

**OPINATIVOS E DE REVISÃO****SEXUALIDADE E GESTAÇÃO: FATORES QUE INFLUENCIAM NA EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE**

*Andreia Aparecida Fiamoncini<sup>1</sup>; Margareth de Mello Ferreira dos Reis<sup>2</sup>*

SEXUALITY AND GESTURE: FACTORS INFLUENCING SEXUALITY EXPRESSION

SEXUALIDAD Y GESTACIÓN: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD

**Resumo:** O período da gestação constitui uma fase de grandes alterações emocionais, fisiológicas e sociais e tem repercussão na expressão da sexualidade da mulher e do casal. A sexualidade é um comportamento que se expressa por sentimentos, pensamentos, estímulos, intimidade e prazeres e, no período da gestação, essas características devem ser ainda mais valorizadas para que o casal possa manter-se em harmonia. Trata-se de um artigo de revisão da literatura, tendo como objetivo avaliar a resposta sexual e o comportamento sexual de mulheres no período gestacional. É relevante também identificar possíveis influências e interferências na manifestação desse comportamento e resposta sexual, como crenças, mitos e a própria relação conjugal. Verificou-se através dos estudos que as modificações fisiológicas, emocionais e comportamentais interferem no desejo, excitação e satisfação sexual, no entanto, se houver diálogo, afetividade, intimidade emocional e sexual na relação conjugal, essas alterações podem ser melhor superadas nessa fase. Na literatura foi demonstrado que há uma diminuição no desejo e na excitação no primeiro e terceiro trimestres da gestação e que há aumento de desejo e frequência sexual no segundo trimestre devido às alterações fisiológicas inibidoras terem se normalizado e por conta do aumento da autoestima, valorização do corpo e variações hormonais que favorecem esse período. Identificou-se que crenças, mitos e tabus também têm sua parcela nas alterações de desejo e frequência sexual e, de modo geral, o que se evidenciou foi o medo de machucar o feto e/ou a grávida. Estímulos que transpassam os órgãos sexuais se mostraram de grande valia, se tornando necessário explorar novas formas de sentir prazer e adaptar posições sexuais.

**Palavras-chave:** Gestação. Sexualidade. Crenças. Relação conjugal.

**Abstract:** The period of gestation constitutes a phase of great emotional, physiological and social changes and has repercussion in the expression of the sexuality of the woman and the couple. Sexuality is a behavior that is expressed by feelings, thoughts, stimuli, intimacy and pleasures and, in the gestation period, these characteristics must be even more valued so that the couple can keep in harmony during this phase. It is a review article in the literature, aiming to evaluate the Sexual Response and Sexual Behavior of women in the gestational period. It is also relevant to identify possible influences and interferences in the manifestation of this behavior and sexual response, such as beliefs, myths and the conjugal relationship itself. Throughout the studies, physiological, emotional and behavioral modifications have interfered with desire, arousal and sexual satisfaction; however, if there is dialogue, affectivity, emotional intimacy and sexual intimacy in the marital relationship, these changes may be better overcome at this stage. In the literature, it was demonstrated that there is a decrease in desire and arousal in the first and third trimesters of gestation and that there is an increase in desire and sexual frequency in the second trimester due to the inhibitory physiological alterations have normalized and due to increased self-esteem, body and hormonal variations that favor this period. It was identified that beliefs, myths and taboos also have their share in the changes of sexual desire and frequency and, in general, what was evidenced was the fear of hurting the fetus and / or the pregnant woman. The stimulies that the sexual organs proved to be of great value, making it necessary to explore new ways of feeling pleasure and adjusting sexual positions.

**Keywords:** Pregnancy, Sexuality, Beliefs, Marital relationship.

<sup>1</sup> Psicóloga, pós-graduada em Sexologia pela Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André/SP. E-mail: [andreiافیamoncini@hotmail.com](mailto:andreiافیamoncini@hotmail.com)

<sup>2</sup> Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Sexologia: Novos Paradigmas em Saúde Sexual da Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: [margarethreis@uol.com.br](mailto:margarethreis@uol.com.br)

**Resumen:** El período de la gestación constituye una fase de grandes alteraciones emocionales, fisiológicas y sociales y tiene repercusión en la expresión de la sexualidad de la mujer y de la pareja. La sexualidad es un comportamiento que se expresa por sentimientos, pensamientos, estímulos, intimidad y placeres. En el período de la gestación, esas características citadas anteriormente, deben ser aún más valoradas para que la pareja pueda mantenerse en armonía en el transcurso de esa fase. Este es un artículo de revisión de la literatura, teniendo como objetivo evaluar la Respuesta Sexual y el Comportamiento Sexual de mujeres en el período de la gestación. Es relevante también identificar posibles influencias e interferencias en la manifestación de ese comportamiento y respuesta sexual, como creencias, mitos y la propia relación conyugal. Se verificó por estos estudios que las modificaciones fisiológicas, emocionales y del comportamiento interfieren en el deseo, la excitación y la satisfacción sexual, sin embargo, si hay diálogo, afectividad, intimidad emocional y sexual en la relación conyugal, esas alteraciones pueden ser mejor superadas en esta fase. En la literatura se demostró que hay una disminución en el deseo y la excitación en el primer y tercer trimestres de la gestación y que hay aumento de deseo y frecuencia sexual en el segundo trimestre debido a las alteraciones fisiológicas inhibitorias que se han normalizado, y por el aumento de la autoestima, el cuerpo y las variaciones hormonales que favorecen ese período. Se identificó que creencias, mitos y tabúes también tienen su parte en las alteraciones de deseo y frecuencia sexual y, de modo general, lo que se evidenció fue el miedo de lastimar el feto y o a la embarazada. Los estímulos que traspasan los órganos sexuales se mostraron de gran valor, haciéndose necesario explorar nuevas formas de sentir placer y adaptar posiciones sexuales.

**Palabras clave:** Gestación. La sexualidad. Creencias. Relación conyugal.

## Introdução

O ciclo vital feminino é composto por diversas fases que vão desde a infância até a velhice e, entre elas, a mulher pode ter a condição de gerar uma vida, fase denominada gravidez, entendida como um conjunto de fenômenos fisiológicos que evolui para a criação de um novo ser (REZENDE, 2005). Sabe-se que a gestação é um evento importante nas vivências familiares, com grandes repercussões na constituição da família e na formação de laços afetivos entre seus membros, principalmente dos pais com os filhos (MALDONADO, 2002). Dessa forma, “a gestação, invariavelmente, é um período de intensas mudanças no corpo e na psique da mulher, além das expectativas, planos e projetos desenvolvidos pela família” (SILVA; SILVA, 2009, p. 394).

O período gestacional é marcado por alterações fisiológicas, biológicas, emocionais, sociais e culturais. No decorrer do período gravídico, a sexualidade da gestante é afetada por fatores como diminuição no nível de energia, desconfortos corporais devido à presença de sintomas fisiológicos, alterações de humor, ajustamento aos papéis sociais, qualidade do relacionamento, alterações na percepção da imagem corporal, que pode levar à perda da autoestima, sensação de ser fisicamente pouco atraente e mesmo incapacidade de seduzir (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). Outros fatores como crenças, mitos, tabus, aspectos culturais ou até mesmo desconhecimento do funcionamento do corpo, também podem levar à diminuição do desejo, interesse e frequência sexual (ROCHA et al., 2014).

Ou seja, a gravidez é uma fase que, além das mudanças no corpo da mulher, também gera mudanças no relacionamento conjugal, o que faz com que sejam necessárias adaptações no que se refere à sexualidade, bem como a respeito do novo papel do casal.

Para Reis (2013), a sexualidade, especialmente a das mulheres, foi silenciada durante séculos por estar relacionada à ideia cristã de pecado, tendo sido limitada à finalidade de procriar. “A renovação do conhecimento da sexualidade feminina surgiu no começo do século XX, quando Freud postulou a capacidade inata da mulher para excitar-se sexualmente e alcançar total satisfação” (REIS, 2013, p. 322). Atualmente, a sexualidade é vista como uma fonte de prazer, bem-estar e uma forma de atingir a satisfação e a realização como um todo (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH, 2014).

Cruz e Oliveira (2002) apontam que a sexualidade é um comportamento entre seres humanos que envolve sentimentos, pensamentos, experiências, prazeres, ou seja, é ternura, intimidade e interação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) complementa que a sexualidade é influenciada pela interação biológica, fatores psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Na visão de Abdo (2010) a sexualidade extrapola os limites da anatomia e da fisiologia e é o principal polo estruturante da identidade e da personalidade do indivíduo.

O objetivo deste trabalho é avaliar, através de revisão literária, a resposta sexual (desejo e excitação) e a satisfação sexual, estendendo a análise para o comportamento sexual (frequência de relações sexuais e práticas sexuais realizadas) de mulheres no período gestacional.

Nesse contexto, buscou-se identificar, também através da literatura, possíveis influências e interferências na manifestação desse comportamento e resposta sexual, como crenças, mitos e a própria relação conjugal.

### Aspectos sintomatológicos da gestação

De um modo geral, os sintomas físicos mais comuns são dores lombopélvicas, cefaleia, indigestão, dores musculoesqueléticas, insônia, azia, náuseas e vômitos (ALENCAR et al., 2013; DURVAL et al., 2012). Cada trimestre da gestação pode interferir de maneira diferente, pois cada um deles tem características, trazem sintomas e alterações distintas para o corpo da mulher (LEISTER, 2015).

Dividindo os sintomas por trimestres, temos no primeiro trimestre com maior frequência as náuseas e os vômitos que podem ser provocados pela ação do estrogênio e pelo hormônio Gonadotropina Coriônica Humana (HCG). Esses dois hormônios que ajudam a manter a gravidez são produzidos pela placenta aproximadamente a partir do 10º dia após a fertilização. Também pode ocorrer no início da gravidez cansaço incomum e distensão abdominal (BERKOW et al., 2002; BURROUGHS, 1995; MARTINS et al., 2007; PORTELINHA, 2003).

No segundo trimestre a fadiga e o cansaço fácil persistem e a gestante tem ainda mais necessidade de dormir e descansar. O aumento do volume sanguíneo e do leito vascular pode provocar cefaleias e desmaios (MARTINS, 2007; OLIVEIRA, 2008; PORTELINHA, 2003). Conforme o útero se expande e com o aumento do hormônio progesterona, há uma modificação do funcionamento dos pulmões. A respiração se torna mais rápida e profunda, pois necessita de mais oxigênio, tanto para si como para o feto. Devido à glândula tireoide se tornar mais ativa no período gravídico, ocorre, conseqüentemente, um aumento da frequência cardíaca, palpitações, sudorese excessiva e alterações de humor (BERKOW et al., 2002).

Em relação ao terceiro trimestre as queixas mais comuns são as dores na coluna e dos membros inferiores, podendo deixar sequelas, como hérnias discais e varizes (BURROUGHS, 1995; MARTINS et al., 2007; OLIVEIRA, 2008; PORTELINHA, 2003). A pressão exercida pelo útero mais volumoso sobre o reto e a parte inferior do intestino pode provocar constipação. A acidez e a eructação (arrotos) também são comuns, possivelmente porque o alimento permanece no estômago por mais tempo e porque o esfíncter tende a relaxar, permitindo que o conteúdo do estômago reflua para o esôfago. Com as alterações respiratórias, devido ao revestimento do trato respiratório receber mais sangue, pode tornar-se um pouco congesto, o que justifica, eventualmente, uma obstrução nasal e obstrução das tubas auditivas, embora temporárias (BERKOW et al., 2002).

### Aspectos psicológicos da gestação

No aspecto emocional, no primeiro trimestre a grávida sofre interferência pela ambivalência de sentimentos e emoções advindos desde o descobrimento da gestação. A evidência empírica parece demonstrar que o primeiro trimestre implica a aceitação da gravidez por parte do casal, ou seja, ocorre um processo de aceitação da realidade do feto e tomar uma atitude em face dele (COLMAN; COLMAN, 1994; OLIVEIRA, 2008). Posteriormente, no segundo trimestre parece ocorrer amadurecimento por parte da grávida, caminhando no sentido de tornar-se mãe à medida que o bebê cresce dentro do útero. Além do mais, há um aumento da autoconfiança, do bom humor e um maior suporte emocional do companheiro (REGAN et al., 2003; SERATI et al., 2010).

O final da gravidez, que corresponde ao terceiro trimestre, é um período de maior ansiedade e apreensão em relação ao parto, mudança da autoimagem e medo de machucar o feto (OLIVEIRA, 2008; REGAN et al., 2003; SERATI et al., 2010). Os medos e temores podem ser acalmados pelo apoio do companheiro e de toda a família que, oferecendo carinho e atenção, podem auxiliar no equilíbrio emocional da mulher (COLMAN; COLMAN, 1994; OLIVEIRA, 2008; VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

### Sexualidade e gestação

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002, p. 5), a sexualidade é um aspecto central do ser humano e abrange erotismo, prazer, intimidade e reprodução. “A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos”.

O sexo e a sexualidade são partes integrantes e de grande importância para nosso desenvolvimento físico e emocional. Logo, são fontes de realizações e encontros, prazeres, procriação e amor, que devem ser vivenciados de forma positiva e construtiva nas relações sociais, sexuais e conjugais (CRUZ; OLIVEIRA, 2002).

Dessa forma, a sexualidade não caracteriza apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma sequência de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontra a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual (FAVARATO et al., 2000). Para Lech e Martins (2003, p. 38) “a gestação é um período especial no qual a sexualidade geralmente se manifesta de forma diferenciada”.

O início e o desenvolvimento de uma gestação são percebidos com profundas alterações psicológicas,

orgânicas e fisiológicas, que repercutem psíquica e socialmente na vida da mulher e de seus familiares, podendo, inclusive, ser considerado um episódio de crise no ciclo evolutivo de muitas mulheres (COSTA, 2010). Para Simas, Souza e Scorsolini-Comin (2013) uma situação de crise representa, ao mesmo tempo, perigo e oportunidade, ou seja, por estar em busca de novas situações, a mulher em crise fica mais vulnerável e acessível à ajuda. Receber ajuda e apoio emocional dos vínculos afetivos e familiares é de extrema importância para manter a saúde física e mental da gestante (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

A sexualidade na gestação pode ser dificultada por inúmeros motivos, dentre eles, alterações corporais, preconceitos da mulher, do parceiro e dos familiares, medo de afetar o feto durante o ato sexual, insegurança em relação à autoestima e por diversas outras causas que deveriam ser discutidas abertamente pelos casais, até mesmo antes de engravidarem (MOTA; MOUTTA; CAIXEIRO-BRANDÃO, 2009; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). Assim sendo, questões emocionais, físicas, comportamentais, conjugais, mitos e crenças englobam um conjunto de fatores que podem afetar a gestante e a relação conjugal. Para alguns casos, certos fatores serão mais evidentes e intrínsecos que para outros. Cada gestante e cada casal viverá essa experiência de forma singular (ROMAGNOLO, 2018).

Ainda nesse sentido, é possível considerar outras modificações que podem limitar a sexualidade conjugal, que são as alterações fisiopatológicas. Para Montenegro e Rezende (2011), as alterações mais prevalentes são sangramentos, edema e aumento da sensibilidade vulvar, alterações do pH vaginal facilitando o surgimento de inflamações, além de doenças que são prevalentes na gravidez. Em situações como essas, a prática da sexualidade no período gestacional pode ser limitada ou até mesmo impedida.

### **Resposta sexual**

De acordo com o DSM-V (2014, p. 423),

A resposta sexual tem uma base biológica essencial, embora, em geral, seja vivenciada em um contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Portanto, a função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos.

O ciclo de resposta sexual humana foi descrito inicialmente por Masters e Johnson (1984), na década de 1960, constituído por um ciclo linear com quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Posteriormente, esse modelo foi questionado por Kaplan (1974-1983) que considerou a existência de fase preliminar à resposta sexual que seria o desejo sexual. Desde então, o referido ciclo passou a ser considerado composto pelas fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDO, 2010).

Um novo conceito surgiu com a teoria de Basson (2005) onde ela defende um modelo circular de resposta sexual, de tal forma que o desejo sexual não necessariamente seria a motivação para iniciar uma relação sexual. O desejo de expressar o amor, receber e dar prazer físico, sentir-se emocionalmente perto, agradar o parceiro e elevar seu próprio bem-estar são razões ou motivações que tornarão essa mulher receptiva para o sexo, levando-a a uma vontade de se concentrar nos estímulos sexuais. A estimulação contínua permite que a excitação e o prazer sexual se tornem mais intensos, provocando o desejo de sexo.

Neste trabalho damos ênfase às fases de desejo e excitação e justificamos a opção por falar sobre satisfação sexual feminina, em vez de orgasmo, por ser alto o percentual de mulheres que nunca tiveram orgasmo. (KONTULA; MIETTINEN, 2016). Para esses autores, é muito menos garantido para as mulheres terem um orgasmo na relação sexual do que para os homens. O resultado chegou a 14%, em 2015, na Finlândia, de mulheres jovens (menos de 35 anos) que nunca tiveram orgasmo. Na pesquisa de Abdo (2004), com 2.791 mulheres brasileiras, a anorgasmia atinge 26,2% das mulheres. No estudo de Salisbury e Fisher (2014), com cinco grupos femininos e masculinos, de três a cinco participantes por grupo, obtiveram dados de que as mulheres afirmaram que seu orgasmo era mais um “bônus” do que um objetivo de interações sexuais. Para Kontula e Miettinen (2016) são inúmeros os fatores que devem ser considerados para se obter orgasmos, como alto desejo sexual, alta estima sexual, motivação sexual pessoal, quão aberta é a comunicação sexual com o parceiro, capacidade de se concentrar no momento, iniciações sexuais mútuas e boas técnicas sexuais de um parceiro. Todos esses fatores não serão descritos neste trabalho, por isso a importância de considerar a satisfação sexual para ser avaliada na literatura, tendo em vista que a satisfação sexual pode ser conseguida sem que necessariamente ocorra orgasmo (ABDO, 2010; BASSON, 2005).

### **Desejo sexual**

O desejo sexual, ou libido, corresponde à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial, de memórias eróticas e fantasias. É experimentado na forma de sensações específicas que levam o indivíduo a buscar ou a tornar-se receptivo a experiências sexuais (KAPLAN, 1983). Ou seja, pode experimentar sensações genitais, uma vaga inclinação ou disposição para atividade sexual, um interesse em sexo, ou ainda sentir-se apenas irrequieto. É um estado de sentimento subjetivo que pode ser despertado por estímulos internos e externos, podendo resultar, ou não, em comportamento sexual expresso (GOMES, 2009).

Contraopondo com a teoria de Kaplan, Basson (2005) em sua teoria de modelo circular, defende que o desejo sexual pode não ser espontâneo, sendo capaz de ser despertado por fatores não necessariamente sexuais. Dessa forma, a relação sexual iniciaria frequentemente com uma atitude neutra, sendo a necessidade de intimidade o que motivaria para o envolvimento sexual.

O interesse sexual na gravidez varia de mulher para mulher e vai desde a rejeição voluntária até o aumento do desejo sexual (MEDEIROS; COSTA; SANTOS, 2013) e o mesmo acontece com o homem. No entanto, observa-se uma maior tendência ao decréscimo à medida que a gravidez progride. A ausência ou manutenção da libido depende também de como a mulher aceitou e encara a gravidez e da relação afetiva que tem com o companheiro (GOMES, 2009).

O fato de o desejo sexual parecer diminuir conforme a evolução da gestação pode ser atribuído às mudanças psicológicas, à náusea, ao vômito, ao medo de aborto ou de prejudicar o feto e ao cansaço (SACOMORI et al., 2012). Porém, o desejo sexual parece diminuir, para a maioria das gestantes, no primeiro e terceiro trimestres. Já no segundo trimestre, a disposição e frequência sexual retornam ao que era comum ao casal no período anterior à gravidez ou pode haver aumento da atividade sexual (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). A pesquisa de Gomes (2009) também vai de encontro com os dados de diminuição de desejo no primeiro e terceiro trimestres, sendo este último com maior acentuação, e aumento de erotismo e desempenho sexual no segundo trimestre.

Essa afirmação é reforçada por Masters e Johnson (1984), que encontraram aumento do desejo sexual no segundo trimestre gestacional comparado ao primeiro e terceiro trimestre. Suplicy (1987) também aponta para um aumento de desejo sexual na segunda fase da gestação para a maioria das mulheres, visto que os sintomas do primeiro trimestre, considerados inibidores, já cessaram e que a valorização do corpo, a sensibilidade e a feminilidade tomam proporções pelo interesse elevado na atividade sexual.

Esse aumento de desejo no segundo trimestre é decorrente de uma maior segurança e confiança a respeito do corpo e aumento das fantasias e sonhos eróticos (LEISTER, 2015), dos benefícios provenientes do aumento da vasocongestão pélvica, além da redução do mal-estar e desconforto corporal (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008; SERATI et al., 2010).

No terceiro trimestre, a diminuição do desejo sexual é mais significativa e é justificada pelo desconforto, cansaço físico, fadiga, lombalgia e, em alguns casos, por contraindicação médica (SERATI et al., 2010). Suplicy (1987) conta e reforça a ideia de que é uma fase marcada por oscilações do desejo sexual, causadas significativamente pelo desconforto na busca de posições adequadas

para a penetração e também por influências de fatores orgânicos e da ansiedade em relação ao parto.

A ansiedade é enfatizada por Gomes (2009) em sua pesquisa com 64 casais grávidos, pois se destacou como fator influenciador no desejo sexual da mulher em todo o período gravídico, podendo interferir na interação sexual, já que promove o aparecimento de pensamentos distrativos, comprometendo as diferentes fases da resposta sexual humana (desejo, excitação, orgasmo e resolução).

A diminuição da libido e da frequência sexual nesse período gestacional também foram relatadas por mulheres em pesquisas em que descrevem sensação de serem menos atraentes, surgimento de dispareunia, o próprio desconforto físico devido ao aumento da circunferência abdominal e também ao acréscimo da fadiga (MARTINS et al., 2007).

O último trimestre da gravidez é aquele em que as grávidas apresentam maior vulnerabilidade, na medida em que referem irritabilidade decorrente das contrações uterinas provocadas pelo orgasmo, desconforto experienciado nas posições com penetração, percepção subjetiva escassa e sem atratividade física ou, ainda, aborrecimento pela percepção de falta de satisfação por parte do companheiro (ROMAGNOLO, 2018).

Independentemente da diminuição ou aumento de desejo, o importante a se considerar é que é possível encontrar ajustes e adaptações para o prazer nesse período. Dessa forma, o prazer pode ser incrementado por meio da criatividade, quando da busca de novas posições visando a um maior conforto no ato, permitindo sentimentos de amor e desejos, fortalecendo os laços e cumplicidade (SUPLICY, 1987). A atividade sexual durante a gravidez é extremamente importante, pois os sentimentos de prazer e intimidade contribuem de forma expressiva para a interação e bem-estar do casal. Esse bem-estar do casal, entre outros motivos, como proximidade emocional e busca de intimidade, também podem ser estimulantes para a mulher desejar uma relação sexual ou ser receptiva à iniciativa do parceiro (ABDO, 2010).

### **Excitação sexual**

A excitação sexual corresponde à fase vasocongestiva da resposta sexual, resultando em lubrificação, dilatação vaginal e tumescência dos genitais externos: clitóris e grandes e pequenos lábios (RODRIGUES et al., 2001). É a estimulação fisiológica e/ou psicológica para o ato (MASTERS; JOHNSON, 1984).

Foi constatada diminuição de excitação sexual ao longo de todo o período gestacional. (SACOMORI et al., 2012). As alterações hormonais, como níveis aumentados de estrogênio, progesterona e prolactina, são consideradas responsáveis por náuseas e vômitos, sensibilidade mamária, ganho de peso, ansiedade e fadiga, com consequente redução de desejo sexual e excitação (ABDO,

2010; REGAN et al., 2003). A sonolência e indisposição vivenciadas no início da gestação, tal como a mudança da autoimagem corporal, podem levar à redução do desejo e, conseqüentemente, a fase da excitação é afetada (PRADO; LIMA; LIMA, 2013).

O processo fisiológico básico da vasocongestão exige tranquilidade, relaxamento e predomínio de fatores não estressantes, para evitar a ação das substâncias adrenérgicas vasoconstritoras que bloqueiam o processo de excitação. No entanto, com as transformações físicas e psicológicas que ocorrem na gestação, por consequência pode ocorrer uma maior dificuldade de relaxamento, concentração e entrega à atividade sexual, com pensamentos distrativos, provocando, então, uma diminuição de excitação (RODRIGUES et al., 2001). Carneiro (2017) também aponta para a influência dos pensamentos distrativos ou negativos na função sexual feminina, levando a uma dificuldade de excitação e orgasmo.

### **Satisfação sexual**

Ao avaliar a satisfação sexual, foi observada uma significativa diminuição ao longo do período gestacional que pode decorrer das mudanças corporais que afetam a autoestima, além de sintomas físicos (SACOMORI et al., 2012). Leister (2015) constata que a satisfação sexual se encontra mais limitada no terceiro trimestre da gestação, momento em que o desconforto corporal é mais evidente. Nesse período, há maior preocupação com as posições sexuais, na tentativa de encontrar mais conforto na realização da prática sexual. Ou seja, quando o quesito satisfação sexual está relacionado apenas com o intercurso sexual, percebe-se gradativa diminuição no decorrer da gravidez.

No entanto, quando ampliado para um contexto geral da sexualidade, que envolve afetividade, comportamentos de carícias e preliminares, a satisfação sexual se mostrou mais elevada, pois as preliminares estão associadas à produção de oxitocina, tornando a mulher mais receptiva para a relação sexual, mesmo indicando alterações de desejo por inúmeros fatores, como, por exemplo, a ação da prolactina que age na diminuição da testosterona (SILVA, 2014). Prado, Lima e Lima (2013) realizaram uma pesquisa com 358 mulheres, sendo 177 gestantes e 181 não gestantes, na faixa etária de 18 à 45 anos, na cidade de Aracaju/SE tendo como método de avaliação o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). No quesito satisfação sexual o resultado foi significativamente diferente entre os dois grupos, mostrando uma redução no grupo das gestantes, porém a diferença não foi tão importante em comparação aos domínios de desejo e excitação. Para os autores, o que se justifica é que afeto, carinho e respeito mútuo foram características importantes para que ainda houvesse satisfação sexual na gestação, mesmo com diminuição significativa de desejo e excitação.

Em concordância, para Basson (2005), investir nas carícias e procurar proporcionar maior intimidade emocional entre o casal são ações que podem trazer mais satisfação sexual e conjugal. Ela reforça a ideia de que, eventualmente, a mulher inicia uma relação sexual com desejo. Para a maioria das mulheres, elas partem de uma neutralidade e tem um desejo responsivo, oriundo de carinhos, afetos, maior proximidade e intimidade com o parceiro, quando aceita iniciar uma relação sexual, sentindo-se satisfeita posteriormente.

Kontula e Miettinen (2016) procuraram avaliar o nível de satisfação sexual e relacional com o orgasmo. Eles concluíram que os fatores que facilitavam o orgasmo seriam o nível de desejo sexual, a autoestima sexual, o quão aberta era a comunicação sobre a vida sexual com o parceiro, capacidade de se concentrar no momento, iniciativa mútua de se relacionar sexualmente e as boas técnicas sexuais do parceiro.

Para Blackledge (2004), os orgasmos, às vezes, podem não ser tão importantes para o prazer sexual feminino. O argumento é que as mulheres podem ser totalmente satisfeitas sexualmente sem experimentar um orgasmo.

No entanto, com base em pesquisas anteriores sobre sexo, o mais importante preditor individual de satisfação sexual para mulheres é sem dúvida o orgasmo (KONTULA; MIETTINEN, 2016).

### **Comportamento sexual**

O comportamento sexual é um conjunto de atitudes e posicionamentos em relação ao sexo. Os objetivos para uma relação sexual podem ser variados, como procriação, prazer, expressão de afetos, comunicação, manutenção da autoestima, redução da tensão e reforço da intimidade entre pessoas (BASSON, 2005; CARNEIRO, 2017). São várias as formas de comportamento que exprimem sexualidade e que nem sempre conduzem ao ato sexual, como beijos, abraços, massagens e carícias, que são sinais de afeto que aproximam o casal, reforçando a intimidade e união, e, no período gestacional, esses comportamentos assumem grande importância (SILVA, 2014).

O comportamento sexual será abordado nas subseções seguintes, por meio dos itens de frequência de relações sexuais e práticas sexuais realizadas. A seleção desses dois aspectos se deve ao intuito de auxiliar na compreensão e na complementação dos fatores que podem influenciar no desejo, excitação e satisfação sexual das mulheres nesse período da gestação.

### **Frequência de relações sexuais**

Foi observado por Savall, Mendes e Cardoso (2008), em sua pesquisa com 40 gestantes em Florianópolis/SC, que, no primeiro trimestre gestacional, 40% relataram

que mantiveram a frequência sexual em comparação com o período pré-gestacional, 40% citaram ter havido diminuição e 10% relataram aumento da frequência sexual. No segundo trimestre houve aumento da frequência sexual para 20% das mulheres. Esse aumento da frequência pode ser justificado pelo aumento de desejo, fantasias e sonhos eróticos, além da diminuição dos desconfortos físicos (GOMES, 2009). Percebe-se que é mais notória a diminuição da frequência sexual no primeiro e, principalmente, no terceiro trimestre (LEISTER, 2015; MARTINS, et al., 2007; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

Leister (2015) também enfatiza que o padrão de comportamento sexual na gestação sofre alterações. Realizou seu estudo com 500 mulheres, desde o primeiro trimestre da gestação até os seis meses após o parto, na cidade de Guarulhos/SP, e constatou que durante a gestação, a proporção de mulheres que referiram relações sexuais variou, tendo um aumento do primeiro (84,6%) para o segundo trimestre (88,9%) e redução no terceiro (70,6%). Martins e colaboradores (2007) reforçam em sua pesquisa em Lisboa com 475 mulheres analisadas de 24 a 48 horas após o parto, onde 59% referenciaram alteração da frequência de relação sexual durante a gravidez, sendo que 75% especificou diminuição e 21% citou não ter havido relação sexual no período gestacional.

Os autores que defendem o declínio progressivo da frequência sexual durante o período gestacional enfatizam que, no primeiro trimestre, os fatores responsáveis são o temor de prejudicar o feto, medo de abortamento, mal-estar e desconforto corporal, perda do interesse em atividade sexual e ansiedade em relação ao feto. O declínio ainda maior no terceiro trimestre se dá pelo receio de antecipar o parto, incômodos posturais e dor, aumento do volume abdominal, além de distorção na imagem corporal (LEISTER, 2015; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008; SERATI, et al., 2010; YENIEL, PETRI, 2014).

#### **Práticas sexuais realizadas**

As práticas sexuais realizadas pelos casais no período gestacional parecem não ter sofrido mudanças, ou seja, o que causava prazer no período pré continuou sendo prazeroso na gestação e o contrário também é verdadeiro (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008). O que mais ocorreu para a maioria das gestantes foram adaptações de posições sexuais com o intuito de buscar maior conforto. Oliveira (2008), em pesquisa com 26 casais em Braga, demonstrou que uma das práticas sexuais mais comuns no período gestacional é o sexo vaginal com 78%, seguido pelo sexo oral e masturbação manual com 33% cada. Porém, o que realmente chamou a atenção nessa pesquisa, é que o tipo de sexualidade mais praticado pelos casais no período da gestação em 88%, foram beijos, carícias e mimos. Silva (2014) também relatou que demonstrações afetivas passaram a ser mais predominantes no

período gestacional. Ou seja, a relação sexual vai além do ato e penetração propriamente dita, envolve sentimentos e afetos que começam muito antes da cama.

Isso pode ser reforçado por Rodrigues (2013, p. 70), quando diz que:

A expressão 'relação sexual' passou a ser usada há pouco mais de 40 anos para substituir os termos coito ou cópula exatamente para permitir incluir mais do que apenas o ato de penetração vaginal. Assim, os contatos e expressões sexuais, mesmo não incluindo a penetração, passam a ter sentido de 'relação sexual'.

Alencar e colaboradores (2013) também trazem que as posições para a relação sexual no decorrer da gestação, principalmente no terceiro trimestre são mais limitadas, dificultando a frequência sexual com o cônjuge. Mais uma vez, percebe-se que, mesmo que haja diminuição ou dificuldade de encontrar posição sexual confortável para penetração, o que se mostra totalmente relevante e importante é o casal focar em carícias, beijos, toques para manter a intimidade entre eles, incluindo intimidade emocional.

Em contraponto com esses resultados, temos a pesquisa de Carneiro (2017), com 180 mulheres, das quais 89 vivenciavam um único orgasmo e obtiveram maior satisfação sexual através de comportamentos que não envolvem a penetração, ou seja, através de estimulação no clitóris.

#### **Crenças, mitos e tabus**

Considerando que a gravidez constitui um acontecimento fundamental na manutenção da espécie, não admira que, ao longo das culturas e dos tempos, tenha sido rodeada de crenças, mitos e tabus, com intuito de proteger o feto (RIBEIRO et al., 2017). "Não é apenas a grávida que se envolve neste ritual de crenças, mas também o pai, a família, os vizinhos, os amigos e até a própria comunidade, muitas vezes se vêm envolvidos" (BURROUGHES, 1995, p. 265). Portanto, a gestação é um período concebido culturalmente por diversas crenças, mitos e tabus que movem as práticas do comportamento.

Vale ressaltar que o conceito de mito é entendido como tudo aquilo que envolve um assunto íntimo ou privativo. Os mitos são criados para expressar o modo de pensar de uma parte da sociedade e são propagados por gerações (CRUZ; OLIVEIRA, 2002). Já o termo tabu trata-se de algo misterioso e, principalmente, proibido (FREUD, 1999, p. 41).

Sanfelice e colaboradores (2013) destacam que as crenças são um conjunto de cognições e significados que se tem a respeito de qualquer aspecto da realidade, são percepções permanentes e contínuas que a pessoa tem sobre as coisas do seu próprio mundo. No enfoque cultural, crenças, mitos e tabus guiam os atos que se tornam

sucessivas práticas, variando de acordo com os grupos sociais e os sistemas familiares, econômicos e sociais.

Para Montoya (2007) as crenças, mitos e tabus são compartilhados de acordo com o contexto em que as pessoas vivem. Ou seja, as condições humanas, os estilos de vida, as formas de bem-estar, de cuidado das pessoas, da prevenção de doenças e manutenção da saúde são diferentes para cada grupo populacional.

Considera-se que as crenças e práticas da gestação influenciam na forma como a gestante se cuida e, também, no modo com que a família e as pessoas de seu convívio social a cuidam. Logo, a mulher, ao descobrir-se grávida, passa a cumprir uma série de normas concebidas culturalmente que acredita visar ao seu bem-estar e ao do bebê (SANFELICE et al., 2013).

As crenças de que o sexo durante a gravidez pode prejudicar o feto e comprometer a gravidez ou a saúde da mãe, provavelmente estão relacionadas ao desconhecimento sobre anatomia básica e fisiologia do sistema reprodutor feminino. Ou seja, essa crença decorre do equívoco de que o pênis pode penetrar na cavidade uterina e realmente machucar o feto. (RIBEIRO et al., 2017). Alencar (2013) também alerta sobre a presença de mitos e tabus quando se trata do assunto relação sexual na gestação. Entre os motivos que podem diminuir a frequência sexual, ele cita em sua pesquisa com 12 gestantes em Juazeiro do Norte/CE o temor de machucar o feto, a ação de provocar situação de aborto e até o desconforto e mal-estar para a gestante.

Existem estudos que demonstraram que, mesmo com informações sobre a sexualidade no período gestacional e conhecimento de que a relação sexual não tem qualquer efeito sobre o feto, ainda assim, há diminuição da frequência sexual. Ou seja, parece que mitos e crenças, por si só, não são fatores predominantes que possam explicar essa diminuição da prática sexual (MARTINS et al., 2007).

Vale ressaltar que investir em educação, comunicação e questionamentos por parte dos profissionais da área da saúde acerca da sexualidade no período gestacional, tendo em vista que, muitas mulheres, por vergonha, constrangimento não perguntam, pode ser interessante e importante para dissipar medos infundados, esclarecer possíveis crenças sobre o sexo durante a gravidez, mas também pode melhorar a função sexual das mulheres nesse período (ROCHA et al., 2014).

### **Relação conjugal no período gestacional**

É perceptível que o período gestacional influencia no relacionamento do casal, podendo tanto fortalecer a união como enfraquecê-la. Lech e Martins (2003) aponta que o relacionamento conjugal que precede a gravidez e a forma como a gravidez foi recebida são dados importantes

a serem considerados para o entendimento das alterações sexuais. Ou seja, se o relacionamento de um casal, anterior à gestação, era bom, saudável e estável, juntamente com uma gravidez planejada, agregam-se fatores contributivos positivamente para que se viva a gestação de forma unida e prazerosa.

As possíveis alterações de sentimentos e comportamentos que o casal experimenta à medida que a gravidez progride podem gerar confusão e incompreensão, com consequências mais ou menos positivas para ambos. Esse período é, com frequência, associado com aumento da sensibilidade, labilidade e ansiedade. (GOMES, 2009). Para Vieira e Parizotto (2013), o baixo suporte familiar e social pode ser fator de risco para intensificar as alterações emocionais, como aumento de ansiedade, aflição, solidão, baixa autoestima e depressão. Em sua pesquisa com 12 gestantes, numa cidade do meio oeste catarinense, 83,3% mencionaram a presença de apoio e sua importância para a vivência da gestação, promovendo tranquilidade e segurança.

Atualmente o sexo na gravidez é aconselhado para o bem-estar do casal, pois as atividades sexuais contribuem para a manutenção do tônus da região pélvica, facilitando o momento do parto, como também para manter a capacidade orgásmica da mulher e o sentimento de ser amada e desejada. Assim, os papéis prioritários de marido e de mulher não devem ser substituídos, mas apenas acrescidos pelos papéis de pai e mãe, sem interferir na expressão da afetividade erótica do casal (LECH; MARTINS, 2003).

No entanto, durante o processo de adaptação à parentalidade, importantes dimensões da vida do casal, como a rede social, intimidade, comunicação e o sexo podem mudar (ROMAGNOLO, 2018). Porém, Carneiro (2017) ressalta a importância que a relação sexual tem na vida do casal, no sentido de que a manutenção do sexo contribui para a preservação da qualidade e satisfação com o relacionamento. Tavares (2016) acrescenta que emoções positivas associadas à atividade sexual com o parceiro contribuem positiva e significativamente para o alcance do prazer, orgasmo e satisfação conjugal.

Para Barbiero e Baumgarten (2015) a construção da identidade conjugal envolve disposição, diálogo e compreensão e se torna mais complexa com a chegada dos filhos, pois esta provoca profundas transformações físicas, psicológicas e sociais na vida dos pais, embora lhes propicie muita gratificação. Também ressalta que é possível criar adaptações e ajustes.

Dessa forma, a qualidade do relacionamento conjugal no período gestacional tem significativa importância quando manifestada e mantida pela expressão de afetos (OLIVEIRA, 2008). Portanto, o ato de beijar, abraçar, acariciar, massagear e um carinho mais sensível são formas válidas de exprimir a sexualidade e constituem sinais de



afeto. Cada um desses comportamentos constitui, por si só, uma experiência agradável e nem sempre conduzem ao ato sexual. Quando um casal não pode ter ou prefere não ter relações sexuais com penetração a necessidade de intimidade e união pode assumir diversas expressões (GOMES, 2009).

## Conclusão

A fase da gestação tem sua peculiaridade e inclui novas formas de sentir prazer e as adaptações se tornam precisas e possíveis nesse período. “Na gestação, a mulher fica emocionalmente lábil e ainda mais ávida por apoio, carinho e compreensão” (PRADO; LIMA; LIMA, 2013, p. 208). Somando-se a isso as mudanças corporais, os tabus e crenças, às vezes mantidos pela falta de informação e a ansiedade quanto ao parto e maternidade, influenciam diretamente a resposta sexual feminina em todos os seus domínios (RIBEIRO et al., 2017).

As alterações físicas e psicológicas têm grande peso sobre a sexualidade nesse período, exercendo influência na diminuição do desejo e excitação no primeiro e terceiro trimestre da gravidez. Outros fatores também contribuem para isso, como crenças, ansiedade e desconforto corporal, principalmente no terceiro trimestre. Já no segundo trimestre, de acordo com a literatura, há aumento de desejo, o que resulta de aspectos hormonais que facilitam a vasocongestão pélvica, autoestima e valorização do corpo e a própria diminuição das alterações físicas.

As crenças (SANFELICE et al., 2013), mitos (CRUZ; OLIVEIRA, 2002) e tabus (FREUD, 1999), também exercem sua influência sobre a sexualidade na gestação. No entanto, percebe-se que muitas das causas para tais crenças, embora dependam da cultura, religião e transpassem gerações, de modo geral, têm a ver com o medo de prejudicar o bebê e/ou a gravidez (RIBEIRO et al., 2017). Questões essas que podem ser abordadas, esclarecidas e desmitificadas pelos profissionais da saúde (QUILLIAM, 2010).

A satisfação sexual também sofre interferências, porém em menor grau, pois as trocas de carícias, afetos, toques, propiciam maior segurança e intimidade emocional e, conseqüentemente, maior satisfação sexual e conjugal. O desejo sexual e o prazer na gestação é algo que depende da interação do casal, portanto, a vivência da sexualidade na gestação pode ser prazerosa mesmo com a libido alterada, podendo haver criação de formas sexuais adaptativas para melhor sentir prazer. Quanto mais próximo emocionalmente o casal estiver, melhor pode ser a resposta sexual. Para Vieira e Parizotto (2013) todos esses aspectos afetuosos e relacionais que vão muito além de um ato sexual com penetração são de extrema importância, pois a gravidez é uma fase em que a

mulher se encontra mais sensível e sentir o apoio e acolhimento do companheiro e familiares é essencial.

Dessa forma, o prazer pode ser renovado com criatividade, incluindo novas posições sexuais que sejam mais confortáveis para o casal. Outras possibilidades, como já dito, envolvem maior exploração do corpo, desfocando do órgão genital e abrangendo o corpo completo, sensações, percepções, excitações e estímulos. Enfim, as preliminares e trocas de afetos são valiosas, pois resgatam e/ou mantêm e fortificam a intimidade e proximidade entre o casal, além de manter o erotismo na mulher. Esse fortalecimento emocional entre o casal, reforçado pelo diálogo, contribui no relacionamento conjugal, de tal forma que ambos podem vivenciar essa fase com muito mais qualidade.

Embora haja uniões entre homens e mulheres, as relações afetivas entre homens e entre mulheres também têm suas técnicas e possibilidades de gravidez e parentalidade (COSTA, 2017; NASCIMENTO, 2015). No entanto, devido à limitação dos conteúdos literários da revisão, este artigo contemplou essencialmente casais heterossexuais.

## Referências

- ABDO, C. H. N. *Descobrimto sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos*. São Paulo: Summus, 2004.
- ABDO, C. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 3. ed. São Paulo: Leitura Médica, 2010.
- ALENCAR, L. H. et al. *Sexualidade na gestação: o que sentem as mulheres*. Juazeiro do Norte: Convibra, 2013. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/75/2013\\_75\\_7534.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/75/2013_75_7534.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.
- BARBIERO, E. B.; BAUMKARTEN, S. T. Somos pais, e agora? A história de nós dois depois dos filhos. *Pensando Famílias*, v. 19, n. 1, p. 32-45, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-494X2015000100004&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-494X2015000100004&script=sci_abstract)>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, v. 172, n. 10, p. 1327-1333, May 2005. Available on: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Access on: 22 set. 2017.
- BERKOW, R. et al. (Ed.). *Manual Merck de Informação Médica*. São Paulo: Manole, 2002. p. 1229-1237.

BLACKLEDGE, C. *The story of V: A natural history of female sexuality*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2004.

BURROUGHS, A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARNEIRO, M. R. B. *Satisfação sexual e relacional em mulheres que experienciam orgasmos múltiplos*. 2017, 67 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Porto, 2017. Disponível em: <[https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=1068072](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=1068072)>. Acesso: 24 jul. 2018.

COLMAN, L. L.; COLMAN, A. D. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri, 1994.

COSTA, E. S. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

COSTA, G. G. *Os casais homoafetivos e a possibilidade de adquirir do Estado custeamento das técnicas de reprodução assistida*. 2017. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <[https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/5701/1/GabrielaGC\\_Monografia.pdf](https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/5701/1/GabrielaGC_Monografia.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CRUZ, A. C. N.; OLIVEIRA, S. M. P. *Sexualidade do adolescente: um novo olhar sem mitos e preconceitos*. 2002. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Universidade da Amazônia, Belém, 2002. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/56087181/Sexualidade-Do-Adolescente>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

DURVAL, R. B. et al. (Coord.). *Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle: diagnóstico e tratamento*. 24. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 1240-1245.

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 199-202, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

FREUD, S. *Totem e tabu*. Tradução de Órizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

GOMES, M. C. R. *Alguns fatores que influenciam o desejo sexual do casal durante a gravidez*. 2009, 130 f. Dissertação (Mestrado em Sexualidade Humana) - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa. 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10451/1052>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

KAPLAN, H. S. *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

KONTULA, O.; MIETTINEN, A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, v. 6, n. 4, p. 1-22, 2016. Available on: <<https://doi.org/10.3402/snps.v6.31624>>. Access on: 26 July 2018.

LECH, M. B.; MARTINS, P. C. R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 20, n. 3, p. 37-46, dez. 2003. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 06 jun. 2017.

LEISTER, N. *Função sexual na gestação e após o parto: estudo de coorte*. 2015. 148 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-09052017-162017/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Correa Nascimento et al.]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 423-450.

MARTINS, S. et al. Sexualidade na gravidez: Influência no bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 23, n. 4, p. 369-78, 2007. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt>>. Acesso em: 15 maio 2017.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca, 1984.

MEDEIROS, M. S.; COSTA, V. B.; SANTOS, T. M. M. G. Sexualidade na gravidez: vivências de gestantes. *Revista Interdisciplinar*, v. 6, n. 4, p. 35-44, dez. 2013. Disponível em:

<revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br>.  
Acesso em: 21 jan. 2017.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 3-104.

MONTOYA, D. I. G. Significados del cuidado en el parto. *Avances en Enfermería*. v. 25, n. 1, p. 115-121, 2007. Disponível em: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35922/37002>>. Acesso em: 14 out. 2017.

MOTA, C. P.; MOUTTA, R. J. O.; CAIXEIRO-BRANDÃO, S. M. O. A sexualidade do casal no processo gravídico-puerperal: um olhar da saúde obstétrica no mundo contemporâneo. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADE, 2009, Salvador. *Anais eletrônicos...* Salvador: UNEB, 2009. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2012/04/A-SEXUALIDADE-DO-CASAL-NO-PROCESSO-GRAVIDICOPUERPERAL.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

NASCIMENTO, M. “O amor entre iguais também forma família”: uma experiência de trabalho com famílias homoafetivas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 24, n. 51, p. 127-129, 2015. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/181/156>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

OLIVEIRA, C. S. G. de. (A) *Sexualidade(s) na gravidez: avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros*. 2008, 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Minho, 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/8172>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

PORTELINHA, C. *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto, 2003.

PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n. 5, p. 205-209, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 set. 2017.

QUILLIAM, S. Sex during pregnancy: Yes, Yes, Yes! *Journal of Family Planning Reproductive Health Care*, v. 36, n. 2, p. 97-98. 2010. Available on: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0a4c/>

239ed01df61ac545f83801a5f8ec05fb0c79.pdf>.  
Access on: 21 jul. 2018.

REGAN, P. C. et al. Pregnancy and changes in female desire: a review. *Social Behavior and Personality: An international journal*, v. 31, n. 6, p. 603-12, 2003. Available on: <<https://www.sbp-journal.com>>. Access on: 17 set. 2017.

REIS, M. M. F. Características multifatoriais. In: GLINA, S.; ANKIER, C. *Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia*. São Paulo: Santos, 2013. p. 321-333.

REZENDE J. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 336-62.

RIBEIRO, M. C. et al. Beliefs about Sexual activity during pregnancy: A systematic review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 43, n. 8, p. 822-832, 2017. Available on: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Access on: 03 May 2017.

ROCHA, M. G. F. et al. Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 18, n. 3, p. 209-218, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16752>>. Acesso em: 15 maio 2017.

RODRIGUES JR, O. M. *Temas sexuais: curiosidade e ciência*. São Paulo: LP-Books, 2013.

RODRIGUES JR., O. M. et al. (Org.). *Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual*. 2. ed. São Paulo: Summus, 2001.

ROMAGNOLO, A. N. *Percepção de puérperas a respeito da influência do relacionamento conjugal no ciclo gravídico-puerperal*. 2018. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Metodista de São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1752>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SACOMORI, C. et al. Função sexual feminina na gestação. *Fisioterapia Brasil*, v. 13, n. 6, p. 458-462, 2012. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SALISBURY, C. M. A.; FISHER, W. A. “Did you come?” A qualitative exploration of gender differences in beliefs, experiences, and concerns regarding female orgasm occurrence during heterosexual sexual interactions. *Journal of*

*Sex Research*, v. 51, n. 6, p. 616-31, 2014.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24350619>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SANFELICE, C. et al. Crenças e práticas do período gestacional. *Revista Saúde (Santa Maria)*, v. 39, n. 2, p. 3548, dez. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade>>. Acesso em: 03 maio 2017.

SAVALL, A. C. R.; MENDES, A. K.; CARDOSO, F. L. Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioterapia em Movimento*, v. 21, n. 2, p. 61-70, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SERATI M. et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 7, n. 8, p. 2782-2790, 2010. Disponível em: <<https://www.researchgate.net>>. Acesso em: 17 set. 2017.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200022&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200022&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SILVA, S. C. B. *Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto*. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) – Universidade Federal do Pará, Pará 2014. Disponível em: <<http://www.geape.ufpa.br>>. Acesso em: 21 set. 2017.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: Teoria e Prática*. v. 15, n. 1, p. 19-34. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2813>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SUPLICY, M. *Conversando sobre sexo*. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

TAVARES, I. M. M. *The relationship between sexual stimulation and female orgasm: the mediator and moderator roles of psychological variables*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Porto. 2016. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/>

<bitstream/10216/85821/2/145202.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc & Ciência – ACBS*, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. *Declaração dos Direitos Sexuais*. 2014. Available on: <[http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf)>. Access on: 28 jul. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva, 2002. Available on: <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)>. Access on: 28 set. 2017.

YENIEL, A. O.; PETRI, E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecology Journal*, v. 25, n. 1, p. 5-14, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23812577>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

## AGRADECIMENTOS

Meu muito obrigado ao meu esposo, pelo apoio, incentivo e compreensão nesta etapa da minha vida e à minha professora e supervisora Margareth de Mello Ferreira dos Reis pela dedicação no acompanhamento deste trabalho de conclusão da Pós-Graduação.  
07 de maio de 2018