

## TRABALHOS DE PESQUISAS

---

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

Jacqueline Mazzotti Cavalcanti da Silva<sup>1</sup>, Raquel Mazzotti Cavalcanti da Silva<sup>2</sup>, Raisal de Oliveira Pereira<sup>3</sup>, Marco Antônio Prado Nunes<sup>4</sup>, Antônio Souza Lima Júnior<sup>5</sup>, Júlia Maria de Gonçalves Dias<sup>6</sup>

#### SEXUAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN AT A HIGH RISK PRENATAL CARE SERVICE

**Resumo:** *Objetivo:* Avaliar os problemas sexuais mais frequentes em gestantes com gravidez de alto risco e associação entre fatores sociais e comportamentais no período gravídico. *Método:* Estudo transversal, desenvolvido 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. 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, protocolo: CAAE nº 15436913.5.0000.5546. *Resultados:* Em relação à presença de problemas sexuais na gestação, houve mais frequência em mulheres da capital com 66%, maior instrução 67%, com história de aborto 62%, no terceiro trimestre 63%. As entrevistadas relataram ausência de libido em 64%, e ausência de orgasmo em 70%. O problema mais relatado, com 31%, foi dificuldade nas posições sexuais devido ao volume do abdome, o que justificaria a posição mais frequente ser os dois de lado, com 56%. *Conclusão:* Problemas sexuais ocorrem com maior frequência em pacientes gestantes com maior escolaridade, no terceiro trimestre e com algum problema sexual prévio.

**Palavras-chave:** comportamento; problemas sexuais; gravidez

**Abstract:** *Objective:* Evaluate the most frequent sexual issues among women with high risk pregnancies and their association with social and behavioral aspects during pregnancy. *Method:* transversal study, developed at the Integrated Women Health Care Center in Aracaju, Sergipe. The sample had a total of 200 patients who signed a consent form. The differences between proportions were analyzed using the Pearson chi-squared test or Fisher's exact test and, for analyzing the averages of two independent samples, the *t* student test was applied. The study has been submitted and approved by the Ethics in Research Committee under the protocol CAAE number 15436913.5.0000.5546. *Results:* Sexual issues during pregnancy were more frequent in women from the capital (66%), with higher education (67%), with previous abortions (62%) and in the third trimester (63%). The interviewed women complained of lack of libido (64%) and lack of orgasm (70%). The most common issue was the difficulty in sexual positions because of the increased abdominal volume (31%), which explains why the favorite position was lying on the side (56%). *Conclusion:* Sexual issues happen more often among pregnant women with higher education, in the third trimester and with previous sexual problems.

**Keywords:** behavior, sexual issues, pregnancy

---

<sup>1</sup> Médica formada pela Universidade Federal de Sergipe. Email: jacquelinemazzotti@hotmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: raquelmazzotti@gmail.com.

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: oliveira.raisa@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: manpn@ig.com.br

<sup>5</sup> Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: aslj@bol.com.br

<sup>6</sup> Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: julia.dias@globo.com.

## Introdução

O período gestacional traz diversas mudanças físicas, comportamentais e psicológicas tanto para a mulher quanto para as pessoas com quem ela convive, com repercussões na dinâmica familiar (REISDORFER, 2010). 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 corporal (ARAUJO; SALIM; GUALDA; SILVA, 2012).

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 progride (COCKCROFT; PEARSON; HAMEI; ANDERSSON, 2011). Tal indisposição para o sexo pode ocorrer devido a alterações no padrão de sexualidade (BELENTANI; MARCON; PELLOSO, 2011). Algumas causas mais comuns são náuseas, fadigas, dispareunia, preocupação com o bem-estar fetal, dificuldade no coito devido ao abdômen proeminente da grávida, que muitas vezes é responsável pela diminuição da autoestima, motivos culturais ou religiosos, mitos e ou até mesmo em casos de mau passado obstétrico. 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 conjugal (QUEIRÓS et al., 2011).

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, porém o desejo sexual nessa etapa quase não se modifica, mas pode ocorrer uma redução na atividade sexual devido ao medo de abortar, sentimento de rejeição ou desconforto físico (COLMAN, 1994; BRTNICKA, 2009; SAPIÉN, 2011). No 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 sexual (LECH; MARTINS, 2003).

No terceiro trimestre, há uma diminuição na frequência e o desinteresse pela atividade sexual por causa de desconforto físico da gestante, como dispareunia e cansaço, e de fatores psicológicos para o homem, que teme pela saúde do feto (QUEIRÓS et al., 2005).

Na sociedade atual, a mulher tem procurado solucionar os problemas que interferem em sua qualidade de vida, como aqueles relacionados à função sexual, recorrendo a 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 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 vergonha (LARA; SILVA; ROMÃO; JUNQUEIRA, 2008).

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 de naturezas social e comportamental, contribuindo negativamente na qualidade de vida individual, familiar e da 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 indesejadas (SILVA; SURITA, 2012). No outro extremo, há as mulheres que adiam sua gestação para a quarta ou quinta década 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 cromossômicas (HEFFNER, 2004).

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, 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 de 2013, tendo como total 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 da aplicação de um questionário, 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 Universidade de São Paulo, registrando-se características sócio-demográficas (idade e procedência), antecedentes obstétricos (número de gestações, partos e abortos prévios), hábitos de vida, hábitos sexuais e abordagem do tema durante as consultas.

A análise estatística foi realizada por meio 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, 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. 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, conforme resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O 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 anos (com desvio padrão de 5,33 anos), as quais se dividiram em dois grupos de pacientes: as que não apresentaram dificuldades sexuais na gestação e as que apresentaram. Foram caracterizadas de acordo com variáveis sócio-demográficas, obstétricas, comportamentais e sexuais (Tabela 1).

**Tabela 1. Associação entre variáveis sócio-demográficas e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.**

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total	Estatística <i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
<b>Naturalidade</b>							
Aracaju	22	34%	43	66%	65	4,5466	0,015*
Interior de Sergipe	57	55%	46	45%	103	1,0936	0,198
Outro Estado	19	59%	13	41%	32	1,1878	0,240
<b>Procedência</b>							
Aracaju	24	46%	28	54%	52	0,1339	0,681
Interior de Sergipe	68	50%	69	50%	137	0,0131	0,882
Outro Estado	6	55%	5	45%	11	0,1283	0,713
<b>Raça</b>							
Amarela	3	30%	7	70%	10	1,3772	0,229
Branca	16	46%	19	54%	35	0,1287	0,697
Negra	16	52%	15	48%	31	0,0733	0,771
Parda	63	51%	61	49%	124	0,0999	0,687

	Dificuldades sexuais na gestação atual					Estatística <i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%	Total		
<b>Estado civil</b>							
Casada	23	52%	21	48%	44	0,1545	0,664
Mora junto	61	50%	60	50%	121	0,0602	0,756
Solteira/divorciada	14	40%	21	60%	35	0,9672	0,552
<b>Religião</b>							
Católica	65	50%	65	50%	130	0,0315	0,820
Espírita	1	33%	2	67%	3	0,2904	0,587
Evangélica	18	42%	25	58%	43	0,7231	0,349
Outra	2	40%	3	60%	5	0,1581	0,687
Sem religião	12	63%	7	37%	19	1,3913	0,217
<b>Instrução</b>							
Não estudou	6	46%	7	54%	13	0,0396	0,837
Fundamental incompleto	27	48%	29	52%	56	0,0108	0,906
Fundamental completo	16	43%	21	57%	37	0,4145	0,484
Médio incompleto	19	54%	16	46%	35	0,3329	0,532
Médio completo	26	55%	21	45%	47	0,6079	0,386
Superior	4	33%	8	67%	12	1,1130	0,278
<b>Profissão</b>							
Autônoma	18	51%	17	49%	35	0,0703	0,774
Desempregada	12	44%	15	56%	27	0,1977	0,636
Dona de casa	49	52%	45	48%	94	0,2502	0,544
Outro	12	38%	20	63%	32	1,4632	0,193
Prestadora de serviços	7	58%	5	42%	12	0,3945	0,518

\*valores significativos  $p < 0,05$ .

Na Tabela 1, a maior parte dos pacientes que era da capital (Aracaju) apresentaram problemas sexuais na gestação: 66%. Em relação à raça, 70% das pacientes que se declararam amarelas apresentaram alguma dificuldade sexual, já as negras foram as que menos apresentaram queixas: 52% negaram. Quanto ao estado civil, 60% das solteiras afirmaram possuir alguma dificuldade. Entre as casadas houve queixas em 52% das entrevistadas. Em relação à religião, notou-se associação entre

maior índice de problemas com as gestantes que possuíam alguma religião: 50% católicas, 67% espíritas, 58% evangélicas e 60% outras religiões. Já entre as que não possuíam religião, notou-se que apenas 37% apresentaram alguma dificuldade.

Quanto ao grau de instrução, encontrou-se maior índice de queixas sexuais em gestantes com nível superior 67%. Em relação a profissão, nota-se que as donas de casa apresentaram menos dificuldades, 52%.

**Tabela 2. Associação entre variáveis obstétricas e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.**

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total	Estatística <i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
<b>Número de gestações</b>							
Uma	37	50%	37	50%	74	0,0216	0,863
Duas	32	55%	26	45%	58	0,6852	0,347
Três ou mais	29	44%	39	59%	66	0,8215	0,275
<b>Aborto</b>							
Não	75	55%	64	47%	136	0,8063	0,226
Sim	23	38%	38	62%	61	2,3981	0,078
<b>Idade gestacional</b>							
Primeiro trimestre	19	66%	10	34%	29	2,7653	0,075
Segundo trimestre	46	55%	37	45%	83	0,9679	0,242
Terceiro trimestre	33	38%	55	63%	88	3,2593	0,031*
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>49%</b>	<b>102</b>	<b>51%</b>	<b>200</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\*valores significativos  $p < 0,05$ .

Houve associação significativa entre dificuldades sexuais e o último trimestre da gestação. Observa-se na Tabela 2, que no terceiro trimestre há maiores dificuldades do que no restante da gestação, com 63% das entrevistadas relatando problemas. Notou-se que entre as pacientes que

referiram ter tido aborto prévio, 62% queixaram-se de dificuldades sexuais. Foi encontrada associação significativa entre dificuldades sexuais e número de gestações, sendo que as pacientes que tiveram três ou mais gestações relataram maiores dificuldades (59%).

**Tabela 3. Associação entre variáveis comportamentais e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.**

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total Geral	Estatística LSD	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
<b>Tabagismo</b>							
Não	94	49%	96	51%	190	0,0002	0,896
Sim	4	40%	6	60%	10	0,3088	0,569
<b>Etilismo</b>							
Não	92	48%	101	52%	193	0,0697	0,711
Sim	6	86%	1	14%	7	3,6467	0,052
<b>Sedentarismo</b>							
Não	76	54%	65	46%	141	0,7948	0,244
Sim	22	37%	37	63%	59	2,5133	0,072
<b>Drogadição</b>							
Não	98	49%	101	51%	198	0,0024	0,921
Sim		0%	1	100%	1	0,9560	0,493
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>49%</b>	<b>102</b>	<b>51%</b>	<b>200</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Na Tabela 3 observa-se que tanto as gestantes etilistas quanto as gestantes tabagistas queixaram-se de dificuldades sexuais: 60%

em ambos os casos. Em relação às gestantes sedentárias, 63% referiram alguma dificuldade sexual.

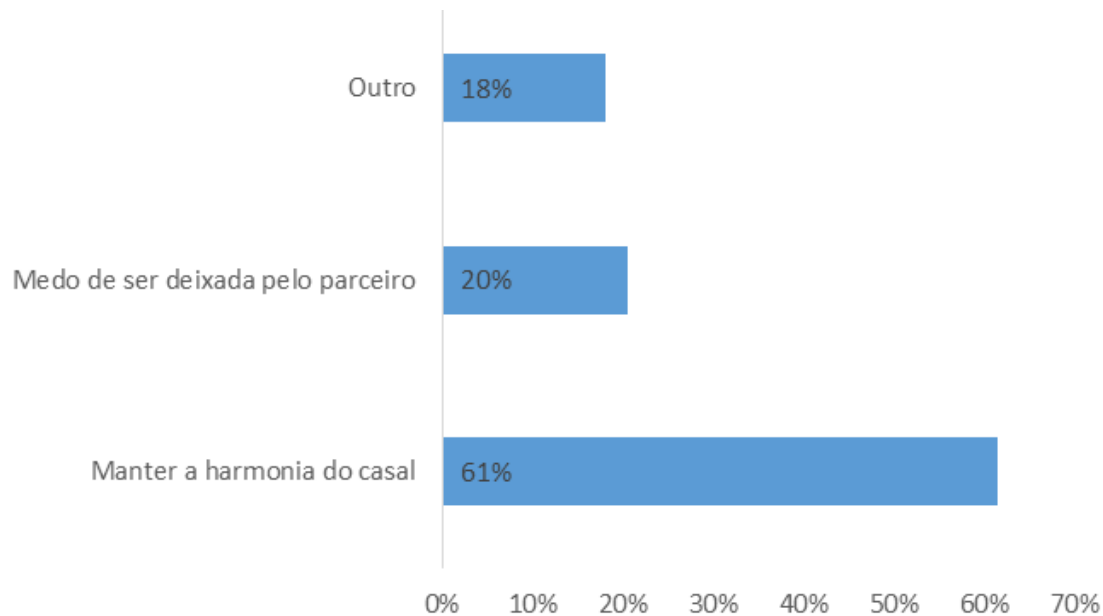
**Tabela 4. Associação entre variáveis sexuais e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.**

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total	<i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
<b>Média de coitos</b>							
Um	37	39%	57	61%	94	2,3921	0,062
Dois	46	57%	35	43%	81	1,4003	0,161
Três ou mais	15	60%	10	40%	25	1,0756	0,271
<b>Libido</b>							
Com frequência diminuída	15	37%	26	63%	41	2,1058	0,112
Não	23	36%	41	64%	64	3,3323	0,037*
Sim	60	63%	35	37%	95	5,1903	0,006**
<b>Orgasmo</b>							
Com frequência diminuída	14	37%	24	63%	38	1,8946	0,134
Não	17	30%	40	70%	57	6,5969	0,004**
Sim	67	64%	38	36%	105	6,0812	0,002**
<b>Problemas sexuais antes da gestação?</b>							
Não	89	51%	84	49%	173	0,2218	0,520
Sim	9	33%	18	67%	27	2,3432	0,103
<b>Tem feito sexo sem desejo</b>							
Não	71	55%	58	45%	128	1,1447	0,168
Sim	27	38%	44	62%	71	2,5384	0,064
<b>Primeira relação</b>							
Antes dos 12 anos	4	40%	6	60%	10	0,3088	0,569
De 13 a 16 anos	43	47%	48	53%	91	0,0764	0,739
De 17 a 20 anos	38	54%	32	46%	70	0,5795	0,376
Depois de 20 anos	13	45%	16	55%	29	0,1765	0,653
<b>Teve relação na gestação atual</b>							
Não	13	68%	7	37%	19	1,8620	0,137
Sim	85	47%	95	53%	180	0,1199	0,633

\*valores significativos  $p < 0,05$ ; \*\*valores muito significativos  $p < 0,01$ .

Pode-se observar na Tabela 4 que as gestantes que tiveram relações antes dos 12 anos apresentaram mais dificuldades sexuais na gestação em 60% dos casos. Em relação à média de coitos, notou-se que as dificuldades sexuais entre as gestantes que tinham coitos semanais foram em torno de 61%, entre as que tinham três ou mais coitos semanais 40% referiram dificuldades sexuais.

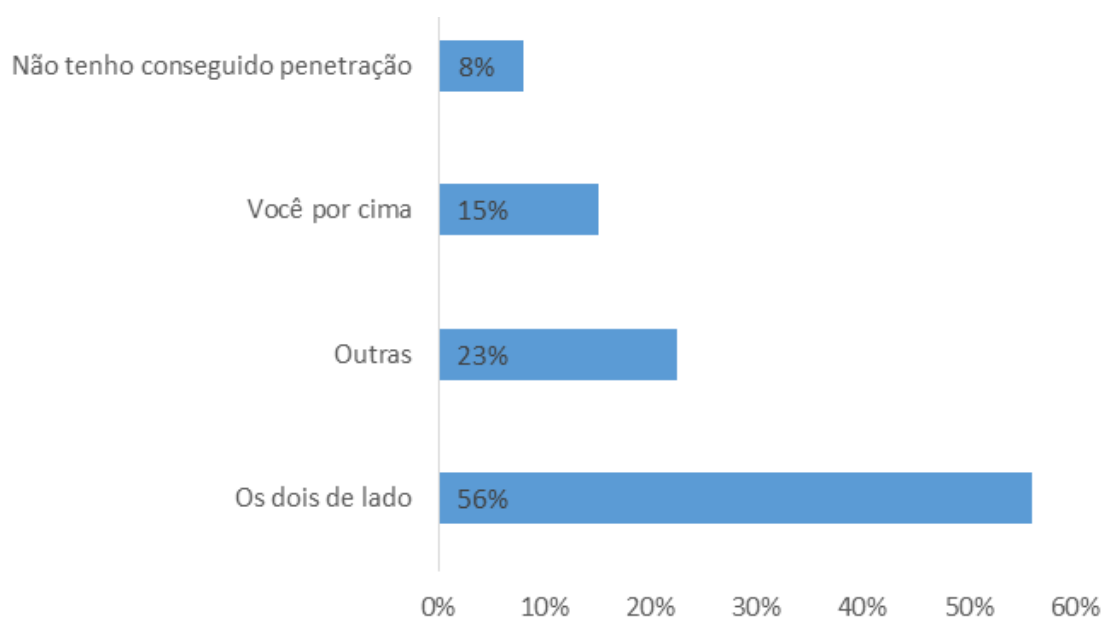
Houve associação significativa entre a presença e ausência de libido e disfunções sexuais  $p=0,006$  e  $p=0,037$  respectivamente. Também em relação à presença e ausência de orgasmo  $p=0,002$  e  $p=0,004$ . Observaram-se dificuldades nas relações em apenas 37% das gestantes que possuíam libido e em 36% das gestantes que possuíam orgasmos nas relações.



**Figura 1. Motivo de ter feito sexo sem desejo entre as pacientes entrevistadas**

Em relação às gestantes que referiram ter feito sexo sem desejo, notou-se dificuldades em 62% que assumiram essa prática. Pode-se notar pela Figura 1 que o motivo mais alegado foi manter a harmonia do casal em 61% das entrevistadas. Em segundo lugar apareceu o medo de ser deixada pelo

parceiro, em 20% dos casos. Embora a associação não tenha sido significativa entre a variável supracitada e a variável independente, o valor de  $p=0,064$  aproxima-se bastante da significância na associação entre a afirmação de fazer sexo sem vontade e as disfunções sexuais.



**Figura 2. Posições mais adotadas para o ato sexual entre as pacientes entrevistadas.**

Pela Figura 2, pode-se notar que entre as posições mais adotadas, 56% afirmaram utilizar a posição os dois de lado, 23% afirmaram usar outras posições e apenas 8% alegaram não terem conseguido penetração.

## Discussão

Houve associação significativa entre as gestantes que tiveram problemas sexuais procedentes da capital, nota-se que há um grau maior de dificuldades entre as primeiras. Isso pode ser explicado pelo fato de que mulheres da capital possuíam maior escolaridade, sendo assim, o alto grau de esclarecimento pode ter gerado uma maior percepção dos seus problemas e por isso relatam com maior frequência suas insatisfações.

Quanto à religião, notou-se que houve uma diferença em termos absolutos e relativos sobre a ausência de problemas sexuais entre as que não informavam religião. Provavelmente porque a religião é um fator de supressão ou faz com que as pacientes não consigam verbalizar suas queixas. De acordo com Chauí (2000), 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 entra 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 conflito.

Observou-se que quanto maior o grau de instrução da paciente, maiores os índices de dificuldades sexuais na gestação. Em um estudo realizado com mulheres americanas, feito por Nazareth e colaboradores (2003), foi observado 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 (PRADO; MOTA; LIMA, 2010). 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, o que favoreceria um maior grau de disfunção sexual.

Sabe-se que a função sexual sofre mu-

danças ao longo da gestação, com aumento de sintomas de disfunção sexual (TRUTNOVSKY; HAAS; LANG; PETRU, 2006). O terceiro trimestre foi o período que mais apresentou dificuldades para as gestantes entrevistadas. Nesse período há um maior desconforto devido ao volume do abdômen, cansaço e à fadiga. Além do mais, tratava-se de gestantes de alto risco, em que as patologias tendem a se complicar no último trimestre da gestação e o medo da perda fetal aumenta.

Metade 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 da ansiedade usualmente relacionada à gestação e ao parto vivenciada pelas mulheres durante esse período de vida, e as 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 submetem a acompanhamento médico rigoroso até o parto. Isso influencia o desejo sexual da mulher e altera a relação da gestante com sua sexualidade (RIBEIRO et al., 2011).

A associação com o uso do álcool mostrou um valor de *p* limítrofe. Sabe-se que a presença de problemas emocionais em gestantes pode contribuir para o uso de substâncias psicoativas, que estão associadas ao aumento do risco de malformações fetais (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005). O etilismo é um elemento desagregador na família, um dos motivos da mulher beber pode ser a rejeição que ela tem em relação à gestação, além da falta de estrutura familiar. O uso do álcool por si só constitui um fator de risco para a gestação. Em nosso estudo, não foi estabelecida a quantidade de bebida alcóolica ingerida pelas gestantes, havendo um viés de interpretação quanto às dificuldades sexuais pelo uso do álcool.

Quanto à libido durante a gestação, as pacientes que afirmaram não ter ou a ter com frequência diminuída, apresentaram mais problemas na gestação. A mesma informação foi encontrada em relação ao orgasmo na gestação, as entrevistadas que não tinham orgasmo ou tinham orgasmo em uma frequência diminuída apresentaram maiores índices de problemas sexuais na gestação. Muitas entrevistadas afirmaram que tinham relações sexuais mesmo sem vontade, a justificativa mais alegada foi manter a harmonia do casal, em 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 para manter a harmonia entre o casal (ORJI; OGUNLOLA; FASUBAA, 2002).

As que tiveram relações antes dos 12 anos apresentaram, em sua maioria, 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 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 sua vida sexual durante a gestação (GOMES; FONSECA; VEIGAS, 2002).

Em relação às posições mais utilizadas durante a gestação, nosso estudo foi compatível com o relatado por Polomeno na literatura (POLOMENO, 2000), encontramos a posição de lado como a mais mencionada, em 56%. Ao 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% respectivamente. Esses dados são compatíveis com o estudo de BELLO; OLAYEMI; AIMAKHU; ADEKUNLE, (2000), em que se observam queixas comuns relacionadas a questões culturais como o medo de o pai machucar o bebê durante a relação, de a ejaculação dentro da vagina afogar o bebê, de o volume do abdome atrapalhar a relação ou o parceiro não sentir atração pelo corpo da entrevistada. Também há o conflito de ver a esposa como um ser sagrado que necessita canalizar toda a energia para ao bebê.

## Conclusão

Houve associação significativa entre as gestantes que tiveram problemas sexuais procedentes da capital e as pacientes que informavam não ter religião, elas não demonstraram ter problemas sexuais. Observou-se que quanto maior o grau de instrução da paciente, maiores os índices de dificuldades sexuais na gestação. O terceiro trimestre foi mencionado como o período de maior desconforto sexual. No estudo, não foi estabelecida a quantidade de bebida alcoólica ingerida pelas gestantes, havendo um viés de interpretação quanto às dificuldades sexuais pelo uso do álcool. A ausência de libido esteve associada a dificuldades sexuais na gestação, assim como a ausência de orgasmo. O

início precoce da vida sexual foi associado a dificuldades sexuais entre as gestantes entrevistadas. A posição preferida para o ato sexual foi a lateral e a principal causa de desconforto nas relações foi o volume do abdômen. 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. Considera-se que o fato da gestante se encontrar em uma situação de alto risco interfere negativamente em sua sexualidade. Das recomendações, acredita-se que o estudo em questão direciona perspectivas sobre o acompanhamento de gestantes do ponto de vista de sua sexualidade e motiva para que os profissionais que lidam com a gestante, principalmente as de alto risco, possam identificar problemas desta natureza e propor soluções satisfatórias para a mulher.

## Referências

- ARAUJO, N.M.; SALIM, N.R.; GUALDA, D.M.R.; SILVA, L.C.F.P. Body and sexuality during pregnancy, *Rev esc enferm USP*, 46(3): p. 552-558, 2012.
- BELTANI, L.M.; MARCON, S.S.; PELLOSO, S.M. Sexuality patterns of mothers with high risk infants. *Acta Paul Enferm.*, 24(1): p. 107-113; 2011.
- BELLO, F.A.; OLAYEMI, O.; AIMAKHU, C.O.; ADEKUNLE, A.O. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *Obstet Gynecol*, 2011.
- BRTNICKA, H.; WEISS, P.; ZVERINA, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.*, 110(7): p. 427-431, 2009.
- CHAUÍ M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
- COCKCROFT, A.; PEARSON, L.W.; HAMEI, C.; ANDERSSON, N. Reproductive and sexual health in the Maldives analysis of data from two cross-sectional surveys. *BMC Health Serv Res.*, dez.; 11 Suppl 2:S6; 2011.
- COLMAN L.L.; COLMAN, A.D. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri, 1994.
- GOMES, R.; FONSECA, E. M. G. O.; VEIGA, A. J. M. O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(3): p. 408-414, 2002.

HEFFNER, L. J. Advanced maternal age: how old is too old? *N Engl J Med.*, nov; 351(19): p. 1927-1929, 2004.

LARA, L. A. S.; SILVA, A. C. J. S. R.; ROMÃO, A. P. M. S.; JUNQUEIRA, F. R. R. Abordagem das disfunções sexuais femininas: revisão. *Rev. Bras Ginecol. Obstet.*, 30(6): p. 312-321, 2008.

LECH, M. B.; MARTINS, P. C. R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. *Estud psicol (Campinas)*, 20 (3): p. 37-46, 2003.

ORJI, E.; OGUNLOLA, I.; FASUBAA, O. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J. Obstet Gynaecol.*, 22(2): p. 166-168, 2002.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, [online]. 3(32): p. 139-143, 2010.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.; FURTADO, E. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema único de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 39(4): p. 593-598, 2005.

POLOMENO, V. Sex and Pregnancy: A perinatal Educator's guide. *J. Perinat. Educa.*, 9(4): p. 15-27, 2000.

QUEIRÓS, A., CONDE, P.; CUNHA, V.; AMBRÓSIO, P.; MARQUES, F.J.; SERRANO, F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Rev. Port. Clin. Geral*, set; 27 (4): p. 34-43, 2011.

REISDORFER, E. As alterações no desejo sexual durante o período gestacional: um estudo na atenção primária. *Sau. & Transf. Soc.*, 1(1): p. 129-136, 2010.

RIBEIRO, M.C.; NAKAMURA, M.U.; ABDO, C.H.N.; TORLON, M.R.; SCANAVINO, M.T.; MATTAR, R. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 33(5): p. 219-24, 2011.

SAPIÉN, J. S.; CÓRDOBA, D. I. Comportamiento sexual de varones durante el embarazo: casos em la Ciudad de México. *Ter Psicol.*, 29 (2): p. 185-190, 2011.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na ado-

lescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol. Obstet.*, 34(8): p.347-350, 2012.

TRUTNOVSKY, G.; HAAS, J.; LANG, U.; PETRU, E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obst Gynaecol.*, 46(4): p. 282-287, ago. 2006.