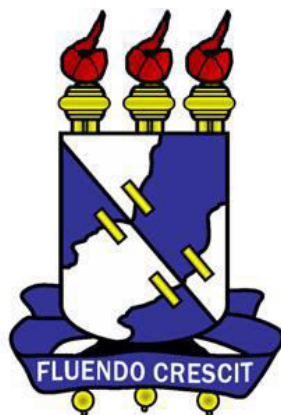


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



JACQUELINE MAZZOTTI CAVALCANTI DA SILVA

**PERFIL SEXUAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO.**

**Aracaju
2013**

JACQUELINE MAZZOTTI CAVALCANTI DA SILVA

**PERFIL SEXUAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO.**

Monografia apresentada ao
Colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como exigência parcial para a
graduação no curso de
Medicina.

Orientadora: Prof. MD. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias

**Aracaju
2013**

JACQUELINE MAZZOTTI CAVALCANTI DA SILVA

**PERFIL SEXUAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO.**

Monografia apresentada ao
Colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como exigência parcial para a
graduação no curso de
Medicina.

Aprovada em ____/____/____

Autor: Jacqueline Mazzotti Cavalcanti da Silva

Orientadora: Prof. MD.. PhD. Júlia Maria Gonçalves Dias

**Aracaju
2013**

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."*

Bertolt Brecht.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre esteve comigo em todos os momentos e a mim, que sempre teve imensa força de vontade para continuar apesar de todos os obstáculos.

A minha família querida, meu pai Euvaldo e minha mãe Teresa que sempre estiveram ao meu lado me apoiando em cada passo e etapa durante minha trajetória de vida. A minha irmã Raquel, grande companheira na Medicina, que compartilha momentos inesquecíveis comigo sempre, além de ter me ajudado nesse trabalho de monografia. E Dolly, que traz doçura e alegria em todos os momentos que preciso.

As minhas avós Marlene e Normélia que sempre acreditaram que eu conseguiria chegar até aqui e que muitas vezes me encorajaram, torcendo por mim dando carinho e conforto.

Aos meus tios e primos que mesmo distantes, sei que torcem por mim mandando energias positivas.

Aos meus amigos e colegas de curso que me trouxeram alegrias e compartilharam momentos únicos durante minha formação.

Aos professores e médicos que me incentivaram a escolher Ginecologia e Obstetrícia e servem de fonte de inspiração para mim, Dr. Mauro Muniz, Dra. Thais Serafim, Dr Ketema e Dr. Fúlvio.

A Nathalie Serejo que me ajudou com a obtenção dos dados para análise.

Termino com um agradecimento especial a minha orientadora, Dr^a Julia, pela paciência, compreensão, por sempre me receber com um sorriso no rosto, estando sempre pronta a realmente me orientar e incentivar a percorrer o lindo caminho da Obstetrícia.

ÍNDICE

I. Introdução.....	7
II. Revisão de literatura	11
III. Referências Bibliográficas	35
IV. Normas para a publicação.....	43
V. Artigo.....	49
VI. Anexos.....	65

I. INTRODUÇÃO

O período gestacional traz diversas alterações físicas, comportamentais e psicológicas tanto para mulher quanto para as pessoas que ela convive. Essas mudanças abrangem esferas psíquicas, físicas e sócio-familiar podendo ocorrer em sua sexualidade, alterando o relacionamento do casal. A expressão da sexualidade no ser humano é decorrente de valores e práticas culturais, religiosas e que evidenciam várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida. Dessa forma, é preciso considerar uma dimensão maior que a biológica, pois devem ser compreendidos em um contexto sociocultural, imbuídos de significados e que são continuamente reelaborados na vida de cada indivíduo e na história das sociedades. (BELENTANI,2011).

Essa discussão ainda é cercada por numerosos tabus movidos por ignorância e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos. Esses motivos podem gerar dificuldades sexuais frequentes durante a gravidez. A maioria dos casais se preocupa com as modificações que ocorrem durante a gestação e com possíveis repercussões negativas da atividade sexual sobre o conceito e a gravidez. (VIEIRA, 2012)

Ocorre uma diminuição da frequência da atividade sexual à medida que a gestação progride, algumas razões estão relacionadas com desconforto físico (incluindo dispareunia), fadiga e a preocupação com o bem-estar fetal dificuldade no coito pelo abdômen proeminente da grávida, que muitas vezes é responsável pela diminuição da auto-estima da mulher devido à imagem corporal, motivos culturais ou religiosos, mitos e ou até mesmo em casos de antecedentes obstétricos (aborto, perda fetal ou infertilidade). (QUEIROS,2011).

Durante a gestação há três conflitos vividos pela: regressão, rejeição e ambivalência. A não aceitação das mudanças corporais reduz a autoestima, gerando questionamentos quanto à atração de seu parceiro por ela, o que vem a causar sentimentos de menos valia e carência afetiva, buscando apoio na figura materna (como quando da infância), o que vem a caracterizar a regressão. A rejeição, por sua vez, pode ser fictícia, fruto do imaginário de uma mulher com baixa de sua autoestima, ou de fato existir, nos casos em que o homem diminua sua atração pela parceira. Há ainda o conflito da ambivalência, sendo uma oscilação entre o querer e o não querer, que está manifesto diante das perspectivas de mudanças que envolvem perdas e ganhos. Surgem, então, dúvidas quanto ao desejar ou não o filho, incertezas sobre sua vida após o parto (como exercer os três papéis simultaneamente: mulher; mãe e filha) (BJELICA, MONTGOMERY,2004).

Durante o primeiro trimestre, o desejo sexual nessa etapa quase não é alterado e quando há um decréscimo da atividade sexual, pode ser explicado por um medo, na maioria das vezes infundado, de abortar, sentimentos de rejeição, desconfortos físicos proporcionados pelas náuseas e vômitos, azia, dor de cabeça e cansaço, polaciúria, entre outros. (SAPIÉN,2011).

Ao nível psicológico, a descoberta da gravidez e a sua aceitação por parte do casal. Há um período de recolhimento até a mulher incorporar o papel de mãe e entender a necessidade de abdicar de algumas atividades pelo filho que irá nascer. Sendo assim, a primeira tarefa psicológica da gravidez é aceitar a própria gravidez. (COLMAN,2004)

No segundo trimestre, algumas alterações podem afetar o desejo sexual da mulher, como a fadiga. O aumento do volume sanguíneo e do leito vascular pode levar desmaios e cefaleias. A pressão do útero grávidico sobre o reto diminui os movimentos

peristálticos gerando obstipação. A distensão abdominal pode gerar estrias devido ao estiramento de fibras de colágeno.(MARTINS,2003). A nível psicológico há o amadurecimento por parte da grávida, que procura buscar sentido de se tornar mãe, à medida que o seu futuro bebé cresce dentro de seu útero. Há a percepção do feto como ser com vida própria a quando se sente os movimentos fetais. A segunda tarefa psicológica da gravidez é, então, aceitar a realidade do feto, ou seja, tomar consciência da realidade do bebé, de que ele existe de facto e vai mudar as suas vidas. As fantasias e sonhos com o bebé, muito comuns na gravidez são parte criativa da mente humana e fazem parte da evolução da identidade do ser pai e mãe(COLMAN,2004)

Durante o terceiro trimestre, há uma redução significativa da atividade sexual, por esse desconforto devido às mudanças no corpo da mulher que afetam a satisfação do casal e a autoestima, causar desconforto, trazer o medo de prejudicar o bebê. (FRANCESCHET, 2009; ASLAN, 2005). No entanto, o desejo, prazer e orgasmo mantêm-se no último trimestre para a maioria das gestantes. A dispareunia e o cansaço físico podem explicar a diminuição da frequência e o desinteresse pela atividade sexual, assim como dificuldades em atingir o orgasmo. (QUEIROS, 2011)

Quanto à percepção masculina em relação a sexualidade na gestação, sabe-se que desde a antiguidade, ter relações sexuais durante a gestação, era algo rodeado de mitos e tabus, geralmente com o objetivo de proteger o feto. Atualmente, a sexualidade no período da gestação ainda é vista de maneira imprópria, defendendo-se a ideia na qual a mulher direciona sua libido sexual para cuidar da criança e do parceiro. Para algumas culturas, a maternidade é vista de maneira santificada, sendo assim, o sexo deve ser excluído pois passa a ser visto como pecado. (HERNANDEZ, 2008).

Por mais que as alterações fisiológicas ocorram no corpo da mulher grávida, o marido, ou seja, o futuro pai, também vivencia de perto cada mudança e passa por

modificações psicológicas necessitando de adaptação física, emocional e na sua relação sexual. Há relatos de a paternidade exercer um impacto no emocional masculino tão forte que em alguns casos, chega até a ser fisicamente sentido, quadro de sintomas conhecidos por Síndrome de Couvarde que pode variar entre queixas leves como ansiedade, medo inexplicado ou até mesmo compulsões durante a gravidez, esse conjunto de sintomas que o pai vivencia, termina com o nascimento do filho (COLMAN, MALDONADO,2004).

A gravidez é um momento de grandes expectativas, sonhado e desejado pelos pais. Quando se sabe que o feto será diferente do idealizado (premature, com anomalia congênita, baixo peso, entre outros), é necessária a compreensão da família que esse recém nascido necessitará de cuidados maiores no que se refere ao crescimento e desenvolvimento. E essa dedicação dispensada afeta a rotina do casal e consequentemente, sua sexualidade (BELENTANI,2011).

Somado à ansiedade usualmente relacionada à gestação e ao parto vivenciada pelas mulheres durante esse período de vida, mulheres com gestação de alto risco enfrentam preocupações adicionais. Para otimizar resultados gestacionais e reduzir o risco de complicações maternas e fetais, as mulheres costumam modificar os hábitos de vida e se submeterem a acompanhamento médico rigoroso até o parto. Isso influi no desejo sexual da mulher e em sua relação com seu parceiro. (RIBEIRO,1999)

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. Breve histórico sobre sexualidade: a mulher da pré-história à fase hodierna

A construção social do comportamento sexual dos seus tabus, regulação e social e político impacto teve um efeito profundo sobre as diversas culturas do mundo, desde os tempos pré-históricos. (FOUCAULT, 1984). Assim sendo, o desempenho sexual e a forma de satisfação sexual de cada geração não está definitiva e previamente determinada apenas por fatores biológicos, mas é moldado, entre diversas influências, pelos meios de comunicação e valores vigentes. Portanto, é consenso hoje, entre os estudiosos de sexologia, que a atividade sexual tem caráter bio-psico-social e se faz presente desde a vida intrauterina, constituindo-se no principal pólo estruturante da identidade, da personalidade (RAMADAM, ABDO, 1997; CARIDADE, 1999; ABDO, 2005).

Durante a pré-história, o papel da mulher era de destaque, embora não possuíssem mais poderes que os homens. Havia um regime de parceria entre os sexos. A agricultura era a principal atividade da humanidade e acreditava-se que a mulher tinha poder mágico, o dom da vida, e sua fecundidade fazia a fertilidade dos campos. Nessa época, homens e mulheres eram nômades e caçadores. Contudo, a invenção do arado, abriu o caminho para o início do patriarcado, considerando-se ser este, o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens (SAFFIOTI, 2004).

O desenvolvimento de novas técnicas agrícolas gerou acumulação nas mãos de alguns e o surgimento do comércio, estabelecendo relações de domínio entre os clãs e levando a desagregação da sociedade comunal primitiva. Nesse momento, surge a necessidade de garantir a transmissão da herança a mãos legítimas e daí a vigilância dos homens sobre as mulheres para terem certeza da sua prole. (PINTO, 2010).

Nos primórdios da civilização egípcia, a cultura é matricêntrica e a transmissão do trono é matrilinear. Homens e mulheres têm os mesmos direitos e, na maioria das vezes, o poder é exercido pelas mulheres (a rainha Nefertite é um dos mais citados exemplos), ficando os faraós reduzidos a príncipes consortes. Entretanto, por volta de 1500 a. C., chefes militares lideraram uma revolução social, engendrando o patriarcado no Egito (TANNAHILL, 1983; ABDO, 2005; SEIXAS, 1998).

Quando nossos antepassados do sexo masculino, há cerca de 5000 anos, suspeitam ser o elemento fundamental para a procriação, inicia-se a dominação masculina. Passando o ventre materno a ser considerado mero receptáculo. A mulher passa, então, a ser portadora do prazer e da descendência, mas, agora como propriedade do homem (pai, esposo, irmão ou senhor – no caso das escravas), tinha diferentes funções: a esposa reproduzia; a concubina oferecia prazer e companhia; a prostituta vendia o corpo. (SANTOS, 2001)

Na Idade Antiga, havia a problemática do feminino e da mulher através da ocorrência da histeria. Hipócrates (460 -375 a.C.) e Platão (427 - 347 a.C.) defendiam a teoria de que a histeria era uma enfermidade orgânica de origem uterina e, portanto, especificamente feminina. Eles imaginavam que o útero era o responsável direto por tudo quanto dizia respeito ao mundo feminino, alimentando a crença de que a anatomia designava seu destino e único desejo: o de ter filhos. Dessa maneira, o útero não deveria ficar inativo e estaria sempre a serviço da procriação para o próprio bem estar psíquico da mulher. (MURIBECA, 2010)

Enquanto gregos, romanos e outros povos usufruíam do sexo, retratado por peças de arte como pinturas, esculturas e textos como o Tao, dos chineses, o Kama-Sutra, dos indianos, e O Jardim Perfumado, dos árabes. Numa visão totalmente antagônica, os judeus viam a sexualidade como erro carnal, pecado. Assim, a tradição

da Torá e do Antigo Testamento condena as práticas sexuais que não levem à gravidez, tais como o onanismo, a sodomia, a homossexualidade e o erotismo *per se*. Cerceia também a prostituição, o adultério, o incesto e toda e qualquer forma de sexo sem fins reprodutivos. O Cristianismo foi rigoroso com a mulher desde o Gênesis, que aponta Eva como a segunda na Criação, mas a primeira a pecar e a engendrar a culpa no homem (HOLLANDA, 2006).

Nos séculos X e XI o valor dos membros da família passou a ser definido em linha vertical – a linhagem, em que as relações eram ordenadas por uma descendência direta. Nesse tipo de ordenamento familiar, as mulheres eram totalmente excluídas da sucessão de bens. Quando filhas, não tinham direito à herança e quando viúvas, mantinham a posse apenas dos bens doados pelo pai quando do matrimônio e daqueles doados pelo marido, na mesma ocasião, como contradote. Essa intervenção da Igreja tem a intenção de tornar a união um veículo de controle do comportamento da sociedade. Sendo assim, o sexo não deveria ser usado para a luxúria, mas pelo desejo da procriação. As mulheres deveriam manter-se virgens até as núpcias (MACEDO et al, 2002).

No final do século XII, com o Concílio de Verona, a Igreja cria os Tribunais da “Santa” Inquisição, através dos quais eram perseguidas todas as pessoas consideradas praticantes de heresias, queimando em suas fogueiras, milhares de seres humanos. É importante ressaltar que, das vítimas dessa hedionda instituição, 85% eram do sexo feminino. As mulheres atraentes e sedutoras eram condenadas por despertarem desejo sexual (considerado demoníaco) em padres e nobres, além de, supostamente, manterem relações carnavais com o diabo, com gatos pretos e outros animais. (SANTOS 2001)

No final da Idade Média, alguns teólogos começam a permitir, mas apenas em casos especiais, posições sexuais chamadas de “não naturais”. Alguns desses casos

especiais eram: maridos obesos; mulheres nos últimos meses de gravidez, para evitar que o acesso pela frente prejudicasse o feto, era um esboço de preocupação com a sexualidade da gestante. (SEIXAS, 1998).

Na época Renascentista, defende-se a ideia que a mulher deve amar e obedecer ao marido como seu superior. A Reforma protestante não mudou o modelo patriarcal da sociedade. Calvino considera a submissão da mulher ao marido como um modelo da sua normal submissão ao próprio Deus. “Quanto às desobedientes, frei Querubino, na sua obra “A Regra da Vida Matrimonial”, recomenda que na falta das boas maneiras e da persuasão, a mulher deve ser espancada ruidosamente (não com fúria, mas com amor), para salvação da sua alma”. (GOMES, CAVALCANTI, 2001)

Na época da Revolução Francesa (1789 - 1815), o sistema político e social então vigente na França e no resto do Ocidente foi posto em questionamento. Esse movimento também serviu para as mulheres denunciarem a sujeição em que eram mantidas e que se manifestava em todas as esferas da existência humana (jurídica, política, econômica, educacional). A partir disso, elas puderam começar a se interrogar sobre sua própria identidade e refletir sobre a inexorabilidade de seu destino. (MURIBECA, 2010)

No final do século XVIII, surge o Romantismo, movimento artístico que influencia demasiadamente o modo de vida social e sexual da época, enaltecendo como modelo a mulher frágil e dependente do marido. O ideal da mulher como rainha do lar, maternal, doce, também está vinculado ao conceito de família, propagada pela burguesia moderna. (ROCHA - COUTINHO, 20004).

Com as precárias condições socioeconômicas geradas pela Revolução Industrial, houve-se um aumento da promiscuidade. Diante do perigo da superpopulação, é favorecida a divulgação de métodos contraceptivos. A moral começa a mudar e o século XX assiste a uma onda de trabalhos científicos sobre a vida sexual dos seres humanos, a

começar pelas revolucionárias pesquisas do médico austríaco Sigmund Freud. E, em um dos seus mais famosos ensaios, “A História da sexualidade” refere que a origem patológica da histeria foi causada pela repressão da sexualidade da mulher (FOUCAULT, 1984).

Na década de 1960 e 1970 no ocidente, foi caracterizado principalmente pela emancipação sexual das mulheres e pela afirmação de igualdade entre os sexos. As novas invenções tecnológicas, como o advento da pílula anticoncepcional (no início dos anos de 1950) e a descoberta de antibióticos que tratavam as doenças sexualmente transmissíveis (a partir de 1941) e com a divulgação do preservativo de látex na década de 1930, as mulheres tomaram o controle da função reprodutora do seu corpo e se livraram da submissão ao homem neste aspecto. (ALMEIDA ET AL, 2010).

Até então, a escolha entre ser mãe ou não, era impossível para as mulheres. Tratava-se de um papel forçado, e não de uma experiência voluntária, vivida pelo desejo da mulher – ou, eventualmente, do casal. Ao terem de exercer a maternidade de forma compulsória, muitas mulheres perderam a autodeterminação sobre seus próprios corpos, que passaram a ser regulados por todos: Estado, sociedade e Igreja, configurando uma verdadeira “exploração do poder reprodutivo das mulheres por sistemas e instituições dominadas pelos homens” Essa revolução sexual marcou, de certa maneira, o fim do patriarcado, da censura, assim como o progresso na igualdade das mulheres nas legislações nacionais. (MATTAR-DINIZ, 2012).

Desde o fim do século XX, devido à crescente participação das mulheres no mercado de trabalho (formal e informal), elas realizam uma dupla jornada – a do trabalho no espaço público e aquele realizado na esfera doméstica. Isso contribuiu para mudança de comportamentos sexuais como alguns valores que antes eram apenas uma regalia dos homens, como o amor livre e a troca de parceiros. Aos poucos, e ainda hoje,

vemos as mulheres conquistando diversos espaços, sem que seja preciso renunciar à vida familiar. (ALMEIDA ET AL, 2010).

Em algumas culturas, há grandes tabus relacionadas à prática sexual com mulheres grávidas ou menstruadas, visto que isto se apresenta como algo perigoso, podendo provocar impotência, esterilidade ou produzir monstros. Na Nigéria, as mulheres acreditam que as relações durante a gravidez são benéficas, pois alargariam a vagina, facilitando o trabalho de parto e o parto. No Japão, algumas gestantes acreditam que exercícios extenuantes, como a atividade coital, podem suavizar o trabalho de parto. No entanto, cada mulher possui uma forma diferente de lidar com seu corpo durante a gestação. (ARAUJO ET AL, 2012).

2 A psicanálise no estudo da sexualidade feminina

Após a descrição do papel da mulher na sociedade desde os primórdios, pode-se afirmar que em todo o seu contexto histórico, o conceito de mulher apresentou mudanças sociais e culturais, em consequência de mudanças que ocorreram na sociedade com o passar do tempo, decorrente das interferências da globalização, economia e suas relações sociais. (BASSANI-OLIVEIRA, 2011).

No começo do século XIX, a medicina apresenta as etapas fisiológicas da vida feminina como doenças, sendo a mulher vista como um ser eternamente enfermo. Diante desse cenário, o neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825-1893), que desenvolveu trabalhos sobre a etiologia traumática da histeria, ensinando que a formação do sintoma histérico era de natureza funcional. Nessa época, a cura da histeria saiu do âmbito familiar, onde o controle dos sintomas se dava através do casamento e se trasladou às mãos do médico encarregado de domar a feminilidade rebelde. (MURIBECA, 2010).

Pouco tempo depois, Freud reformula os conceitos de trauma real e passa a considerar a histeria feminina como um processo de origem psíquica, de origem endógena (GOZZO ET AL, 2000).

Inicialmente, Freud fez uma análise em que a sexualidade masculina e a feminina obtinham o mesmo desenvolvimento. No decorrer de seus estudos, analisou que isso não é possível, pois o feminino precisava passar por mais um “trabalho” para se emergir. Freud sustenta que a descoberta do sexo feminino que se dá apenas na puberdade, além da polaridade entre o fálico e castrado defendida pelo Complexo de Masculinidade, é ocasionado pela inveja do pênis, assim a menina fica presa nessa primeira etapa, podendo colocar graves dificuldades no caminho de seu desenvolvimento regular no sentido da feminilidade. O desligamento da libido – do desejo de um pênis, a filha vai para o desejo de um filho – da mãe ela desloca para o pai. O pai é tomado como objeto de amor e mãe como objeto de ciúme. Consequentemente duas mudanças devem ocorrer: o clitóris de ceder lugar à vagina, portanto: a masculinidade à feminilidade e só assim, a vagina será reconhecida como “albergue do pênis e herdeiro do seio materno”. (FREUD,1905; BASSANI-OLIVEIRA, 2011)

Outros autores como Diamantino et al, 1993. são de opinião que a mulher brasileira desde que nasce é educada ‘para dentro’. É criada para servir, para ser obediente, casar, respeitar seu marido, ter filhos, ser dona de casa, sujeitar-se a um trabalho exaustivo, sem folgas ou reconhecimento. O prazer torna-se um assunto indevido e gera culpa, e que impõe grande sofrimento. Neste contexto cultural, pode-se inferir que quando há algum problema relacionado à sexualidade, as mulheres não têm a quem recorrer e muitas vezes, quando a queixa é feita aos profissionais que atuam na

área de saúde, estes mostram falta de interesse, tendo a sensação de que a sexualidade não faz parte da sua saúde. (GOZZO Et al, 2000).

3 Aspectos psicológicos da gravidez.

A manifestação da sexualidade em um indivíduo é decorrente de valores e práticas culturais que evidenciam várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida. Sendo assim, ao pensarmos o corpo e a sexualidade, é necessário considerar uma dimensão maior que a biológica, pois devem ser compreendidos em um contexto sociocultural, imbuídos de significados e que são continuamente reelaborados na vida de cada indivíduo e na história das sociedades. Alterações no padrão de sexualidade podem ocorrer devido às mudanças hormonais na gestante que pode deixá-la indisposta para o sexo. (BELENTANI – MARCON, 2011).

Na literatura sobre o tema de diversos países e culturas, é consensual que existe uma diminuição da frequência da atividade sexual à medida que a gestação progride, algumas razões estão relacionadas com desconforto físico (incluindo dispareunia), fadiga e a preocupação com o bem-estar fetal dificuldade no coito pelo abdômen proeminente da grávida, que muitas vezes é responsável pela diminuição da auto-estima da mulher devido à imagem corporal, motivos culturais ou religiosos, mitos e ou até mesmo em casos de antecedentes obstétricos (aborto, perda fetal ou infertilidade). (QUEIROS et al, 2011)

A gestação tem modificações bioquímicas, funcionais e anatômicas que se iniciam logo após a implantação e que geralmente se acompanham de modificações emocionais, com repercussões na dinâmica familiar e na formação de laços afetivos entre seus membros. (ARAUJO et al, 2012)

O assunto da sexualidade na gravidez ainda é cercado por numerosos tabus movidos por ignorância e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos. Levanta-se a possibilidade, desses motivos gerarem dificuldades sexuais frequentes durante a gravidez. A maioria dos casais se preocupa com as modificações que ocorrem durante a gestação e com possíveis repercussões negativas da atividade sexual sobre o conceito e a gravidez. (VIEIRA et al, 2012)

Entretanto, é possível observar que para a maior parte das mulheres, principalmente na gravidez, o interesse pelos aspectos não genitais do encontro sexual (intimidade, proximidade, carícias/ternura) mantém-se inalterado ou aumenta no período gravídico e é um aspecto determinante da satisfação sexual, que melhora sua autoestima e a relação entre os parceiros. Outras investigações demonstram que as mulheres que estão mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal são também aquelas que experimentam maior satisfação sexual durante a gravidez. (QUEIROS et al, 2011).

Há basicamente três conflitos vividos pela mulher durante a gestação: regressão, rejeição e ambivalência. A não aceitação das mudanças corporais reduz a autoestima, gerando questionamentos quanto à atração de seu parceiro por ela, o que vem a causar sentimentos de menos valia e carência afetiva, buscando apoio na figura materna (como quando da infância), o que vem a caracterizar a regressão. A rejeição, por sua vez, pode ser fictícia, fruto do imaginário de uma mulher com baixa de sua autoestima, ou de fato existir, nos casos em que o homem diminua sua atração pela parceira. Há ainda o conflito da ambivalência, sendo uma oscilação entre o querer e o não querer, que está manifesto diante das perspectivas de mudanças que envolvem perdas e ganhos. Surgem, então, dúvidas quanto ao desejar ou não o filho, incertezas sobre sua vida após o parto

(como exercer os três papéis simultaneamente: mulher; mãe e filha) (BJELICA, 2004; MONTGOMERY, 2006).

4 Psicodinâmica

Durante o primeiro trimestre, há a aceitação da gestação pelo casal e há um período de reflexão até a mulher incorporar o papel de mãe (COLMAN et al, 1991). No aspecto físico, aparecem náuseas e vômitos, além das gestantes terem mais sono, cansaço com facilidade, ocorre também o aumento da sensibilidade dos seios, vulvas e vagina, às vezes relacionada com dispareunia (BRTNICK et al, 2009). O desejo sexual nessa etapa quase não se modifica, no entanto, pode ocorrer uma redução na atividade sexual devido ao medo de abortar, sentimentos de rejeição ou desconforto físico (SAPIÉN, 2011).

Ao decorrer do segundo trimestre, percebe-se que a mulher já aceita a gestação e seu futuro papel de mãe. Há muitos desconfortos somáticos que desaparecem durante essa etapa e as transformações corporais levam a novas descobertas durante o contato com o parceiro, que levam a uma maior valorização do corpo. Algumas gestantes apresentam o aumento do desejo sexual, acompanhado pela curiosidade em explorar cada mudança em seu corpo fazendo com que a sensibilidade e a feminilidade tomam novas proporções, tornando a mulher mais madura para o prazer sexual (LECH et al, 2003).

No terceiro trimestre, o desejo, prazer e orgasmo parecem se manter. No entanto, há uma diminuição na frequência e o desinteresse pela atividade sexual devido a queixas como dispareunia e o cansaço físico. A diminuição na libido pode também estar relacionada com receios relacionados à saúde do feto, com a possibilidade de um parto prematuro, principalmente por parte do parceiro. Sendo assim, pode-se observar que

durante o terceiro trimestre, os maiores responsáveis para o declínio da atividade sexual são os aspectos físicos para a gestante e os fatores psicológicos para o homem (QUEIROS et al, 2011).

4.1. Primeiro trimestre

No primeiro trimestre da gestação, há o aumento da progesterona que causa mudanças físicas e psicológicas que alteram a sexualidade. O aumento da sensibilidade dos seios, vulvas e vagina, às vezes relacionada com dispareunia, podem afetar negativamente a qualidade da vida sexual. A progesterona também causa vasodilatação, diminui a pressão arterial e pode gerar fadiga, desconforto e redução da excitação sexual. Além disso, a progesterona pode causar disforia. (BRTNICK-WEISS - ZVERINA 2009).

O desejo sexual nessa etapa quase não é alterado e quando há um decréscimo da atividade sexual, pode ser explicado por um medo, na maioria das vezes infundado, de abortar, sentimentos de rejeição, desconfortos físicos proporcionados pelas náuseas e vômitos, azia, dor de cabeça e cansaço, polaciúria, entre outros. (SAPIÉN, 2011).

A nível psicológico, a descoberta da gravidez e a sua aceitação por parte do casal. Há um período de recolhimento até a mulher incorporar o papel de mãe e entender a necessidade de abdicar de algumas atividades pelo filho que irá nascer. Sendo assim, a primeira tarefa psicológica da gravidez é aceitar a própria gravidez. (COLMAN, 1994)

4.2. Segundo trimestre

Pode-se observar que durante esse trimestre já há a aceitação do fato de ser mãe; os muitos desconfortos somáticos terminam no decorrer dessa etapa e as transformações

corporais levam a novas descobertas; por meio dos toques e das carícias, acontecem um maior contato e valorização do corpo; a sensibilidade e a feminilidade tomam proporções, tornando a mulher mais madura para o prazer. Há, inclusive, casos de mulheres que alcançaram o seu primeiro orgasmo durante o período da gestação. (LECH - MARTINS, 2003).

No entanto, algumas alterações características do segundo trimestre podem afetar o desejo sexual da mulher, como a fadiga. O aumento do volume sanguíneo e do leite vascular pode levar desmaios e cefaleias. A pressão do útero grávidico sobre o reto diminui os movimentos peristálticos gerando obstipação. A distensão abdominal pode gerar estrias devido ao estiramento de fibras de colágeno. (LECH- MARTINS, 2003)

A nível psicológico há o amadurecimento por parte da grávida, que procura buscar o sentido de se tornar mãe, à medida que o seu futuro bebê cresce dentro de seu útero. Há a percepção do feto como ser com vida própria a quando se sente os movimentos fetais. A segunda tarefa psicológica da gravidez é, então, aceitar a realidade do feto, ou seja, tomar consciência da realidade do bebê, de que ele existe de fato e vai mudar as suas vidas. As fantasias e sonhos com o bebê são muito comuns na gravidez e são parte criativa da mente humana, fazendo parte da evolução da identidade do ser pai-mãe. (COLMAN, 1994).

Em algumas gestantes, pode-se observar um aumento do desejo sexual na maioria das mulheres, acompanhado pela curiosidade de explorar seu corpo diferente e gerando a novas descobertas por parte da mulher e do parceiro. Fazendo com que haja a valorização do corpo através de um maior contato, onde a sensibilidade e a feminilidade tomam novas proporções, tornando a mulher mais madura para o prazer sexual (LECH; MARTINS, 2003).

4.3. Terceiro trimestre

Eleva-se, paulatinamente, o nível de ansiedade e ressurgem o mal-estar físico que havia, no segundo trimestre, praticamente, desaparecido. A mulher sente-se mais pesada e cansada, surgem câimbras e dores no baixo ventre, além de uma “pressão” em seus órgãos, de forma a causar urgência miccional, dispneia discreta, refluxo gastroesofágico, pirose e o retorno das náuseas e vômitos (CHAVES, 2005).

Estudos mostraram que há uma redução significativa da atividade sexual, por esse desconforto devido às mudanças no corpo da mulher que afetam a satisfação do casal e a autoestima, causando desconforto, trazendo o medo de prejudicar o bebê. (FRANCESCHET, 2009; ASLAN, 2005). No entanto, o desejo, prazer e orgasmo mantêm-se no último trimestre para a maioria das gestantes. A dispareunia e o cansaço físico podem explicar a diminuição da frequência e o desinteresse pela atividade sexual, assim como dificuldades em atingir o orgasmo. (QUEIROS, 2011).

É comum muitas mulheres terem receio que a relação sexual possa levar a complicações obstétricas. Ao mesmo tempo, muitas mulheres sentiram que seus parceiros estavam preocupados que a relação sexual pode prejudicar o feto. Por esse motivo, é muito importante que os médicos desmistifiquem e tranquilizem as mulheres e seus parceiros na relação sexual, (BARTHELLAS, 2000/ QUEIROS, 2011). Além disso, quando gestantes se sentem bem com sua aparência física, se sentem seguras no sexo, percebendo que as mudanças do corpo não são um impedimento às expressões de carinho ao seu parceiro, contribuindo para o desejo sexual e relação afetiva do casal. (TOLE – MILDREY - GUARNIZO, 2011).

Emocionalmente, este é um período de maior ansiedade em relação ao momento do parto, por isso, torna-se fundamental que nesse trimestre a grávida receba orientações e atenções adicionais. Esse medo do parto, em si, é muito antigo e universal, e ainda não

foi superado nem mesmo com a comprovação estatística da redução nos índices de mortalidade materna (CHAVES, 2005). Além disso, começam a povoar a mente de muitas gestantes uma série de outros temores relacionados ao parto e puerpério: medo de a vagina ficar alargada para sempre, de não ter leite suficiente (frequentemente, simbolizando sentimentos de inadequação e desvalorização como mãe) e de ter um filho malformado (geralmente, associado a sentimentos de culpa mal-elaborados) (MALDONADO, 1997).

No final do terceiro trimestre, há a quinta tarefa da gestação e se prolonga pelo pós-parto (puerpério), consiste em aceitar o bebê como uma pessoa separada. Esta etapa é importante para os pais separarem a realidade da mãe da do bebê posteriormente aceitarem a separação física que o corte do cordão umbilical impõe. (COLMAN, 1994).

A terceira tarefa passa pela reavaliação da geração dos próprios pais, o que gera a percepção que em breve eles é que serão pais e terão responsabilidades sobre um novo ser. É um momento de reflexão e análise que pode gerar uma aproximação entre o casal e os seus significativos parentais (CANAVARRO, 2001; MARTINS, 2003).

5 A sexualidade abordada na consulta do pré-natal

A sexualidade e a atividade sexual entre as mulheres gestantes têm sido muito estudadas recentemente e é amplamente aceito que a gravidez influencia o comportamento sexual das mulheres. É comum perceber um declínio na atividade sexual durante a gravidez. As causas se relacionam com mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem durante esse período que chegam a afetar a função sexual e a satisfação também. (ASLAN, 2005)

Nos últimos dez anos, a mulher tem buscado soluções para os problemas que interferem na sua qualidade de vida como aqueles relacionados à função sexual recorrendo aos cuidados médicos. Afinal, grande parte das mulheres reconhecem o papel do ginecologista no diagnóstico e tratamento de disfunções sexuais. No entanto, não é frequente os médicos tomarem a iniciativa de abordar a temática das queixas sexuais de suas pacientes. (LARA et al, 2008)

Provavelmente, o fato dessa temática não ser tão abordada seja devido a alguns fatores que limitam a prática da medicina sexual. É possível notar que grande parte das mulheres não busca assistência médica por frustração, vergonha ou por falha no tratamento subprofissionalizado, o que se pode notar através de altas taxas de disfunção sexual. Apenas uma parcela menor entre as mulheres tem a iniciativa de falar sobre suas disfunções sexuais e curiosidades. Talvez o médico não aborde os temas relacionados com a sexualidade por uma possível existência de dificuldades pessoais dele próprio em relação a sua sexualidade, fazendo com que haja um fenômeno de contra transferência e restrinjam o seu acesso à sexualidade das pacientes. (LARA et al, 2008).

A qualidade de vida do casal é afetada diante de dificuldades sexuais durante a gestação que podem levar a estresse, ansiedade e problemas maritais. Durante as consultas do pré-natal há uma boa oportunidade para que o casal esclareça suas dúvidas, receba instruções corretas, expresse seus medos, e descubra novas abordagens sexuais que possibilitem a satisfação sexual e emocional, a manutenção de sua intimidade física, e qualidade de vida durante essa fase de suas vidas. Segundo diversos estudos, é comum a gestante desejar discutir com seu médico suas dúvidas e preocupações relacionadas às mudanças na sua sexualidade durante essa fase, no entanto é comum não se sentirem confortáveis em iniciar essa conversa espontaneamente. Por outro lado, muitos médicos

também se sentem pouco confortáveis para abordar esse tema com suas pacientes. (VIEIRA et al, 2012).

A prática da medicina sexual, identificando e intervindo nas queixas sexuais masculinas e femininas, necessita de ajustes para contemplar as diferenças culturais em todo o mundo. Sendo assim, os protocolos de assistência devem ser readequados de acordo com a região, tornando-os aplicáveis em uma dada população, buscando resultados satisfatórios naquela população. Deve-se levar em conta que há uma necessidade de estratificação regional em uma mesma cultura, principalmente em países de grandes dimensões territoriais. (LARA et al, 2008).

Apesar das queixas sexuais espontâneas serem frequentes nos ambulatórios de todas as especialidades médicas, a maioria dos cursos de medicina não possuem infraestrutura curricular para preparar seus alunos para lidar com tais questões, ou seja, falta-lhes disciplina que aborde a sexualidade humana na grade curricular. Durante a residência médica, o médico possui a oportunidade de complementar seu escasso conhecimento teórico sobre a sexualidade humana. No entanto, não existe uma regra para o conteúdo e a carga horária mínima nas matérias de sexualidade humana nas residências de Tocoginecologia, Psiquiatria ou Clínica Geral (VIEIRA et al, 2012).

É inegável a importância da sexualidade na qualidade de vida do ser humano. Entretanto, a dificuldade em tomar iniciativa para abordar, perguntar e responder com naturalidade as questões relacionadas à sexualidade parece ser generalizada. Quando o médico é bem preparado e seguro, pode dar um melhor atendimento e terapia aos casais grávidos com queixas sexuais. Infelizmente, esse tipo de profissional é raro em nosso meio, o que demonstra a necessidade de melhorar a qualidade da educação em saúde sexual oferecida aos estudantes de Medicina e aos residentes. (VIEIRA et al, 2012).

6 Sexualidade na gestação:a percepção masculina

Desde a antiguidade, ter relações sexuais durante a gestação, era algo rodeado de mitos e tabus, geralmente com o objetivo de proteger o feto. Atualmente, a sexualidade no período da gestação ainda é vista de maneira imprópria, defendendo-se a idéia na qual a mulher direciona sua libido sexual para cuidar da criança e do parceiro. Para algumas culturas, a maternidade é vista de maneira santificada, sendo assim, o sexo deve ser excluído pois passa a ser visto como pecado. (HERNANDEZ –HUTZ, 2008).

Alguns homens vivenciam um sentimento de exclusão durante a gravidez, não somente por parte da esposa, que pode perder o interesse sexual na gravidez voltando à atenção para o feto, mas também na própria sociedade, que volta todas as atenções para a mãe, que passa a revelar uma nova estética. (CAMPOS, 2006). Além da questão da sexualidade, que o corpo da gestante passa a não ser somente dela, agora grande parte da sua atenção e de sua energia é voltado para o mundo interior, de modo que seus hormônios, suas modificações corporais passam a reger seu comportamento e pensamento, e assim, pode ocorrer a diminuição do desejo sexual, que tem raízes na separação que se faz entre maternidade e sexo. (MALDONADO,1997).

Por mais que as alterações fisiológicas ocorram no corpo da mulher grávida, o marido, ou seja, o futuro pai, também vivencia de perto cada mudança e passa por modificações psicológicas necessitando de adaptação física, emocional e na sua relação sexual. Há relatos de a paternidade exercer um impacto no emocional masculino tão forte que em alguns casos, chega até a ser fisicamente sentido, quadro de sintomas conhecidos por Síndrome de Couvarde que pode variar entre queixas leves como ansiedade, medo inexplicado ou até mesmo compulsões durante a gravidez, esse

conjunto de sintomas que o pai vivencia, termina com o nascimento do filho (COLMAN,1994; MALDONADO, 1997).

O termo Couvade, de origem francesa, designa o costume difundido entre os indígenas das tribos da costa ocidental da África e da América do Sul, no qual o pai, após sua companheira dar a luz, não pode comer certos alimentos ou trabalhar no período conhecido como resguardo. Entre aquela população, era costume o marido receber todas as atenções depois do parto. Atualmente, essas duas terminologias foram agrupadas pela Psicologia, que a chama de Síndrome de Couvade, se referindo à gravidez psicológica dos homens e esta é mais comum do que se pensa. Algumas pesquisas demonstram que a metade da população de futuros pais desenvolve alguns sintomas relativos à gravidez durante o curso da gestação. Alguns desses sintomas são obsessões hipocondríacas entre futuros pais; e tais reações podem ser uma forma de transferir, inconscientemente, o foco das atenções para seus próprios corpos e se tornarem mais suscetíveis a doenças como gripe e viroses. (CAMPOS, 2006).

Além das questões culturais, há também algumas queixas comuns como o medo do pai estar machucando o bebê durante a relação, da ejaculação dentro da vagina afogar o bebê, do volume do abdome atrapalhar a relação ou não sentir atração pelo corpo da parceira. Também há o conflito de ver a esposa como um ser sagrado que necessita canalizar toda a energia para ao bebê (BELLO et al, 2011). No entanto, há homens que sentem o corpo da gestante como muito atraente, pois se constitui prova viva de sua própria virilidade. (SILVA E FIGUEREDO, 2013).

Ao longo da gravidez, podem-se notar os movimentos fetais e o crescimento do abdômen estes podem diminuir o interesse sexual masculino ou fazer com que a mulher tenha medo que o contato sexual com o marido possa machucar o bebê. Sendo assim, é

muito comum o casal descobrir novas formas de satisfação sexual que se podem se prorrogar além do nascimento do bebê. (CAMPOS, 2006)

7. A sexualidade na gestação de alto risco

A sexualidade da mulher é vivenciada de forma peculiar nos diversos períodos de sua vida, principalmente durante a gestação, quando pode ter sua qualidade de vida e função sexual. Apenas o fato de tomar conhecimento da gravidez, logo nas primeiras semanas, já pode ser o suficiente para afetar a atividade sexual feminina, diminuindo o número de coitos (FERREIRA, 2012).

Segundo um estudo nacional com mais de sete mil indivíduos, quase um terço das mulheres em idade reprodutiva apresenta dificuldades para o orgasmo e aproximadamente 10% apresenta inibição do desejo. Fatores psicológicos, físicos, socioculturais e religiosos interferem diretamente na vida sexual das mulheres e na sexualidade feminina durante a gestação. A queixa mais comum é a dispareunia afetando até 80% das mulheres, enquanto a satisfação sexual diminui à medida que o momento do parto se aproxima. (RIBEIRO, 1999).

A gravidez é um momento de grandes expectativas, sonhado e desejado pelos pais. Quando se sabe que o feto será diferente do idealizado (premature, com anomalia congênita, baixo peso, entre outros), é necessária a compreensão da família que esse recém nascido necessitará de cuidados maiores no que se refere ao crescimento e desenvolvimento. E essa dedicação dispensada afeta a rotina do casal e conseqüentemente, sua sexualidade (BELENTANI- MARCON, 2011).

Somado à ansiedade usualmente relacionada à gestação e ao parto vivenciada pelas mulheres durante esse período de vida, mulheres com gestação de alto risco enfrentam preocupações adicionais. Para otimizar resultados gestacionais e reduzir o

risco de complicações maternas e fetais, as mulheres costumam modificar os hábitos de vida e se submeterem a acompanhamento médico rigoroso até o parto. Isso influi no desejo sexual da mulher e altera a relação da gestante com sua sexualidade. (RIBEIRO, 1999)

A gestação é um fenômeno fisiológico que em sua maioria evolui sem variações ou anormalidades. Entretanto, há uma parte das gestantes que sofrem agravos com maiores probabilidades de evolução desfavorável, a essas, denominamos o termo gestantes de alto risco. Sendo assim, entendemos gestação de alto risco como a que as chances de complicações para a mãe e o feto são aumentadas. Deve-se ressaltar que durante toda a gestação podem ocorrer complicações que podem transformar essa gestação em alto risco (GOMES, 2006).

É comum haver uma grande ansiedade das gestantes de alto risco. A grande diferença entre as gestantes de baixo risco para as de alto risco é essas últimas, apresentam ansiedade desde o começo da gestação e perduram por todo o período. Um dos medos mais comuns é o da perda fetal e esse só termina depois do parto, no momento em que a mulher vê seu filho vivo. (RATO, 1998).

8- Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência, geralmente, é considerada de risco e inadequada para os interesses dos jovens, envolve riscos não só biológicos e médicos, mas também aspectos de naturezas social e comportamental, contribuindo negativamente na qualidade de vida individual, familiar e comunidade. Apesar das taxas de fertilidade estarem decrescendo em perspectiva global, aproximadamente 18 milhões de meninas abaixo de 20 anos dão à luz a cada ano, sendo que dois milhões delas estão com menos de 15 anos. (SILVA- SURITA, 2012.)

A queda da idade média da menarca e do início da atividade sexual possui relação com a gravidez na adolescência, assim como a ausência de informação e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos. Sendo assim, os índices de gravidez em mulheres com menos de 20 anos, tem incidência maior nas classes economicamente desfavorecidas. (GOMES et al, 2002). Podemos considerar a fecundidade adolescente como um indicador da qualidade de saúde de um país moderno. Nos países em desenvolvimento, pode-se reconhecer a ignorância dos pais, professores e adolescentes sobre sexualidade e reprodução, o que contribui para o aumento dos índices de iniciação sexual precoce, sem adequada proteção e que resulta em gravidezes indesejadas. Além da situação de pobreza extrema que se repete nos filhos de adolescentes são fatores de risco para a repetição do modelo. (SILVA- SURITA, 2012).

Nesse período da vida, a adolescente passa por conflitos relacionados à maturação sexual, consolidação de valores e comportamentos, conflitos familiares, que irão influenciar sua vida adulta, além da cobrança de maior responsabilidade por seus atos e uma postura de definição na área profissional. Nesse contexto, o acontecimento de uma gravidez pode gerar sentimentos contraditórios de prazer, de culpa e de baixa autoestima, podendo interferir na sua função sexual, dando início a problemas ou ressaltando-os. (LIMA-DOTTO-MAMEDE, 2013).

Em um passado não muito remoto e em algumas culturas, era normal e desejável a gestação no início do período reprodutivo. Havia diferentes as expectativas em relação ao papel da mulher, particularmente da mulher adolescente, do que se deseja e se aprova como legítimo na sociedade moderna. A sexualidade e a reprodução encontravam-se unidas, e em um intervalo breve, seu papel se cumpria integralmente, uma vez que a tarefa reservada à mulher era unicamente a de ser esposa e mãe — nesta ordem. Com o passar do tempo, o período entre o amadurecimento sexual e o casamento (tempo de

iniciação sexual adequado para a formação da família e consentimento social) foi ficando mais estendido, já que mais precocemente se instalam a menarca e cada vez mais tardiamente se realiza o casamento formal, por se ampliarem as oportunidades de educação e profissionalização, principalmente para adolescentes do sexo feminino. (SILVA-SURITA, 2012)

É comum na adolescência, possuir pouca informação sobre métodos contraceptivos ou informações corretas sobre seu uso e esse fator tem sido considerado uma das causas da gravidez em populações mais carentes. A maioria das adolescentes não assume diante da família a sua sexualidade nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa. Além da má utilização ou falta de métodos contraceptivos, a gravidez e o risco de engravidar na adolescente podem evidenciar um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade comum em uma família moderna ou a uma menor autoestima. (BUENO, 2006).

Embora a expectativa de proteção esteja associada à mulher, uma vez que muitos homens desprezam o uso de preservativos alegando que perde a sensibilidade e espontaneidade do ato, há certo despreparo tanto ao iniciar sua vida sexual quanto a cada novo relacionamento. Usar algum método poderia significar o planejamento de um intercurso sexual, o que não corresponde ao imaginário da mulher ingênua e inexperiente (FREITAS, 2013). Além do sentimento de culpa em relação a sua sexualidade ativa e por uma série de coisas que produz medo nas adolescentes de fazer uso de anticoncepcionais como fazer mal a saúde, engordar, produzir câncer, deixar estéril (HALBE, 2000).

Os riscos obstétricos estão divididos entre complicações maternas e neonatais. A gestação na adolescência está associada com doenças como anemia materna, doenças hipertensivas gestacionais, diabetes gestacional e parto prematuro. É comum também a

presença de distócias funcionais, bacia incompletamente formada, comportamento emocional descontrolado durante o trabalho de parto, apresentação e posições fetais anômalas e patologias mais incidentes justificariam um número maior de cesarianas nesse grupo. (LEPPÄLAHTI et al, 2013).

9- Gravidez na idade madura

Muitas mulheres estão adiando sua gestação para a quarta ou quinta décadas de vida para priorizar sua carreira, buscando estabilidade financeira e parceiro. Recentes avanços nas técnicas de reprodução assistida têm aumentado o sucesso de gravidez nessas pacientes. (ADASHEK et al, 1993; OOKI, 2013).

O efeito da idade materna sobre o resultado da gravidez pode ser analisada através de alguns fatores que podem afetar negativamente o desejado resultado de uma gravidez - ou seja, uma mãe saudável e um bebê saudável: declínio da fertilidade, aborto, anormalidades cromossômicas, complicações geradas por doenças hipertensivas gestacionais e natimorto . (HEFFNER, 2004).

Há um maior risco de surgimento de defeitos congênitos após os 40 anos. O risco de anormalidades cromossômicas é aumentado notavelmente em uma idade materna de 30 ou mais. A detecção precoce de anomalias cromossômicas é essencial ao realizar reprodução assistida para casais em idade avançada. Por outro lado, o risco de defeitos de nascença não cromossômica na arte nascidos vivos é relativamente pequena entre os grupos de idade materna. (OOKI, 2013).

Nesse grupo de gestantes, pode-se verificar que a idade é fator de risco para o aumento de complicações obstétricas como trabalho de parto prematuro, hemorragia anteparto, trabalho de parto. prolongado, gestação múltipla, apresentações anômalas, distócias, placenta prévia, pós-datismo, oligo e polidrâmnio, rotura prematura de

membranas e parto cesáreo). Além de complicações neonatais como o baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro e de recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos em Unidade de Terapia Intensiva (ANDRADE et al, 2004).

Outro aspecto da gestação tardia é uma postura adotada com menos atitudes positivas em relação à maternidade e mais ansiedade em relação ao cuidado com a criança no período pós-parto. É comum algumas gestantes nessa faixa etária terem a percepção constante de que o seu bebê corre risco durante a gravidez e o parto, ou que ele seja mais vulnerável, mesmo sem que a gestante tenha apresentado qualquer problema de saúde ou complicação durante a gestação. Esse sentimento pode se relacionar com mais sentimentos de culpa nas mulheres que adiaram a gestação, acreditando que é exclusivamente sua a responsabilidade pelas condições de saúde do bebê. (GOMES, 2008)

A prevalência de disfunções sexuais é justificada pela predisposição genética, fatores de saúde, percepção cultural, ou situação socioeconômica. O sexo é uma parte importante da vida e, com o aumento da expectativa de vida, também deve ser abordado com os pacientes de mais idade; pois é comum que muitos sofram com disfunções sexuais e não busquem auxílio médico para isso. Geralmente, os que aceitam falar sobre esse tema estão em um relacionamento estável e acreditam que o sexo satisfatório é essencial para manter o relacionamento. Além de discordarem da ideia de que idosos não querem mais manter relações sexuais e serem favoráveis ao uso de medicamentos para melhorar a atividade sexual. No entanto, quase 75% dos idosos com disfunção sexual não procuram atendimento devido a não conseguirem identificar isso como um problema médico e à vergonha. Dessa forma, cabe ao médico buscar ativamente durante a anamnese queixas relacionadas à sexualidade, pois o interesse e a atividade sexual se

mantém mesmo entre as pessoas de mais idade, fora da idade reprodutiva. (NICOLOSI et al, 2006).

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADASHEK at all. **Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women.** Am J Obstet Gynecol 1993; 169:936-40.
2. ADINMA, J. **“Sexual activity during and after pregnancy”** Adv Contracept; 12(1): 53-61, 1996 Mar.
3. ANDRADE, PC at al **Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia vol. 26, nº9, 2004.
4. ALMEIDA, FL., *Mulheres recipientes: recortes poéticos do universo feminino nas artes Visuais* (online). São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 238 p. ISBN 978
5. ALMEIDA, P.A.M et al. **Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco .***Rev. Saúde Pública* (online). 1975, vol.9, n.3, pp. 417-425. ISSN 0034-8910.
6. ARAUJO, N.M.; SALIM, N.R., GUALDA, D.M.R. and SILVA, L.C.F.P..**Corpo e sexualidade na gravidez.** *Rev. esc. enferm. USP* (online). 2012, vol.46, n.3, pp. 552-558. ISSN 0080-6234.

7. ASLAN, G; ASLAN, D; Ç, Ispahi. **A prospective analysis of sexual functions during pregnancy.** International Journal of Impotence Research (2005).
8. BARBOSA, B. N.; GONDIM,A.C; PACHECO, J.S.. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Revista Eletronica de Enfermagem, julho 2011.
9. BASSANI, D; OLIVEIRA, F.S. **Sexualidade feminina – uma visão da psicanálise.** Faculdades Integradas de Ourinhos. 2001.
10. BARTHELLAS, E.; CRANE, J.M.G; DALEY, M.. **Sexuality and sexual activity in pregnancy.** British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000.
11. BELENTANI, L. M.; MARCON, S.S. **Sexuality patterns of mothers with high risk infants.**Acta Paul Enferm 2011.
12. BELLO, F., OLAYEMI, O; AIMAKHU, C.O. e ADEKUNLE, A. **Effect of Pregnancy and Childbirth on Sexuality of Women in Ibadan, Nigeria.** Internationa Scholarly Networt. ISRN Obstetrics and Gynecology. Volume 2011. Article ID 856586.
13. BLOSS, T. **La dialectique des rapports homes-femmes.** Paris, PUF, 2001.
14. BRTNICK H, WEISS P, ZVERINA J. **Human sexuality during pregnancy and the postpartum period.** Institute of Sexology, 1st Faculty of Medicine, Charles Univerty, Prague Czech Republic.2009
15. BUENO, G.M. **Variáveis de risco para gravidez na adolescencia.** 2006. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html>. Acesso em: 23 set. 2013.
16. CAMPOS, L.P.L. **As repercussões psicológicas da gravidez no pai.** *Mental* (online). 2006, vol.4, n.7, pp. 147-160. ISSN 1679-4427.

17. CHAVES, N., Hermógenes, *Obstetrícia Básica* – São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
18. COCKCROFT, A; PEARSON, L.; HAMEI, C. **Reproductive and sexual health in the Maldives analysis of data from two cross-sectional surveys.** BMC Health Services Research. 2001
19. COLMAN, L. L. & COLMAN, A. D. (1994) (1991). *Gravidez: a experiência psicológica.* Lisboa: Edições Colibri.
20. COLMAN, L.L. & COLMAN, A. D. *O pai: mitologia e papéis em mutação.* São Paulo. Editora Cultrix. 1990
21. COSTA, H.L.F.F.; COSTA, C.F.F. and COSTA, L.O.B.F. **Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* (online). 2003, vol.25, n.9, pp. 631-635. ISSN 0100-7203.
22. FAISAL-CURY, A. and TEDESCO, J.J.A. **Características psicológicas da primigestação.** *Psicol. estud.* (online). 2005, vol.10, n.3, pp. 383-391. ISSN 1413-7372.
23. FERREIRA, D. Q. et al. **Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* (online). 2012, vol.34, n.9, pp. 409-413. ISSN 0100-7203.
24. FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade 2 – O uso dos prazeres.* Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, vol nº15. Paris. Gallimard, 1976.
25. FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade 3 – O cuidado de si.* Paris, Editora Gallibard, 1984.

26. FRANCESCHET, J. SACOMORI, C. **Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes.** Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 383-9, set./out. 2009
27. FREUD, S. Um caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros trabalhos. Vol. VII. Imago. (1901-1905).
28. GOMES, AG et al. **Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos.** Interação em psicologia. 2008, 12 (1), p.99-106
29. GOMES, A.M..A.G.. **As representações sociais do corpo e da sexualidade no pensamento da reforma do século XVI.** Revista digital de estudos em religião.2006.
30. GOMES, R.; CAVALCANTI, L.F. **Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Julho 2001.
31. GOYAL, M. et al. **Frequency of pregnancy testing among adolescent emergency department visits.** Acad Emerg Med. 2013 August; 20 (8): 816-821. Doi: 10.1111/acem 12186
32. GOZZO, T.O. et al. **Sexualidade feminina: compreendendo seu significado.** Rev. Latino-Am. Enfermagem (online). 2000, vol.8, n.3, pp. 84-90. ISSN 0104-1169.
33. HALBE, A.F.P. **Contracepção e sexualidade na mulher.** In: HALBE, H.W. Tratado de ginecologia. 3ª edição. São Paulo. Rocca, 2000.
34. HEFFNER, L.J. **Advanced Maternal age – How old is too old?** The New England Journal of Medicine. Novembro, 2004.

35. HERNANDEZ, J.A.E. HUTZ, C.S. Gravidez do primeiro filho: papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Revista de Psicologia: teoria e pesquisa*, v.24, n.2, p.133-141.2008.
36. HOLLANDA, C. B. de. *Tantas palavras*. São Paulo: Companhia das letras, 2006.
37. JESUS, S.A.M. **A mulher e a história: Um papel desigual**.2004
38. KONTOYANNIS, M.; KATSETOS, C.; PANAGOPOULOS, P. **Sexual intercourse during pregnancy**. A Nursing Department, Technological Educational of Athens
39. LARA, L.A.S.; SILVA, A.C.J.S.R.; ROMAO, A.P.M.S. and JUNQUEIRA, F.R.R. **Abordagem das disfunções sexuais femininas**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* (online). 2008, vol.30, n.6, pp. 312-321. ISSN 0100-7203.
40. LECH, M.B. and MARTINS, P.C.R. **Oscilações do desejo sexual no período gestacional**. *Estud. psicol. (Campinas)* (online). 2003, vol.20, n.3, pp. 37-46. ISSN 0103-166X.
41. LEPPÄLAHTI, S.; GISSLER, M.; MENTULA, M.; HEIKINHEIMO, O. **In teenage pregnancy an obstetric risk ain a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011**. *BMJ Open* 2013, 3:e003225. doi:10.1136/bmjopen-2013-003225
42. LIMA, A.C.; DOTTO, L.M.G. and MAMEDE, M.V. **Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* (online). 2013, vol.29, n.8, pp. 1544-1554. ISSN 0102-311X.
43. MACEDO, J.R. *A mulher na Idade Média*. São Paulo: Contexto, 2002

44. MALDONADO, M.T, **Psicologia da Gravidez** – São Paulo: Saraiva, 1997.
45. MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. **Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.
46. MOREIRA. M.C.G. **A violência entre parceiros íntimos.** Pontifícia Universidade católica do Rio de Janeiro. 2005
47. MURIBECA, M.M.M. **Das origens da sexualidade feminina ao feminino nas origens da psicossexualidade humana.** Estudos de Psicanálise. Aracaju, Julho 2010.
48. NARVAZ, M. e NARDI, H.C. **Problematizações feministas à obra de Michel Foucault.** *Rev. Mal-Estar Subj.*(online). 2007, vol.7, n.1, pp. 45-70. ISSN 1518-6148.
49. NICOLOSI, A.; LAUMANN, E.O; GLASSER, D. B; BROCK, G; KING, R.; GINGELL, C. **Sexual activity, sexual disorders and associated Help-Seeking Behavior among Mature Adults in Five Anglophone Countries from the Global Servey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB).** *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32:331-342, 2006
50. OOKI, S.. **Maternal age and birth defects after the use of assisted reproductive technology in Japan, 2004 -2010.** International Journal of Women's Health. Department of Health Science. Ishikawa, Japan.2013.
51. PELLOSO, S.M.; MARCON, S.S.; BELENTANI, L.M.. Sexuality patterns of mothers with high risk infants. *Acta paul. enferm.* (online). 2011, vol.24, n.1, pp. 107-113. ISSN 0103-2100
52. PINTO, C.R.J.. **Feminismo, história e poder.** *Rev. Sociol. Polit.* (online). 2010, vol.18, n.36, pp. 15-23. ISSN 0104-4478.

53. QUEIROS, A.et al. **Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez.** Rev Port Clin Geral (online). 2011, vol.27, n.5, pp. 434-443. ISSN 0870-7103.
54. QUINODOZ, D. (2003). **Ser uma mulher? O ponto de vista de uma psicanalista.** Revista de Psicanálise da SBPPA, Porto Alegre, X (2), p. 21
55. RATO, P.I. **Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal.** *Aná. Psicológica* (online). 1998, vol.16, n.3, pp. 405-413. ISSN 0870-8231.
56. RIBEIRO, M.O. **A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem.** *Rev. esc. enferm. USP* (online). 1999, vol.33, n.4, pp. 358-363. ISSN 0080-6234.
57. RIBEIRO, M.C. et al. **Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina?.**Rev. Bras. Ginecol. Obstet. (online). 2011, vol.33, n.5, pp. 219-224. ISSN 0100-7203.
58. ROCHA-COUTINHO, M. L. (2000). **Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamentos no Brasil.** Trabalho apresentado na XXX Reunião Anual de Psicologia. Brasília. 26- 29 de Outubro.
59. SANTOS, M.M.J.F. Gravidez precoce: matéria da capa. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, p.4-5, 14 de maio, 2006.
60. SANTOS. M.C.C. **A mulher na história: Actas dos colóquios sobre a temática da Mulher.** Câmara Municipal da Moita/Departamento de Acção Sócio Cultural. Portugal. 2001
61. SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abreu, 2004. (Coleção Brasil Urgente), p 59-60.
62. Fundação Perseu Abreu, 2004. (Coleção Brasil Urgente)

63. SAPIÉN, J.S. **Comportamiento Sexual de Varones Durante El Embarazo: Casos em La Ciudad de México.** Terapia psicológica. 2011.
64. SARTI, C.A. **O feminismo brasileiro desde os anos 70.** Estudos Feministas, Florianópolis, 12(2): 264, maio-agosto/2004
65. SAVALL, A.C.R; MENDES, Aline Knepper; CARDOSO, Fernando Luiz.**Perfil do comportamento sexual na gestação.** Fisioter. Mov. 2008.
66. SOUTO, D.C.; BRANDOLT, C.R, KRUEL, C.S. **A expressão da sexualidade no período gestacional.** UNIFRA, 2012.
67. SILVA, A.I.; FIGUEIREDO, B. **Sexualidade na Gravidez e após o parto.** Revista de Psiquiatria clínica, v. 25, n3, p 253-264. Acesso em 20 ago 2013.
68. SILVA, J.L.P; SURITA, F.G.C. **Gravidez na adolescência: situação atual.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012, 34(8):34(8):347-50.
69. TOLE, MILDRE GUARNIZO.**El significado de La sexualidad durante La gestación.** Av. enferm, XXIX (2): 294-306, 2011.
70. VIEIRA, T.C.B; SOUZA, E.; NAKAMURA, M.U.and MATTAR, R. **Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* (online). 2012, vol.34, n.11, pp. 485-487. ISSN 0100-7203

IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Revista Brasileira de Psiquiatria is a quarterly publication that aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, including public health, clinical epidemiology, basic science, and mental health problems.

All manuscripts should be submitted online via ScholarOne Manuscripts (<http://mc.manuscriptcentral.com/rbp>). Registration (login and password) is required on first access, prior to submission. For system support, please email us at editorial@abpbrasil.org.br. Articles should be written in English.

These instructions were written based on the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, edited by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). The original document is available at <http://www.icmje.org/>.

Revista Brasileira de Psiquiatria supports the clinical trial registration policies of the World Health Organization (WHO) and the ICMJE, recognizing the importance of such initiatives for the registration and disclosure of trial results to the international community through open access. According to this recommendation and to the BIREME/OPAS/OMS guidelines for journals indexed in the LILACS and SciELO databases, *Revista Brasileira de Psiquiatria* will only accept for publication clinical trials that have been registered in Clinical Trials Registries that meet the WHO and ICMJE requirements (URLs available at http://www.icmje.org/faq_clinical.html; a Brazilian registry is also available at <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>). The clinical trial registration number should be informed at the end of the abstract.

Peer review process

The selection of manuscripts for publication is based on their originality, relevance of the topic, methodological quality, and compliance with these instructions. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by anonymous external referees. Whenever possible, an editorial decision (acceptance, revisions required, or rejection) will be made within one month after submission.

Manuscript preparation

Revista Brasileira de Psiquiatria publishes original articles, brief communications, review articles, update articles, editorials, and letters to the Editor. Consult a current issue of the Journal for style and format. The text should be double-spaced with broad margins.

Original articles, review articles, update articles, and brief communications all follow the format described below.

Title page: Full title, authors' names, their departments and institutions, including the city and country of origin. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces). The full name, telephone number, fax number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Page 2: A structured abstract not exceeding 200 words with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusion. Please indicate three to five keywords in strict accordance with Medical Subject Headings.

Main text: The Introduction should be one to three pages long (do not extensively review the literature), concluded by a clear statement of the aims of the study. A thorough Methods section should include study design, setting, participants, main outcome measures, statistical analyses, trial registration, ethics committee approval, and informed consent procedures (avoid referring to design, method and material described in previously published articles). Results should be clear; repetition of data in the text and in tables/figures is not allowed. Discussion: Do not include a conclusion section; concluding remarks should be presented in the final paragraph of the text.

Acknowledgements: Should include grants, sponsorships and other types of support provided to the study. Some authors may wish to thank collaborators who contributed significantly to the manuscript but do not fulfill authorship criteria. It is the responsibility of the author to obtain permission from the persons mentioned.

Disclosure: Each author should disclose potential conflicts of interest in general, not only related to the present study. Examples include but are not limited to previous or current jobs/positions, research grants, speaker's honoraria, ownership interest, and work as a consultant or advisory board for organizations. Studies that in any way involve pharmaceutical companies or other private or public enterprises should clearly disclose the role of these organizations in the study. Moreover, if the study in any way investigates pharmaceutical compounds, the Disclosure should contain information about by whom and which institutions the statistical analyses were performed and an e-mail address where to obtain the protocol.

Reference list: References should be kept to the pertinent minimum and should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text, in accordance with the Vancouver system. We recommend the use of a tool such as Reference Manager or Endnote for reference management and formatting. Identify references in text, tables, and legends using superscript Arabic numerals. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with their first citation in the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by (in press). Papers published electronically, but not yet in print, should be identified by their DOI number. Information from manuscripts not yet accepted should be cited only in the text as personal communication. Reference accuracy is the responsibility of the authors. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus.

Examples:

Standard	journal	article
-----------------	----------------	----------------

List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD,

Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:51-6.

Book

Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Book chapter

Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. *Depression: from psychopathology to pharmacotherapy*. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.

Theses and dissertations

Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates (dissertation). San Diego: University of California; 2011.

Tables and figures: All figures/tables should clarify/ complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. All tables and figures should include descriptive legends, and abbreviations should be defined. Any tables or figures extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Abbreviations and symbols: All terms or abbreviations should be spelled out at first mention and also in table/ figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals.

Supplementary material online

Revista Brasileira de Psiquiatria does not publish supplementary or supporting material online.

Manuscript categories

Original articles: These should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions. Original manuscripts should not exceed 5,000 words, excluding tables, figures, and references. No more than six tables or figures, and a maximum of 40 references, will be accepted. The text should be organized in the following sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. Clinical implications and limitations of the study should be stated. Randomized clinical trials should be registered in online clinical databases (the clinical trial registration number should be informed at the end of the abstract).

Brief communications: Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance. These papers should be limited to 1,500 words, one table or figure, and 15 references.

Review articles: These articles are preferably solicited (by the Editors) from experts in the field. They are systematic, critical assessments of literature and data sources, aimed at critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process (including inclusion/exclusion criteria) should be described in detail. Review articles are limited to 6,000 words, excluding tables, figures and references. The total number of tables and figures may not exceed six.

Update articles: Update articles address current information relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. Update articles should be no longer than 2,000 words and 30 references.

Editorials: Critical and in-depth commentary invited by the Editors or written by a person with known expertise in the topic. Editorials should not exceed 900 words and five references. A title page should be included as described above.

Letters to the Editor: Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal. Letters should include a maximum of 500 words, one table, one figure, and five references.

Copyright form

Authors of accepted manuscripts should complete the Copyright Transfer Agreement below and send it to editorial@abpbrasil.org.br. To avoid any delays in publication, a signed form should be sent to the production office as soon as the manuscript is accepted for publication (not required upon submission). Production will not commence until the signed copyright form is received.

Copyright Transfer Agreement

I, the undersigned author, certify that I and all other coauthors of the manuscript no. _____, entitled _____, submitted for publication in *Revista Brasileira de Psiquiatria*, have participated sufficiently in the intellectual content, data analysis, and writing of the manuscript, and take public responsibility for it. Also, I and each of the coauthors have reviewed the final version of the manuscript, believe it represents valid work, and approve it for publication. On behalf of all coauthors, I certify that the manuscript has not been previously published or accepted for publication, nor is it currently under consideration for publication elsewhere, either in whole or in part.

Finally, I do hereby agree to transfer copyright of above mentioned article Associação Brasileira de Psiquiatria. I am aware that all the contents of the journal, except where otherwise noted, are licensed under a Creative Commons License, meaning that materials may be copied, distributed, transmitted, and adapted for noncommercial purposes only, provided the original source is cited. I am also aware that the reproduction of accepted articles in whole or in part is forbidden without written permission from the editors.

V. ARTIGO ORIGINAL

PERFIL SEXUAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.

Jacqueline Mazzotti Cavalcanti da Silva¹, Raquel Mazzotti Cavalcanti da Silva², Júlia Maria de Gonçalves Dias³, Antônio Souza Lima Júnior⁴, Marco Antônio Prado Júnior⁵.

1. Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: jacquelinemazzotti@hotmail.com. Telefone: (79)88016389. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

2. Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: raquelmazzotti@gmail.com. Telefone: (79)88771247. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

3. Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: julia.dias@globo.com. Telefone (79) 81437568. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

4. Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: aslj@bol.com.br Telefone: (79)88075311. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

5. Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: manpn@ig.com.br Telefone: (79)99882862. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar os problemas sexuais mais frequentes da gravidez pela associação entre fatores sociais e comportamentais. Método: Estudo transversal, descritivo, prospectivo e qualitativo no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, na cidade de Aracaju/SE. Amostra da pesquisa teve um total de 200 pacientes que assinaram o Termo de Consentimento. As diferenças entre proporções foram testadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher e para a análise das comparações da média de duas amostras independentes, foi utilizado o teste estatístico de associação t de Student.. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa cujo protocolo foi CAAE nº 15436913.5.0000.5546. Resultados: Em relação à presença de problemas sexuais na gestação, foi mais frequente em mulheres da capital com 66%, maior instrução 67% em pacientes com nível superior, com história de aborto 62%, no terceiro trimestre 63%, sem libido 64%, sem orgasmo 70%. O problema mais relatado foi dificuldade nas posições sexuais devido ao volume do abdome com 31%, o que justificaria a posição mais frequente ser os dois de lado com 56%. Conclusão: Problemas sexuais ocorrem com maior frequência em pacientes com maior escolaridade, no terceiro trimestre e com algum problema sexual prévio.

Introdução

O período gestacional traz diversas mudanças físicas, comportamentais e psicológicas tanto para mulher quanto para as pessoas que ela convive, com repercussões na dinâmica familiar¹. Pode ser visto como um período de crise, que exige uma resposta adaptativa e que demanda um reequilíbrio diante das mudanças inerentes dessa fase, como alteração do ritmo metabólico e hormonal e o processo de integração de uma nova imagem corporal².

A manifestação da sexualidade é decorrente de valores e práticas culturais que evidenciam várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida. Pode-se observar que há uma redução da frequência da atividade sexual à medida que a gestação progride⁴. Tal indisposição para o sexo pode ocorrer devido a alterações no padrão de sexualidade³. Algumas causas mais comuns são náuseas, fadigas, dispareunia, preocupação com o bem estar fetal, dificuldade no coito pelo abdômen proeminente da grávida, que muitas vezes é responsável pela diminuição da auto-estima, motivos culturais ou religiosos, mitos e ou até mesmo em casos de mau passado obstétricos⁵. Entretanto, para a maior parte das mulheres, o interesse pelos aspectos não genitais do encontro sexual (intimidade, proximidade, carícias/ternura) mantém-se inalterado ou aumenta no período gravídico. Esse é um aspecto determinante da satisfação sexual, que tende a ser maior nas mulheres mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal⁵.

A mulher grávida manifesta sua sexualidade de acordo com a fase da gestação em que se encontra. Durante o primeiro trimestre, há a aceitação da gestação pelo casal e há um período de reflexão até a mulher incorporar o papel de mãe, mas o desejo sexual nessa etapa quase não se modifica, mas pode ocorrer uma redução na atividade sexual devido ao medo de abortar, sentimentos de rejeição ou desconforto físico^{6, 8}. Ao decorrer do segundo trimestre, percebe-se que a mulher já aceita a gestação e seu futuro papel de mãe, além disso, muitos desconfortos somáticos que desaparecem durante essa etapa e as transformações corporais levam a novas descobertas durante o contato com o parceiro, o que leva a uma maior valorização do corpo e aumento do desejo sexual⁹. No terceiro trimestre, há uma diminuição na frequência e o

desinteresse pela atividade sexual por causa de desconforto físico da gestante, como dispaurenia e cansaço, e de fatores psicológicos para o homem, que teme pela saúde do feto⁵.

Na sociedade atual, a mulher tem procurado solucionar os problemas que interferem em sua qualidade de vida como aqueles relacionados à função sexual recorrendo aos cuidados médicos. Afinal, grande parte das mulheres reconhece o papel do ginecologista em diagnosticar e tratar de disfunções sexuais. No entanto, a prática da sexologia ainda é limitada, uma vez que ainda não é frequente os médicos tomarem a iniciativa de abordar a temática das queixas sexuais de suas pacientes e algumas destas não buscam assistência médica por frustração ou vergonha¹⁰.

Existe uma grande diversidade de gestantes no que diz respeito à idade e isso deve ser levado em consideração. A gravidez na adolescência, geralmente, envolve riscos não só biológicos e médicos, mas também aspectos de naturezas social e comportamental, contribuindo negativamente na qualidade de vida individual, familiar e comunidade. Tanto que podemos considerar a fecundidade adolescente como um indicador da qualidade de saúde de um país, por exemplo, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse indicador sugere uma educação sexual precária, com iniciação sexual precoce e gravidezes indesejadas¹². No outro extremo, há as mulheres que adiam sua gestação para a quarta ou quinta décadas de vida para priorizar sua carreira. Recentes avanços nas técnicas de reprodução assistida têm aumentado o sucesso de gravidez nessas pacientes, porém, com declínio da fertilidade, podem ocorrer eventos indesejados como abortos, natimortos e anormalidades cromossômicas¹³.

O estudo teve como objetivo avaliar o perfil sexual de gestantes atendidas em unidade de alto- risco e verificar a associação das disfunções sexuais com variáveis comportamentais e sociais.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal e descritivo, de coorte, no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, na cidade de Aracaju/SE.

A amostragem de conveniência foi constituída por todas as gestantes que realizaram o pré-natal no local de estudo, entre os meses de agosto e setembro 2013, tendo como total de 200

pacientes. Foram excluídas aquelas que se recusaram a preencher os questionários. O recrutamento ocorreu por meio de convite verbal a pacientes na sala de espera do local de estudo, seguido de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entre as pacientes que concordaram em participar do estudo. Essas gestantes foram divididas em dois grupos: o das que relataram dificuldades nessa gestação e o das que negaram.

Os dados foram coletados a partir de aplicação de um questionário (ANEXO 1), inspirado no protocolo do Estudo Sobre a Vida Sexual do Brasileiro, realizado pelo ProSex (Projeto Sexualidade) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, registrando-se características sociodemográficas (idade e procedência), antecedentes obstétricos (número de gestações, partos e abortos prévios), hábitos de vida e hábitos sexuais e abordagem do tema durante as consultas.

A análise estatística foi realizada através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e por meio de medidas de tendência central e variabilidade no caso das variáveis numéricas e nesse caso foram calculados os intervalos de confiança de 95%. As diferenças entre proporções foram testadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher e para a análise das comparações da média de duas amostras independentes, foi utilizado o teste estatístico de associação t de Student. O nível de significância considerado foi de 0,05.

O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo CAAE nº 15436913.5.0000.5546. Os propósitos do estudo, sua metodologia e o compromisso de confidencialidade dos dados foram explicados às pacientes, as quais não receberam incentivos de qualquer espécie, no ato da assinatura do TCLE (ANEXO 2), conforme resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este documento foi preenchido em duas vias, ficando uma em poder do pesquisador e a outra entregue à participante da pesquisa.

Resultados

Foram avaliadas 200 pacientes com idade média de 26,6 (IC_{95%}: 25,5 a 27,8), sendo que não houve diferença significativa entre os dois grupos ($p = 0,256$). Foram divididas em 2 grupos de pacientes: as que não apresentaram dificuldades sexuais na gestação e as que apresentaram.

Foram caracterizadas de acordo com variáveis sociais como idade, profissão, religião, escolaridade, variáveis que caracterizam o perfil sexual como idade da primeira relação, libido, orgasmo, posições e hábitos sexuais.

	Dificuldades nessa gestação					Valor p
	Não	%	Sim	%	Total Geral	
Naturalidade						
Aracaju	22	34%	43	66%	65	0,015
Interior de Sergipe	57	55%	46	45%	103	0,198
Outro Estado	19	59%	13	41%	32	0,240
Procedência						
Aracaju	24	46%	28	54%	52	0,681
Interior de Sergipe	68	50%	69	50%	137	0,882
Outro Estado	6	55%	5	45%	11	0,713
Raça						
Amarela	3	30%	7	70%	10	0,229
Branca	16	46%	19	54%	35	0,697
Negra	16	52%	15	48%	31	0,771
Parda	63	51%	61	49%	124	0,687
Estado civil						
Casada	23	52%	21	48%	44	0,664
Mora junto	61	50%	60	50%	121	0,756
Solteira/divorciada	14	40%	21	60%	35	0,552
Religião						
Católica	65	50%	65	50%	130	0,820
Espírita	1	33%	2	67%	3	0,587
Evangélica	18	42%	25	58%	43	0,349
Outra	2	40%	3	60%	5	0,687
Sem religião	12	63%	7	37%	19	0,217
Total Geral	98	49%	102	51%	200	1,000

	Dificuldades nessa gestação					Valor p
	Não	%	Sim	%	Total Geral	
Instrução						
Não estudou	6	46%	7	54%	13	0,837

Fundamental incompleto	27	48%	29	52%	56	0,906
Fundamental completo	16	43%	21	57%	37	0,484
Médio incompleto	19	54%	16	46%	35	0,532
Médio completo	26	55%	21	45%	47	0,386
Superior	4	33%	8	67%	12	0,278
Profissão						
Autônoma	18	51%	17	49%	35	0,774
Desempregada	12	44%	15	56%	27	0,636
Dona de casa	49	52%	45	48%	94	0,544
Outro	12	38%	20	63%	32	0,193
Prestadora de serviços	7	58%	5	42%	12	0,518
N de gestações						
Uma	37	50%	37	50%	74	0,863
Duas	32	55%	26	45%	58	0,347
Três ou mais	29	44%	39	59%	66	0,275
Aborto						
Não	75	55%	64	47%	136	0,226
Sim	23	38%	38	62%	61	0,078
Idade gestacional						
Primeiro trimestre	19	66%	10	34%	29	0,075
Segundo trimestre	46	55%	37	45%	83	0,242
Terceiro trimestre	33	38%	55	63%	88	0,031
Total Geral	98	49%	102	51%	200	1,000

Observou-se um aumento das dificuldades sexuais na gestação à medida que a gestação se aproxima do último trimestre. Representados por 34% no primeiro trimestre, 45% no segundo trimestre e 63% no terceiro trimestre.

	Dificuldades nessa gestação					Valor p
	Não	%	Sim	%	Total Geral	
Tabagismo						
Não	94	49%	96	51%	190	0,896
Sim	4	40%	6	60%	10	0,569
Etilismo						
Não	92	48%	101	52%	193	0,711
Sim	6	86%	1	14%	7	0,052
Sedentarismo						
Não	76	54%	65	46%	141	0,244

Sim	22	37%	37	63%	59	0,072
Drogadição						
Não	98	49%	101	51%	198	0,921
Sim		0%	1	100%	1	0,493
Primeira relação						
Antes dos 12 anos	4	40%	6	60%	10	0,569
De 13 a 16 anos	43	47%	48	53%	91	0,739
De 17 a 20 anos	38	54%	32	46%	70	0,376
Depois de 20 anos	13	45%	16	55%	29	0,653
Teve relação nessa gestação						
Não	13	68%	7	37%	19	0,137
Sim	85	47%	95	53%	180	0,633
Total Geral	98	49%	102	51%	200	1,000

Pode-se observar que as gestantes menos sedentárias foram aquelas que relacionaram um menor índice de dificuldades sexuais na gestação, representadas com 54% da amostra. Bem como as gestantes que eram sedentárias apresentaram um maior índice de dificuldades sexuais na gestação, representados por 63%

	Dificuldades nessa gestação					Valor p
	Não	%	Sim	%	Total Geral	
Média de coitos						
Um	37	39%	57	61%	94	0,062
Dois	46	57%	35	43%	81	0,161
Três ou mais	15	60%	10	40%	25	0,271
Libido						
Com frequência diminuída	15	37%	26	63%	41	0,112
Não	23	36%	41	64%	64	0,037
Sim	60	63%	35	37%	95	0,006
Orgasmo						
Com frequência diminuída	14	37%	24	63%	38	0,134
Não	17	30%	40	70%	57	0,004
Sim	67	64%	38	36%	105	0,002
Problemas sexuais antes da gestação?						
Não	89	51%	84	49%	173	0,520
Sim	9	33%	18	67%	27	0,103

Tem feito sexo sem vontade

Não	71	55%	58	45%	128	0,168
Sim	27	38%	44	62%	71	0,064
Total Geral	98	49%	102	51%	200	1,000

Em relação às gestantes que referiram ter feito sexo sem vontade, o motivo mais alegado foi, com 61% das pacientes, manter a harmonia do casal. Em segundo lugar, ficou com, 20%, o medo de ser deixada pelo parceiro. 18% das gestantes assinalaram como outras causas.

Quanto às posições mais adotadas, 56% afirmaram utilizar a posição os dois de lado. 23% afirmaram usar outras posições, 15% utilizavam a posição da mulher por cima. Apenas 8% alegaram não terem conseguido penetração.

Assim no grupo das que não apresentaram dificuldades nessa gestação a idade média foi de 25,9 (IC_{95%}: 24,4 a 27,5) e no grupo que apresentava foi de 27,2 (IC_{95%}: 25,6 a 28,9)

Discussão

Quando se compara as gestantes que tiveram problemas sexuais procedentes da capital com as do interior, nota-se que há um grau maior de dificuldades entre as primeiras. Isso pode ser explicado pelo fato de que mulheres com alto grau de esclarecimento possuem uma maior percepção dos seus problemas e por isso relatam com maior frequência suas insatisfações.

Quanto à religião, notou-se que há um valor de p mais significativo nas que não têm religião. Provavelmente porque a religião é um fator de supressão ou faz com que as pacientes não consigam verbalizar suas queixas. De acordo com a literatura, a moral, a religião, as ciências e o direito sistematicamente definem as justificativas e a regulamentação das normas sociais. Pode-se observar nas teorias psicanalíticas de Freud que a existência de desejos sexuais inconscientes, entram em choque com as normas sociais permitidas e botam o indivíduo em crise interna, fazendo com que este assuma comportamentos defensivos. E estas reações possibilitam o aparecimento da culpa e a instauração do conflito¹⁶.

Observou-se que quanto maior o grau de instrução da paciente, maiores os índices de dificuldades sexuais na gestação. Não há unanimidade na literatura com relação entre a disfunção sexual e o nível de escolaridade. Em um estudo realizado com mulheres americanas,

feito por Nazareth e colaboradores, 2003, indicou que um nível socioeconômico mais baixo se relacionaria com uma predisposição a disfunções sexuais. Entretanto, há estudos que demonstram que nível socioeconômico e disfunção sexual são diretamente proporcionais. Isso seria justificado por uma maior percepção da sexualidade, levando a mulher a gerar expectativas em relação ao sexo que podem trazer maior insatisfação do que entre as mulheres com menor grau de instrução ou até mesmo fatores de estresse como competir no mercado de trabalho que favoreceria um maior grau de disfunção sexual.

Sabe-se que a função sexual sofre mudanças ao longo da gestação com aumento de sintomas de disfunção sexual¹⁷. O terceiro trimestre foi o período que mais trouxe dificuldades para as gestantes entrevistadas. Nesse período há um maior desconforto devido ao volume do abdômen, a cansaço e fadiga. Além do mais, tratava-se de gestantes de alto- risco onde as patologias tendem a complicar no último trimestre da gestação e o medo da perda fetal aumenta.

A maioria das gestantes afirmou ter problemas sexuais na gestação. Deve-se considerar que o estudo foi realizado com gestantes de alto risco. Na literatura, sabe-se que a ansiedade usualmente relacionada à gestação e ao parto vivenciada pelas mulheres durante esse período de vida, mulheres com gestação de alto risco enfrentam preocupações adicionais. Para otimizar resultados gestacionais e reduzir o risco de complicações maternas e fetais, as mulheres costumam modificar os hábitos de vida e se submeterem a acompanhamento médico rigoroso até o parto. Isso influi no desejo sexual da mulher e altera a relação da gestante com sua sexualidade²⁴.

A associação com o uso do álcool ofereceu um p estatisticamente significativo. Sabe-se que a presença de problemas emocionais em gestantes pode contribuir para o uso de substâncias psicoativas e estas estão associadas ao aumento do risco de malformações fetais¹⁸. O etilismo é um elemento desagregador na família, um dos motivos da mulher beber pode ser a rejeição que essa mulher tem em relação à gestação, além da falta de estrutura familiar.

Quanto à libido, as pacientes que afirmaram não ter libido ou a ter com frequência diminuída, apresentaram mais problemas na gestação, assim como as que não tinham orgasmo ou tinham orgasmo em uma frequência diminuída. Muitas entrevistadas afirmaram que tinham

relações sexuais mesmo sem vontade, a justificativa mais alegada foi manter a harmonia do casal com 61% das respostas. Um estudo feito na Nigéria mostra dados semelhantes, em que as gestantes mesmo apresentando queixas como náuseas, desconforto, cansaço, medo de abortar ou de machucar o feto, mantinham a frequência sexual pelo motivo de manter a harmonia entre o casal¹⁹.

As que tiveram relações antes dos 12 anos apresentaram em sua maioria 60% de dificuldades na gestação. Esse número de pacientes com dificuldades diminuiu para as gestantes que tiveram a idade do primeiro coito mais tardiamente. Dado que pode ser justificado pelo o fato da maturidade psicológica não acompanhar a maturidade biológica, as adolescentes trazem o medo, a insegurança, a desorientação e a solidão como fatores que influenciam negativamente seu psicológico e na sua vida sexual durante a gestação²⁰.

Em relação às posições mais utilizadas na gestação, como esperado pela literatura²², a posição de lado foi a mais mencionada com 56%. Ao ser indagadas sobre o desconforto nas posições sexuais o volume do abdômen aparece como a causa principal em 31% dos casos., fadiga e náuseas foram mencionados com 23% e 22% cada. Esses dados são compatíveis com a literatura, onde se observa queixas comuns relacionadas à questões culturais como o medo do pai estar machucando o bebê durante a relação, da ejaculação dentro da vagina afogar o bebê, do volume do abdome atrapalhar a relação ou não sentir atração pelo corpo da parceira. Também há o conflito de ver a esposa como um ser sagrado que necessita canalizar toda a energia para ao bebê²³.

Foi observada uma frequência elevada de gestantes em unidade de alto- risco que referiram dificuldades no ato sexual, como também a piora progressiva do desempenho sexual e desejo com a evolução da gestação.

Referências bibliográficas

1. REISDORFER, E. **As alterações no desejo sexual durante o período gestacional: um estudo na atenção primária.** Revista Saúde & Transformação Social, 2010.
2. ARAUJO, N. M.; SALIM, N.R.; GUALDA, D.M.R. and SILVA, L.C.F.P. **Corpo e sexualidade na gravidez.** *Rev. esc. enferm. USP* (online). 2012.
3. BELENTANI, L.M.; MARCON, S.S. **Sexuality patterns of mothers with high risk infants.** Acta Paul Enferm 2011.
4. COCKCROFT, A.; PEARSON, L.W.; HAMEI, C. **Reproductive and sexual health in the Maldives analysis of data from two cross-sectional surveys.** BMC Health Services Research. 2001
5. QUEIROS, A. et al. **Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez.** *Rev Port Clin Geral* (online). 2011.
6. COLMAN, L.L. & COLMAN, A. D. (1994) (1991). **Gravidez: a experiência psicológica.** Lisboa: Edições Colibri.
7. BRTNICK H, WEISS P, ZVERINA J. **Human sexuality during pregnancy and the postpartum period.** Institute of Sexology, 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague Czech Republic. 2009
8. SAPIÉN, J.S. **Comportamiento Sexual de Varones Durante El Embarazo: Casos em La Ciudad de México.** Terapia psicológica. 2011.
9. LECH, M.B. and MARTINS, P.C.R.. **Oscilações do desejo sexual no período gestacional.** *Estud. psicol. (Campinas)* (online). 2003..

10. LARA, L.A.S.; SILVA, A.C.J.S.R.; ROMAO, A.P.M.S. and JUNQUEIRA, F.R.R. **Abordagem das disfunções sexuais femininas.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. (online). 2008.
11. SOUTO, D.C.; BRANDOLT, C.R.; KRUEL, C.S. **A expressão da sexualidade no período gestacional.** UNIFRA, 2012.
12. SILVA, J.L.P.; SURITA, F.G.C. **Gravidez na adolescência: situação atual.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012, 34(8):34(8):347-50.
13. HEFFNER, L.J. **Advanced Maternal age – How old is too old?** The New England Journal of Medicine. Novembro, 2004.
14. SAUER MV, PAULSON RJ, LOBO RA. **Oocyte donation to women of advanced reproductive age: pregnancy results and obstetrical outcomes in patients 45years and older.** Hum Reprod 1996; 11:2540-3.
15. LAUMANN EO, PAIK A, ROSEN RC. **Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors.** JAMA. 1999; 281(6):537-44.
16. CHAÚÍ, M. **Convite à Filosofia.** Ed. Ática, São Paulo, 2000. p 91, 201.
17. TRUTNOVSKY G, HAAS J, LANG U, PETRU E. **Women’s perception of sexuality during pregnancy and after birth.** Aust N Z J Obst Gynaecol. 2006.
18. PINHEIRO, S. N; LAPREGA, M.; FURTADO, E. **Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema único de saúde.** Revista de Saúde Pública. 2005.
19. ORJI, E; OGUNLOLA, I; FASUBAA, O. **“Sexuality among pregnant women in South West Nigeria.”** J. Obstet Gynaecol; 22(2):166-8, 2002 Mar.
20. GOMES, R et al. **A visão da pediatria acerca da gravidez.** Revista Latino americana de enfermagem. Ribeirão Preto, v. 10, n.3, p.408-414, mai/jun 2002.

21. NAZARETH I, BOYTON P, KING M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ. 2003.
22. POLOMENO, V. **Sex and Pregnancy: A perinatal Educator's guide**. J Perinat Educa. 2000. Fall, 9(4): 15-27.
23. BELLO, Folasade Adenike, OLAYEMI, Oladapo; AIMAKHU, Christopher O. e ADEKUNLE, Adeyemi. **Effect of Pregnancy and Childbirth on Sexuality of Women in Ibadan, Nigeria**. International Scholarly Network. ISRN Obstetrics and Gynecology. Volume 2011. Article ID 856586.
24. RIBEIRO, M.C. et al. **Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina?**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. (online). 2011.

VI .ANEXOS

Anexo 1 – MODELO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU

QUESTIONARIO SOBRE A SEXUALIDADE DA GESTANTE EM AMBULATORIO DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

I. Dados de Identificação:

Idade: ____

Naturalidade: () Aracaju () interior de Sergipe () outro estado

Procedência: () Aracaju () interior de Sergipe () outro estado

Raça: () Branca () Parda () Negra () Amarela

Estado civil: () Casada () Mora junto () Solteira () Divorciada () Viúva

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra () Sem religião () Agnóstica

Instrução: () Fundamental Incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto () Superior completo

Profissão: () Autônoma () Prestadora de serviços () Dona-de-casa () Outro

() Desempregada

Paridade: Gestação () 01 gestação; () 02 gestação; () 03 ou mais.

Abortos: () Sim; () Não

Idade Gestacional: () 1 trim () 2 trim () 3 trim

II. Hábitos de vida:

Tabagismo: () Sim () Não

Etilismo: () Sim () Não

Sedentarismo: () Sim () Não

Drogadição: () Sim () Não

III. Hábitos sexuais e abordagem do tema durante as consultas:

Com quantos anos teve a primeira relação sexual?

() Antes de 9 anos; () 9 a 12 anos; () 13 a 16 anos; () 17 a 20 anos; () depois dos 20 anos

Teve relação sexual nesta gravidez?: () Sim () Não

Média de coitos por semana: () 1 ou menos () entre 1 e 3 () mais de 3

Libido (você tem tido vontade de fazer sexo?): () Sim () Não () Com frequência diminuída

Tem conseguido chegar ao orgasmo? () Sim () Não () Com frequência diminuída

Você considera que já tinha problemas sexuais antes da gravidez? () Sim () Não

Você acha que está com dificuldades para o ato sexual nesta gestação? () Sim () Não

Em caso afirmativo, falou com médico(a) do pré-natal? () Sim () Não

Se sim, qual a relação dele(a)?

☐ A orientou ☐ Não valorizou a queixa ☐ Ficou impaciente, envergonhado ou sem ação ☐ Ouviu tranquilo mas não soube orientar ☐ Fez brincadeira para descontrair e mudar de assunto ☐ Disse que era `normal` da gestação

Se não, qual o motivo de não ter falado?

☐ Vergonha ☐ Achar que não tem a ver com saúde

Alguma vez o médico(a) do pré-natal espontaneamente questionou sobre sua sexualidade durante esta gestação? ☐ Sim ☐ Não

Quais situações influem negativamente no seu desempenho sexual?

☐ Indisposição pelas náuseas/vômitos ☐ Medo, seu ou do parceiro, de o pênis tocar o feto ou causar contrações, rotura de bolsa, abortamento ou parto prematuro ☐ Vergonha das mudanças no seu corpo ☐ Perda ou diminuição de interesse seu no parceiro ☐ Perda ou diminuição de interesse do seu parceiro por você ☐ Vaginismo, dispaurenia, vagina ressecada e/ou vulvo-vaginites ☐ Fadiga / cansaço ☐ Acha que o sexo perde importância durante a gravidez ☐ Dificuldades nas posições sexuais devido ao volume do abdome

Qual posição tem sido mais utilizada pelo casal para penetração?

☐ Os dois de lado ☐ Você por cima ☐ Outras ☐ Não tenho conseguido penetração

Quando vocês não conseguem a penetração vaginal costumam: ☐ trocar carícias ☐ fazer sexo oral ☐ fazer sexo anal ☐ masturbar-se ☐ adiam a relação para outra oportunidade

Você tem feito sexo mesmo sem vontade ☐ sim ☐ não

Se sim, o motivo seria: ☐ medo de ser deixada pelo parceiro ou traída

☐ manter a harmonia do casal

☐ outro

Anexo 2 – CÓPIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado **“Análise da Sexualidade das**

gestantes em um ambulatório de Pré- natal na cidade de Aracaju, Sergipe” desenvolvido por Jacqueline Mazzotti Cavalcanti da Silva, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (079) 88016389 ou e-mail jacquelinemazzotti@hotmail.com. Fui informada, ainda, de que o projeto é orientado pela Prof. Dra. Msc. Júlia Maria Gonçalves Dias, da Universidade Federal de Sergipe.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar as funções sexuais durante a gravidez através do comportamento sexual das gestantes durante a realização do pré-natal de baixo risco na cidade de Aracaju, Sergipe .

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista para preenchimento de questionário, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora.

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Aracaju, ____ de _____ de 2013.

Orientadora Prof. Dra.Msc.
Júlia Maria Gonçalves Dias
CPF: 507.414.894-49

Pesquisadora
Jacqueline M. C. da Silva
CPF: 033.957.265-50

Assinatura do/a Diretor/a da Instituição

Assinatura da participante