

CINARA SACOMORI

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO:
UM OLHAR DAS CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

FLORIANÓPOLIS, SC

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE – CEFID
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

CINARA SACOMORI

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO:
UM OLHAR DAS CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso

FLORIANÓPOLIS, SC

2009

CINARA SACOMORI

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO: UM OLHAR DAS CIÊNCIAS DO
MOVIMENTO HUMANO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Movimento Humano ao Curso de Mestrado em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Banca Examinadora:

Orientador

Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso
Universidade do Estado de Santa Catarina - CEFID/UDESC

Membro

Prof. Dra Giovana Zapellon Mazo
Universidade do Estado de Santa Catarina - CEFID/UDESC

Membro

Prof. Dra. Fabiana Flores Sperandio
Universidade do Estado de Santa Catarina - CEFID/UDESC

Membro

Prof. Dra. Olga Regina Zigelli Garcia
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Membro

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Florianópolis, 30/04/2009

AGRADECIMENTOS

Aqui segue meu agradecimento singelo e solene
Àqueles que fizeram uma diferença neste processo de aprendizagem
Diferença significativa e que, no entanto, as estatísticas não computam:
Agradeço com muito amor ao Pai do céu
E aos meus abençoados pais aqui da terra, Salete e Valdir,
Pois sempre me deram liberdade e apoio para escolher o caminho a seguir.
A todos os meus bons amigos que procuravam entender a minha ausência
Ao meu namorado, René, grande incentivador e motivador
À Dona Noni, mãe emprestada, amiga e companheira dos incansáveis dias de estudo
Agradecimento muito especial ao meu pai do mundo acadêmico, Professor Fernando,
Sempre com boas idéias e grande exemplo de disciplina
Aos amigos, colegas e bolsistas de laboratório
Aos Professores que de uma forma ou de outra me inspiraram a tomar esse rumo
Agradeço a todos aqueles que ao longo do tempo me lembraram das dificuldades e das minhas
limitações
E àqueles cujo olhar transparecia uma utopia de que é possível
Enfim, meu muito obrigada de coração às gestantes que aceitaram dividir parte de sua intimidade
num momento tão lindo de suas vidas e, assim, tornar esse trabalho concreto.

RESUMO

Trata-se de um estudo causal comparativo com o objetivo de avaliar de que forma as gestantes vivem e percebem a sexualidade, à luz das Ciências do Movimento Humano. E, mais especificamente, mensurar a confiabilidade via teste e re-teste do Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG) e comparar as respostas de variáveis da sexualidade entre dois desenhos de estudo - longitudinal prospectivo e retrospectivo. **Materiais e métodos:** o QS_xG foi aplicado de forma transversal e longitudinal. No estudo transversal 80 gestantes (20 do primeiro, 31 do segundo e 29 do terceiro trimestre), oriundas de 15 estados brasileiros, média de idade 27 (\pm 4,31) anos, responderam duas vezes o questionário num intervalo de uma semana. E no estudo longitudinal 14 gestantes de Florianópolis (SC), média de idade 28,1 (\pm 5,1) anos, responderam ao QS_xG uma vez em cada trimestre da gestação (desenho prospectivo); onze destas responderam o questionário retrospectivo uma semana após a última resposta do prospectivo. Para avaliar a confiabilidade do instrumento e comparar os desenhos prospectivo e retrospectivo utilizaram-se os testes de correlação de *Pearson* e coeficiente *Kappa*; para comparar mulheres sedentárias e ativas o teste *T* independente; e para avaliar as alterações da sexualidade os testes ANOVA medidas repetidas, *Friedman*, *Wilcoxon* e *Cochran's Q*. Adotou-se um $p < 0,05$. **Resultados:** (a) Estudo transversal: houve uma boa reprodutibilidade das medidas quantitativas ($0,599 \leq r \leq 1$) e categóricas ($0,499 \leq k \leq 1$) do QS_xG no teste e re-teste. Apenas 30% das gestantes praticavam atividade física durante o período avaliado; as mulheres ativas fisicamente, em média, sentiam-se mais satisfeitas sexualmente ($T = -2,1$, $p = 0,04$), consideravam o sexo mais importante ($T = -2,4$, $p = 0,018$), gostavam mais da atividade sexual ($T = -2,1$, $p = 0,037$) e tinham orgasmos com mais frequência ($T = -3,3$, $p = 0,001$) que as gestantes sedentárias. (b) Estudo longitudinal: observou-se uma diminuição, mais marcante nos primeiro e terceiro trimestres gestacionais, na frequência ou intensidade das variáveis: frequência sexual, práticas sexuais, posições sexuais, desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, importância atribuída à atividade sexual e satisfação sexual. Do ponto de vista metodológico, houve um bom grau de concordância entre as respostas dos desenhos prospectivo e retrospectivo para a maioria dos itens quantitativos nos trimestres gestacionais; porém, para o período antes da gestação houve menos concordância. Criou-se uma versão do questionário com perguntas fidedignas para serem aplicadas num desenho retrospectivo. **Conclusões:** O QS_xG que avalia os aspectos comportamentais, fisiológicos e simbólicos da sexualidade é um instrumento confiável em termos de teste e re-teste e capaz de mensurar as adaptações da sexualidade feminina na gestação. A relevância deste estudo vai além do campo teórico, pois discute também o próprio método utilizado para construir esse conhecimento. Sugere-se que as Ciências do Movimento Humano abordem o tema sexualidade em suas pesquisas, uma vez que este é um importante aspecto da saúde e, como demonstrado nesse estudo, relaciona-se com o movimento humano enquanto atividade física.

Palavras-chave: Atividade Física. Gestação. Sexualidade. Questionário. Confiabilidade.

ABSTRACT

It is a causal comparative research which objective was to evaluate how pregnant women live and perceive their sexuality enlightened by Human Movement Sciences. Also, more specifically, to measure test-retest reliability of the Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_XG) and to compare the answers of sexuality's variables between two study designs - longitudinal prospective and retrospective. **Material and methods:** the QS_XG was applied in cross-sectional and longitudinal ways. In the cross-sectional approach 80 pregnant women (20 from the first trimester, 31 from the second and 29 from the third) from 15 Brazilian states with mean age of 27 ($\pm 4,31$) years old answered the questionnaire twice in an interval of one week between the answers. And in the longitudinal approach 14 pregnant women from Florianópolis (SC), mean age of 28,1 ($\pm 5,1$) years old answered once in each period of pregnancy (prospective design); eleven of them answered the retrospective questionnaire one week after the last prospective questionnaire. To evaluate the reliability of the instrument and to compare prospective and retrospective designs Pearson correlation test and Kappa coefficient were used; to compare sedentary and physically active women the independent T test was done; and to evaluate changes in the sexuality ANOVA for repeated measures, Friedman, Wilcoxon and Cochran's Q tests were done. It was adopted $p < .05$. **Results:** (a) cross-sectional approach: a good reproductibility was observed of the quantitative ($0,599 \leq r \leq 1$) and categorical ($0,499 \leq k \leq 1$) measures from test-retest. Only 30% of them practiced some physical activity during the appraised period. The physically active women, on average felt more sexually satisfied ($T = -2,1$, $p = 0,04$), they considered sex more important in that period of their lives ($T = -2,4$, $p = 0,018$), they liked more to practice sex ($T = -2,1$, $p = 0,037$) and they had higher frequency of orgasms ($T = -3,3$, $p = 0,001$) than the sedentary participants. (b) Longitudinal approach: a decrease, remarkable in the first and third gestational trimesters, in the frequencies or intensities of sexuality's variables was observed: sexual frequency, sexual practices, sexual positions, sexual desire, sexual excitement, vaginal lubrication, orgasm, importance attributed to sexual activity and sexual satisfaction. In a methodological view for most of the quantitative items in the gestational trimesters a good agreement was obtained between prospective and retrospective designs answers. However, before pregnancy less agreement was observed. A version of the questionnaire was created with questions considered secure to apply retrospectively. **Conclusions:** The QS_XG which evaluates behavioral, physiological and symbolic aspects of sexuality is a reliable instrument regarding test-retest and is able to measure adaptations of women sexuality during pregnancy. The relevance of this study is beyond theoretical field once it discusses the own method used to construct this knowledge. It has been suggested to Human Movement Sciences to address the sexuality subject in their researches considering it is an important aspect of health and, how demonstrated in this study, it is related to human movement as physical activity.

Key-words: Physical Activity. Pregnancy. Sexuality. Questionnaire. Reliability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma ilustrativo da Relação natureza e cultura.....	23
Figura 2 - Estado de origem das participantes do estudo transversal.....	77
Figura 3 - Quem mais comumente tomava a iniciativa para a atividade sexual nos períodos da gestação.....	90
Figura 4 - Diagrama de barras de erro para o desejo sexual nos períodos da gestação.....	93
Figura 5 - Diagrama de barras de erro para a excitação sexual nos períodos da gestação.....	94
Figura 6 - Diagrama de barras de erro para a lubrificação vaginal nos períodos da gestação.....	95
Figura 7 - Frequência de orgasmo nos períodos gestacionais.....	97
Figura 8 - Diagrama de barras de erro para a intensidade do orgasmo nos períodos da gestação.....	98
Figura 9 - Distribuição de frequências para quanto considera o sexo importante nos períodos da gestação.....	100
Figura 10 -Diagrama de barras de erro para a satisfação sexual nos períodos da gestação.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos sobre a sexualidade na gestação.....	56
Tabela 2 - Características das participantes do estudo transversal.....	76
Tabela 3 - Concordância entre os itens quantitativos do QS _x G do teste para o re-teste.....	79
Tabela 4 - Concordância entre os itens quantitativos do QS _x G do teste para o re-teste em função da escolaridade.....	80
Tabela 5 - Concordância dos itens categóricos do QS _x G do teste para o re-teste.....	81
Tabela 6 - Gestantes ativas e sedentárias nos trimestres gestacionais.....	82
Tabela 7 - Comparação das respostas de variáveis da sexualidade entre gestantes ativas fisicamente e sedentárias.....	83
Tabela 8 - Características das participantes do estudo longitudinal.....	85
Tabela 9 - Distribuição da Frequência Sexual na Gestação.....	86
Tabela 10 - Comparação das proporções para cada prática sexual entre os períodos da gestação.....	87
Tabela 11 - Distribuição de frequências das posições sexuais durante a gestação.....	89
Tabela 12 - Se a participante já conversou sobre sexualidade com seu obstetra ou outro profissional da área da saúde.....	91
Tabela 13 - Frequência de realização de atividades sexuais preliminares nos períodos da gestação.....	92
Tabela 14 - Frequência de orgasmo nos períodos da gestação.....	96
Tabela 15 - Frequência de dispareunia nos períodos da gestação.....	99
Tabela 16 - Gosto pela atividade sexual nos períodos da gestação.....	101

Tabela 17 - Auto-avaliação da vida sexual nos períodos da gestação.....	102
Tabela 18 - Frequência da disposição da participante para a atividade sexual nos períodos da gestação.....	103
Tabela 19 - Frequência da disposição sexual do parceiro percebida pela gestante.....	104
Tabela 20 - Práticas sexuais prazerosas nos períodos da gestação.....	104
Tabela 21 - Concordância dos itens quantitativos do QS _x G entre desenho prospectivo e retrospectivo - Antes da gestação.....	107
Tabela 22 - Concordância dos itens quantitativos do QS _x G entre desenho prospectivo e retrospectivo - Primeiro Trimestre.....	108
Tabela 23 - Concordância dos itens quantitativos do QS _x G entre desenho prospectivo e retrospectivo - Segundo Trimestre.....	109
Tabela 24 - Concordância dos itens quantitativos do QS _x G entre desenho prospectivo e retrospectivo - Terceiro Trimestre.....	110
Tabela 25 - Concordância dos itens qualitativos do QS _x G entre desenho prospectivo e retrospectivo.....	111

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	PROBLEMA.....	12
1.2	OBJETIVOS.....	15
1.3	HIPÓTESES.....	16
1.4	VARIÁVEIS - Definição Conceitual e Operacional.....	18
1.5	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	18
1.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	18
1.7	DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	MOVIMENTO HUMANO E SEXUALIDADE.....	21
2.2	FUNDAMENTOS DO ESTUDO DA SEXUALIDADE HUMANA.....	23
2.3	SEXUALIDADE DA MULHER NA GESTAÇÃO.....	24
2.3.1	Alterações físicas e psicológicas durante a gestação e o processo do parto que afetam a sexualidade	28
2.3.2	Comportamento sexual na gestação	31
2.3.3	Resposta sexual / função sexual feminina	41
2.3.4	Componente simbólico da sexualidade	52
2.4	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO.....	54
2.5	TESTAGEM DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA – QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA.....	61
3	MÉTODO	66

3.1	CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA.....	66
3.2	POPULAÇÃO E PARTICIPANTES.....	67
3.2.1	Estudo transversal	67
3.2.2	Estudo longitudinal	68
3.3	INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	69
3.4	CONTROLE DAS VARIÁVEIS.....	71
3.5	COLETA DE DADOS.....	71
3.6	TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	72
4	RESULTADOS	75
4.1	ESTUDO TRANSVERSAL.....	75
4.1.1	Caracterização das Participantes do Estudo Transversal...	75
4.1.2	Confiabilidade via teste e re-teste do Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG)	77
4.1.3	A sexualidade da gestante sedentária e da ativa fisicamente durante a gestação	82
4.2	ESTUDO LONGITUDINAL.....	84
4.2.1	Caracterização das participantes do estudo longitudinal....	84
4.2.2	A Sexualidade da Mulher na Gestação	85
4.2.2.1	Comportamento sexual.....	85
4.2.2.2	Função sexual.....	92
4.2.2.3	Componente simbólico da sexualidade.....	99
4.2.3	Comparação das respostas ao Questionário de Sexualidade na Gestação entre os desenhos de estudo Prospectivo e Retrospectivo	105
5	DISCUSSÃO	112
5.1	ESTUDO TRANSVERSAL.....	112
5.1.1	Confiabilidade via teste e re-teste do Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG)	112
5.1.2	A sexualidade da gestante sedentária e da ativa fisicamente durante a gestação	114
5.2	ESTUDO LONGITUDINAL.....	115
5.2.1	A Sexualidade da Mulher na Gestação	115
5.2.1.1	Comportamento sexual.....	115
5.2.1.2	Função sexual.....	124
5.2.2	Comparação entre desenhos prospectivo e retrospectivo	130

6	CONCLUSÕES	134
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137

APÊNDICE A – Definição conceitual e operacional das variáveis

APÊNDICE B - Questionário de Sexualidade na Gestação utilizado no estudo

APÊNDICE C – Questionário de Sexualidade na Gestação Versão Retrospectivo

APÊNDICE D – Questionário de Sexualidade na Gestação – Proposta Final

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Este estudo aborda um tema pouco explorado - a sexualidade da mulher gestante na ótica das ciências do movimento humano. O estudo do movimento humano, inevitavelmente, leva a uma compreensão da grande variedade de tarefas que os seres humanos são capazes de realizar facilmente e, muitas vezes, sem pensar (TREW e EVERETT, 2001). Enquanto existe um substancial número de estudos sobre a caminhada e a corrida, são poucos estudos que avaliam os movimentos comuns das atividades de vida diária (TREW e EVERETT, 2001). Nesse sentido, pode-se fazer referência ao inexpressivo número de pesquisas que avaliam o movimento, seus controles e ajustes durante a atividade sexual humana.

A atividade sexual humana também envolve uma atividade física ou exercício físico, pois requer o recrutamento de determinados grupos musculares em intensidade e duração diversas (WUH e FOX, 2001; PINIANO, 2005) e, durante a gestação, esta também requer adaptações. Contudo, as orientações elaboradas para gestantes sobre as posições mais confortáveis para a prática sexual, por exemplo, carecem de estudos por parte da ciência do movimento humano com suas diversas abordagens: anatômica, biomecânica, fisiológica, sociológica e ambiental. Os

manuais existentes (ALTENEDER e HARTZELL, 1997; POLOMENO, 2000; ZIGHELBOIM, 2001) fundamentam suas orientações nas alterações fisiológicas e físicas próprias da gestação e nas contra-indicações médicas; todavia, sem efetuar uma análise mais aprofundada dos componentes relacionados à dinâmica e à estática corporais e suas influências no bem-estar materno/fetal.

Sabe-se que durante a gestação o organismo da mulher adapta-se para dar suporte à vida do feto e permitir o nascimento, sendo que a grande maioria dessas alterações retorna aos níveis pré-gestacionais alguns meses após o parto. Assim, também a sexualidade da mulher pode ser afetada pela condição de estar abrigando um feto no ventre, seja devido às adaptações físicas próprias da gravidez ou às adaptações quanto ao papel social de futura mãe.

Estudos como o de Rowland *et al.* (2005) demonstram que muitas mulheres têm sua vida sexual prejudicada após o nascimento do primeiro filho. Compreende-se que o bem-estar sexual é um aspecto na saúde da mulher que merece ser considerado e que as disfunções podem levar a uma restrição da qualidade de vida e afetar o relacionamento do casal (ACHTARI e DWYER, 2005).

Percebe-se uma falta de preparação da equipe de saúde para abordar temas referentes à sexualidade, ao prazer e, infelizmente, são poucos os profissionais que compreendem a implicação disso na melhora da qualidade de vida sexual da mulher (POLOMENO, 2000; GARCIA, 2007). Enquanto os profissionais que cuidam da saúde da mulher não têm o preparo adequado para discutir questões referentes à sexualidade, muitas mulheres ainda sofrem em silêncio com uma variedade de problemas de ordem sexual, convivendo com dor, descontentamento e relacionamentos prejudicados (SAKS, 1999). A partir disso, verifica-se a importância de estudar questões referentes à sexualidade e métodos que possam propiciar o bem-estar sexual durante a gestação.

Como o sexo e o casamento estão moral e legalmente interligados, a sexualidade no contexto das relações maritais não tem sido vista como um problema ou fenômeno com implicações negativas e, por isso, foi pouco estudado nas décadas passadas (CHRISTOPHER e SPRECHER, 2000). Além disso, existe uma forte tradição em se estudar a saúde numa perspectiva que utiliza como ponto de partida as doenças ou os doentes (HOLMBERG, 2004). O mesmo pode ser observado nos estudos recentes sobre a sexualidade feminina, os quais

normalmente enfocam na disfunção sexual (SAKS, 1999; ROSEN *et al.*, 2000; MESTON e FROHLICH, 2001; BACHMANN e AVCI, 2004; RAMAGE, 2006; OKSUZ e MALHAN, 2006; HENTSCHEL *et al.*, 2007).

Este estudo, além de contribuir para uma compreensão das teorias que envolvem a sexualidade da mulher durante o período gestacional, ainda poderá, futuramente, auxiliar na criação de programas de políticas públicas para atenção a mulher gestante que incluam orientações sobre a atividade física e sexual neste período.

Do ponto de vista metodológico, uma das dificuldades encontradas nas investigações acerca da sexualidade é que os seus construtos são, em sua maioria, de natureza abstrata; o que exige medidas indiretas de avaliação (ANDERSEN e CYRANOWSKI, 1995). Questionários retrospectivos e outras formas de instrumentos baseados em auto-relato ainda são a forma dominante de coleta de dados (WIEDERMAN e WHITLEY, 2002). Os auto-relatos avaliam comportamentos, atitudes e experiências subjetivas como estados de humor, emoções ou dor. No entanto, nestes o espaço de tempo avaliado é freqüentemente pouco claro para os respondentes, principalmente quando é necessário lembrar de períodos longos como no caso de estudos retrospectivos (SCHWARZ, 2007).

O desenho de estudo tido como ideal para a avaliação da sexualidade de gestantes é o longitudinal prospectivo, tal como nos estudos de Masters e Johnson (1984), Sayle *et al.* (2001), Lazar (2002), Uwapusanon e Choobun (2004), Tan *et al.* (2006) e Trutnovsky *et al.* (2006). Entretanto, entende-se que essa abordagem é mais demorada, onerosa e costuma ter mais perdas amostrais. Por isso, muitos pesquisadores optam pelos desenhos de estudo transversal ou longitudinal retrospectivo. Ademais, para que esse desenho de pesquisa seja adequado é necessário compará-lo com o desenho considerado ideal para avaliação da sexualidade na gestação: acompanhamento longitudinal.

Não foi identificado questionário específico para avaliar aspectos da sexualidade na gestação que tenha sido testado quanto aos critérios de fidedignidade, confiabilidade e validade em gestantes brasileiras. Apenas Erol *et al.* (2007), Leite *et al.* (2007) e Barclay *et al.* (1994) usaram um questionário testado quanto aos critérios de validade e confiabilidade - o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o *Pregnancy Sexuality Questionnaire* (PSQ), respectivamente. Entretanto, os dois primeiros não são

questionários específicos para mulheres grávidas e abordam apenas uma dimensão da sexualidade: a função sexual; enquanto o terceiro questionário foi testado somente na Austrália.

Para preencher essa lacuna, o Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG) foi desenvolvido por Savall e Cardoso (2008), e usado em estudos prévios em gestantes brasileiras (SAVALL, MENDES e CARDOSO, 2008; SACOMORI e CARDOSO, 2008; SACOMORI e CARDOSO, 2009). As perguntas contidas no questionário foram reduzidas àquelas que fazem referência ao construto sexualidade. Cada um dos itens passou pelo processo de validação, tanto de conteúdo, quanto de face, porém, sua confiabilidade ainda não havia sido testada previamente. Desse modo, a verificação da validade e confiabilidade do QS_xG se torna oportuna e imperiosa.

Dado o contexto acima e restringindo-se   temática em questão, pergunta-se: de que forma as gestantes vivem e percebem a sexualidade, à luz das ciências do movimento humano?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar de que forma as gestantes vivem e percebem a sexualidade, à luz das ciências do movimento humano.

Objetivos Específicos

1. Testar a confiabilidade do instrumento Questionário de Sexualidade na Gesta o (QS_xG) com relação   teste e re-teste.
2. Comparar as respostas de variáveis da sexualidade entre gestantes ativas fisicamente e sedentárias.
3. Comparar as respostas de variáveis da sexualidade durante os períodos antes da gesta o e 1 , 2  e 3  trimestres gestacionais.
4. Comparar as respostas de variáveis da sexualidade de gestantes entre duas estratégias

de coleta de dados: longitudinal prospectiva e retrospectiva.

1.3 HIPÓTESES

Hipóteses Específicas

As hipóteses relativas a cada objetivo específico, para fins didáticos e metodológicos, também serão divididas entre comportamento sexual, função sexual (fisiológico) e componente simbólico da sexualidade, a saber:

A) Hipóteses relativas ao objetivo específico 1:

O QS_XG é confiável no quesito teste e re-teste.

B) Hipótese relativa ao objetivo específico 2:

Mulheres ativas fisicamente durante a gestação têm melhor adaptação sexual que as sedentárias.

C) Hipóteses relativas ao objetivo específico 3:

a. Em termos de comportamento sexual:

- A frequência sexual diminui estatisticamente de antes da gestação para o terceiro trimestre (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004) e ao longo dos trimestres gestacionais (HAINES *et al.*, 1996).
- A maioria das práticas sexuais – penetração vaginal e anal, masturbação, sexo oral - apresenta um declínio gradual durante a gestação (BARTELLAS *et al.*, 2000; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; FOK *et al.*, 2005).
- A gestação e o período gestacional afetam a escolha por diferentes posições no ato sexual (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; VON SYDOW, 1999).
- Durante a gestação são os homens que mais tomam iniciativa para a atividade sexual

(ADINMA, 1995; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).

- As mulheres não costumam conversar sobre sexualidade na gestação com os profissionais da saúde (BARTELLAS *et al.*, 2000; FOK *et al.*, 2005).

b. Em termos de função sexual:

- O desejo e a excitação sexual diminuem de forma estatisticamente significativa durante a gestação (BARTELLAS *et al.*, 2000; DE JUDICIBUS e MCCABE, 2002; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004).
- A frequência de orgasmo diminui durante a gestação (FOK *et al.*, 2005).
- Algumas mulheres apresentam dispareunia durante a gestação (ADINMA, 1995; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).
- A lubrificação vaginal aumenta com o avançar da gestação (MASTERS e JOHNSON, 1984; VON SYDOW, 1999).

c. Em termos do simbolismo:

- Durante a gestação, a importância atribuída à atividade sexual reduz de forma significativa estatisticamente (TRUTNOVSKY *et al.*, 2006).
- A satisfação sexual apresenta um declínio significativo estatisticamente de antes da gestação para a gestação (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).
- O gosto da mulher em relação à atividade sexual é afetado durante a gestação.
- A disposição da mulher para ter atividade sexual diminui durante a gestação.

D) Hipótese relativa ao objetivo específico 4:

Não há diferença significativa estatisticamente para as variáveis da sexualidade entre as diferentes estratégias de coleta de dados: prospectiva e retrospectiva.

1.4 VARIÁVEIS

As variáveis independentes do estudo foram: trimestre gestacional, desenho do estudo e ser ativa fisicamente ou sedentária. Enquanto que as variáveis dependentes foram variáveis da sexualidade feminina nas dimensões comportamental, fisiológica e simbólica. A definição conceitual e operacional das variáveis do estudo encontra-se no APÊNDICE A.

1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esse estudo trata de avaliar o instrumento Questionário de Sexualidade na Gestação e as variações da sexualidade de gestantes a partir de variáveis do comportamento sexual, função sexual e do componente simbólico da sexualidade. Consta de dois desenhos de estudo referentes a forma de coleta de dados: transversal e longitudinal. O primeiro desenho do foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento de coleta de dados e o segundo para avaliar as variações da sexualidade com o avançar da gestação. Os sujeitos avaliados são mulheres heterossexuais.

O estudo realizou-se no período de agosto de 2008 a janeiro de 2009 em postos de saúde, grupos de gestantes e clínicas particulares do município de Florianópolis, bem como através de contatos feitos com gestantes do Brasil em um *site* de relacionamentos na internet. O pré-requisito para participar da pesquisa foi que as gestantes fossem maiores de 18 anos e que não apresentassem complicações na gestação ou restrição quanto a prática sexual neste período.

1.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os seguintes fatores podem ter causado limitações ao estudo:

- Algumas perguntas do questionário, por serem de cunho íntimo, talvez foram negligenciadas por algumas gestantes, podendo acontecer de algumas respostas do questionário não serem verdadeiras. Para não prejudicar a confiabilidade dos dados, as

gestantes foram informadas de que o estudo era sigiloso e, portanto, seus dados pessoais não seriam divulgados; além disso, foram instruídas para serem honestas nas respostas.

- Em alguns casos, o questionário teve que ser respondido na forma de entrevista devido a dificuldade em responder o questionário, principalmente em gestantes com baixo nível de escolaridade. Para não prejudicar a qualidade das respostas e, conseqüentemente, dos dados, o entrevistador era do sexo feminino e foi previamente treinado. Os termos de difícil compreensão do questionário (satisfação sexual, excitação sexual, intensidade do orgasmo, masturbação, entre outros) foram previamente explicados a todas as participantes.
- O estudo se limita em avaliar a sexualidade da mulher gestante, sem investigar as alterações sexuais e o ponto de vista do parceiro desta mulher.

1.7 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Comportamento Sexual: Atividades sexuais dos humanos (BVS, 2007). Andersen e Cyranowski (1995) classificam o comportamento sexual como um dos domínios no estudo da sexualidade feminina, sendo composto pelos construtos (masturbação, atividades eróticas e excitantes com um parceiro como beijo, carícias, contato oral-genital, estimulação anal e intercurso sexual; frequência e duração do intercurso sexual, orgasmo, desejo sexual, práticas contraceptivas; posições utilizadas durante a prática sexual). Tais construtos podem ser avaliados através de diversas escalas. Pesquisador de referência: Kinsey (1948, 1953).

Gestação: O processo gestacional pelo qual um novo indivíduo se desenvolve dentro do útero desde a concepção até o parto. A gestação nos humanos dura cerca de 266 dias ou 38 semanas. Clinicamente, a gestação leva cerca de 280 dias ou 40 semanas, contando do dia da última menstruação. A gestação termina com o trabalho de parto e nascimento (FRANCOEUR et al, 1995).

Intercurso sexual: um sinônimo técnico para coito; o ato de inserir o pênis ereto na vagina ou no

ânus (FRANCOEUR *et al*, 1995).

Componente simbólico da sexualidade: Entende-se, neste estudo, por componente simbólico da sexualidade o significado de determinados comportamentos sexuais, o que implica nos conceitos, valores, expectativas e fantasias atribuídos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura aborda aspectos da sexualidade durante a gestação na ótica do movimento humano com a finalidade de contextualizar a compreensão e vivência da sexualidade durante esse período peculiar da vida da mulher, bem como de situar o leitor quanto às características metodológicas das pesquisas que abordam o tema em questão.

2.1 MOVIMENTO HUMANO E SEXUALIDADE HUMANA

O movimento humano não simboliza realidade, ele é realidade. Desse modo, entender o movimento corporal não depende invariavelmente de uma elucidação do que o movimento pretende (JACKSON, 2006). O estudo do movimento humano, de acordo com Trew e Everett (2001), pode ser compreendido por uma série de pontos de vista:

- Anatômico - as estruturas do corpo, suas relações e alinhamentos;
- Fisiológico - funcionamento dos sistemas e controle do movimento;
- Mecânico - envolve as relações de força, tempo e distancia do movimento;
- Psicológico - examina as sensações, percepções e motivações que estimulam o movimento;
- Sociológico – considera os significados atribuídos ao movimento em diferentes lugares e

- a influência do *locus* social no movimento;
- Ambiental - considera a influencia do ambiente onde o movimento ocorre.

A atividade sexual humana também envolve uma atividade física ou exercício físico, pois requer a ativação de determinados grupos musculares em intensidade e duração diversas (WUH e FOX, 2001; PINIANO, 2005) e, durante a gestação, esta também requer adaptações.

Os benefícios e riscos da atividade física tanto antes como durante a gestação ainda não foram bem estudados (SORENSEN *et al.*, 2003). Muitos autores têm encontrado que a atividade física reduz os níveis de estresse e diminui a ansiedade (TREW e EVERETT (2001). Os riscos da atividade física na gestação como hipertermia, baixa idade gestacional ao nascer e baixo peso ao nascer não foram suportados pelos recentes estudos (BROWN, 2002).

Há que se considerar que todas as mulheres que não tiverem contra-indicações ao exercício físico são instruídas a praticá-lo durante a gestação, embora devam evitar atingir o pico no exercício e atividades que possam interferir no equilíbrio ou causar trauma fetal (DAVIES *et al.*, 2003). Dessa forma, 30 minutos de exercício moderado todos os dias ou alguns dias da semana são recomendados, uma vez que isso traz benefícios para a saúde da gestante prevenindo inclusive o diabetes gestacional (ACOG, 2002). Além disso, as mulheres que iniciam qualquer atividade física regular durante o início da gestação e aquelas que eram ativas fisicamente um ano antes de engravidarem apresentam um risco cerca de 35% menor de desenvolver pré-eclampsia (SORENSEN *et al.*, 2003) e o exercício pode auxiliar as mulheres a deixarem de fumar nesse período (USSHER *et al.*, 2008). Ademais, existem evidencias de que atividade física apropriada produz benefícios em termos de controle de peso materno, o que conseqüentemente previne outros problemas que estão atrelados ao aumento de peso (BROWN, 2002).

Depois do primeiro trimestre, a posição supina deve ser evitada, pois obstrui o retorno venoso diminuindo o débito cardíaco e favorecendo a hipotensão ortostática. Da mesma forma, atividades recreacionais com risco de queda ou trauma abdominal (ginástica, cavalgada, ski, esportes de impacto) devem ser evitadas na gestação (ACOG, 2002).

Observa-se que existe um potencial para estudos relacionando a atividade física e a atividade sexual na gestação na ótica do movimento humano.

2.2 FUNDAMENTOS DO ESTUDO DA SEXUALIDADE HUMANA

O comportamento do ser humano é determinado pela interação de dois componentes básicos: a natureza (biológico) e a cultura (HOEBEL e FROST, 1976; LARAIA, 1986). Se por um lado a natureza, dadas algumas características inatas, facilita determinado comportamento (como, por exemplo, o porte físico que facilita corridas de longa distância); por outro lado, a evolução do homem com a capacidade de aprender e a plasticidade cerebral também são importantes influenciadores desse comportamento (LARAIA, 1986).

Toda cultura depende de símbolos, os quais podem ter significados específicos em cada cultura, sendo que é essa capacidade de criar símbolos que diferencia o comportamento humano do animal (LARAIA, 1986). A linguagem complexa é uma das expressões simbólicas do ser humano mais evidente (HOEBEL e FROST, 1976), pois os símbolos são simulações mentais, isto é, a transformação do concreto no abstrato (WERNER, 1999).

A fim de entender a evolução da organização social humana, é necessário pensar nas várias etapas pelas quais os nossos antepassados passaram até chegar às formas de organização do *homo sapiens* (WERNER, 1990). Tais etapas incluem diversas formas de manifestação de comportamento e de expressão simbólica.

Assim, o sexo para os primeiros hominídeos tinha basicamente a função reprodutiva para manutenção da espécie, de cooperação e de organização social (estabelecimento de hierarquias...) (WERNER, 1999). Para compreender melhor essas relações foi criado o fluxograma na figura 1.

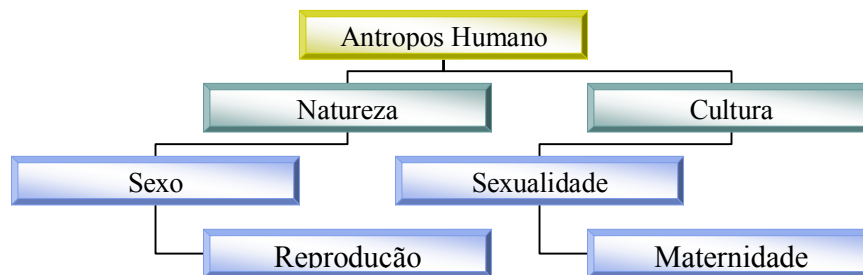


Figura 1 – Fluxograma ilustrativo da relação natureza e cultura

Por isso, ao estudar a sexualidade humana há que se considerar a natureza (em termos de

comportamento, como os aspectos genéticos e epigenéticos) e a cultura (em termos de conceitos e significados), pois estes são aspectos constitutivos do “antropos humano”. Nessa perspectiva, a sexualidade humana pode ser visualizada em dois componentes básicos: o comportamento sexual (as atividades sexuais vividas, aquilo que se faz no sexo) e o simbólico (os conceitos, valores, expectativas e fantasias).

2.3 SEXUALIDADE DA MULHER NA GESTAÇÃO

Na gestação, alguns aspectos da sexualidade apresentam características próprias que, na maioria das vezes, não impedem que o casal tenha uma vida sexual satisfatória. Discutiremos neste tópico as alterações físicas e psicológicas da gestação que podem afetar a sexualidade da mulher e as peculiaridades referentes a variáveis do comportamento sexual, resposta sexual/função sexual, bem como da percepção simbólica da sexualidade da mulher gestante.

A **gestação** trata-se de mais um dos aspectos naturais do desenvolvimento da espécie humana, como o sexo, a infância, a juventude, a maturidade e a morte. No entanto, estes aspectos constitutivos da natureza humana ao longo da evolução da organização social foram percebidos, descritos e valorizados a partir da imensa diversidade cultural da espécie e do processo civilizatório de muitas sociedades. Assim, quando nos deparamos com a produção teórica sobre a diversidade cultural humana da antropologia ou com a produção da memória social da História, ou ainda, sobre a produção da organização social moderna em termos de distintos “ethos” ou camadas sociais dentro da mesma sociedade, percebemos a importância da capacidade simbólica humana de representar o mundo e a si próprio.

A gestação humana, em diferentes culturas e em diferentes momentos históricos dentro de uma mesma cultura, é percebida e valorizada de forma distinta. Nesse contexto, Badinter (1980) relata, em termos históricos e simbólicos, como se construiu o famoso “mito do amor materno” na Europa do século XVIII, causando profundo desconforto para aqueles que sempre perceberam a gestação nos moldes da cultura burguesa daquela época como algo natural. Badinter, sem desconsiderar a natureza reprodutiva da nossa espécie, ilustra como se construíram as expectativas sociais em torno da maternidade que passou a ser mais ritualizada e cercada de

cuidados e obrigações por parte dos pais. A partir daí, não bastaria à mulher apenas gestar a prole, mas também, dedicar-se exclusivamente à prole, sofrer, culpar-se, doar-se, neutralizar-se, entre outros (BADINTER, 1990).

A sexualidade da mulher a partir dessas novas exigências sofreu também grandes transformações. Ao mesmo tempo em que se torna mãe dos filhos das modernas nações emergentes, também sofre o impacto dos movimentos sociais da época que começam a perceber a mulher não mais como um cidadão de segunda categoria atrelada ao seu esposo (BADINTER, 1980). A emergência de uma subjetividade e de um sujeito modernos fez com que a sexualidade não fosse apenas procriação, enquanto que as trajetórias e experiências sexuais diversificadas passam a fazer parte da construção dos sujeitos e da individualização (BOZON, 2004).

Assim, as mulheres passam a ser também indivíduos com vontade própria e começam a ter obrigação de ter prazer e satisfação na vivência da sua sexualidade. E, aquilo tido como parte da natureza que sempre se fez sem muita reflexão, o sexo, amplia-se e passa a denominar-se sexualidade (BADINTER, 1980; LOURO, 2001). É importante lembrar que toda esta revolução das mentalidades ocorre basicamente dentre a burguesia européia, passando longe do cotidiano das classes obreiras (LOURO, 2001).

Apesar de estarmos historicamente longe do surgimento desses novos conceitos em torno da sexualidade e da maternidade, estes ainda têm os seus efeitos na sociedade atual em termos sexuais, familiares e gestacionais. Isso porque prosperaram esses padrões respeitáveis de vida familiar com a demarcação crescente entre os papéis masculinos e femininos e uma ênfase na necessidade de elevar o comportamento público aos melhores padrões da vida privada, policiando a sexualidade não-conjugal e não-heterossexual (LOURO, 2001). Considerando ainda a função social da maternidade, para algumas mulheres esta é a única atividade criativa e a forma de manter ou aumentar a posição social (NAJMAN *et al.*, 1984).

Percebe-se, pois, que a sexualidade é algo que vai além do puro comportamento biológico, o sexo, o qual segundo Werner (1999) tem finalidade reprodutiva, de cooperação e de organização social. Para fins de definição conceitual, segundo Stedman (1996, p.1174), sexualidade é: “a soma dos comportamentos e tendências sexuais de uma pessoa, e a força dessas tendências; o grau de atratividade sexual do indivíduo; a qualidade de possuir funções ou implicações sexuais”.

A sexualidade é dinâmica, muda com o tempo e lugar, assim como de acordo com os parceiros (BERNHARD, 2002). Pode ser considerada, ainda, uma construção social e individual, ou seja, a sexualidade é individualmente definida e vivida, a partir do ambiente cultural que se está inserido (BERNHARD, 2002; RESSEL e GUALDA, 2003). E como faz parte da cultura, alguns fatores podem influenciar na sexualidade feminina como a família, a religião e a mídia com seus padrões de beleza e expectativas quanto ao sexo e sexualidade (BERNHARD, 2002).

Na área da saúde pública, fala-se também sobre o termo **saúde sexual e reprodutiva**. A biblioteca virtual em saúde (BVS, 2007) define que a saúde sexual e reprodutiva implica nos processos e funções do sistema reprodutivo em todas as fases da vida, de modo a permitir que as pessoas tenham uma vida sexual responsável, satisfatória e segura. Isso inclui a capacidade e liberdade de decidir se, quando e como ter filhos com base em informações, acesso e escolha de métodos de regulação da fertilidade, bem como acesso a serviços que assegurem acompanhamento da gravidez, do parto e de uma criança saudável.

O serviço de atenção à saúde sexual e reprodutiva tem cinco componentes básicos: promoção dos cuidados ante-natais, peri-natais, pós-parto e de cuidado do recém-nascido, provisão de serviços de alta qualidade para planejamento familiar, eliminar abortos não seguros, prevenção de tratamento de infecções transmitidas sexualmente e promoção de uma sexualidade saudável (GLASIER *et al*, 2006).

Em referência ao **estudo da sexualidade**, Andersen e Cyranowski (1995) propõem que a avaliação da sexualidade feminina seja considerada a partir dos domínios do comportamento sexual, resposta sexual e diferenças individuais e não apenas por categorias (por exemplo: função *versus* disfunção) ou medidas. Já Bernhard (2002) caracteriza a sexualidade como tendo dimensões biológica, psicológica, sócio-econômica e espiritual.

Enquanto isso, Masters, Johnson e Kolodny (1985) dizem que temos que ser cuidadosos para não esquecer que aprender sobre a sexualidade humana, em todas as suas facetas, é aprender sobre as pessoas e sobre as complexidades da natureza humana. A partir dessa compreensão, os autores sugerem que o estudo da sexualidade humana pode ser dividido nas seguintes dimensões: biológica, psicossocial, comportamental, clínica e cultural.

Então, é possível perceber que cada autor ou estudioso da sexualidade adota algumas categorias, dimensões e construtos para facilitar a compreensão de seu trabalho. Tais dimensões e

categorias são parecidas em sua essência. De uma forma bem didática, adotaremos, neste trabalho, a sexualidade como tendo dois componentes básicos da sexualidade: o que diz respeito ao comportamento (aquilo que se faz no sexo) e ao simbólico (relacionado a como o sexo é percebido, às fantasias).

De acordo com Brannon (1999) uma limitação é especialmente relevante para pesquisas de sexualidade: algumas pessoas sentem que a sexualidade é privada, assunto pessoal e que, por isso, não deve ser compartilhada com pesquisadores. Segundo a autora, entender sexualidade como algo corriqueiro, parece fundamental para poder falar abertamente sobre o assunto.

Von Sydow (1999), em uma revisão criteriosa, contextualiza os **estudos sobre sexualidade na gestação** e no pós-parto, indicando que estes passaram por três diferentes fases de pesquisa. A primeira fase ocorreu no período de 1950 a 1980, em que os estudos eram desenvolvidos principalmente por ginecologistas e questionavam como o sexo poderia ser evitado durante a gestação, enfatizava-se o coito e os participantes eram apenas mulheres. A segunda fase inicia por volta de 1985 e vai até a década de noventa, o foco passou a ser quem tem atividade sexual na gestação e no pós-parto; nesse momento, psicólogos e cientistas sociais passaram a interessar-se por questões do relacionamento do casal e família, nesta fase passaram a surgir alguns estudos longitudinais. Numa terceira fase, o enfoque passou a ser em como se dá a relação sexual e do casal quando estes se tornam pais, alguns desses estudos são metodologicamente avançados, mas o tópico sexualidade é explorado apenas superficialmente.

Constatou-se, a partir de uma análise dos estudos sobre sexualidade na gestação, que a maioria das pesquisas sobre sexualidade na gestação enfoca na atividade do coito, o que se traduz num reducionismo implícito em que “sexualidade é igual a coito”, o que não é adequado quando se estuda a sexualidade feminina (VON SYDOW, 1999).

Desse modo, é importante compreender os diferentes aspectos e significados da sexualidade em cada contexto de indivíduo e de cultura. Durante a gestação, a expressão da sexualidade é um dos aspectos importantes para manutenção da qualidade de vida do casal e uma das maneiras de se promover saúde sexual e reprodutiva. Além do mais, as pesquisas sobre sexualidade na gestação vêm se direcionando para esta finalidade.

2.3.1 Alterações físicas e psicológicas durante a gestação e o processo do parto que afetam a sexualidade

As alterações que as mulheres sofrem no período gestacional, como mudanças dos níveis hormonais e atuação de hormônios próprios do período, a mudança do fluxo sanguíneo voltado para as necessidades do feto, como também do útero e seu grande crescimento; todas essas mudanças que ocorrem na gestante acabam por afetar sua rotina, interferindo inclusive na vida sexual (CABRAL, 2002). Porém, Kitzinger (1985) defende aspectos que possam influenciar de forma positiva na vida sexual da mulher, por exemplo, quando as mulheres descobrem que já estão grávidas e passam a não ter preocupações acerca da anticoncepção.

Em seguida, descrevem-se as alterações físicas nos diversos sistemas que podem influenciar na sexualidade durante a gestação:

- Na pele: algumas zonas erógenas podem mudar de lugar; o aumento do peso e desenvolvimento uterino irá afetar a elasticidade da pele, o estomago, lábios, região interna das coxas e seios se tornam mais suscetíveis a estrias e menos receptivos como zonas erógenas; mulheres grávidas transpiram mais, assim higiene diária se torna mais importante (POLOMENO, 2000).

- Seios: tornam-se maiores e mais pesados; os mamilos ficam mais escuros e maiores; são bastante sensíveis no começo da gestação, normalmente retornam à sensibilidade original em torno dos 4 meses de gestação; em algum momento da gestação, o colostro pode ser drenado (POLOMENO, 2000; MASTERS e JOHNSON, 1984). Em mulheres que amamentam, pode ocorrer ejeção de leite durante o clímax (VON SYDOW, 1999).

- Circulação: algumas mudanças hemodinâmicas ocorrem durante a gestação como resultado de uma aumentada necessidade metabólica para o crescimento dos tecidos (O'CONNOR e GOURLEY, 1990); assim, veias varicosas podem se desenvolver nas pernas, o que pode deixar essas áreas bastante sensíveis; veias varicosas ainda podem se desenvolver na região vulvar e dentro da vagina tornando a penetração muito desconfortável e às vezes dolorosa; a drenagem linfática e o fluxo sanguíneo para o clitóris podem estar comprometidos, o que torna a região bastante sensível, algumas mulheres podem ficar mais facilmente excitadas e outras não; hemorróidas podem sangrar depois do intercurso vaginal (POLOMENO, 2000). A vasocongestão

genital na excitação sexual está intensificada durante o primeiro e segundo trimestres, enquanto no terceiro trimestre uma vasocongestão generalizada pode ser observada (VON SYDOW, 1999).

- Respiração: entre o quinto e o oitavo meses de gestação, muitas mulheres podem experimentar respirações mais curtas depois do orgasmo e do intercurso que pode ser acompanhado de dores nas costelas e palpitações do coração. Assim, um curto repouso depois da atividade sexual é aconselhado e se a condição persistir a mulher deve checar se não está com anemia ou deficiência de cálcio (POLOMENO, 2000).

- Gastro -intestinal: as alterações da função gastro-intestinal advêm de mudanças hormonais e da adaptação estrutural para abrigar o feto (O'CONNOR e GOURLEY, 1990). No que diz respeito especificamente à sexualidade, depois de cinco meses de gestação, algumas mulheres podem experimentar dor em queimação na região baixa do peito depois do orgasmo, condição esta que pode afetar o desejo sexual delas (POLOMENO, 2000).

- Urinário: a frequência urinária aumenta com a gestação. É normal que algumas gestantes percam uma pequena quantidade de urina durante a atividade sexual ou depois do intercurso. Para evitar esse problema, a mulher deve esvaziar a bexiga antes da relação sexual. Se o casal escolher a posição de quatro para o intercurso, a mulher pode ter a sensação de querer urinar ou sentir pequenos espasmos da bexiga. Algumas mulheres podem até experimentar o orgasmo depois de estimular a bexiga desse jeito (POLOMENO, 2000).

- útero: o útero pode se contrair por pelo menos 1 a 2 minutos depois do orgasmo, o que não é prejudicial para o feto; embora o feto possa ficar ativo depois de uma experiência de orgasmo de sua mãe por 30 minutos ou mais (POLOMENO, 2000).

- Vagina: ocorre um aumento das secreções vaginais durante a gestação o que facilita a penetração. O aumento da congestão pélvica leva a um potencial aumento da sensação do terço inferior da vagina. A mulher sente o pênis mais facilmente durante o intercurso. Os homens têm reportado que a secreção vaginal tem um sabor salgado que desaparece depois do orgasmo (MASTERS e JOHNSON, 1984; POLOMENO, 2000) e a secreção passa a ser mais ácida (O'CONNOR e GOURLEY, 1990). No terceiro trimestre as contrações vaginais são fracas, e às vezes espasmos musculares tônicos ocorrem (VON SYDOW, 1999).

Do ponto de vista psicológico, Baracho (2002) menciona que a vivência de angústia e transtornos psicológicos nessa fase da vida da mulher ainda são despercebidos ou encarados com

superficialidade. A autora afirma ainda que a mulher não pode ser plenamente responsável pela sua maternidade e que carece de informação sexual, pois é uma fase de grande conflito para a mulher que está num momento sublime, porém não satisfeita com sua aparência física, pode ter a auto-estima diminuída o que interfere severamente no estado emocional.

Cabral (2002) enfatiza que as alterações psico-emocionais da gestante, principalmente o aumento do sono e as oscilações de humor, influenciam na vida sexual gestacional. Nesse contexto, Polden e Mantle (2000) complementam que a sexualidade feminina é freqüentemente afetada por fatos da vida tais como gravidez, nascimento, doença e climatério e afirma que as mudanças psicológicas e físicas ocorridas na gravidez têm efeito sobre a atividade sexual que mostra um declínio progressivo, especialmente no trimestre final, sendo que a presença do incômodo físico e a ansiedade sobre o feto são os principais fatores responsáveis por tal fato.

Com relação ao parto, foi postulado que o trabalho de parto vaginal, e particularmente o segundo estágio do trabalho de parto, podem trazer efeitos negativos na estrutura nervosa que inerva o assoalho pélvico e os órgãos pélvicos. A estrutura mais investigada, nesses casos, é o nervo pudendo e suas raízes devido a sua localização fácil de avaliar na eletrofisiologia; a extensão da deteriorização do nervo pudendo que ocorre em algumas mulheres parece estar associada com a duração do segundo estágio do parto (DIETZ e WILSON, 2005). Também não está claro se esta seqüela persiste (HANDA, 2006). A figura 2 mostra o estiramento dos músculos do assoalho pélvico durante a saída da cabeça do feto no momento do parto.

Outra ocorrência que prejudica a função sexual e que está associada ao parto é a dispareunia (dor durante o intercurso sexual). Entretanto, ainda não existem evidências consistentes de que a dispareunia causada por lacerações perineais no parto possa ser crônica, a maioria dos estudos sugere que não há diferença depois de 6 a 12 meses de pós-parto na dispareunia de mulheres com laceração e das com parto cesáreo (HANDA, 2006).

Foi observado que nos Estados Unidos, um número significativamente menor de pacientes recebe informações sobre as complicações no assoalho pélvico decorrentes da gestação e do parto de seus cuidadores, especialmente médicos e enfermeiras, se comparado a outros tópicos gerais como ganho de peso, hipertensão, parto pré-termo, ruptura das membranas, exercícios de Kegel e incontinência (MCLENNAN *et al.*, 2005).

De fato, a via de parto pode causar impacto na função sexual feminina também por fatores

psicológicos, comportamentais e culturais. A função sexual feminina tende a sofrer impacto da transição do papel de mãe, mudanças na imagem corporal, satisfação no relacionamento, humor, fadiga e ansiedade ou apreensão em relação aos cuidados com o bebê (HANDA, 2006).

Percebe-se que é importante compreender as alterações físicas e psicológicas particulares da mulher grávida porque estas, muitas vezes, podem relacionar-se com as modificações no comportamento da mulher durante este período e influenciar inclusive no comportamento sexual. E, ainda, tanto a gestação como o parto vaginal podem afetar a tonicidade e a habilidade de contração da musculatura do assoalho pélvico, bem como interferir no componente nervoso local. Assim, a integridade desses componentes é importante para a manutenção da sensibilidade e tonicidade local garantindo uma resposta sexual eficiente.

2.3.2 Comportamento sexual na gestação

As informações sobre o comportamento sexual das mulheres durante a gestação são essenciais para facilitar as estratégias preventivas e para quebrar alguns mitos e tabus da percepção do comportamento sexual. Nesse tópico serão abordados o que se compreende por comportamento sexual e algumas características deste durante o período da gestação num enfoque heterossexual. Isto apesar de se entender que um dos principais problemas metodológicos no estudo do comportamento sexual feminino é a ênfase na relação heterossexual (ANDERSEN e CYRANOWSKI, 1995). Mas, como se trata de um estudo sobre o comportamento sexual durante a gravidez e considerando que a maioria das mulheres que engravidam tem uma orientação heterossexual, justifica-se esse enfoque heterossexual.

Segundo Wellings *et al.* (2006) as pesquisas com objetivo de investigar o comportamento sexual humano e avaliar intervenções para melhorar a saúde sexual têm aumentado nas últimas décadas e os dados têm mostrado diversidade substancial no comportamento sexual variando de acordo com a região e com o sexo.

Por comportamento sexual entendem-se as atividades sexuais dos humanos (BVS, 2007). O comportamento sexual é um produto de forças biológicas e psicológicas, nessa perspectiva o estudo do comportamento sexual permite investigar o que as pessoas fazem e como e porque elas

têm determinado comportamento (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1985).

Andersen e Cyranowski (1995) classificam o comportamento sexual como um dos domínios no estudo da sexualidade feminina, sendo composto pelos construtos (masturbação, atividades eróticas e excitantes com um parceiro como beijo, carícias, contato oral-genital, estimulação anal e intercurso sexual; frequência e duração do intercurso sexual, orgasmo, desejo sexual, práticas contraceptivas; posições utilizadas durante a prática sexual).

Segundo Fok *et al.* (2005) a gestação tem um considerável impacto na atividade sexual e no comportamento sexual das mulheres. Entretanto, a atividade sexual durante a gestação é normal e saudável e a vivência da sexualidade pode ser considerada única para cada casal (POLOMENO, 2000).

De acordo com Masters, Johnson e Kolodny (1994), homens e mulheres desenvolvem atitudes sexuais a partir de uma matriz da cultura em que estão inseridos. Por exemplo: as meninas são desencorajadas de tocarem seus genitais enquanto que os meninos precisam tocar nos seus pênis para urinar e assim descobrem os prazeres sexuais; isso significa que as mulheres recebem mensagens culturais diferentes dos homens sobre sexualidade. Além disso, algumas mulheres influenciadas pela cultura entram num círculo vicioso de exercício e dieta para atingirem as formas perfeitas e para lidar com seus problemas de sexualidade e imagem corporal (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1994).

É possível observar diferenças no comportamento sexual de grávidas dependendo do local onde a pesquisa foi desenvolvida. Assim, foi reportado que o comportamento sexual das chinesas tende a ser mais conservador que o de outras populações, e isso se mantém durante a gestação (HAINES *et al.*, 1996; FOK *et al.*, 2005). Mulheres israelenses apresentaram um gradual declínio da libido, da frequência de coito, das atividades sexuais preliminares e orgasmo durante a gestação, principalmente no terceiro trimestre (POLOMENO, 2000).

Por outro lado, algumas mulheres africanas acreditam que a atividade sexual durante a gestação pode ajudar a mãe e o bebê por aumentar o tamanho da vagina, facilitar o trabalho de parto e melhorar o bem-estar do feto (VON SYDOW, 1999).

De fato, a estimulação das mamas tem demonstrado que acelera o início do trabalho de parto, enquanto o coito e o orgasmo estimulam a atividade uterina; a partir disso, foi verificado que a atividade sexual a termo pode induzir ao trabalho de parto, o que em muitos casos pode ser

benéfico por reduzir os partos pós-termo e evitar a necessidade de indução ao parto (TAN *et al.*, 2006).

Tem sido relatado que o medo de causar um aborto também exerce um acentuado efeito sobre a expressão física das sensações sexuais e até sobre a capacidade da mulher de excitar-se durante o período gestacional (KITZINGER, 1985).

Haines *et al.* (1996) investigaram alguns fatores relacionados com o comportamento sexual na gestação e constataram que não houve associação consistente entre idade, paridade, nível de escolaridade, ou se a gestante está trabalhando com o comportamento sexual tanto antes como durante a gestação. Porém, no primeiro trimestre de gestação, mulheres mais jovens tiveram maior frequência de atividade sexual ($p=0.001$) e mais orgasmos ($p=0.020$).

O estudo de Van Brummen *et al.* (2006) demonstrou que o mais importante fator prognóstico para insatisfação sexual um ano após o parto foi não ser ativa sexualmente nos primeiros meses de gestação e também que a satisfação sexual neste período não parece depender de fatores relacionados ao parto ou a gestação.

Investigar o comportamento sexual na gestação exige uma abordagem ampla para que se possa descrever o comportamento e os fatores que o influenciam. Conforme observado, o comportamento sexual tende a variar de acordo com a cultura, escolaridade, questões psicológicas individuais, entre outros.

Frequência sexual

A frequência sexual é uma das variáveis que se refere ao comportamento sexual indicando quantas vezes realiza-se a atividade sexual num determinado período de tempo. A frequência sexual pode sofrer modificações ao longo do período gestacional.

Durante a gravidez normal, o parceiro pode querer evitar o sexo por diversas razões; a mais comum é a crença bem-intencionada, porém equivocada, de que o ato sexual machuque a mulher e/ou o bebê e supõe que o sexo não seja desejado. No entanto, a maioria dos homens acha a gravidez estimulante (CRENSHAW, 1996).

Na verdade, não há nenhum impedimento absoluto ou uma condição inexorável para que a vida sexual continue satisfatória. Kitzinger (1985) afirma que náuseas e vômitos nos primeiros

três meses podem constituir em um esmorecimento sexual.

Baracho (2000) acredita que outros fatores podem inibir o ato sexual nas primeiras semanas gestacionais. Uma delas é a extrema sensibilidade dos seios, os seios aumentam de volume, e num estado de excitação sexual, os seios incham até 25%, fazendo afluir mais sangue às veias e tornando os tecidos ainda mais ingurgitados. Segundo a autora isso faz a mulher retrair-se quando tocada subitamente pelo parceiro.

Alguns autores descrevem que ocorre um progressivo declínio na frequência da atividade sexual durante a gestação (SOLBERG *et al.*, 1973; GOKYILDIZ e BEJI, 2005; BARTELLAS *et al.*, 2000; POLOMENO, 2000; REAMY *et al.*, 1982; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004). Mas, segundo Von Sydow (1999), a frequência do coito decresce levemente ou se mantém constante no primeiro trimestre e decresce acentuadamente no terceiro trimestre, enquanto esse comportamento é bastante variável no segundo trimestre.

Dentre os fatores que podem influenciar na frequência da atividade sexual durante a gestação estão aspectos culturais e sócio-demográficos relacionados às crenças. Algumas mulheres africanas acreditam que a atividade sexual durante a gestação pode ajudar a mãe e o bebê por aumentar o tamanho da vagina e facilitar o trabalho de parto (44.3%), melhorar o bem-estar do feto (34.8%), causar aborto no começo da gestação (30.2%) e apenas 2.8% acreditam que causa parto prematuro (ADINMA, 1995).

A maioria das mulheres colombianas do estudo de Alonso *et al.* (2004) reportou crenças negativas entre a atividade sexual e a gestação: o desejo sexual diminui na gestação (41,4%), a gestação aumenta o desejo sexual (18,6%), a gravidez causa conflitos entre o casal (12,1%), fazer amor antecipará o parto (11,4%), fazer amor faz mal ao bebê (7,9%), fazer amor pode causar um aborto (5,7%) e apenas temem (30,7%).

Por outro lado, um estudo constatou que a atividade sexual a termo pode induzir ao trabalho de parto, o que em muitos casos pode ser benéfico por reduzir as gestações pós-termo e reduzir a necessidade de indução de trabalho de parto após 41 semanas de gestação (TAN *et al.*, 2006).

Foi reportado que cerca de 10% das gestantes ficam abstinentes ao coito quando a gravidez é confirmada (VON SYDOW, 1999). E mais de um terço das chinesas, que têm um comportamento sexual conservador, pararam o intercurso vaginal na gestação, sendo que 44.4%

destas apresentaram abstinência ao coito no primeiro trimestre, 33.7% no segundo e 50% no terceiro trimestre (FOK *et al*, 2005). Outro estudo longitudinal realizado na Malásia identificou que de 200 mulheres no período a termo (depois de 36 semanas de gestação) 84 ficaram em abstinência sexual e 116 (58%) ficaram ativas sexualmente nesse período (TAN *et al*, 2006).

Uwapusitanon e Choobun (2004) realizaram um estudo longitudinal na Tailândia com 149 gestantes e concluíram que a sexualidade e atividade sexual são reduzidas significativamente ao longo da gestação e mostra que a preocupação relativa à atividade sexual e principalmente ao aborto decresce à medida que a gravidez prossegue.

A frequência da atividade sexual (intercurso vaginal) em pesquisa na Tailândia diminuiu com o avançar da gestação, com um marcante declínio de antes da gestação para o primeiro trimestre ($p < 0.001$). O intercurso sexual no segundo trimestre foi tão frequente quanto no primeiro trimestre. A maior abstinência ao coito foi no terceiro trimestre (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004).

Haines *et al.* (1996) constataram, na China, que há um significativo declínio da atividade sexual no primeiro trimestre da gestação comparado com o período anterior a gestação ($p = 0.000$). A partir daí a frequência sexual continua a cair com significativa redução do primeiro para o segundo trimestres ($p = 0.035$) e do segundo para o terceiro trimestres ($p = 0.000$).

Já numa pesquisa com mulheres nigerianas, a frequência média de intercurso sexual na gestação foi de 1,5 vezes por semana, enquanto antes da gestação era de 2.3 vezes por semana (ADINMA, 1995).

Das 150 participantes de um estudo realizado na Turquia, 84,7% tiveram intercurso sexual de uma a quatro vezes por semana antes da gestação. Essa percentagem, nessa frequência foi de 70% no primeiro trimestre, 61.3% no segundo e 32% no terceiro trimestre (GOKYILDIZ E BEJI, 2005).

E, na Colômbia, a maioria das mulheres no segundo e terceiro trimestre de gestação apresentaram uma frequência de 2 a 3 vezes por semana (55%), seguido de 0 a 1 vez por semana (34,3%) e o restante mantinha 4 ou mais relações por semana (ALONSO *et al.*, 2004)

A frequência sexual no período antes da gestação foi significativamente relacionada com idade e duração do casamento, com a atividade sexual tendendo a diminuir conforme o aumento da idade e da duração do casamento (ALBRECHT, 1998).

Enquanto isso, um estudo com gestantes canadenses investigou a influência da idade materna, paridade, educação, religião e trimestre gestacional na prática do intercuro vaginal por meio de regressão logística múltipla e concluiu que somente o trimestre gestacional influencia significativamente (BARTELLAS *et al.*, 2000).

Embora se saiba que a frequência sexual nem sempre identifica uma qualidade de vida sexual, pode-se usá-la para fins comparativos com outras variáveis e entre os diferentes trimestres gestacionais.

Práticas sexuais

As práticas sexuais dos humanos podem ser variadas considerando o conservadorismo, experiência e gostos de cada um e de cada contexto cultural em que o indivíduo está inserido. Durante a gestação o interesse é em saber se as práticas sexuais realizadas antes desse período se mantêm ao longo da gestação ou se a variabilidade dessas práticas é reduzida.

Por práticas sexuais entendem-se os diversos tipos de atividades com caráter sexual como masturbação, sexo oral, penetração vaginal (intercurso sexual ou coito), penetração anal e estimulação com vibrador (MASTERS e JOHNSON, 1984).

De acordo com Furlani (2003), algumas práticas sexuais (masturbação, sexo oral e sexo anal) têm sido significadas como mitos e tabus sexuais. A autora entende por mito sexual o conjunto de concepções errôneas e falácias criadas a partir de rumores, superstições, fanatismo ou educação sexual falha; já os tabus sexuais são os atos, palavras ou símbolos sexuais proibidos numa dada sociedade por motivos religiosos ou sociais. Assim, percebe-se que o tabu sexual está mais ligado ao comportamento, àquilo que não pode ser feito em termos sexuais; enquanto que o mito sexual relaciona-se a como o fenômeno é compreendido. Indiretamente, os mitos e tabus sexuais podem comprometer a experiência de uma vida sexual satisfatória durante a gestação (READ, 1999; FURLANI, 2003).

O estudo prospectivo longitudinal de Tan *et al.* (2006) identificou que em 200 mulheres da Malásia no período a termo (depois de 36 semanas de gestação) 84 ficaram em abstinência sexual e 116 (58%) ficaram ativas sexualmente nesse período. Observou-se também que apenas 6,9% das mulheres ativas sexualmente no período a termo chegaram a 41 semanas de gestação,

enquanto que 29,8% das mulheres abstinente sexualmente chegaram a essa idade gestacional. É uma prática comum a indução ao parto quando a gestante atinge 41 semanas de gestação. Assim, o estudo mostrou redução na duração da gestação, em gestações após a data programada para o parto e na necessidade de induzir ao trabalho de parto após 41 semanas de gestação para as mulheres que tem atividade sexual no período a termo. Desse modo, o coito a termo pode ser um método efetivo de promover o parto espontâneo a termo (TAN *et al*, 2006).

Quando comparado por trimestres, a penetração vaginal mostrou um progressivo declínio com o avançar da gestação (BARTELLAS *et al.*, 2000; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004). Sendo que mais de um terço das mulheres chinesas interromperam o intercurso vaginal na gestação (FOK *et al.*, 2005). Lazar (2002) constatou que todas as práticas sexuais alternativas ao coito vaginal diminuíram no decorrer da gestação.

Bartellas *et al.*, (2000) encontraram uma porcentagem de sexo oral durante a gestação de 55%. Já Lazar (2002) observou o predomínio do sexo oral como prática alternativa ao coito vaginal em ambos os períodos, pré-gestacional e gestacional, havendo a preferência pelo sexo oral durante toda a gestação.

No estudo de Fok *et al.* (2005) com 298 mulheres chinesas, foi verificado que o sexo anal não é uma prática comum entre as mesmas e que essa atividade pára completamente durante a gestação. Os próprios autores associam essas reduções à cultura, conhecimento inadequado e ansiedade excessiva das mulheres. Por outro lado, no estudo de Bartellas *et al.* (2000) a porcentagem de mulheres que praticaram sexo anal durante a gestação foi de 7%, enquanto Von Sydow (1999) encontrou uma variação de 1-13% nos estudos analisados nessa prática durante a gestação. Barclay *et al.* (1994), na Austrália, observaram que três casais (12,5%) incluíam como prática sexual a introdução dos dedos do homem no ânus da mulher, 3 casais (12,5%) faziam sexo anal e 3 mulheres (12,5%) inseriam seus dedos no ânus do homem, e 2 (8,3%) desses 3 homens colocavam a língua no ânus da mulher durante atividade sexual.

Somente 16-20% das mulheres gestantes reportaram que já haviam se masturbado antes da gestação (VON SYDOW, 1999). Já durante a gestação, Von Sydow encontrou uma variação de 8-31% de mulheres que se masturbam e Bartellas *et al.* (2000) encontraram 31% E, antes da gestação, 44-75% dos casais europeus e americanos praticavam masturbação mútua (VON SYDOW, 1999). Mas, os estudos sobre prática de masturbação durante a gestação são

contraditórios (SYDOW, 1999).

Polomeno (2000) de forma bem prática orienta as gestantes quanto às práticas sexuais da seguinte forma: todas as práticas sexuais são possíveis, desde que a gestação não tenha problemas e o casal se sinta confortável com elas; uma mulher grávida pode se masturbar e ser masturbada pelo parceiro; o intercuro anal é controverso, mas se o casal está acostumado, o uso de um lubrificante gel a base de água e estéril é aconselhado, entretanto, se a mulher tiver hemorróidas, o casal deve evitar sexo anal; a felação e o cunilingus podem continuar, mas o homem poderá achar que a secreção vaginal tem um diferente sabor, tornando-se mais metálico ou salgado, esse sabor normalmente desaparece uma vez que a mulher tenha um orgasmo; e por fim, como a gestante é mais suscetível a infecções, alguns acessórios como vibradores podem não ser apropriados durante a gestação.

As práticas sexuais podem ser consideradas como características individuais e de cada cultura e considera-se que variam na gestação de acordo com essas características. Numa gestação normal, não há restrições específicas para as práticas sexuais. No entanto, tem sido observada redução nesse período com relação a algumas práticas sexuais, como a prática de sexo anal.

Posições adotadas durante as práticas sexuais

Descrevem-se, aqui, as posições preferidas das mulheres no decorrer da gestação. A título de conceituar, as posições adotadas durante as práticas sexuais referem-se ao posicionamento dos parceiros envolvidos nas atividades sexuais (MASTERS e JOHNSON, 1984). Alguns estudos costumam categorizar as posições sexuais em: homem superior, mulher superior e lado - a - lado; outros, entretanto, especificam cada posição utilizada.

De uma forma geral, a atividade sexual também pode ser considerada um tipo de atividade física ou exercício físico, pois requer a ativação de determinados grupos musculares em intensidade e duração diversas (PINIANO, 2005; WUH e FOX, 2001). Há que se considerar ainda, que todas as mulheres que não tiverem contra-indicações ao exercício físico são instruídas a praticá-lo durante a gestação, embora devam evitar atingir o pico no exercício e atividades que possam interferir no equilíbrio ou causar trauma fetal (DAVIES *et al.*, 2003).

O uso das posições sexuais em que o homem está por cima reduz durante a gestação, enquanto a posição da mulher por cima (somente no segundo trimestre), a posição lado a lado e de quatro são praticadas mais freqüentemente (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; VON SYDOW, 1999). Além disso, a variabilidade de posições adotadas diminui (VON SYDOW, 1999). A posição mais freqüentemente adotada no final da gestação foi lado a lado (POLOMENO, 2000).

Durante o terceiro trimestre da gestação, à medida que a cintura se alarga, o sexo frontal se torna cada vez mais desconfortável; assim, se a gestante se sentir disposta para o ato sexual, encontre a posição mais confortável e se não se sentir bem fisicamente e emocionalmente poderá encontrar alternativas que substituam o ato sexual de modo a ter prazer. Se houver alguma complicação com a gravidez (como sangramento ou ameaça de aborto), um médico deverá ser procurado e a penetração e o orgasmo feminino deve ser evitado (FERNÁNDEZ, 1988).

No estudo de Haines *et al.* (1996) as posições adotadas durante a atividade sexual não diferiram de forma significativa estatisticamente entre antes da gestação e estado da gestação.

Polomeno (2000) sugere algumas orientações sobre as posições sexuais a serem utilizadas durante a gestação, uma vez que muitas mulheres durante esse período acham que o intercuro sexual é mais difícil devido ao desconforto associado às posições sexuais, congestão pélvica e ao encaixe do bebê na pelve. Segundo a autora, principalmente no final da gestação, é indicado o uso da posição sexual lado a lado e da posição em que a mulher fica de quatro, a primeira porque é mais confortável para a gestante e a última porque permite uma penetração mais profunda.

Assim, com o avançar da gestação a posição em que o homem fica superior a mulher durante as atividades sexuais passa a ser substituída, principalmente, pela posição lado a lado.

Iniciativa sexual

A iniciativa sexual num relacionamento pode ser tomada mais por um dos parceiros ou então em igual proporção. Indiretamente, a iniciativa sexual revela o desejo pela atividade sexual manifestado.

Um aspecto que influencia a iniciativa do ato sexual pelas mulheres é a expectativa cultural e social de que as mulheres tenham o comportamento típico de passividade feminina

(GARCIA, 2007). Quando as mulheres demonstram interesse pela atividade sexual elas tendem a se manifestar indiretamente e principalmente através da linguagem corporal (BARBACH & LEVINE, 2000; LOEWEN, 1975). Em geral, as sociedades em que as mulheres têm um alto poder costumam permitir que as mulheres tomem iniciativa para a atividade sexual (BANCROFT, 1989).

A iniciativa da relação sexual pelo homem mostrou-se mais freqüente no período pré-gestacional, mantendo-se assim no decorrer da gestação na maioria dos estudos (VON SIDOW, 1999, ADINMA, 1995; LAZAR, 2002). Mas, no estudo de Gokyildiz e Beji (2005), antes da gestação o coito foi iniciado igualmente pelos esposos (51.3%, $n = 7$), enquanto durante a gestação ele foi iniciado principalmente pelo parceiro (primeiro trimestre, 60.6%, $n = 91$, segundo trimestre, 55.3%, $n = 83$, terceiro trimestre, 58.7%, $n = 88$) (GOKYILDIZ e BEJI, 2005). A pesquisa com mulheres africanas revelou que os homens eram os principais iniciadores da atividade sexual (41.6%) enquanto as esposas raramente tomavam iniciativa (2.7%) (ADINMA, 1995).

Quando comparado quem tomava a iniciativa sexual entre os períodos, Gokyildiz e Beji (2005) encontraram diferenças significativas entre antes da gestação e o primeiro trimestre, entre segundo e terceiro trimestres, e entre o primeiro e terceiro trimestres (primeiro trimestre–terceiro trimestre, $z = 2.7786$, $p = 0.0055$, segundo trimestre–terceiro trimestre, $z = 2.4266$, $p = 0.0152$).

Como pode ser percebido através dos estudos supracitados, durante a gestação, é o homem quem mais toma iniciativa para a atividade sexual.

Conversa com profissional da saúde

Nem sempre os profissionais de saúde que convivem com gestantes (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, entre outros) sentem-se à vontade para conversar e orientar sobre sexualidade. O que, de certa forma, pode gerar uma série de dúvidas e incertezas por parte da gestante e do seu parceiro em relação à segurança de determinadas práticas sexuais.

Em um trabalho pioneiro na área Garcia (2007) relata sua experiência enquanto enfermeira abordando o tema sexualidade com mulheres, neste trabalho a autora constatou

também que pouco sobre sexualidade era abordado nos currículos da enfermagem. Para a fisioterapia o tema sexualidade tem sido estudado cada vez mais, principalmente entre especialistas em Fisioterapia uroginecológica, isso porque tem sido evidenciado o importante papel do fisioterapeuta tanto no tratamento das disfunções sexuais como na melhora da qualidade de vida sexual das pessoas (SACOMORI e CARDOSO, 2008). Já a psicologia e a medicina têm mais tradição no estudo e tratamento das disfunções sexuais.

Esta falta de preparação dos profissionais da área da saúde em abordar o tema sexualidade em suas intervenções reflete-se diretamente no pouco aconselhamento sobre sexualidade oferecido às mulheres gestantes.

Assim, somente 29% das gestantes no Canadá discutiram sobre a prática de atividade sexual na gestação com seus médicos, com 49% destas iniciando o assunto e 34% se sentindo desconfortáveis em falar sobre sexualidade com seus médicos (BARTELLAS *et al.*, 2000).

Enquanto isso, no estudo de Fok *et al.* (2005) apenas 9,4% discutiram sobre atividade sexual com seus médicos, sendo que a conversa foi iniciada em 54% pelas gestantes e 66% delas se sentiram confortáveis em conversar sobre o assunto.

Isso contrasta com a porcentagem de mulheres que receberam informações a respeito da sexualidade na gestação dos profissionais da saúde no estudo realizado na Tailândia, onde 62% das mulheres receberam algum tipo de informação (SENKUMWONG *et al.*, 2006).

2.3.2 Resposta sexual / função sexual feminina

A finalidade da resposta sexual na mulher em termos biológicos é facilitar a penetração do pênis para que esta não seja dolorosa e, ao mesmo tempo, providenciando sensações eróticas e assegurando um bom condicionamento reprodutivo (para a sobrevivência e transporte do esperma) (LEVIN e RILEY, 2007).

O funcionamento sexual envolve uma série integrada de processos fisiológicos com complicados controles centrais e periféricos (LEVIN e RILEY, 2007). A resposta sexual também envolve a experiência subjetiva de excitação sexual e como excitado ou envolvido alguém fica durante a atividade sexual (POORMAN, 1987). Masters, Johnson e Kolodny (1985) descrevem o

ciclo da resposta sexual na mulher como tendo 4 componentes: excitação, platô, orgasmo e resolução. Segundo os autores, a excitação sexual é acompanhada de ingurgitamento vascular dos órgãos genitais, o que ocorre difusamente e caracteriza-se pela lubrificação vaginal, ingurgitamento e coloração das paredes vaginais; o platô consiste na formação da plataforma orgásmica; o orgasmo feminino dá-se por uma descarga clônica orgásmica espasmódica da musculatura perineal; e, por fim, a fase de resolução consiste na regressão das alterações fisiológicas ao estado de repouso.

Andersen e Cyranowski (1995) classificam a resposta sexual como um dos domínios no estudo da sexualidade feminina, sendo composto pelos construtos (desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e resolução, esta última inclui indiretamente a Satisfação sexual).

Percebe-se que os autores Masters e Johnson foram os únicos a observarem diretamente a resposta sexual tanto de homens como de mulheres em sua prática clínica e de pesquisa. Entretanto, como observações diretas das respostas físicas aos estímulos sexuais são difíceis de serem obtidas por uma série de fatores que perpassam pela ética, as pesquisas recentes sobre resposta sexual feminina têm se baseado em auto-relatos e a resposta sexual tem sido estudada também com o termo função sexual. Cabe salientar que a resposta sexual/função sexual faz parte do comportamento sexual.

Desejo sexual

O desejo sexual é a necessidade urgente de atividade e prazer sexual, apetite sexual (GOLDENSON e ANDERSON, 1989); um forte, até urgente desejo ou necessidade percebida internamente para intimidade sexual e coito (FRANCOUVER *et al*, 1991). Quem desenvolveu o conceito e iniciou com as pesquisas sobre desejo sexual foi Kaplan (1977), isso posteriormente à descrição de Masters e Johnson do ciclo da resposta sexual feminina.

O desejo ou interesse sexual envolve a frequência com que a pessoa quer ter atividade sexual, o que não implica sua habilidade para isso ou a resposta experimentada durante a atividade sexual (POORMAN, 1987). Entretanto, é difícil avaliar o desejo sexual porque não existe medida para o desejo, *per se*, restando alternativas que medem a cognição sexual ou variáveis que a substituem (ANDERSEN e CYRANOWSKI, 1995).

Para a maioria das mulheres, o desejo sexual geralmente diminui durante a gestação, apesar de poder haver uma grande variação de respostas individuais (DE JUDICIBUS e MCCABE, 2002). Em uma pesquisa com gestantes canadenses, a maioria destas (58%) reportaram uma diminuição no desejo sexual na gestação (BARTELLAS *et al.*, 2000). Tanto o desejo sexual como a excitação e satisfação sexual diminuíram drasticamente ao longo da gestação, com $p < 0.001$ (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004).

A partir do segundo trimestre surgem com mais intensidade alterações do desejo e do desempenho sexual, nesse período também ocorre a percepção dos primeiros movimentos fetais, fazendo com que a mulher sinta o filho como uma realidade concreta (CABRAL, 2002).

Estudos de Masters e Johnson (1984) sobre sexualidade durante a gravidez encontraram o aumento em desejo sexual e prazer durante o segundo trimestre, resultante da congestão vascular pélvica. Segundo Reamy (1982), o desejo sexual aumenta no segundo trimestre e progressivamente diminui no terceiro trimestre, o que se equivaleu aos estudos de Master e Johnson.

O estudo de Fok *et al.* (2005) com 298 mulheres chinesas constatou que o desejo sexual na gestação reduziu em mais de 60% das mulheres, enquanto apenas 5% reportaram um aumento.

As mulheres gestantes casadas há dois anos ou menos sentiram desejo sexual mais freqüentemente (primeiro trimestre, $\chi^2 = 13.23$ e $p < 0.05$; segundo trimestre, $\chi^2 = 18.36$ e $p < .05$) (GOKYILDIZ E BEJI, 2005). Quando comparado as freqüências de desejo sexual entre os trimestres, as diferenças entre o desejo sexual da mulher entre o primeiro e terceiro e segundo e terceiro trimestres foram significantes (primeiro trimestre–terceiro trimestre, $z = 5.4103$, $p = 0.0000$, segundo trimestre – terceiro trimestre, $z = 6.3653$, $p = 0.0000$). A freqüência do desejo sexual diminuiu entre os trimestres com diferenças significantes estatisticamente (GOKYILDIZ E BEJI, 2005).

De Judicibus e McCabe (2002) consideram que existem fatores que podem estar relacionados com a redução do desejo sexual durante o pós-parto: as mudanças no papel social da mulher (papel no trabalho, papel como mãe), satisfação no casamento, humor, fadiga, alterações físicas associadas a gestação e amamentação. Enquanto que durante a gestação o que mais afeta o desejo sexual é a fadiga, o cansaço e a fraqueza.

Desse modo, o desejo sexual é um dos componentes da sexualidade feminina que tende a

diminuir durante a gestação, isso embora alguns autores reportem que ele aumenta no segundo trimestre gestacional.

Excitação sexual

A excitação sexual faz parte da resposta sexual feminina e é compreendida mais do ponto de vista de resposta fisiológica e da percepção desta. Enquanto que de uma perspectiva científica, a excitação sexual pode ser entendida como um estado de ativação de um complexo sistema de reflexos envolvendo os órgãos sexuais e o sistema nervoso; rotineiramente, as pessoas descrevem essa resposta como “estar quente” ou “aceso (a)” (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1985).

O primeiro sinal de excitação sexual na mulher é a lubrificação vaginal, juntamente com a ereção dos mamilos, expansão dos dois terços superiores da vagina, o útero move-se para cima, os lábios menores da vagina aumentam de diâmetro e o clitóris aumenta em tamanho (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1985).

Entende-se que são diversos os motivos que podem gerar excitação sexual (aumento do fluxo sanguíneo e lubrificação), dentre eles: beijos, abraços, mensagens verbais, linguagem corporal, roupas friccionando a região genital, no banho, estímulos visuais (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1985).

As mulheres podem sentir excitação genital devido até mesmo aos estímulos que não gostam, e sem ter a mesma excitação subjetiva. Esse sentimento subjetivo de estar excitada é compreendido mais como um processo cognitivo complicado envolvendo o significado do estímulo e a mensagem deste, do que simplesmente com a resposta de excitação da genitália (LEVIN e RILEY, 2007).

Em inglês, existe uma diferenciação entre os termos ‘*sexual arousal*’ e ‘*sexual excitement*’, sendo o primeiro caracterizado com um estado que denota as alterações fisiológicas e o último como a percepção subjetiva dessas alterações fisiológicas; isso embora muitos autores os tratem como sinônimos (LEVIN e RILEY, 2007). Entretanto, a tradução para o português dos dois termos (*sexual arousal* e *sexual excitement*) é a mesma: excitação sexual. Portanto, o termo excitação sexual refere-se não somente às alterações fisiológicas, mas também à percepção destas.

Algumas pessoas ainda fazem confusão entre os termos excitação sexual e desejo sexual. O desejo sexual pode ocorrer sem a excitação sexual (*arousal*) e a excitação sexual (*arousal*) também pode ocorrer sem o desejo sexual (LEVIN e RILEY, 2007). Nesse sentido, Bozman e Beck (1991) esclarecem que o desejo sexual, desde que considerado um funcionamento fisiológico normal, é teoricamente visto como determinado por aspectos intra-psíquicos, pessoais e sociais; a excitação sexual (*arousal*) em contraste é caracterizada pelas respostas físicas. A partir dessa perspectiva a diferença do desejo sexual e da excitação sexual é que o primeiro é um estado subjetivo e o segundo uma resposta física.

Esses fatores relacionados à compreensão do termo excitação sexual podem comprometer os resultados das investigações acerca do tema e, mais adiante, dificultar a comparação com outros estudos.

Mas, ainda resta a pergunta: qual a diferença entre a percepção da excitação sexual (*sexual excitement*) e o desejo sexual? Ambos são subjetivos e referem-se à percepção individual. Todavia, enquanto o desejo sexual é a vontade de ter atividade sexual, a excitação sexual (*excitement*) é a percepção de estar excitada.

São poucos os estudos que avaliam a excitação sexual na gestação. Uwapusitanon e Choobun (2004) encontraram que a excitação (*arousal*) decresce bastante e de forma significativa ao longo da gestação ($p < 0.001$).

Orgasmo

A frequência e percepção da intensidade do orgasmo tendem a modificar-se durante a gestação, o que em parte pode ser explicado pelas alterações circulatórias no organismo da mulher decorrentes da gestação.

Em seu conceito, orgasmo é o intenso, reflexivo e fisiológico resultado da tensão sexual seguido da estimulação sexual e da cadeia de resposta sexual no intercurso sexual, sexo oral, sexo anal ou masturbação (FRACOEUR *et al.*, 1995). Segundo Masters e Johnson (1984) o orgasmo tem caráter fisiológico e psicológico. Fisiologicamente, é um rápido episódio de descarga física do incremento vasocongestivo e miotônico desenvolvido em resposta aos estímulos sexuais. Psicologicamente, é a percepção subjetiva de uma reação física máxima aos estímulos sexuais.

Nas mulheres o orgasmo inicia-se com uma sensação de suspensão seguida por uma sensação de percepção intensa do clitóris que se irradia para a pélvis. Isso é seguido por uma sensação de aquecimento iniciando na região pélvica e se espalhando para o corpo todo. E finalmente, essas sensações prazerosas intensas são concomitantes com contrações rítmicas dos músculos pélvicos, contrações uterinas e anais também ocorrem (LEVIN e RILEY, 2007).

A resposta do orgasmo é única e individual, uma vez que nem todas as mulheres atingem orgasmo do mesmo jeito sendo que ocorrem variações de mulher para mulher e também com relação ao parceiro (HARTMAN e FITHIAN, 1972). De acordo com os relatos de Masters e Johnson (1966) referentes à observação do ciclo da resposta sexual em 382 mulheres em contraste com uma variedade de modos que as mulheres descrevem sua experiência subjetiva do orgasmo, do ponto de vista fisiológico a resposta é muito parecida.

Dessa forma, o prazer subjetivo do orgasmo consiste em algo mais do que a intensidade dos seus reflexos físicos, por exemplo, pesquisas em laboratório demonstraram que o orgasmo que as mulheres tiveram por meio de masturbação era geralmente mais intenso que o que elas tinham no intercuro, no entanto, a maioria das mulheres preferiu o orgasmo que tiveram com seus parceiros (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1994).

Muitas mulheres acreditam em alguns relatos falaciosos de que a resposta do orgasmo é tão intensa e fantástica que chega a ser inesquecível e, por isso, algumas mulheres anorgásmicas quando atingem o orgasmo se desapontam e outras descrevem como uma experiência fantástica (HARTMAN e FITHIAN, 1972).

Na gestação, especificamente, as contrações do útero durante o orgasmo (seja obtido no intercuro, sexo oral ou masturbação) podem se tornar espasmos tônicos desconfortáveis, uma vez que o útero se torna o músculo mais largo do corpo (SAKS, 1999).

Crenshaw (1996) alerta que à medida que se aproxima a data do parto, o orgasmo pode induzir o trabalho de parto. Reamy (1982) estudou 52 mulheres grávidas por meio de questionários durante cada trimestre e descobriu uma diminuição em prazer sexual, frequência de coitos e orgasmo à medida que a gravidez progrediu. E, para Fok *et al.*, (2005), a frequência do orgasmo diminui durante a gestação para a maioria das mulheres (64%) e permanece a mesma para 31,2%.

BARCLAY *et al.* (1994) encontraram que a experiência orgásmica em mulheres é

alterada pela gestação, quando no primeiro trimestre 13 mulheres (52%) relataram que seu orgasmo foi igual à antes da gestação, no segundo trimestre 6 (24%) ficaram mais orgásmicas e no terceiro trimestre 6 (24%) ficaram menos orgásmicas. Isso pode ter acontecido porque o componente individual da experiência da sexualidade na gestação esteve presente mais que as alterações comuns da gravidez.

Apesar de muitos estudos terem investigado o orgasmo durante a gestação, os resultados sobre frequência e intensidade do orgasmo são contraditórios e não está claro em que extensão as mudanças nas reações fisiológicas da mulher ou uma repressão ativa do orgasmo pela mulher para proteger o bebê podem influenciar as variáveis do orgasmo feminino na gestação (VON SYDOW, 1999).

Uma estimativa apontou que cerca de 10 % das mulheres nunca experimentaram o orgasmo (KAPLAN, 1974). Robertson (1946) *apud* ALBRECHT (1998), observou que a ausência de orgasmo e grávidas que não queriam o intercuro sexual estava freqüentemente associado com a presença de náuseas e vômitos.

Assim, a percepção do orgasmo e de sua intensidade são fatores subjetivos, apesar de terem sua manifestação fisiológica de contração da musculatura do assoalho pélvico e aumento das freqüências cardíaca e respiratória. Da mesma forma, durante a gestação ele pode ser percebido de forma particular em cada mulher e relacionar-se com uma série de fatores.

Disfunção Sexual em Mulheres

A doença ou a disfunção nada mais é do que um julgamento de valor virtual. Nessa perspectiva a saúde seria a vida, a vida longa, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico, a força, a resistência à fadiga, a ausência de dor, um estado no qual sente-se o corpo o menos possível, além da agradável sensação de existir (CANGUILHEM, 1990). A partir da fisiologia que descreve o funcionamento normal do corpo cria-se a noção da disfunção e do que é necessário para tratar a disfunção e devolver ao estado “normal” de funcionamento. Entretanto, esses valores normativos que definem o normal e o patológico estão vulneráveis ao julgamento daquele que instituiu a norma, que definiu o que é normal (CANGUILHEM, 1990).

Na sexualidade compreende-se a presença de uma diversidade, a qual se inicia na

diferenciação sexual ainda quando feto. Essa diversidade que oscila entre o valor do “normal” e do “patológico” pode se manifestar tanto por características físicas, como no caso do hermafroditismo, ou por comportamentos (ROUGHGARDEN, 2004).

A disfunção sexual é um problema de ordem física, cognitiva, afetiva e/ou comportamental que impede ou dificulta um indivíduo ou um casal de viver e desfrutar o ato sexual e o orgasmo (HOGAN, 1978). Assim, disfunção sexual é um conceito distinto de variação sexual ou diversidade sexual, no sentido em que pessoas com um comportamento considerado não convencional ou atípico podem ter uma vida sexual plena e satisfatória, isto é, prazer e orgasmo (HOGAN, 1978). Logo, não se acredita em comportamentos sexuais normais ou anormais, mais sim, típicos ou atípicos em termos estatísticos, ou seja, aquilo que uma maioria ou uma minoria faz ou deixa de fazer.

A disfunção sexual que é multifatorial e envolve dimensões físicas, sociais e psicológicas, pode afetar qualquer uma das fases: do desejo sexual (libido), da excitação, do orgasmo e da satisfação. Algumas mulheres apresentam dificuldades na vivência da sexualidade, quer seja por problemas físicos, psicológicos, físicos e psicológicos e até mesmo por falta de informação. Esses casos são denominados de disfunção sexual. Assim, a literatura biomédica apresenta estudos e nomenclatura apropriada para cada tipo específico de disfunção sexual que pode afetar a vida sexual da mulher, inclusive durante o período gestacional.

Compreende-se que, na mulher, a excitação sexual é acompanhada de ingurgitamento vascular dos órgãos genitais, o que ocorre difusamente. Esta resposta vasocongestiva caracteriza-se pela lubrificação vaginal, ingurgitamento e coloração das paredes vaginais e formação da plataforma orgásmica. O dano da resposta vasocongestiva na mulher causa a inibição geral da excitação. Enquanto isso, o orgasmo feminino dá-se por uma descarga clônica orgásmica espasmódica da musculatura perineal e o dano deste componente causa síndrome de inibição orgásmica (KAPLAN, 1977).

As disfunções sexuais em mulheres têm sido divididas em cinco categorias: disfunção sexual geral, disfunção orgástica primária, disfunção orgástica secundária, dispareunia e vaginismo (HOGAN, 1978). Cita-se ainda a inapetência sexual, ou falta de desejo (KAPLAN, 1977).

A disfunção sexual geral em mulheres pode ser explicada por uma inibição da

vasodilatação sanguínea na região pélvica, diminuindo ou impedindo a tumefação e lubrificação vaginal. Esta disfunção geralmente é subjetivamente expressa por uma falta de interesse sexual e definida por profissionais como frigidez ou anorgasmia (HOGAN, 1978; KAPLAN, 1977).

Costumava-se utilizar nos textos referentes à disfunção sexual feminina o termo frigidez que faz referência a todas as formas de inibição da resposta sexual feminina, indo desde a falta total de responsividade até os graus de inibição orgásmica. No entanto, esta definição é confusa e o termo é pejorativo; por isso, Masters e Johnson sugeriram substituir o termo para “disfunção orgásmica” (KAPLAN, 1977).

Há que se considerar que muitas mulheres nunca experimentaram a sensação do orgasmo. Por isso, quando se fala em disfunção orgástica, esta diz respeito à inibição do orgasmo nas fases da resposta sexual da mulher, sendo primária quando a mulher nunca experimentou orgasmo em nenhuma situação e secundária quando a paciente já teve ou consegue ter orgasmo em pelo menos alguma forma particular ou situacional, quando este orgasmo ocorreu em uma situação específica (HOGAN, 1978). Enquanto algumas mulheres são capazes de ter orgasmos facilmente, milhões de mulheres nunca experimentaram um orgasmo, pelo menos que elas tivessem reconhecido (MASTERS, JOHNSON E KOLODNY, 1994).

De uma forma geral, a anorgasmia é para a mulher o que a impotência é para o homem, tornando-se importante constatar em que circunstâncias essas disfunções ocorrem, se com o parceiro fixo, se numa relação extramarital ou se na masturbação (BRECHER E BRECHER, 1966).

Apesar de existir certa tradição e avanços nas pesquisas sobre o tratamento da disfunção orgásmica, ainda pouco se tem evoluído sobre formas de avaliação do orgasmo. A estratégia que normalmente é utilizada para avaliação do orgasmo é obter estimativas de sua frequência (ANDERSEN e CYRANOWSKI, 1995).

Kegel (1948) sugeriu uma relação entre a força e o tônus do músculo pubococcígeo e a resposta sexual da vagina. O autor reportava que aproximadamente um terço de todas as mulheres tinham um músculo pubococcígeo fraco e atrofico, fato que ele relacionava com perda da sensação da vagina e pobre resposta sexual. Ele explica o pobre tônus desse músculo a partir da filogenética quando o ser humano passou a adotar a postura ereta (MOROKOFF, 1978).

A capacidade de orgasmo também sofre influência dos hormônios. A testosterona é o

único hormônio que demonstrou uma associação positiva com aumentada capacidade para o orgasmo, isso pôde ser verificado em situações que as mulheres tiveram que fazer uso de testosterona, onde o clitóris aumentava e a capacidade para atingir o orgasmo também (MOROKOFF, 1978).

Ficher, em 1973, tentou relacionar frequência cardíaca e temperatura vaginal numa série de condições, repouso, estresse e estimulação erótica; porém ele não encontrou nenhuma relação dessas variáveis com a capacidade de obter orgasmo (MOROKOFF, 1978).

A dispareunia, na mulher, pode ocorrer desde os primeiros contatos físicos na vagina até pós-coito e atribuem-se como fatores causais geralmente questões de cunho psicológico (HOGAN, 1978). Muitas vezes a causa é física, como em situações de vaginite e infecção urinária. A dispareunia é caracterizada por aumento do tônus do assoalho pélvico, condição essa que requer a intervenção do fisioterapeuta (ROSENBAUM, 2005).

O coito durante a gestação foi reportado como sempre dolorido por 22.7% das gestantes, como sempre gratificante em 46.1%, como funcional em 49.3% e que ajudava a manter o marido por perto em 49.3% das respondentes (ADINMA, 1995). Já Von Sydow (1999) reportou que a dispareunia esteve presente nos estudos variando de 22-50%.

Ainda em referência a dispareunia, Gokyildiz e Beji (2005) encontraram que 10,6% das mulheres experimentaram dor durante o coito no primeiro trimestre, 13,3% no segundo trimestre e 17,4% no terceiro trimestre.

E por último, o vaginismo trata-se de uma contração involuntária do terço inferior da vagina que inviabiliza o coito ou o torna dolorido para a mulher (HOGAN, 1978; POORMAN, 1987; ABARBANEL, 1978; ROSENBAUM, 2005). O vaginismo, por si só, não envolve nenhum dos dois componentes da resposta sexual feminina e as pacientes com vaginismo são quase sempre sexualmente responsivas e orgásmicas com estimulação do clitóris (KAPLAN, 1977).

Segundo Masters e Johnson, na grande maioria dos casos a disfunção é de origem psicológica, mas há que se considerar as drogas (hormônios, narcóticos, opiáceos) e as causas físicas, as quais podem influenciar na resposta sexual feminina. As causas psicológicas, por sua vez, podem ser: estimulação inadequada da mulher por parte do parceiro; comunicação pobre entre o casal, pelo fato das respostas fisiológicas na mulher serem, na maioria das vezes internas, por isso é necessário que exista um diálogo entre os parceiros sobre o assunto (MASTERS,

JOHNSON e KOLODNY, 1994).

Existe ainda outro aspecto a ser considerado quando se fala em disfunção sexual feminina, e este consiste no fato de que as mulheres tendem a associar mais diretamente amor e tesão que os homens (1999). De fato, existe uma tendência nos relacionamentos do mundo contemporâneo que tendem a buscar o “estar juntos por amor”, respeitando melhor a individualidade de cada um dos parceiros (BOZON, 2004). Porém, em geral, as mulheres precisam amar e sentir-se amadas para que o sexo aconteça.

Uma possível explicação para isso é que, de uma forma geral, as mulheres recebem mensagens culturais diferentes dos homens sobre sexualidade, pois enquanto os homens são encorajados a tocarem suas genitais, as mulheres são reprimidas; isso acontece principalmente nas culturas latinas e latino-americanas (BOZON, 2004). Além disso, algumas mulheres influenciadas pela cultura entram num círculo vicioso de exercício e dieta para atingir a forma perfeita e lidar com seus problemas sexuais e de imagem corporal (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1994).

Essa influência cultural pode ser um fator crucial na anorgasmia. Muitos terapeutas sexuais têm notado nas mulheres anorgásmicas atitudes negativas com relação à masturbação, ao sexo e as fantasias sexuais são repulsivas ou impróprias (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1994). Citam-se ainda como problemas relacionados com a anorgasmia as pressões com relação à performance sexual, tensões no relacionamento, conflitos de gênero, ciúmes (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1994), repressão sexual, religião, atitudes negativas com relação à nudez e sexo na família e experiências sexuais traumáticas durante a infância e a adolescência (POORMAN, 1987).

A maior premissa de Masters e Johnson para o tratamento das disfunções sexuais é a educação sexual para o casal. Dessa forma o casal é orientado sobre como ocorre o ciclo da resposta sexual, anatomia e fisiologia sexual através de discussão verbal, leitura de materiais e filmes educativos. O tratamento proposto por esses autores é realizado com dois terapeutas, um homem e uma mulher, para deixar o casal a receber a terapia a vontade; além disso, o casal fica na instituição para que as sessões ocorram todos os dias (POORMAN, 1987).

Para Kaplan (1974) a terapia do sexo difere das outras formas de tratamento das disfunções sexuais em dois aspectos: primeiro, os seus objetivos são essencialmente limitados ao

alívio dos sintomas sexuais do paciente, e, segundo, diverge das técnicas tradicionais empregando uma combinação de experiências sexuais prescritas e psicoterapia. Assim, sua abordagem na terapia objetiva inicialmente modificar as causas imediatas e as possíveis defesas contra a sexualidade, e se lida com a estrutura mais remota do problema apenas na extensão em que for necessário para aliviar o sintoma e assegurar que não ocorra a incapacidade. Na abordagem de Kaplan, o casal é visto uma ou duas vezes por semana e existe um único terapeuta na sessão. O processo da terapia consiste em atividades eróticas orientadas para o casal realizar em casa, as quais serão discutidas nas sessões (KAPLAN, 1974; POORMAN, 1987).

Desse modo, entende-se que os educadores perinatais têm a oportunidade de contribuir na vivência saudável da vida sexual dos casais durante a gestação através de discussões abertas, tanto em grandes grupos como no contexto individual (POLOMENO, 2000).

2.3.3 Componente simbólico da sexualidade

O que cada comportamento sexual representa para cada indivíduo, ou como cada indivíduo o percebe também está presente na compreensão do fenômeno sexualidade e, por isso, deve ser considerado enquanto estudo. Consideramos como variáveis da sexualidade que expressam o simbólico: a importância dada à atividade sexual, a satisfação sexual, gosto pela atividade sexual, disposição da mulher e do parceiro para ter atividade sexual, prática sexual que proporciona mais prazer e como a gestante considera a sua vida sexual. Entretanto, encontramos referência na literatura apenas em relação às duas primeiras variáveis citadas.

A atitude de simbolizar se expressa em cada manifestação da atividade humana ou representação de um fenômeno natural que assume ou se refere a um significado (FACCHINI, 2000).

Segundo Durand (1988), sempre reinou extrema confusão no uso de termos relativos ao imaginário, isso porque o símbolo nunca pode ser atingido pelo pensamento direto e nunca pode ser fornecido fora do processo simbólico, como também não é no nível da consciência clara, mas nas complicações do inconsciente que o símbolo se estabelece. O símbolo é visível e identificável, enquanto que o seu significado é invisível e desconhecido, pois está relacionado

com o imaginado (FACCHINI, 2000).

Assim, o simbólico representa o significado que a realidade objetiva adquire inconscientemente, permitindo que o símbolo possa adquirir muitos significados. Segundo um dos fundadores da hermenêutica (corrente metodológica), Paul Ricoeur, “*onde há pensamento, há também a capacidade de simbolizar*” (FACCHINI, 2000).

Numa perspectiva sociológica, considera-se que a sexualidade possui dimensão social e simbólica (GAGNON e SIMON, 2005). Para esses autores a sexualidade é simbólica e, por isso, precisamos olhar para os significados das sexualidades humana e sua origem social. Assim, o símbolo, a linguagem e as metáforas passam a fazer parte da sexualidade humana. E isso é o que difere a sexualidade humana da sexualidade dos outros animais.

Baseado nesse contexto entende-se por que muitas manifestações do comportamento humano assumem uma característica simbólica. E, por isso, compreendemos, nesse trabalho, que a sexualidade também apresenta marcas dessas características simbólicas do ser humano.

Importância da atividade sexual

Cada pessoa pode atribuir uma determinada importância, em diferentes momentos da vida, para a atividade sexual. Apesar de sermos seres sexuais, não são apenas esses instintos e pensamentos que nos movem.

Nesse sentido, Trutnovsky *et al.* (2006), na Áustria, utilizaram uma escala análogo visual para avaliar a importância da atividade sexual em 26 gestantes observando que houve uma redução do valor atribuído para a importância da atividade sexual de antes da gestação para o início da gestação ($p < 0.001$). Do começo para o final da gestação ($p = 0.047$) essa redução foi ainda mais pronunciada.

Satisfação sexual

Os critérios que as pessoas usam para explicar a satisfação sexual são diferentes, mas uma definição prática para o termo é o quão perto a experiência sexual atual está da expectativa em relação a essa experiência (LEVIN e RILEY, 2007).

Um estudo qualitativo realizado em Taiwan investigou as experiências de satisfação sexual das mulheres durante a gestação e revelou quatro temas essenciais relacionados com a percepção pessoal de experiências sexuais satisfatórias durante a gravidez: 1) melhora da identidade própria, 2) fortalecimento das relações sexuais, 3) melhora da relação do casal e 4) reforça o valor da sexualidade. Os resultados também revelaram que experiências sexualmente satisfatórias são um componente que pode contribuir para um bom ajuste da gestante associado ao parto e a maternidade (LEE, 2002).

Enquanto isso, estudos quantitativos observaram que a taxa de satisfação sexual declina ao longo da gestação. Assim, dois estudos observaram que a satisfação sexual apresentou um decréscimo significativo estatisticamente, $p < 0.001$, na gestação se comparado ao período antes da gestação (UWAPUSITANON e CHOUBUN, 2004; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).

2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO

Neste tópico, será apresentada uma revisão dos estudos que avaliaram aspectos da sexualidade da mulher durante a gestação com ênfase nas características metodológicas, principalmente no que diz respeito aos instrumentos de medida utilizados. Ver tabela 1.

Foram encontrados 21 estudos que investigaram o fenômeno sexualidade na gestação depois da revisão criteriosa de Von Sydow (1999). Se até 1999 a maioria dos estudos concentrava-se nos Estados Unidos, a partir de 1999 o que ocorre é uma expansão desses estudos por todo o mundo com acentuado número de estudos na Ásia. Encontrou-se 2 estudos na América do Norte, 4 na América Latina, 2 na Europa, 8 na Ásia, 2 na África e 2 na Oceania (tabela 1).

(a) Construtos avaliados

Observa-se (tabela 1) que a maioria dos estudos revisados traz um título mais genérico utilizando os termos “sexualidade”, “atividade sexual” e “vida sexual”. Entretanto, quando se observam quais foram as variáveis avaliadas, percebe-se que estas não foram suficientes para representar o fenômeno em questão.

(b) Instrumentos utilizados

As pesquisas sobre sexualidade na gestação costumam utilizar entrevistas semi-estruturadas (Masters e Johnson, 1984; Adinma, 1995; Haines *et al.*, 1996; Sayle *et al.*, 2001; Lee, 2002; Lazar, 2002; Gokyildiz e Beji, 2005; Trutnovsky *et al.*, 2006) e questionários sobre a sexualidade feminina (Bartellas *et al.*, 2000; Uwapusitanon e Choobun, 2004; Adeyemi *et al.*, 2005; Fok *et al.*, 2005; Senkumwong *et al.*, 2005; TAN *et al.*, 2006).

Apenas Barclay *et al.* (1994), Bartellas *et al.* (2000), Erol *et al.* (2007) e Leite *et al.* (2007) usaram um questionário testado quanto aos critérios de validade, confiabilidade e fidedignidade em gestantes. Somente o primeiro é específico para avaliar a sexualidade na gestação enquanto os outros abordam um único construto da sexualidade: a função sexual.

(c) Desenho de estudo utilizado - longitudinal ou transversal.

Dos estudos revisados cinco estudos são prospectivos, um retrospectivo e doze transversais.

Tabela 1 – Características Metodológicas dos Estudos sobre a Sexualidade na Gestação posteriores ao de Von Sydow (1999)

Artigo/estudo	Local	Sujeitos/participantes	Instrumento	Características do estudo	Construtos avaliados
Von Sydow (1999). <i>Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies.</i>	EUA: 44%; Europa (incluindo Israel): 41%; Ásia: 7%; Austrália: 5%; África: 3%	As amostras dos estudos analisados, em geral, não eram representativas e não envolviam os homens. As mulheres eram entrevistadas, normalmente, após o parto (42%)	68% dos estudos utilizaram entrevistas e/ou questionários (53%).	<i>Metacontent analysis</i> de 59 estudos. Não foi possível realizar uma metanálise porque os estudos eram heterogêneos e, em sua maioria, descritivos. - 23 estudos longitudinais, 23 transversais, 14 eram somente retrospectivos.	Aborda todos os construtos avaliados nos estudos revisados até a época
Bartellas et al (2000) <i>Sexuality and sexual activity in pregnancy.</i>	Canadá	141 gestantes (25 no primeiro trimestre, 71 no segundo e 45 no terceiro).	Questionário auto-administrado – Versão modificada do <i>Pregnancy and Sexuality Questionnaire</i> Desenvolvido por Barclay et al. (1992) e testado quanto fidedignidade	Estudo transversal	Prática e frequência de comportamentos sexuais específicos: interesse sexual, excitação e orgasmo. Informações de profissionais sobre sexualidade na gestação. Fantasias, beijos, masturbação, atividades preliminares, estimulação dos seios, intercurso vaginal e anal, sexo oral, mudanças na lubrificação vaginal e dipareunia.
Sayle et al. (2001) <i>Sexual Activity During Late Pregnancy and Risk of Preterm Delivery.</i>	Estados Unidos da América	Uma coorte de 1853 mulheres foram entrevistadas antes e depois do parto (destas 187 tiveram parto prétermo- antes de 37 semanas)	Entrevista por telefone.	Estudo prospectivo	Frequência sexual, uso da posição que o homem está superior, orgasmo, interesse sexual, aconselhamento médico, última data do intercurso.
BERMUDEZ et al. (2001) <i>Influence of the gestation period On sexual desire</i>	Espanha	39 gestantes (9 no primeiro, 19 no segundo e 11 no terceiro trimestre)	Teste do desejo sexual inibido de Masters, Johnson e Kolodny (1996)	Estudo Transversal	Desejo sexual, frequência sexual

LEE (2002) <i>The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women</i>	Taiwan – China	12 gestantes	Entrevistas semi-estruturadas e gravadas.	Estudo transversal qualitativo.	Satisfação sexual Importância atribuída ao sexo
De Giudicibus e Maccabe (2002) <i>Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women</i>	Austrália	138 primigestas (104 responderam em 12 semanas de pós-parto e 70 responderam em 6 meses de pós-parto)	Questionários: Escalas de desejo e de satisfação sexual		Frequência sexual, desejo sexual e satisfação sexual
Lazar (2002) Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal.	São Paulo – Brasil	36 mulheres no primeiro trimestre gestacional.	4 entrevistas com questionário estruturado e testado quanto a clareza.	Estudo longitudinal, observacional tipo coorte.	Iniciativa sexual, interesse sexual, posições sexuais, frequência sexual, práticas sexuais (masturbação, sexo oral, sexo anal, sexo vaginal) se gosta de ter relações sexuais, prazer sexual, dispareunia, crenças e medos, frequência de orgasmo
Alonso et al (2004) <i>Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia)</i>	Colômbia	140 gestantes no segundo e terceiro trimestres	Questionário	Estudo transversal descritivo.	Idade de início da atividade sexual, frequência sexual, crenças e temores, desejo sexual, posições sexuais, dispareunia
Uwapitanton e Choobun (2004) <i>Sexuality and Sexual Activity in Pregnancy</i>	Tailândia	149 mulheres no primeiro trimestre.	Questionário estruturado para os três períodos	Estudo longitudinal e estudo de coorte.	Frequência sexual, desejo sexual, excitação, orgasmo e satisfação sexual (utilizando uma escala análogo visual ou percentagens), posições sexuais, crenças e medos, informações de profissionais sobre sexualidade

Gokyildiz e Beji (2005) <i>The Effects of Pregnancy on Sexual Life</i>	Turquia	150 mulheres com 34 semanas de gestação.	Formulário para entrevista face-a-face testado quanto conteúdo e clareza.	Estudo retrospectivo em que as participantes de 34 semanas responderam referente aos três períodos	Frequência sexual, frequência de desejo sexual, reação ao desejo sexual do marido, iniciativa sexual, aceitação da iniciativa do marido, duração das atividades sexuais preliminares, estimulação, duração do coito, satisfação sexual, satisfação do parceiro percebida pelas mulheres, falta de lubrificação, dispareunia, crenças e medos, posições sexuais.
ADEYEMI et al (2005). <i>Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a nigerian teaching hospital.</i>	Nigéria	134 mulheres em qualquer período gestacional.	Questionário semi-estruturado.	Estudo transversal. Comparou as variáveis entre o período antes da gestação e durante gestação.	Crenças e medos, frequência sexual, excitação, orgasmo, satisfação sexual e prazer sexual
FOK et al (2005) <i>Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women.</i>	Hong-Kong – China	298 (45 no primeiro, 193 no segundo e 60 no terceiro trimestre)	Aplicação de um questionário (<i>Pregnancy and Sexuality Questionnaire</i> – apenas traduzido para o chinês)	Estudo transversal.	Atividade sexual geral (aumentou, diminuiu, igual), desejo sexual, desejo sexual percebido dos parceiros, pressão do parceiro para ter atividade sexual, dispareunia, orientação de profissional sobre sexualidade, fantasias, crenças e medos, beijos, masturbação, atividade sexuais preliminares, estimulação dos seios, intercurso vaginal, sexo oral e intercurso anal.
Senkumwong et al (2006) <i>The Changes of Sexuality in Thai Women during Pregnancy.</i>	Tailândia	360 gestantes (120 em cada trimestre).	Questionário estruturado	Transversal	Desejo sexual, frequência sexual, se aumento, diminuição ou manutenção da frequência de orgasmo comparado a antes da gestação. Mudanças nas posições sexuais favoritas, crenças e medos, informações sobre sexualidade na gestação obtidas.
TAN et al. (2006) <i>Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor, and Mode of Delivery.</i>	Malásia	200 mulheres no período a termo.	Curto questionário sobre a percepção em relação à segurança da atividade sexual + diário reportando a frequência da atividade sexual.	Prospectivo longitudinal.	Coito a termo, frequência sexual

TRUTNOVSKY et al, (2006) <i>Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth.</i>	Austria	26 mulheres	Escala Análogo Visual + entrevista semi-estruturada.	Longitudinal, abordagem semi-qualitativa.	Necessidades sexuais, atividades sexuais, carinho, importância subjetiva da sexualidade, contentamento com a vida sexual.
Erol et al (2007) <i>A Cross-Sectional Study of Female Sexual Function and Dysfunction During Pregnancy.</i>	Turquia	589 gestantes.	Avaliação do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) – Questionário validado e testado quanto fidedignidade.	Estudo transversal	Desejo sexual, desconforto vaginal, falta de lubrificação vaginal, satisfação com a vida sexual, disfunção orgasmica, sensação do clitóris diminuída, evitar intercurso sexual, escore total de função sexual feminina
LEITE et al (2007) <i>Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras.</i>	Brasil	92 gestantes – 60 participaram da fase de adaptação cultural e 32 da fase de validação do instrumento (teste e re-teste)	Female Sexual Function Index (FSFI)	Transversal - Tradução e adaptação trans-cultural. Validade de construto (consistência das medidas comparado a outro questionário). Confiabilidade (teste e re-teste, consistência interna intra e inter avaliador)	Libido, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e escore geral de função sexual
SAVALL, MENDES e CARDOSO (2008) <i>Perfil do comportamento sexual na gestação</i>	Florianópolis - Brasil	40 gestantes (7 primeiro, 16 segundo, 17 terceiro)	Questionário de Sexualidade na Gestação	Transversal	Frequência sexual, percepção quanto à disposição sexual do parceiro, disposição sexual pessoal, práticas sexuais, posições sexuais, idade da primeira relação sexual,
SHOJAA, JOUYBARI e SANAGOO (2008) <i>The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women.</i>	Irã	51 gestantes no terceiro trimestre (critério baseado na saturação dos dados)	Entrevistas abertas e gravadas	Estudo transversal qualitativo descritivo	Atividades sexuais, frequência de relações sexuais, posições do coito, desejo sexual diminuído, crenças e medos, dispareunia, sexo anal, estimulação dos seios, beijo, masturbação
Williamson, McVeigh, Baafi (2008) <i>An Australian perspective of fatherhood and sexuality</i>	Austrália	128 pais (homens) responderam um questionário em seis semanas de pós parto	Questionário postal com espaço para comentários	Estudo qualitativo, uso análise de conteúdo	Intercurso sexual

Fox et al (2008) <i>Physical and Sexual Activity during pregnancy and near delivery</i>	EUA	Coorte de 425 mulheres primíparas	Questionário anônimo não testado quanto validade e fidedignidade	Transversal	frequência sexual na gestação, frequência de atividade física orgasmo
--	-----	-----------------------------------	--	-------------	---

De acordo com Von Sydow (1999) a validade dos resultados de estudos na área da sexualidade humana podem estar comprometidos por problemas de terminologia das palavras, o que não é adequado nos estudos com questionários; a partir de entrevistas foi verificado que muitas mulheres não entendem adequadamente o significado dos termos: orgasmo, intercurso e posição de coito. Assim, segundo o autor, para obter fidedignidade é necessário que a compreensão subjetiva desses termos difíceis sejam discutidas e esclarecidas com os participantes antes dessas responderem ao questionário.

Leite *et al.* (2007) quando testaram a validade e confiabilidade de um instrumento de função sexual feminina em gestantes brasileiras constataram que um dos principais obstáculos para a pesquisa foi a falta de compreensão de alguns termos do questionário pelas gestantes, o que relacionaram com os baixos níveis de escolaridade e, principalmente, ao analfabetismo funcional, o qual é muito comum no Brasil. Desta forma, os autores optaram, nesses casos, por aplicar o questionário em forma de entrevista.

Segundo o estudo de Durant e Carey (2000), os quais comparam as respostas de entrevista e questionário sobre sexualidade e também monitoraram por meio de um diário, ambos os métodos de avaliação (entrevista e questionário) são confiáveis.

2.5 TESTAGEM DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA – QUESTIONÁRIO

O termo validade refere-se àquilo que um teste mede e ao quão bem ele faz isso (BAUMGARTLA e PRIMIB, 2005). Wiederman (2002) descreve seis tipos de validade: validação interna, validação teórica, validação de construto, validação de hipótese, validação de conclusão estatística e validação externa. Wechsler e Schelini (2006) e Baumgartla e Primib (2005) citam, ainda, a validade de critério.

Normalmente os diversos tipos de validade estão inter-relacionados. Validação interna, validade de construto, validação teórica e validade para conclusão estatística todas pretendem assistir o pesquisador em evitar falsas conclusões sobre os efeitos de uma variável independente (WIEDERMAN, 2002). Na medida em que se apresentem mais estudos sobre diferentes tipos de validade sobre um determinado instrumento, maior ficará a segurança na interpretação dos seus

resultados (WECHSLER e SCHELINI, 2006).

Por causa das demandas conflituosas entre algumas formas de validação, os pesquisadores devem escolher determinada forma de acordo com o seu objetivo principal. Assim, se eles querem determinar relações causais entre as variáveis sua ordem de prioridade deve ser validação interna, validação teórica, validação de construto, validação de hipótese, validação de conclusão estatística e validação externa; já se o objetivo é determinar efetividade e generalizações de tratamento a ordem deve ser: validação interna, validação externa, validade de construto dos efeitos, validade de hipóteses, validade de conclusão estatística e validação teórica (WIEDERMAN, 2002).

Validade Interna

Permite ao pesquisador excluir os fatores que possam influenciar nos resultados, além da variável independente (WIEDERMAN, 2002).

Validade de Construto

Deve ser realizada nos casos em que as variáveis são abstratas como atitudes, traços de personalidade e crenças, assim a validade de construto lida com o grau em que a definição operacional representa adequadamente o construto hipotético impedindo que a variável medida esteja contaminada com fatores irrelevantes. A validação de construto ajuda o pesquisador a fazer inferências (WIEDERMAN, 2002). Dentre as formas mais frequentes de se verificar a validade de construto destacam-se: correlações com outros testes que meçam o mesmo construto, consistência interna dos itens, ganhos por faixa etária, análise fatorial e intervenções experimentais (WECHSLER e SCHELINI, 2006).

Validade de Conteúdo

O conteúdo de um instrumento (as perguntas ou itens) são amostras de diferentes situações, e o grau em que os itens representam essas situações denomina-se validade de conteúdo; para realizar a validade de conteúdo, quando da construção de um instrumento do tipo questionário, basta levantar um objetivo para cada questão e o avaliador irá averiguar se a pergunta condiz com o objetivo (RICHARDSON *et al*, 1985). Assim, na validação de conteúdo

costuma-se submeter o teste à apreciação por juízes, ou seja, pessoas de reconhecido gabarito no tema em questão (ANDREOTTI e OKUMA, 1999).

Validade Externa

O conceito de validade externa pode ser expresso em uma pergunta: os resultados de um estudo são específicos para as condições em que o estudo foi realizado, ou eles representam princípios gerais do comportamento que se aplicam a uma gama de condições? Assim, um aspecto bastante considerado na validade externa é a generalização das informações (WIEDERMAN, 2002).

Validade de Critério

Um dos tipos de validade é a de critério, referindo-se ao grau de eficácia de um teste em prever o desempenho relevante de um sujeito. Dependendo do espaço de tempo em que ocorre a coleta da informação pelo teste e a coleta da informação do critério, este tipo de evidência de validade costuma ser distinguido em validade preditiva ou concorrente. (BAUMGARTLA e PRIMIB, 2005).

Confiabilidade

Uma medida é dita confiável se ela é consistente ou estável por si própria (WIEDERMAN, 2002). Teoricamente, se alguém pudesse aplicar a mesma medida amplamente confiável várias vezes simultaneamente com o mesmo participante da pesquisa, este obteria os mesmos resultados cada vez. Nesse caso teórico, se o resultado variar entre administradores do instrumento, pode-se dizer que a medida contém algum grau de inconfiabilidade (WIEDERMAN, 2002).

Um coeficiente de confiabilidade está sempre representado por um valor numérico que varia entre zero e um e reflete a estabilidade ou consistência das medições obtidas (RICHARDSON *et al*, 1985). A confiabilidade de um instrumento pode ser obtida de diversas formas, as três mais comuns são através do teste e re-teste, consistência interna das escalas e confiabilidade entre avaliadores (WIEDERMAN, 2002).

Existem vários fatores que podem contribuir para melhorar a confiabilidade do instrumento: quanto maior o número de itens, maior a confiabilidade; é conveniente maior

número de itens de resposta em cada questão; itens muito fáceis ou muito difíceis diminuem a confiabilidade; o itens deverão discriminar entre posições extremas; nas instruções, deve-se evitar fraseologia vaga ou imprecisa; o tempo para responder ao questionário não deve ser restrito; e, o instrumento deverá ser aplicado sobre condições ambientais adequadas (RICHARDSON *et al*, 1985).

Confiabilidade via Teste e Re-teste

Para avaliar a confiabilidade do comportamento auto-relatado, os pesquisadores podem fazer a mesma pergunta em dois ou mais momentos distintos e depois comparar as respostas para avaliar o grau em que aquelas respostas são consistentes ao longo do tempo (WIEDERMAN, 2002). Isso é verificado através da correlação entre os escores das duas aplicações do mesmo instrumento ao mesmo grupo de sujeitos (RICHARDSON *et al*, 1985).

Com relação a quando uma escala de medida baseada em auto-relato mensura uma variável que reflete o estado ou uma característica do indivíduo, geralmente quanto maior o período de tempo entre as duas aplicações, menor será a correlação do teste e re-teste (WIEDERMAN, 2002). O teste e re-teste é uma medida da estabilidade do instrumento (RICHARDSON *et al*, 1985).

Consistência Interna das Escalas

A consistência interna é o mais comum índice de confiabilidade para escalas, o qual é derivado da correlação significativa entre escores de todas as possíveis partes da medida (WIEDERMAN, 2002).

Primeiramente, o coeficiente de consistência interna se refere à confiabilidade dos dados gerados pela medida em uma amostra específica. Assim, é importante que os coeficientes de consistência interna sejam calculados toda vez que uma escala for utilizada com uma nova amostra (WIEDERMAN, 2002).

Itens homogêneos são aqueles que medem a mesma estrutura. Itens inter-relacionados são aqueles cujos escores estão correlacionados um com o outro, eles podem ou não medir a mesma estrutura. O coeficiente de consistência interna não mensura a homogeneidade das questões e é uma pobre medida da inter-relação das questões porque o seu valor é uma função do número de

questões da escala assim como o grau de inter-relação entre elas (WIEDERMAN, 2002).

Confiabilidade entre avaliadores

É a forma mais comumente usada para avaliar a confiabilidade das observações e julgamentos sobre um estímulo. Às vezes é usada quando compara relatos do mesmo fenômeno de dois ou mais entrevistados (WIEDERMAN, 2002).

3 MÉTODO

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos necessários para a realização desta pesquisa. Foram delineados os itens: características da pesquisa, população e participantes, instrumentos de medida, controle das variáveis, coleta de dados e tratamento estatístico.

É importante esclarecer desde o princípio, neste capítulo, que este estudo investiga aspectos da sexualidade da mulher durante a gestação estando concentrado em torno do instrumento Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG), o qual foi aplicado em diferentes abordagens de coleta de dados (longitudinal prospectiva e retrospectiva e transversal).

3.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

O estudo é caracterizado como comparativo causal, uma vez que determina a existência e o grau de relacionamento entre as variáveis estudadas (CERVO e BERVIAN, 1983; BRANNON, 1999).

Para isso, o estudo consta de duas etapas:

- Aplicação do Questionário de Sexualidade na Gestação de forma transversal em

mulheres no período gestacional no qual se encontram no momento (teste) e fazendo uma nova aplicação do questionário uma semana após (re-teste) com o mesmo avaliador.

- Aplicação do Questionário de Sexualidade na Gestação de forma longitudinal prospectiva com uma avaliação em cada trimestre gestacional. E, aplicação do QS_xG de forma retrospectiva no final da gestação a essas mesmas mulheres, uma semana após a finalização da coleta do longitudinal prospectivo.

Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Carmela Dutra, processo com registro no SISNEP número 0009.0.233.233-07 referente à avaliação da sexualidade de gestantes. Posteriormente, o projeto foi apreciado e aprovado também pelo Comitê de Ética em Pesquisas para Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob número 32/07, sendo este referente à realização da validação do instrumento Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG).

3.2 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES

Já que o estudo apresentou duas etapas com distintas formas de aplicação do mesmo questionário, a maneira de seleção das participantes e o número de mulheres em cada grupo também foram específicos.

3.2.1 Estudo transversal

As participantes do estudo transversal foram, basicamente, gestantes que responderam a uma solicitação de pesquisa disponível em um *site* público de relacionamentos na internet. Após o contato inicial da voluntária proveniente de diversos estados do Brasil, trocava-se uma série de e-mails com a mesma a fim de confirmar se esta era mesmo mulher e gestante, saber em qual trimestre gestacional ela se encontrava e fazer todas as explicações pertinentes à pesquisa.

Responderam a essa solicitação 74 gestantes, sendo que destas 28 responderam somente ao teste, restando 46 sujeitos válidos.

Como as gestantes que têm acesso à internet, geralmente, possuem um nível sócio-econômico e educacional mais elevado, foram aplicados alguns questionários em grupos de gestantes públicos de Florianópolis. Nesses grupos foram contatadas mais 47 gestantes de Florianópolis, porém 13 destas responderam somente ao teste.

Ao todo, participaram 80 gestantes, sendo 34 (42,5%) de Florianópolis e as 46 (57,5%) demais pertencentes a 15 estados do Brasil. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2008 a janeiro de 2009.

Das 80 participantes, 20 (25%) estavam no primeiro trimestre, 31 (38,7%) no segundo trimestre e 29 (36,3%) no terceiro trimestre gestacional. A média de idade foi de 27 anos ($sd \pm 4,31$ anos), sendo que 10,2% destas tinham ensino fundamental completo/incompleto, 31,6% ensino médio completo/incompleto e 35,5% ensino superior completo/incompleto e 22,9% pós-graduação. Quanto ao estado civil, quase todas eram casadas (48,1%) ou viviam em união estável (46,8%), apenas 5,1% eram solteiras. Somente 30% dessas gestantes praticaram algum tipo de atividade física no trimestre em que responderam o questionário.

3.2.2 Estudo longitudinal

As participantes do estudo longitudinal foram gestantes que se encontravam no primeiro trimestre gestacional e que eram atendidas na atenção pré-natal de postos de saúde ou em consultórios particulares do município de Florianópolis. Essas gestantes foram encontradas nos locais definidos anteriormente durante o período de maio a setembro de 2008 e acompanhadas até o final da sua gestação.

Para a seleção das participantes do estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: gestantes sob acompanhamento médico na própria unidade de saúde, ter mais de 18 anos, ter parceiro fixo, estar entre 10 e 18 semanas de gestação e que concordaram em participar do estudo por meio de consentimento livre e esclarecido do comitê de ética assinado. Por outro lado, as gestantes que apresentaram complicações na gestação como alto risco para parto pré-

termo, infecções do trato urinário, ou doenças que pudessem interferir na participação foram excluídas do estudo.

Dessa forma, quatorze mulheres responderam o questionário no final de cada trimestre gestacional referente àquele período, num total de três aplicações do questionário. As três primeiras aplicações ocorreram num intervalo de aproximadamente três meses entre elas. Dessas mulheres, onze responderam o questionário retrospectivo num intervalo de uma semana desde a última aplicação.

3.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

O instrumento de medida utilizado nessa pesquisa para mensurar o fenômeno sexualidade na gestação foi o Questionário de Sexualidade na Gestação. Ao que se tem conhecimento, não há instrumento disponível e validado para a população brasileira que avalie o comportamento sexual durante a gestação. Por isso, utilizou-se o QS_xG construído por Savall e Cardoso (2008), com questões sobre os períodos pré-gestacional e gestacional (primeiro, segundo e terceiro trimestres). Os autores do QS_xG apenas relataram o processo de construção do mesmo.

Desse modo, com a autorização dos autores do questionário, foi feita uma adaptação no mesmo de modo a reduzir o número de questões e garantir a praticidade de aplicação, assim surgiu a versão 1 do questionário constituída num total de 22 perguntas, em sua maioria de múltipla escolha, referentes ao comportamento sexual, função sexual e componente simbólico da sexualidade na gestação e para caracterização dos sujeitos. Em média, o tempo necessário para respondê-lo é de 13 minutos.

No estudo piloto, a versão 1 do questionário foi submetida a validação de conteúdo e de face. A partir desse processo surgiu a versão final do QS_xG (APÊNDICE A) que foi utilizada neste trabalho. Esta versão consta de 29 questões: 4 questões com características gerais das participantes, 19 questões sobre comportamento sexual (destas, 7 questões específicas sobre resposta sexual) e 6 questões compreendendo os aspectos simbólicos.

A fim de compreendermos melhor a abrangência do construto sexualidade avaliado no QS_xG, buscou-se auxílio revendo escritos de teóricos da sexualidade. Masters, Johnson e

Kolodny (1985) dizem que temos que ser cuidadosos para não esquecer que aprender sobre a sexualidade humana, em todas as suas facetas, é aprender sobre as pessoas e sobre as complexidades da natureza humana. A partir dessa compreensão, os autores sugerem que o estudo da sexualidade humana pode ser dividido nas seguintes dimensões: biológica, psicossocial, comportamental, clínica e cultural. Enquanto isso, Andersen e Cyranowski (1995) propõem que a avaliação da sexualidade feminina seja considerada a partir dos domínios do comportamento sexual, resposta sexual e diferenças individuais e não apenas por categorias (por exemplo: função X disfunção) ou medidas. Já Bernhard (2002) caracteriza as dimensões biológica, psicológica, sócio-econômica e espiritual. E, por fim, numa perspectiva sociológica, considera-se ainda as dimensões social e simbólica (GAGNON e SIMON, 2005).

Por isso, o QS_XG foi adaptado com base nessa teoria. Nesta adaptação, o questionário é apresentado em três dimensões da sexualidade: comportamental, fisiológica e simbólica.

A primeira dimensão, o comportamento sexual compreende as atividades sexuais vividas pelos humanos (BVS, 2007). O comportamento sexual é um produto de forças biológicas e psicológicas, nessa perspectiva o estudo do comportamento sexual permite investigar o que as pessoas fazem e como e porque elas têm determinado comportamento (Masters, Johnson e Kolodny, 1985). As questões (itens) do QS_XG que investigam o comportamento sexual de gestantes avaliam os seguintes atributos: iniciativa sexual, práticas sexuais, posições utilizadas durante essas práticas, frequência sexual, atividade sexuais, informação sobre sexualidade com profissionais da área da saúde, idade da primeira relação sexual, atividades sexuais preliminares que faz e a idade do primeiro orgasmo.

A segunda dimensão, a fisiológica, diz respeito à função sexual, a qual na maioria das vezes é estudada isoladamente como um construto a parte (ROSEN *et al.*, 2000; LEITE *et al.*, 2007). Seus atributos já foram bem delimitados e compreendem: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dispareunia.

A terceira e última dimensão, a simbólica diz respeito ao significado de determinados comportamentos sexuais, o que implica nos conceitos, valores, expectativas, fantasias e preferências atribuídas ao ato sexual (GAGNON e SIMON, 2005). Consideramos como atributos da sexualidade que expressam o simbólico: a importância dada à atividade sexual, o gosto pela atividade sexual, a disposição da mulher e do parceiro para ter atividade sexual, o tipo de prática

sexual que proporciona mais prazer e como a gestante avalia a sua vida sexual.

3.4 CONTROLE DAS VARIÁVEIS

A idade dos sujeitos foi controlada no momento de seleção das gestantes, de forma que só fossem aceitas gestantes maiores de 18 anos.

A idade gestacional foi controlada a partir do resultado do exame de ultra-som ou do cálculo realizado pelo obstetra a partir da idade da última menstruação. Este controle é importante visto que a partir dele as gestantes foram enquadradas em determinado desenho de estudo.

As demais variáveis foram controladas por meio do QS_XG.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em 2 etapas:

- Desenho transversal: uma aplicação do questionário foi feita no final do trimestre gestacional em que a gestante se encontrava e uma semana depois se realizou uma nova aplicação do mesmo questionário.
- Desenho longitudinal:
 - Prospectiva: constou de três aplicações do questionário, uma em cada trimestre gestacional (da metade para o final do período). A primeira foi na própria unidade de saúde e as duas seguintes foram agendadas mediante contato prévio por telefone.
 - Retrospectiva: foi composta de uma única aplicação do questionário no último trimestre de gestação e, uma semana após, foi feita uma última aplicação do longitudinal prospectivo, cujas perguntas diziam respeito a todo o período perigestacional (antes da gestação, primeiro, segundo e terceiro trimestres).

O procedimento padrão para coleta de dados foi: informação aos sujeitos sobre o que

consiste a pesquisa e solicitação de seu consentimento livre e esclarecido do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e aplicação do Questionário de Sexualidade na Gestação em forma de questionário e, caso necessário, em forma de entrevista.

Quem entregou e/ou aplicou o questionário foi uma pesquisadora do sexo feminino a fim de evitar constranger as gestantes. A pesquisadora estava apta para avaliar a possível necessidade de aplicação do questionário em forma de entrevista, caso a participante tivesse dificuldades em respondê-lo.

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados obtidos foram armazenados e analisados no programa estatístico SPSS versão 13,0. Para a análise dos dados utilizaram-se recursos da estatística descritiva (frequências, moda, mediana, média e desvio padrão) e inferencial. Cada teste foi específico para cada tipo de variável: categórica ou numérica. O intervalo de confiança utilizado foi de 95% e os valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

A) Hipóteses Nulas relativas ao objetivo específico 1:

- **(HO₁)** - As respostas das variáveis do Questionário de Sexualidade na Gestação não se alteram do teste para o re-teste.

Para testar essa hipótese utilizou-se o teste de correlação de *Pearson* e teste t pareado (variáveis em escala razão ou quase-intervalar) e o coeficiente *kappa* de correlação (variáveis categóricas).

B) Hipóteses Nulas relativas ao objetivo específico 2:

- **(HO₂)** – As respostas das variáveis da sexualidade não diferem entre gestantes ativas fisicamente e sedentárias.

Para testar essa hipótese utilizou-se o teste t independente.

C) Hipóteses Nulas relativas ao objetivo específico 3:

a. Em termos de comportamento sexual:

- **(HO₃)** - A frequência sexual não sofre diminuição significativa estatisticamente de antes da gestação para o terceiro trimestre e ao longo dos trimestres gestacionais. Para testar essa hipótese utilizou-se o teste de *Friedman* e o de *Wilcoxon*.
- **(HO₃)** - A maioria das práticas sexuais – penetração vaginal e anal, masturbação, sexo oral – não se modifica durante a gestação. Essa hipótese bicaudal foi testada por meio do teste de comparação de proporções *Cochran's Q*, uma vez que essa variável é dicotômica.
- **(HO₄)** - A gestação e o trimestre gestacional não afetam a escolha por diferentes posições no ato sexual. Essa hipótese bicaudal foi testada por meio do teste de *Cochran's Q*, pois a variável é dicotômica.
- **(HO₅)** - O desejo sexual, a excitação sexual, a lubrificação vaginal e a intensidade do orgasmo não diminuem durante a gestação. Para testar a hipótese, unicaudal, utilizou-se o teste ANOVA medidas repetidas para comparar as médias das avaliações.
- **(HO₆)** - A frequência de orgasmo não se altera durante a gestação. Para testar a hipótese bicaudal, foi realizado o teste de *Friedman*.

b. Em termos de simbolismo:

- **(HO₇)** - Durante a gestação, a importância atribuída à atividade sexual não se altera. Para testar a hipótese, bicaudal, utilizou-se o teste de *Friedman*.
- **(HO₈)** - A satisfação sexual não diminui de forma significativa estatisticamente de antes da gestação para a gestação. Para testar a hipótese foi utilizado o teste ANOVA medidas repetidas.

a. Hipótese relativa ao objetivo específico 3:

(HO₉) - Não há diferença significativa estatisticamente para as variáveis do comportamento sexual e componente simbólico da sexualidade entre os diferentes desenhos de estudo: longitudinal prospectivo e retrospectivo. Para testar a hipótese bicaudal, utilizou-se o teste de correlação de *Pearson* e teste t pareado (variáveis em escala razão ou quase-intervalar) e o coeficiente *kappa* de correlação (variáveis categóricas).

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados na seguinte ordem:

- Estudo Transversal: confiabilidade do questionário de sexualidade na gestação (QS_xG) e comparação de variáveis da sexualidade entre gestantes sedentárias e ativas fisicamente;
- Estudo Longitudinal: a sexualidade da mulher ao longo da gestação e comparação dos resultados das variáveis da sexualidade entre as abordagens de coleta de dados prospectiva e retrospectiva.

4.1 ESTUDO TRANSVERSAL

4.1.1 Caracterização das Participantes do Estudo Transversal

Das 80 participantes do estudo transversal, 20 (25%) estavam no primeiro trimestre, 31 (38,7%) no segundo trimestre e 29 (36,3%) no terceiro trimestre gestacional. (tabela 2). A média

de idade foi de 27 anos (\pm 4,31 anos), sendo que 10,2% destas tinham ensino fundamental completo/incompleto, 31,6% ensino médio completo/incompleto e 35,5% ensino superior completo/incompleto e 22,9% pós-graduação. Quanto ao estado civil, quase todas eram casadas (48,1%) ou viviam em união estável (46,8%), apenas 5,1% eram solteiras. Somente 30% dessas gestantes praticaram algum tipo de atividade física no trimestre em que responderam o questionário. Assim, percebe-se que foram contempladas gestantes com diferentes idades e níveis escolaridades, embora se reconheça que houve um predomínio de gestantes com nível de educação superior.

Tabela 2. Características das Participantes do Estudo Transversal.

	Variável	Frequência	%
Estado Civil	Solteiras	4	5,1
	Casadas	38	48,1
	União Estável	37	46,8
Nível de Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	4	5,1
	Ensino Fundamental Completo	4	5,1
	Ensino Médio Incompleto	5	6,3
	Ensino Médio Completo	20	25,3
	Ensino Superior Incompleto	13	16,5
	Ensino Superior Completo	15	19
	Pós-graduação	18	22,9
Se queria engravidar	Não queria engravidar	6	7,5
	Queria engravidar, mas não agora	36	45
	Estava pronta para engravidar	38	47,5
Atividade Física	Sim	25	30
	Não	55	70
Tipo de atividade Física	Caminhada	12	15,2
	Hidroginástica	4	5,1
	Pilates	2	2,6
	Ciclismo	1	1,3
	Natação	1	1,3
	Ginástica localizada	1	1,3
	Elíptico	1	1,3
	Yoga	1	1,3

As participantes do estudo eram procedentes de 36 cidades brasileiras, contemplando 15 estados do Brasil. A maioria das participantes era de Florianópolis (34 gestantes = 42,5%), conforme figura 3.

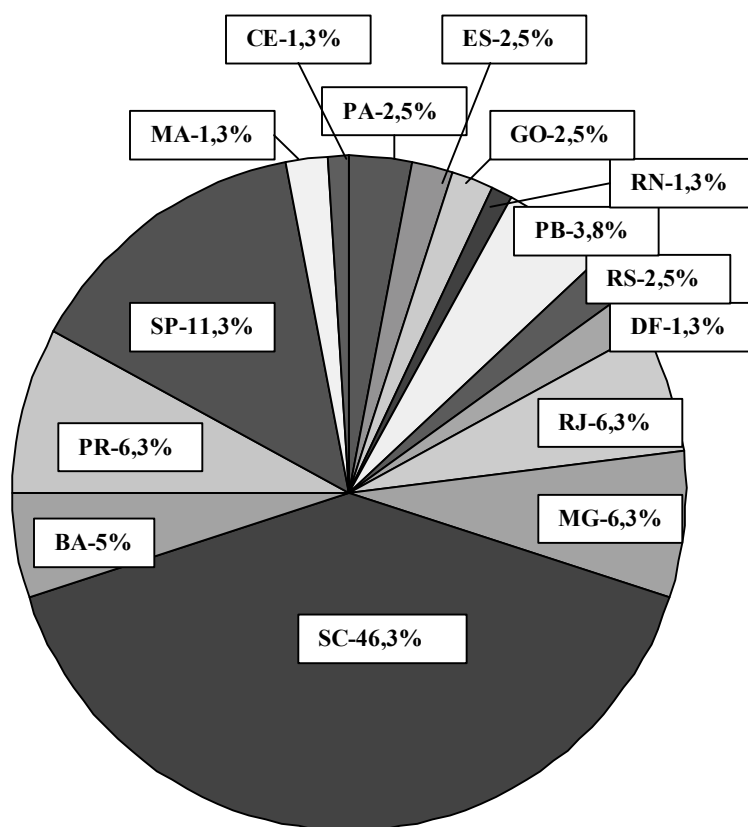


Figura 2. Estado de origem das participantes do estudo transversal.

4.1.2 Confiabilidade via teste e re-teste do Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_xG)

Como o QS_xG apresenta escalas em diferentes níveis de mensuração (nominal, ordinal, razão e quase-intervalar) utilizaram-se distintas formas de avaliação da confiabilidade teste e re-teste:

- Para as escalas razão e quase intervalar utilizou-se o teste *T* pareado e o escore de correlação de *Pearson* - itens do questionário 1, 5, 6, 8, 10,12, 14, 15,16, 17, 18,

20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29.

- Para as escalas nominais com duas ou mais categorias utilizou-se o coeficiente *Kappa* de correlação - itens 3, 4, 7, 9, 11, 13, 19, 27 e 23.

A maioria dos itens quantitativos do questionário, aqueles cujo nível de mensuração era razão ou quase-intervalar, não apresentou diferença significativa estatisticamente em suas médias do teste para o re-teste e obtiveram um valor alto de correlação (entre 0,599 e 1,0) entre as duas medidas (tabela 3). Os itens do questionário que apresentaram correlação mais baixa (abaixo de 0,7) entre as medidas foram: “o quanto o sexo é importante em sua vida” e “frequência com que já fez sexo com estranhos”. Os demais itens apresentaram níveis de correlação considerados muito bons.

A mesma análise foi efetuada separadamente em gestantes do ensino superior e de ensino fundamental/médio (tabela 4). E obteve-se que para as gestantes do ensino fundamental/médio as questões “quanto já fez sexo com pessoa estranha” e “intensidade que gosta de sexo” apresentaram um valor de correlação muito baixo (menor que 0,5) enquanto que para esses mesmos itens as gestantes do ensino superior apresentavam boas correlações.

Para avaliar a reprodutibilidade dos dados dos itens categóricos foi utilizado o coeficiente *Kappa* que mensura a concordância entre duas avaliações do mesmo objeto e é indicado quando as duas variáveis relacionadas usam os mesmos valores nas categorias e têm o mesmo número de categorias. Um valor de 1 nesse teste indica uma concordância perfeita entre o teste e o re-teste e um valor de 0 indica concordância inexistente ou menor. Para todas as variáveis analisadas (tabela 5) houve relacionamento entre as respostas, $p < 0,001$, o valor de k indica a força desse relacionamento.

Quando analisado o coeficiente *kappa* em função da escolaridade (tabela 5), observou-se que a força da associação entre as medidas foi mais baixa para as gestantes de ensino fundamental/médio nas seguintes variáveis: pratica sexo pela vagina, sente prazer em ser masturbada, sente prazer em masturbar o parceiro e sente prazer com sexo oral mútuo. Enquanto que a força de associação entre as medidas para as gestantes de ensino superior foi mais baixa nas variáveis: sente prazer em ser masturbada, sente prazer em praticar felação e utiliza a posição sexual em que ambos estão sentados e mulher de costas para o homem.

Tabela 3. Concordância entre os itens quantitativos do QSxG do teste para o re-teste

Item do QSxG	Média (sd) Teste	Média (sd) Re-teste	r	T (gl)	p
1 - Idade	27 (4,31) anos	26,99 (4,30) anos	1,0	1,00 (79)	0,320
5 - Tempo de relacionamento com parceiro atual	60,04 (47,40) meses	61,69 (50,09) meses	0,962	-1,07 (79)	0,286
6 - Número de parceiros sexuais	4,73 (4,67)	4,75 (4,66)	0,992	-1,19 (78)	0,849
8 - Idade da primeira relação sexual	16,69 (2,25) anos	16,73 (2,26) anos	0,991	-1,136 (73)	0,260
10 - Frequência sexual*	3,47 (2,16)	3,47 (2,04)	0,810	0,00 (77)	1,0
12 - Frequência de prática de atividades preliminares*	3,14 (1,09)	3,18 (1,00)	0,832	-0,55 (77)	0,581
14 - Frequência com que fez sexo com estranho*	0,48 (0,86)	0,41 (0,69)	0,619	0,97 (78)	0,334
15 - Intensidade do desejo sexual**	6,49 (2,56)	6,61 (2,53)	0,841	-0,70 (78)	0,482
16 - Intensidade da excitação sexual**	6,71 (2,59)	6,81 (2,52)	0,827	-0,59 (79)	0,554
17 - Intensidade da lubrificação vaginal**	6,99 (2,61)	7,00 (2,65)	0,842	-0,07 (79)	0,940
18 - Intensidade da satisfação sexual**	7,23 (2,53)	7,43 (2,55)	0,758	-1,01 (79)	0,315
20 - Idade do primeiro orgasmo	17,51 (3,60) anos	17,39 (3,48) anos	0,980	1,34 (68)	0,184
21 - Frequência do orgasmo*	2,49 (1,25)	2,76 (1,14)	0,810	-3,30 (79)	0,001
22 - Intensidade do orgasmo**	7,01 (2,99)	7,24 (2,85)	0,728	-1,04 (79)	0,302
24 - Intensidade que gosta de sexo*	4,47 (1,61)	4,58 (1,56)	0,822	-1,07 (78)	0,288
25 - Frequência com que sente disposição para ter atividade sexual*	4,14 (2,55)	3,94 (2,31)	0,874	1,45 (78)	0,152
26 - Frequência com que acha que o parceiro tem disposição para ter atividade sexual*	6,71 (2,91)	6,61 (2,85)	0,733	.428 (78)	0,670
28 - Auto-avaliação da vida sexual*	2,69 (1,00)	2,74 (0,91)	0,784	-0,70 (79)	0,483
29 - Quanto o sexo é importante na sua vida**	7,52 (2,16)	7,30 (2,12)	0,599	0,99 (78)	0,322

* o valor da média refere-se ao valor atribuído na escala. Frequência sexual e frequência da disposição sexual (0 = nunca; 1 = uma vez por mês; 2 = uma vez a cada quinze dias; 3 = uma vez por semana; 4 = duas vezes por semana; 5 = três vezes por semana; 6 = quatro vezes por semana; 7 = cinco vezes por semana; 8 = todos os dias; e, 9 = mais de uma vez por dia). Frequência de atividades sexuais preliminares (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = as vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência com que faz sexo com estranho (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = as vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência de orgasmo (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = as vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre). Intensidade que gosta de sexo (1 = não gosto nem um pouco, 2 = não gosto, 3 = não gosto nem desgosto, 4 = gosto pouco, 5 = gosto, 6 = gosto muito). Auto-avaliação da vida sexual (0 = muito ruim, 1 = ruim, 2 = regular, 3 = boa, 4 = excelente).

** variáveis que utilizavam escala de 0 a 10, sendo 0 = nada e 10 = muito.

Tabela 4 - Concordância entre os itens quantitativos do QSxG do teste para o re-teste em função da escolaridade

Item do QSxG	Escolaridade	r	T	p
5 - Tempo de relacionamento com parceiro atual	Fundamental/Médio	0,999	1,07	0,292
	Superior	0,923	-1,234	0,224
6 - Número de parceiros sexuais	Fundamental/Médio	0,992	0,627	0,535
	Superior	0,992	-0,724	0,473
8 - Idade da primeira relação sexual	Fundamental/Médio	0,998	-1,79	0,083
	Superior	0,992	0,000	1
10 - Frequência sexual	Fundamental/Médio	0,877	-1,771	0,086
	Superior	0,782	1,132	0,264
12 - Frequência de prática de atividades preliminares	Fundamental/Médio	0,856	0,627	0,535
	Superior	0,827	-0,942	0,352
14 - Frequência com que fez sexo com estranho	Fundamental/Médio	0,428	1,391	0,174
	Superior	0,911	-1,00	0,323
15 - Intensidade do desejo sexual	Fundamental/Médio	0,791	-0,379	0,707
	Superior	0,861	-0,596	0,554
16 - Intensidade da excitação sexual	Fundamental/Médio	0,746	-0,634	0,531
	Superior	0,868	-0,206	0,837
17 - Intensidade da lubrificação vaginal	Fundamental/Médio	0,681	-0,875	0,388
	Superior	0,911	0,970	0,337
18 - Intensidade da satisfação sexual	Fundamental/Médio	0,686	-1,816	0,079
	Superior	0,764	-0,074	0,941
20 - Idade do primeiro orgasmo	Fundamental/Médio	0,978	1,426	0,165
	Superior	0,986	0,298	0,767
21 - Frequência do orgasmo	Fundamental/Médio	0,733	-2,242	0,032
	Superior	0,852	-2,411	0,020
22 - Intensidade do orgasmo	Fundamental/Médio	0,668	-0,986	0,332
	Superior	0,834	-0,483	0,632
24 - Intensidade que gosta de sexo	Fundamental/Médio	0,394	-0,560	0,580
	Superior	0,934	-1,093	0,280
25 - Frequência com que sente disposição para ter atividade sexual	Fundamental/Médio	0,898	0,702	0,488
	Superior	0,863	1,259	0,215
26 - Frequência com que acha que o parceiro tem disposição para ter atividade sexual	Fundamental/Médio	0,650	0,294	0,771
	Superior	0,788	0,307	0,760
28 - Auto-avaliação da vida sexual	Fundamental/Médio	0,732	-0,494	0,625
	Superior	0,821	-0,496	0,622
29 - Quanto o sexo é importante na sua vida	Fundamental/Médio	0,686	0,239	0,813
	Superior	0,565	1,076	0,288

Tabela 5. Concordância dos itens categóricos do QS_xG do teste para o re-teste

Item do QS _x G	Valor de Kappa (k)	Ensino Fundamental/ Médio (k)	Ensino Superior (k)
3 – Estado civil	1,00	1,00	1,00
4 - Se estava preparada para engravidar	0,978	0,951	1,00
7 - Se já conversou sobre sexualidade com profissional da saúde	0,717	0,653	0,752
9 – Quem toma a iniciativa sexual	0,778	0,826	0,738
11- Práticas sexuais			
Masturbação	0,600	0,569	0,618
Ser masturbada	0,608	0,613	0,609
Masturbar parceiro	0,625	0,637	0,613
Masturbação mútua	0,716	0,672	0,727
Cunilingus	0,848	0,802	0,870
Felação	0,850	0,812	0,865
Sexo oral mútuo	0,741	0,678	0,784
Sexo pela vagina	0,750	0,353	0,911
Sexo pelo ânus	0,866	1,00	0,761
Uso de vibrador	1,00	1,00	1,00
27 – Práticas sexuais prazerosas			
Masturbação	0,533	0,820	0,311
Ser masturbada	0,514	0,478	0,534
Masturbar parceiro	0,535	0,404	0,618
Masturbação mútua	0,735	0,716	0,739
Cunilingus	0,757	0,660	0,818
Felação	0,499	0,673	0,396
Sexo oral mútuo	0,543	0,431	0,617
Sexo pela vagina	0,689	0,744	0,639
Sexo pelo ânus	0,934	1,00	0,846
Uso de vibrador	0,661	1,00	0,657
13 – Posições sexuais			
Posição 1*	0,573	0,645	0,562
Posição 2*	0,785	0,836	0,747
Posição 3*	0,725	0,637	0,783
Posição 4*	0,730	0,604	0,780
Posição 5*	0,661	0,513	0,765
Posição 6*	0,643	0,607	0,642
Posição 7*	0,448	0,678	0,337
Posição 8*	0,634	0,621	0,618
Posição 9*	0,755	0,634	0,862
23 – Frequência de dispareunia	0,605	0,653	0,578

* Posições sexuais descritas e ilustradas na Tabela 11, página 89.

** Todos os valores de Kappa foram significativos para $p < 0,001$.

4.1.3 A sexualidade da gestante sedentária e da ativa fisicamente durante a gestação

Utilizando os dados referentes à primeira aplicação do questionário (teste) da pesquisa transversal, foram comparadas algumas respostas de variáveis da sexualidade entre gestantes ativas fisicamente e gestantes sedentárias. A maioria das gestantes (70%) eram sedentárias durante o período da gestação em que responderam ao QS_xG. Na tabela 6 encontra-se uma distribuição de frequências das gestantes ativas e sedentárias nos trimestres gestacionais. A maioria das participantes que fazia algum tipo de atividade física praticava caminhada, seguido por hidroginástica e *pilates*®.

Quando se compararam as respostas de variáveis da sexualidade na gestação entre gestantes sedentárias e ativas (tabela 7) observou-se que apenas as variáveis relacionadas com a satisfação sexual (intensidade que gosta de sexo, intensidade da satisfação sexual e o quanto acha o sexo importante na sua vida) e a variável frequência de orgasmo apresentaram diferenças significativas estatisticamente entre os dois grupos. As mulheres ativas fisicamente apresentaram uma média maior para essas variáveis, o que quer dizer que, em média, se sentiam mais satisfeitas sexualmente, consideravam o sexo mais importante naquele período de suas vidas, gostavam mais da atividade sexual e tinham orgasmos com mais frequência que as gestantes sedentárias.

Tabela 6. Gestantes ativas e sedentárias nos trimestres gestacionais

	Período Gestacional			Total
	I trimestre	II trimestre	III trimestre	
Gestantes Sedentárias	18	17	21	56
Gestantes Ativas	2	14	8	24
Total	20	31	29	80

Tabela 7. Comparação das respostas de variáveis da sexualidade entre gestantes ativas fisicamente e sedentárias

	Sedentárias	Ativas	T	p
	Média (sd)	Média (sd)		
Idade	26,41 (4,37) anos	28,38 (3,91) anos	-1,98	0,055
Escolaridade*	5,98 (1,8)	6,21 (2,54)	-0,452	0,652
Tempo de relacionamento com parceiro	55,57 (48,42) meses	70,46 (44,16) meses	-1,34	0,186
Idade da primeira relação sexual	16,36 (1,85) anos	17,33 (3,10) anos	-1,34	0,191
Frequência sexual*	3,55 (2,37)	3,30 (1,58)	0,45	0,601
Idade do primeiro orgasmo	17,71 (3,76) anos	17,45 (3,13) anos	0,296	0,769
Intensidade do desejo sexual**	6,25 (2,73)	7,08 (1,95)	-1,54	0,129
Intensidade da excitação sexual**	6,64 (2,78)	6,88 (2,15)	-0,40	0,688
Intensidade da lubrificação vaginal**	6,96 (2,65)	7,04 (2,58)	-0,12	0,903
Intensidade da satisfação sexual**	6,89 (2,72)	8,0 (1,86)	-2,10	0,040
Intensidade do orgasmo**	6,75 (3,13)	7,63 (2,60)	-1,29	0,201
Frequência de orgasmo*	2,20 (1,31)	3,17 (0,76)	-3,37	0,001
Intensidade com que gosta de sexo*	4,23 (1,80)	5,04 (0,75)	-2,12	0,037
Quanto considera o sexo importante na sua vida**	7,14 (2,38)	8,38 (1,13)	-2,41	0,018

* o valor da média refere-se ao valor atribuído na escala. Escolaridade (0 = 1ª a 4ª série incompleta, 1 = 1ª a 4ª série completa, 2 = 5ª a 8ª série incompleta, 3 = 5ª a 8ª série completa, 4 = 2º grau incompleto, 5 = 2º grau completo, 6 = 3º grau incompleto, 7 = 3º grau completo, 8 = Especialização, 9 = mestrado, 10 = doutorado, 11 = pós-doutorado). Frequência sexual (0 = nunca; 1 = uma vez por mês; 2 = uma vez a cada quinze dias; 3 = uma vez por semana; 4 = duas vezes por semana; 5 = três vezes por semana; 6 = quatro vezes por semana; 7 = cinco vezes por semana; 8 = todos os dias; e, 9 = mais de uma vez por dia). Frequência de orgasmo (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = as vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre). Intensidade que gosta de sexo (1 = não gosto nem um pouco, 2 = não gosto, 3 = não gosto nem desgosto, 4 = gosto pouco, 5 = gosto, 6 = gosto muito).

** variáveis que utilizavam escala de 0 a 10, sendo 0 = nada e 10 = muito.

4.2 ESTUDO LONGITUDINAL

Os resultados obtidos através do estudo longitudinal serão apresentados a partir da caracterização das participantes, seguido da apresentação das variáveis do comportamento sexual, função sexual e aspectos simbólicos e, finalizando, com a comparação entre as abordagens de coleta de dados: longitudinal prospectiva e retrospectiva.

4.2.1 Caracterização das participantes do estudo longitudinal

As 14 participantes do estudo longitudinal apresentaram média de idade de 28,1 (\pm 5,1) anos, sendo que a maioria tinha ensino superior. Quanto ao estado civil, quase todas eram casadas (50%) ou viviam em união estável (42,9%). Assim, percebe-se que gestantes com diferentes idades, escolaridades e estados civis foram representadas. Menos da metade das participantes praticava algum tipo de atividade física na gestação e todas tiveram relações sexuais durante algum período da gestação (tabela 8).

Obteve-se um alto desvio padrão para a variável “tempo de relacionamento com parceiro em meses” ($X=47,43$ meses, $Dp=45,06$ meses) porque as participantes foram heterogêneas nesse quesito, enquanto algumas estavam há menos de um ano com o parceiro, outras estavam há mais de 10 anos.

Tabela 8. Características das participantes do estudo longitudinal

	Variável	Frequência	%
Estado Civil	Solteiras	1	7,1
	Casadas	7	50
	União Estável	6	42,9
Nível de Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	1	7,1
	Ensino Médio Incompleto	1	7,1
	Ensino Médio Completo	1	7,1
	Ensino Superior Incompleto	5	35,8
	Ensino Superior Completo	1	7,1
	Pós-graduação	5	35,8
Se queria engravidar	Queria engravidar, mas não agora	6	42,9
	Estava pronta para engravidar	8	57,1
Atividade Física	Primeiro trimestre	3	21,4
	Segundo trimestre	5	35,7
	Terceiro trimestre	4	28,6
Tipo de atividade Física	Caminhada	2	14,3
	Ballet clássico	1	7,1
	Natação e musculação	1	7,1
	Caminhada, hidroterapia e musculação	1	7,1

4.2.2 A Sexualidade da Mulher na Gestação

Descreve-se, a seguir, a influência do período gestacional nas variáveis do comportamento sexual, função sexual e aspectos simbólicos.

4.2.2.1 Comportamento sexual

As participantes do estudo tiveram sua primeira relação com média de idade de 17,64 anos ($\pm 2,44$ anos). A maioria das gestantes (10 = 71,4%) nunca fez sexo com pessoa estranha ou pouco conhecida, enquanto que quatro gestantes (28,6%) raramente tiveram relações sexuais com pessoa estranha ou pouco conhecida. Apenas duas participantes (14,2%) tiveram mais que 10 parceiros sexuais, enquanto que 12 gestantes (85,8%) tiveram menos de cinco parceiros sexuais.

Assim, percebe-se que a maioria das gestantes do nosso estudo possui um comportamento sexual que pode ser considerado como mais conservador.

Frequência sexual

Com o decorrer da gestação a frequência sexual foi diminuindo gradualmente, o que pode ser observado nos dados dispostos na tabela 9. Nesta, nota-se que as respostas para as frequências menores (uma vez por mês, uma vez a cada 15 dias e uma vez por semana) aumentam, enquanto que para as frequências maiores (de duas a cinco vezes por semana e todos os dias ou mais de uma vez por dia) diminuem no decorrer da gestação.

Tabela 9. Distribuição da Frequência Sexual na Gestação

	Antes da Gestação		I trimestre		II trimestre		III trimestre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-
Uma vez por mês	-	-	-	-	-	-	1	7,1
Uma vez a cada 15 dias	-	-	1	7,1	1	7,1	2	14,3
Uma vez por semana	2	14,3	7	50	5	35,7	7	50
Duas vezes por semana	5	35,7	3	21,4	4	28,6	2	14,3
Três vezes por semana	3	21,4	1	7,1	1	7,1	1	7,1
Quatro vezes por semana	1	7,1	-	-	-	-	-	-
Cinco vezes por semana	-	-	1	7,1	2	14,3	-	-
Todos os dias	2	14,3	1	7,1	1	7,1	-	-
Mais de uma vez por dia	1	7,1	-	-	-	-	1	7,1
Total	14	100	14	100	14	100	14	100

Comparando a variação da frequência sexual entre antes da gestação e nos trimestres gestacionais, através do teste de *Friedman*, constatou-se que houve uma redução significativa estatisticamente na frequência sexual com o avançar da gestação entre pelo menos dois dos períodos avaliados ($\chi^2 = 15,34$, $gl=3$, $p=0,002$). Obteve-se um valor médio dos postos para a frequência sexual antes da gestação de 3,43; no primeiro trimestre de 2,18; no segundo trimestre de 2,61; e, no terceiro trimestre de 1,79. Desse modo, observa-se que houve uma diminuição nessa frequência sexual com o passar da gestação, com um declínio mais acentuado nos primeiro e terceiro trimestres.

A fim de avaliar, mais especificamente, as mudanças na frequência sexual entre cada

período da gestação comparou-se cada período com o outro por meio do teste de *Wilcoxon* e obteve-se redução significativa da frequência sexual apenas de antes da gestação para o primeiro trimestre ($Z=-2,7$; $p=0,007$) e de antes da gestação para o terceiro trimestre ($Z=-2,8$; $p=0,005$).

Práticas sexuais

Sobre as práticas sexuais durante o período pré-gestacional e gestacional (tabela 10), foi observado que a utilização de vibrador foi incomum, uma vez que nenhuma das participantes reportou tê-lo utilizado.

Constatou-se que algumas práticas como a masturbação e ser masturbada (o) tiveram sua frequência de utilização aumentada com a gestação, enquanto que as práticas de sexo oral tiveram sua frequência diminuída. As práticas sexuais aqui investigadas (masturbação, sexo oral, penetração vaginal e penetração anal), com exceção da prática de cunilingus e sexo oral mútuo, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas proporções de sua realização entre os períodos da gestação.

Tabela 10. Comparação das proporções para cada prática sexual entre os períodos da gestação (antes da gestação, I, II e III trimestres gestacionais)

Prática Sexual	Antes da Gestação		Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Cochran's Q	Gl	p
	f	%	F	%	F	%	F	%			
Masturbar-se	1	7,1	1	7,1	3	21,4	3	21,4	4,8	3	0,187
Ser masturbada	6	42,9	6	42,9	8	57,1	4	28,6	6,0	3	0,112
Masturbar o parceiro	6	42,9	6	42,9	7	50	5	35,7	1,7	3	0,634
Masturbação mútua	5	35,7	5	35,7	7	50	6	42,9	1,9	3	0,585
Receber sexo oral	11	78,6	8	57,1	8	57,1	5	35,7	9,0	3	0,029*
Fazer sexo oral no parceiro	11	78,6	7	50	10	71,4	7	50	6,1	3	0,106
Sexo oral mútuo	8	57,1	4	28,6	3	21,4	-	-	13,5	3	0,004*
Penetração vaginal	14	100	13	92,9	12	85,7	12	85,7	3,0	3	0,392
Penetração anal	3	21,4	2	14,3	2	14,3	1	7,1	2,4	3	0,494
Estimulação com vibrador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Valores de **p** significativos para um nível de significância de 0,05 (bicaudal) obtidos do teste de Cochran's Q.

Posições utilizadas durante as práticas sexuais










Utilizaremos neste estudo a classificação das posições sexuais descritas por Sacomori e Cardoso (2009), os quais classificam-nas de acordo com três aspectos hierárquicos. O primeiro diz respeito à posição entre os parceiros considerando contato físico ventral ou dorsal (face a face e posição de concha); o segundo considera os níveis entre os parceiros – se em cima ou embaixo (posições assimétricas) ou lado-a-lado (posições simétricas). E o terceiro refere-se a postura corporal dos parceiros (em pé, sentado, deitado, de joelhos ou “de quatro”).

Analisando as posições sexuais utilizadas pelas mulheres nos diferentes períodos relacionados à gestação (tabela 11), percebe-se que as posições mais adotadas para o coito em todos os períodos foram: a posição em que o homem está por cima da mulher (posição 1) e a posição lado a lado (posição 4).

As posições sexuais 1, 2, 6, 8 e 9 tiveram um declínio gradual e significativo estatisticamente nas suas proporções de utilização ao longo da gestação.

As posições 3, 5 e 7 apresentaram um declínio no primeiro trimestre, porém com um aumento no segundo e novamente declínio no terceiro.

Tabela 11. Distribuição de freqüências das posições sexuais durante a gestação

Posições Sexuais Estudadas	Ilustração	Freqüência (%)	Cochran's <i>Q</i>
Posição 1 – face a face, homem por cima, deitados (posição do missionário)**		Antes da Gestação: 13 (92,9) Primeiro Trimestre: 12 (85,7) Segundo Trimestre: 9 (64,3) Terceiro Trimestre: 8 (57,1)	Cochran's <i>Q</i> = 8,6 gl = 3 p = 0,036*
Posição 2 – sem contato do olhar (“conchinha”), homem por cima, deitados**		Antes da Gestação: 9 (64,3) Primeiro Trimestre: 4 (28,6) Segundo Trimestre: 2 (14,3) Terceiro Trimestre: 1 (7,1)	Cochran's <i>Q</i> = 13,4 gl = 3 p = 0,004*
Posição 3 - sem contato do olhar (“conchinha”), homem de joelhos por cima e mulher de quatro**		Antes da Gestação: 11 (78,6) Primeiro Trimestre: 8 (57,1) Segundo Trimestre: 9 (64,3) Terceiro Trimestre: 5 (35,7)	Cochran's <i>Q</i> = 7,7 gl = 3 p = 0,053
Posição 4 - sem contato do olhar (“conchinha”), lado a lado, deitados**		Antes da Gestação: 13 (92,9) Primeiro Trimestre: 12 (85,7) Segundo Trimestre: 10 (71,4) Terceiro Trimestre: 11 (78,6)	Cochran's <i>Q</i> = 1,3 gl = 3 p = 0,721
Posição 5 – face a face, mulher deitada de costas e homem de lado**		Antes da Gestação: 10 (71,4) Primeiro Trimestre: 6 (42,9) Segundo Trimestre: 9 (64,13) Terceiro Trimestre: 6 (42,9)	Cochran's <i>Q</i> = 4,9 gl = 3 p = 0,177
Posição 6 – face a face, mulher em cima, sentados**		Antes da Gestação: 9 (64,3) Primeiro Trimestre: 5 (35,7) Segundo Trimestre: 6 (42,9) Terceiro Trimestre: 2 (14,3)	Cochran's <i>Q</i> = 10 gl = 3 p = .019*
Posição 7 - sem contato do olhar (“conchinha”), mulher em cima, sentados**		Antes da Gestação: 3 (21,4) Primeiro Trimestre: 1 (7,1) Segundo Trimestre: 2 (14,3) Terceiro Trimestre: 1 (7,1)	Cochran's <i>Q</i> = 2,5 gl = 3 p = 0,468
Posição 8 – face a face, mulher por cima sentada e homem deitado**		Antes da Gestação: 10 (71,4) Primeiro Trimestre: 5 (35,7) Segundo Trimestre: 5 (35,7) Terceiro Trimestre: 1 (7,1)	Cochran's <i>Q</i> = 13,7 gl = 3 p = 0,003*
Posição 9 - sem contato do olhar (“conchinha”), mulher por cima sentada e homem deitado de costas **		Antes da Gestação: 9 (64,3) Primeiro Trimestre: 2 (14,3) Segundo Trimestre: 2 (14,3) Terceiro Trimestre: 1 (7,1)	Cochran's <i>Q</i> = 17,5 gl = 3 p = 0,001*

* Valores de p significativos para o nível de significância adotado de 0,05. ** Descrição das posições sexuais conforme Sacomori e Cardoso (2009).

Iniciativa sexual

Antes da gestação quem mais tomava iniciativa para a atividade sexual eram ambos (homem e mulher) na mesma proporção (n=9; 64,3%), seguido pelos parceiros (n= 3; 21,4%) e pelas mulheres (n=2; 14,3%). Nos primeiro, segundo e terceiro trimestres, esse comportamento se manteve. Na figura 4 aparece a distribuição de freqüências para a iniciativa sexual nos trimestres gestacionais.

Além disso, o teste de *Friedman* foi realizado a fim de verificar se havia diferença significativa em relação a quem tomava iniciativa sexual no decorrer da gestação entre os períodos da gestação. O resultado do teste ($\chi^2 = 1,6$, gl = 3, p = 0,659) indica que não há diferença entre os períodos em relação a quem toma iniciativa para a atividade sexual.

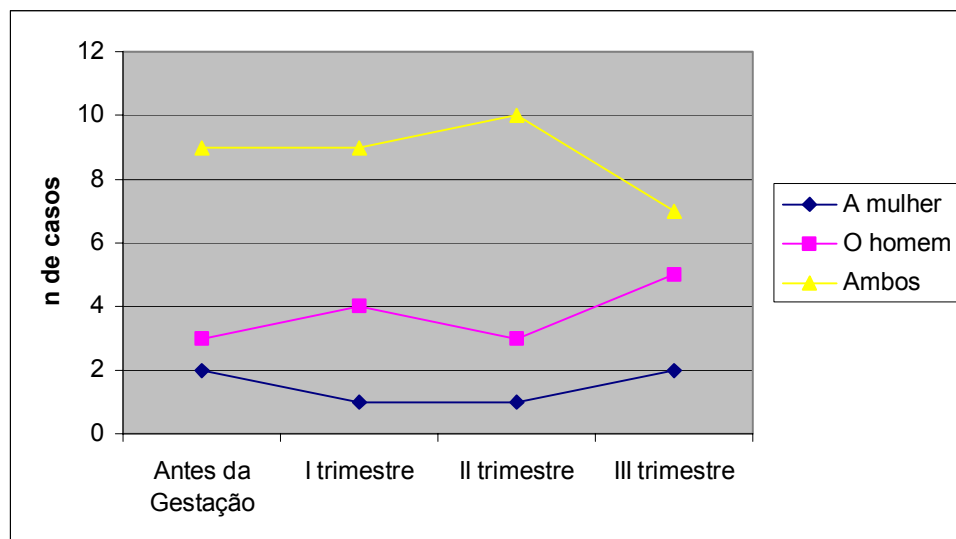


Figura 3. Distribuição de freqüências para a iniciativa sexual entre homens e mulheres nos períodos da gestação

Conversa sobre sexualidade com profissional da área da saúde

Quando as mulheres foram interrogadas se haviam conversado sobre sexualidade com

profissionais da área da saúde nos diferentes períodos relacionados à gestação, constatou-se que pouco mais da metade das mulheres haviam conversado, sendo que na gestação mais mulheres conversaram sobre o tema se comparado com o período pré-gestacional (tabela 12). Quando realizado o teste de associação χ^2 em cada um dos períodos para avaliar a associação entre as respostas (não, sim superficialmente, e sim em detalhes), obteve-se que não houve diferença significativa nessas respostas.

Tabela 12. Frequência de conversa sobre sexualidade com obstetra ou outro profissional da área da saúde.

	Antes da Gestação F (%)	I trimestre F (%)	II trimestre F (%)	III trimestre F (%)
Não	6 (42,9)	4 (28,6)	5 (35,7)	4 (28,6)
Sim, superficialmente	5 (35,7)	7 (50)	7 (50)	8 (57,1)
Sim, em detalhes	3 (21,4)	3 (21,4)	2 (14,3)	2 (14,3)
χ^2	1,0 (gl = 2, p=0,607)	1,8 (gl = 2, p=0,395)	2,7 (gl = 2, p=0,257)	4,0 (gl = 2, p=0,135)

Realização de atividades sexuais preliminares

As atividades sexuais consideradas como preliminares constam de beijos, abraços, carícias, toques, massagens, lambe o corpo, entre outros. Nesse estudo, as porcentagens de mulheres que tinham como hábito realizar essas atividades preliminares pouco se alteraram com o passar da gestação (tabela 13). Estas atividades eram realizadas numa alta frequência pelas participantes (na maioria das vezes ou sempre). Não obtivemos associação entre a escolaridade e realização de atividades preliminares (antes da gestação $\chi^2=6,03$ e $p=0,419$; primeiro trimestre $\chi^2= 12,13$ e $p=0,435$; segundo trimestre $\chi^2=6,03$ e $p=0,419$; terceiro trimestre $\chi^2= 8,34$ e $p=0,758$).

Tabela 13. Frequência de realização de atividades sexuais preliminares nos períodos da gestação

	Antes da Gestação	I trimestre	II trimestre	III trimestre
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Nunca	-	-	-	-
Raramente	-	-	-	-
Às vezes	-	1 (7,1)	-	1 (7,1)
Na maioria das vezes	6 (42,9)	4 (28,6)	6 (42,9)	4 (28,6)
Sempre	8 (57,1)	9 (64,3)	8 (57,1)	9 (64,3)
TOTAL	14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)

4.2.2.2 Função sexual

A função sexual, nesse estudo foi avaliada através das variáveis: intensidade do desejo sexual, intensidade da excitação sexual, intensidade da lubrificação vaginal, orgasmo (frequência e intensidade) e frequência de dispareunia. A descrição do comportamento dessas variáveis ao longo dos períodos gestacionais segue abaixo.

Desejo sexual

A intensidade do desejo sexual foi mensurada através de uma escala de 0 a 10, onde 0 significava nenhum desejo e 10 muito desejo. Por isso, os dados referentes ao desejo sexual serão apresentados em forma de médias. A média obtida para a intensidade do desejo sexual antes da gestação foi 8,86 ($\pm 1,16$), no primeiro trimestre 7,36 ($\pm 1,78$), no segundo trimestre 7,29 $\pm (1,63)$ e no terceiro trimestre 5,86 ($\pm 2,71$), havendo um declínio gradual nas médias da intensidade do desejo sexual.

Os resultados da ANOVA de medidas repetidas mostraram ser improvável que as diferenças entre as médias da intensidade do desejo sexual nos diferentes períodos da gestação sejam creditadas ao erro amostral ($F(3) = 9,24$, com $p = 0,001$). O tamanho de efeito global de 0,416 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 42% da variação do desejo sexual pode ser creditado ao período gestacional. As comparações emparelhadas demonstraram que houve

diferença significativa nas médias de desejo sexual, $p = < 0,013$, apenas entre antes da gestação e o terceiro trimestre. Observar diagrama de barras de erro na figura 5.

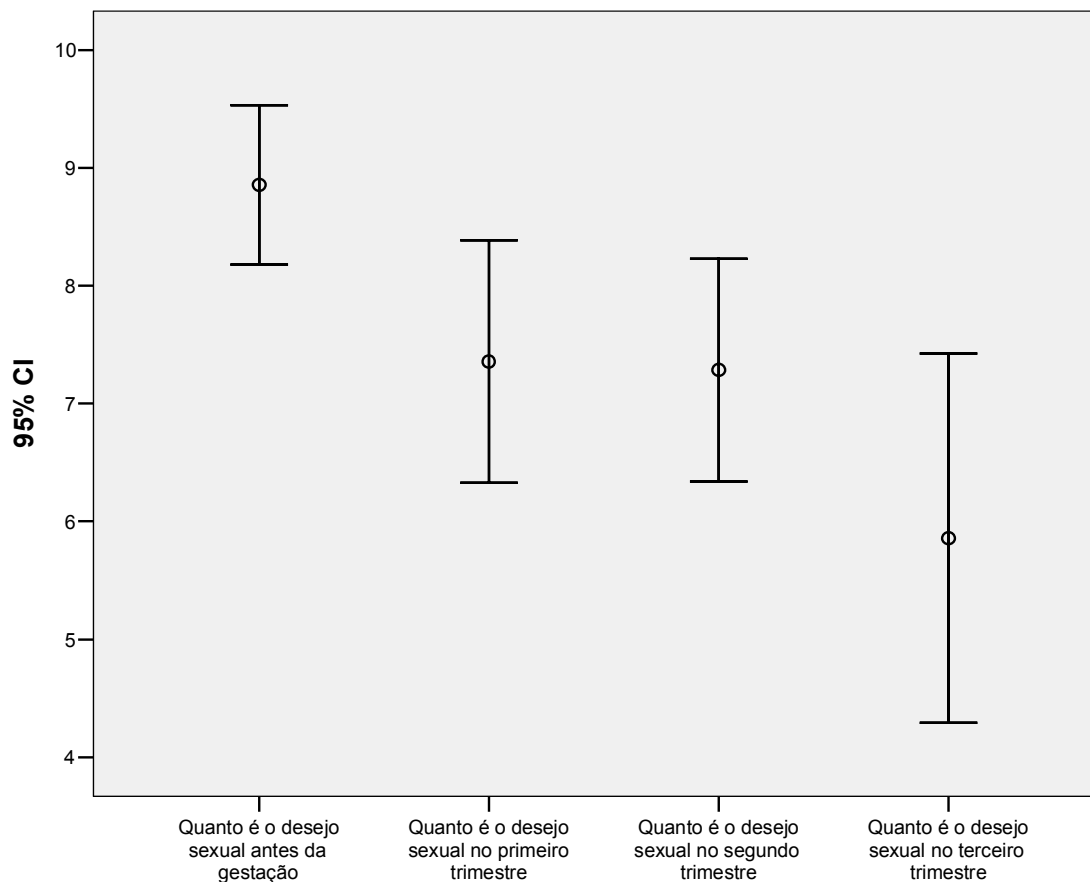


Figura 4. Diagrama de barras de erro para o desejo sexual nos períodos da gestação

Excitação sexual

A média obtida para a intensidade da excitação sexual antes da gestação foi 9,02 ($\pm 1,04$), no primeiro trimestre 7,64 ($\pm 1,5$), no segundo trimestre 7,79 ($\pm 1,89$) e no terceiro trimestre 6,14 ($\pm 2,62$).

Mais uma vez, o teste de ANOVA de medidas repetidas foi efetuado e os resultados

mostraram ser improvável que as diferenças entre as médias da intensidade da excitação sexual nos diferentes períodos da gestação sejam creditadas ao erro amostral ($F(2,47) = 8,27$, com $p = 0,001$). O tamanho de efeito global de 0,389 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 40% da variação da excitação sexual pode ser creditada ao período gestacional. As comparações emparelhadas demonstraram que houve diferença significativa nas médias da intensidade da excitação sexual, com $p < 0,05$, entre antes da gestação e terceiro trimestre e entre o segundo e terceiro trimestres (figura 6).

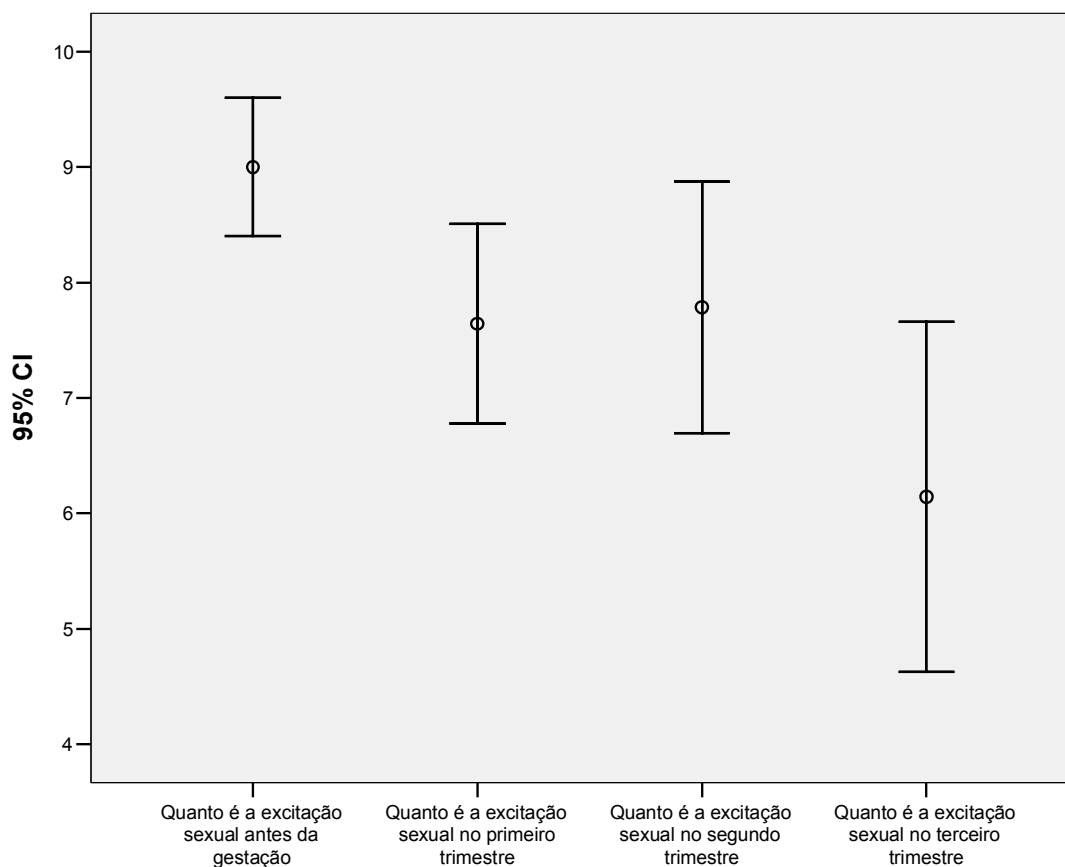


Figura 5. Diagrama de barras de erro para a excitação sexual nos períodos da gestação

Lubrificação vaginal

A média obtida para a intensidade da lubrificação vaginal antes da gestação foi 8,93 (\pm

1,38), no primeiro trimestre 7,93 ($\pm 1,73$), no segundo trimestre 7,64 ($\pm 2,13$) e no terceiro trimestre 6,29 ($\pm 2,81$), havendo um declínio gradual nas médias da intensidade da lubrificação vaginal.

Mais uma vez, o teste de ANOVA de medidas repetidas foi efetuado. Os resultados mostraram ser improvável que as diferenças entre as médias da intensidade da lubrificação vaginal nos diferentes períodos da gestação sejam creditadas ao erro amostral ($F(2,19) = 6,04$, com $p = 0,005$). O tamanho de efeito global de 0,317 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 32% da variação da lubrificação vaginal pode ser creditada ao período gestacional. As comparações emparelhadas demonstraram que houve diferença significativa nas médias da intensidade da lubrificação vaginal, com $p < 0,05$, apenas entre antes da gestação e terceiro trimestre (figura 7).

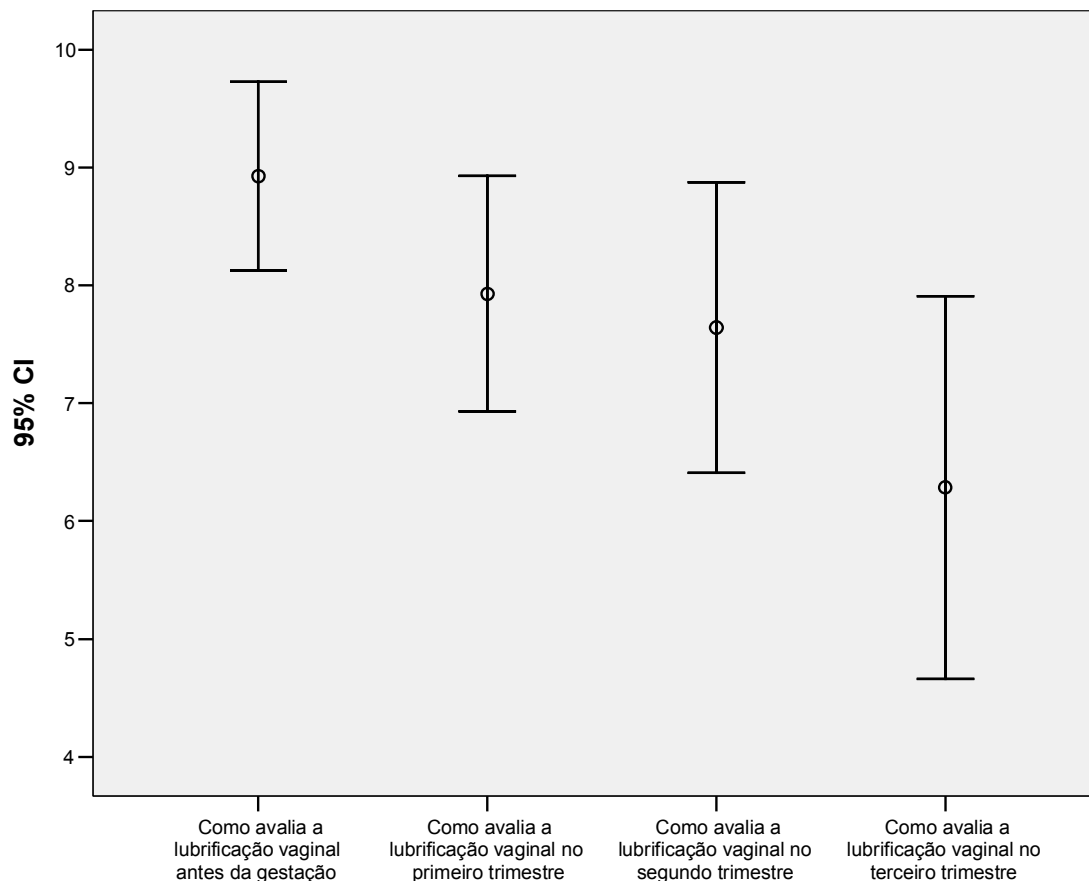


Figura 6. Diagrama de barras de erro para a lubrificação vaginal nos períodos da gestação

Orgasmo

A média da idade em que as participantes tiveram/reconheceram o primeiro orgasmo foi de 19,43 anos (sd \pm 2,41) e a mediana de 20 anos. Retoma-se aqui a média da idade da primeira relação sexual (17,64 \pm 2,44 anos) para fins comparativos.

Ao analisar a freqüência de orgasmos nos períodos da gestação (tabela 14 e figura 8), percebe-se que com o avançar da mesma as participantes tiveram orgasmos com menos freqüência. Identificou-se pelo teste de *Friedman* que essa redução na freqüência de orgasmos foi significativa estatisticamente ($\chi^2 = 13,74$; gl = 3; p =0,003) pelo menos entre dois dos períodos avaliados. Analisando as médias dos postos da freqüência de orgasmos nos períodos (antes da gestação: 3,0; primeiro trimestre: 2,32; segundo trimestre: 2,89; terceiro trimestre: 1,79) percebe-se que as maiores reduções nas freqüências de orgasmo foram no primeiro e terceiro trimestres gestacionais.

Tabela 14. Freqüência de orgasmo nos períodos da gestação

	Antes da Gestação F (%)	da I trimestre F (%)	II trimestre F (%)	III trimestre F (%)
Nunca	-	-	-	-
Raramente	-	1 (7,1)	-	2 (14,3)
Às vezes	-	4 (28,6)	3 (21,4)	6 (42,9)
Quase sempre	11 (78,6)	6 (42,9)	6 (42,9)	4 (28,6)
Sempre	3 (21,4)	3 (21,4)	5 (35,7)	2 (14,3)
TOTAL	14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)

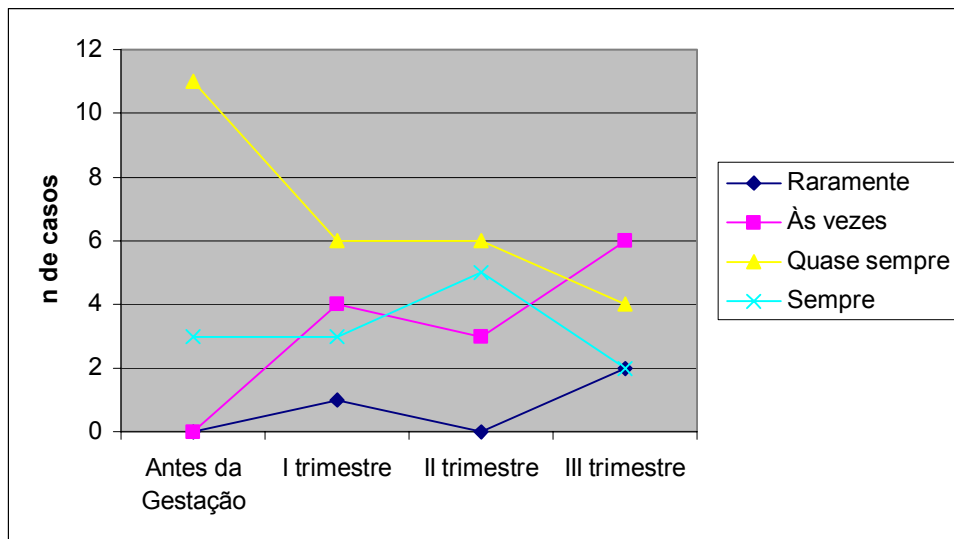


Figura 7. Frequência de orgasmo nos períodos gestacionais

Avaliando a intensidade do orgasmo a partir de uma escala numérica de 0 a 10, observou-se que a média obtida para a intensidade do orgasmo antes da gestação foi 8,50 ($\pm 1,56$), no primeiro trimestre 7,93 ($\pm 1,68$), no segundo trimestre 7,71 ($\pm 2,16$) e no terceiro trimestre 6,79 ($\pm 2,83$). Houve um declínio gradual nas médias da intensidade do orgasmo com o passar da gestação.

Uma ANOVA de medidas repetidas foi efetuada (figura 9) e os resultados mostraram ser improvável que as diferenças entre as médias de intensidade do orgasmo nos diferentes períodos da gestação sejam creditadas ao erro amostral ($F(1,99) = 3,80$, com $p = 0,036$). O tamanho de efeito global de 0,226 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 22% da variação da intensidade do orgasmo pode ser creditada ao período gestacional.

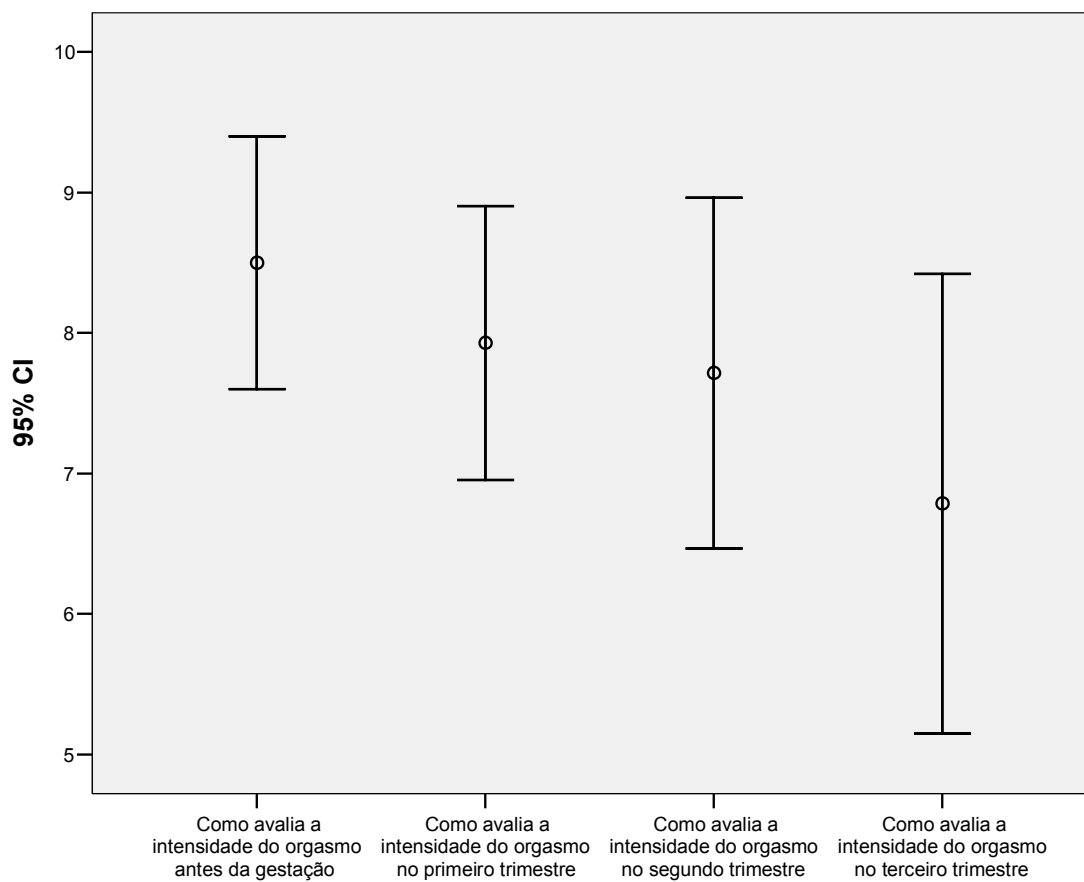


Figura 8. Diagrama de barras de erro para a intensidade do orgasmo nos períodos da gestação

Dispareunia

A dispareunia, dor durante a atividade sexual, esteve presente numa frequência de “às vezes” antes da gestação (57,1%), no primeiro (71,4%), segundo (78,6%) e terceiro (92,9%) trimestres (tabela 15).

Tabela 15. Frequência de dispareunia nos períodos da gestação

		Antes da gestação F (% válida)	I trimestre F (% válida)	II trimestre F (% válida)	III trimestre F (% válida)
Nunca		6 (42,9)	4 (28,6)	3 (21,4)	1 (7,1)
Às vezes	Depende da posição utilizada	6 (42,9)	6 (42,9)	9 (64,3)	11 (78,6)
	Somente no início da penetração	1 (7,1)	2 (14,3)	2 (14,3)	2 (14,3)
	Somente com penetração profunda	1 (7,1)	2 (14,3)	-	-
Sempre		-	-	-	-
TOTAL		14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)

4.2.2.3 Componente simbólico da sexualidade

O componente simbólico da sexualidade, nesse estudo, contempla as variáveis que são apresentadas na seguinte seqüência: importância da atividade sexual, gosto pela atividade sexual, satisfação sexual, como considera a vida sexual (auto-avaliação), frequência da disposição para ter atividade sexual e práticas sexuais consideradas como prazerosas.

Importância da atividade sexual

As participantes desse estudo foram questionadas sobre quanto consideravam o sexo importante em suas vidas em cada período da gestação e solicitadas a responder através de uma escala numérica em que 0 equivalia a “nada” e 10 a “muito”. Desse modo, a média da importância atribuída a atividade sexual antes da gestação foi 8,71 ($\pm 1,07$), no primeiro trimestre 7,29 ($\pm 1,59$), no segundo trimestre 7,86 ($\pm 1,95$) e no terceiro trimestre 6,54 ($\pm 3,23$).

Analisando a distribuição de frequências apresentada na Figura 10, observa-se que com o avançar da gestação a importância atribuída ao sexo foi diminuindo; apesar da média do segundo trimestre ter aumentado em relação ao primeiro. Por isso, foi realizado o teste de *Friedman* a fim de avaliar se existia diferença nessas frequências pelo menos um período em relação ao outro. Obteve-se que pelo menos um dos períodos da gestação difere significativamente dos outros (χ^2

= 9,06, $gl = 3$, $p = 0,029$). Analisando as médias dos postos da importância atribuída à atividade sexual nos períodos (antes da gestação: 3,1; primeiro trimestre: 2,23; segundo trimestre: 2,77; terceiro trimestre: 1,88) percebe-se que as maiores reduções foram nos primeiro e terceiro trimestres gestacionais.

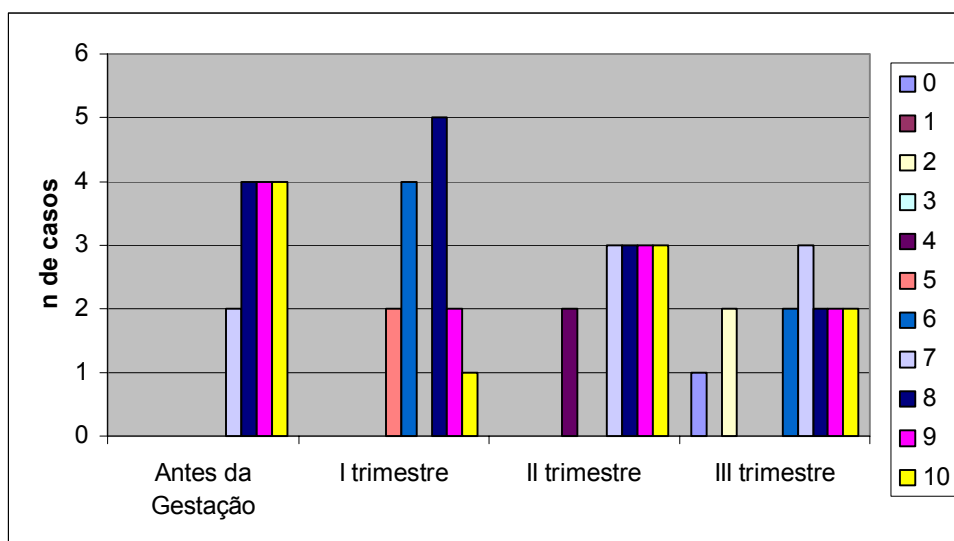


Figura 9. Distribuição de frequências para quanto considera o sexo importante nos períodos da gestação

Gosto pela atividade sexual

O gosto pela atividade sexual sofreu variação nos períodos da gestação (tabela 16). Antes da gestação, a maioria das participantes referia que “gostava muito” da atividade sexual (57,2%) e na gestação que “gostava” (57,1%, 50% e 35,7% respectivamente nos trimestres). Analisando as médias dos postos do gosto pela atividade sexual nos períodos (antes da gestação: 2,93; primeiro trimestre: 2,18; segundo trimestre: 2,79; terceiro trimestre: 2,11) percebe-se que as maiores reduções foram nos primeiro e terceiro trimestres gestacionais; houve diferença significativa estatisticamente entre pelo menos dois dos períodos avaliados ($\chi^2 = 8,31$, $gl=3$, $p=0,040$ – teste de *Friedman*).

Tabela 16. Frequência do gosto pela atividade sexual nos períodos da gestação

	Antes da Gestação	I trimestre	II trimestre	III trimestre
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Não gosto nem um pouco	-	-	-	-
Não gosto	-	-	-	1 (7,1)
Não gosto nem desgosto	1 (7,1)	1 (7,1)	-	2 (14,3)
Gosto pouco	-	3 (21,4)	2 (14,3)	3 (21,4)
Gosto	5 (35,7)	8 (57,1)	7 (50)	5 (35,7)
Gosto muito	8 (57,2)	2 (14,3)	5 (35,7)	3 (21,4)
TOTAL	14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)

Satisfação sexual

Analisando a intensidade da satisfação sexual a partir de uma escala numérica de 0 a 10, observou-se que a média obtida para antes da gestação foi de 8,93 ($\pm 0,83$), no primeiro trimestre 7,79 ($\pm 1,37$), no segundo trimestre 8,0 ($\pm 2,32$) e no terceiro trimestre 6,0 ($\pm 2,63$). Observa-se que as reduções mais acentuadas foram nos primeiro e terceiro trimestres.

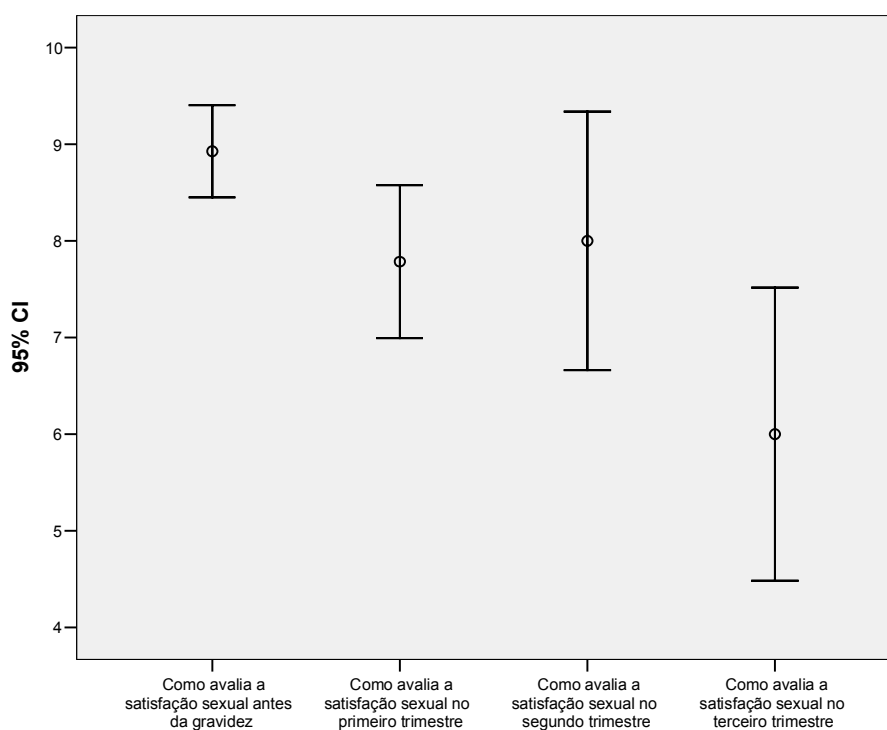


Figura 10. Diagrama de barras de erro para a satisfação sexual nos períodos da gestação

Para avaliar se essa diminuição nas médias da satisfação sexual era significativa estatisticamente, um ANOVA de medidas repetidas foi efetuada (figura 11). Os resultados mostraram ser improvável que as diferenças entre as médias de satisfação sexual nos diferentes períodos da gestação sejam creditadas ao erro amostral ($F(2,61) = 8,34$, com $p < 0,001$). O tamanho de efeito global de 0,391 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 40% da variação da satisfação sexual pode ser creditada ao período gestacional. As comparações emparelhadas demonstraram que houve diferença significativa nas médias de satisfação sexual, entre antes da gestação e terceiro trimestre e entre o segundo e terceiro trimestres.

Como considera a vida sexual

Antes da gestação a maioria das participantes considerava sua vida sexual boa (42,9%) ou excelente (50%) e durante a gestação mais mulheres passaram a considerar a vida sexual como regular ou ruim (tabela 17).

Em relação a auto-avaliação feita pelas mulheres sobre a própria vida sexual, constatou-se que houve uma redução significativa estatisticamente com o avançar da gestação ($\chi^2 = 10,23$, $gl=3$, $p=0,017$) entre pelo menos dois dos períodos avaliados. Obteve-se um valor médio dos postos para antes da gestação de 3,07, no primeiro trimestre de 2,39, no segundo trimestre de 2,68 e no terceiro trimestre de 1,86. Desse modo, observa-se que houve uma diminuição nessa frequência sexual com o passar da gestação, com um declínio mais acentuado nos primeiro e terceiro trimestres.

Tabela 17. Frequência da auto-avaliação da vida sexual nos períodos da gestação

	Antes da Gestação F (%)	I trimestre F (%)	II trimestre F (%)	III trimestre F (%)
Muito ruim	-	-	-	1 (7,1)
Ruim	-	1 (7,1)	1 (7,1)	2 (14,3)
Regular	1 (7,1)	3 (21,4)	-	3 (21,4)
Boa	6 (42,9)	7 (50)	9 (64,3)	6 (42,9)
Excelente	7 (50)	3 (21,4)	4 (28,6)	2 (14,3)
TOTAL	14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)

Frequência da disposição para ter atividade sexual

Apresentam-se, respectivamente, nas tabelas 18 e 19 a frequência de disposição para ter atividade sexual da participante e do parceiro, esta última conforme a percepção da gestante.

Obteve-se de acordo com as informações obtidas pelas gestantes que, no geral, os parceiros apresentaram maior disposição para ter atividade sexual que as próprias gestantes em todos os períodos estudados. Analisando se essa frequência de disposição se alterava com o passar da gestação, obteve-se que havia uma redução gradual e significativa estatisticamente apenas para a disposição da mulher ($\chi^2 = 12,74$, $gl=3$, $p=0,005$) enquanto que a disposição do parceiro pouco se alterava do ponto de vista estatístico ($\chi^2 = 5,08$, $gl=3$, $p=0,166$).

Tabela 18. Frequência da disposição da participante para a atividade sexual nos períodos da gestação

	Antes da Gestação		I trimestre		II trimestre		III trimestre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nunca	-	-	-	-	-	-	1	7,1
Uma vez por mês	-	-	-	-	1	7,1	2	14,3
Uma vez a cada 15 dias	-	-	-	-	-	-	1	7,1
Uma vez por semana	1	7,1	6	42,9	3	21,4	6	42,9
Duas vezes por semana	2	14,3	2	14,3	4	28,6	1	7,1
Três vezes por semana	3	21,4	1	7,1	1	7,1	-	-
Quatro vezes por semana	4	28,6	2	14,3	2	14,3	-	-
Cinco vezes por semana	1	7,1	1	7,1	1	7,1	1	7,1
Todos os dias	1	7,1	1	7,1	2	14,3	1	7,1
Mais de uma vez por dia	2	14,3	1	7,1	-	-	1	7,1
Total	14	100	14	100	14	100	14	100

4.2.3 Comparação das respostas no Questionário de Sexualidade na Gestação entre os desenhos de estudo Prospectivo e Retrospectivo

Foram comparadas as respostas do QS_xG de 11 gestantes entre dois desenhos de estudo: longitudinal prospectivo (uma resposta em cada trimestre da gestação) e retrospectivo (respostas sobre os três trimestres gestacionais no final do último trimestre).

Obteve-se, através de valores de correlação, o grau de concordância entre os itens quantitativos do questionário para cada período da gestação (tabelas 21, 22, 23 e 24). Assim, observou-se que para os primeiro, segundo e terceiro trimestres (tabelas 22, 23 e 24, respectivamente) houve um bom grau de concordância entre as respostas nos dois momentos para a grande maioria dos itens, os quais apresentavam correlações maiores que 0,5. Porém, para o período antes da gestação (tabela 21) houve menos concordância nesses itens, pois 5 dos 13 itens relativos àquele período apresentaram correlações menores que 0,5.

As perguntas comuns a todos os períodos da gestação (na tabela 21 - número de parceiros sexuais, idade da primeira relação sexual e idade do primeiro orgasmo) apresentaram correlações fortes ($>0,9$).

Enquanto isso, a variável categórica “práticas sexuais realizadas” apresentou boa concordância entre os dois desenhos de estudo (tabela 25). Mas as variáveis “posições sexuais utilizadas”, “práticas sexuais consideradas prazerosas” e “se já conversou sobre sexualidade com profissional da saúde” apresentaram baixa concordância e geralmente não significativa. E com os itens “quem tomava iniciativa sexual” e “frequência de dispareunia” não foi possível calcular o coeficiente *kappa* nos períodos antes da gestação, primeiro e segundo trimestres, pois não houve resposta em pelo menos uma das categorias em um dos desenhos de estudo (prospectivo ou retrospectivo).

Tabela 21. Concordância dos itens quantitativos do QSxG entre desenho prospectivo e retrospectivo - Antes da gestação

Item do QSxG	Média (sd)		r	T	p
	Prospectivo	Retrospectivo			
6 - Número de parceiros sexuais	4,36 (4,27)	4,55 (4,25)	0,984	-0,803	0,441
8 - Idade da primeira relação sexual	17,91 (2,66)	17,91 (2,66)	1	***	***
10 - Frequência sexual*	5,09 (1,92)	5,55 (1,29)	0,904	-1,61	0,138
12 - Frequência de prática de atividades preliminares*	3,73 (0,46)	3,45 (0,69)	0,425	1,39	0,198
15 - Intensidade do desejo sexual**	8,82 (1,25)	9,27 (0,90)	0,667	-1,61	0,138
16 - Intensidade da excitação sexual**	9,09 (1,04)	9,55 (0,68)	0,343	-1,45	0,176
17 - Intensidade da lubrificação vaginal**	9,27 (0,78)	9,18 (0,98)	0,318	0,29	0,779
18 - Intensidade da satisfação sexual**	9,09 (0,83)	9,27 (0,78)	0,876	-1,49	0,167
20 - Idade do primeiro orgasmo	19,73 (2,37)	19,82 (2,27)	0,992	-1,0	0,341
21 - Frequência do orgasmo*	3,27 (0,46)	3,27 (0,64)	0,722	0	1
22 - Intensidade do orgasmo**	9,0 (1,83)	9,27 (0,78)	0,752	-1,15	0,277
24 - Intensidade que gosta de sexo*	5,36 (0,92)	5,55 (0,52)	0,584	-0,80	0,441
25 - Frequência com que sente disposição para ter atividade sexual*	5,91 (1,7)	6,27 (1,69)	0,185	-0,55	0,588
26 - Frequência com que acha que o parceiro tem disposição para ter atividade sexual*	7,55 (2,69)	8,18 (1,25)	0,501	-0,90	0,387
28 - Auto-avaliação da vida sexual*	3,45 (0,69)	3,45 (0,52)	0,481	0	1
29 - Quanto o sexo é importante na sua vida**	8,82 (1,17)	9,18 (0,87)	0,722	-1,49	0,167

* o valor da média refere-se ao valor atribuído na escala. Frequência sexual e frequência da disposição sexual (0 = nunca; 1 = uma vez por mês; 2 = uma vez a cada quinze dias; 3 = uma vez por semana; 4 = duas vezes por semana; 5 = três vezes por semana; 6 = quatro vezes por semana; 7 = cinco vezes por semana; 8 = todos os dias; e, 9 = mais de uma vez por dia). Frequência de atividades sexuais preliminares (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência com que faz sexo com estranho (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência de orgasmo (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre). Intensidade que gosta de sexo (1 = não gosto nem um pouco, 2 = não gosto, 3 = não gosto nem desgosto, 4 = gosto pouco, 5 = gosto, 6 = gosto muito). Auto-avaliação da vida sexual (0 = muito ruim, 1 = ruim, 2 = regular, 3 = boa, 4 = excelente).

** variáveis que utilizavam escala de 0 a 10, sendo 0 = nada e 10 = muito.

*** valores não calculados porque as médias e desvios padrões foram idênticos.

Tabela 22. Concorrência dos itens quantitativos do QSxG entre desenho prospectivo e retrospectivo - Primeiro Trimestre

Item do QSxG	Média (sd)		r	T	p
	Prospectivo	Retrospectivo			
10 - Frequência sexual*	4,18 (1,78)	4,91 (2,12)	0,880	-2,39	0,038
12 - Frequência de prática de atividades preliminares*	3,64 (0,67)	3,45 (0,69)	0,392	0,803	0,441
15 - Intensidade do desejo sexual**	7,45 (2,02)	8,27 (2,10)	0,840	-2,32	0,042
16 - Intensidade da excitação sexual**	7,82 (1,66)	8,64 (1,75)	0,732	-2,17	0,055
17 - Intensidade da lubrificação vaginal**	8,0 (1,61)	8,45 (1,86)	0,566	-0,92	0,378
18 - Intensidade da satisfação sexual**	8,09 (1,37)	8,64 (1,02)	0,451	-1,40	0,192
21 - Frequência do orgasmo*	2,82 (0,98)	3,0 (0,89)	0,797	-1,0	0,341
22 - Intensidade do orgasmo**	8,27 (1,62)	8,55 (1,37)	0,784	-0,89	0,391
24 - Intensidade que gosta de sexo*	4,73 (0,90)	5,0 (0,77)	0,714	-1,40	0,192
25 - Frequência com que sente disposição para ter atividade sexual*	4,91 (2,34)	4,82 (2,18)	0,759	0,191	0,852
26 - Frequência com que acha que o parceiro tem disposição para ter atividade sexual*	7,18 (2,89)	7,82 (1,78)	0,746	-1,07	0,308
28 - Auto-avaliação da vida sexual*	2,91 (0,94)	3,18 (0,92)	0,559	-1	0,341
29 - Quanto o sexo é importante na sua vida**	7,55 (1,57)	8,27 (1,62)	0,800	-2,39	0,038

* o valor da média refere-se ao valor atribuído na escala. Frequência sexual e frequência da disposição sexual (0 = nunca; 1 = uma vez por mês; 2 = uma vez a cada quinze dias; 3 = uma vez por semana; 4 = duas vezes por semana; 5 = três vezes por semana; 6 = quatro vezes por semana; 7 = cinco vezes por semana; 8 = todos os dias; e, 9 = mais de uma vez por dia). Frequência de atividades sexuais preliminares (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência com que faz sexo com estranho (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência de orgasmo (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre). Intensidade que gosta de sexo (1 = não gosto nem um pouco, 2 = não gosto, 3 = não gosto nem desgosto, 4 = gosto pouco, 5 = gosto, 6 = gosto muito). Auto-avaliação da vida sexual (0 = muito ruim, 1 = ruim, 2 = regular, 3 = boa, 4 = excelente).

** variáveis que utilizavam escala de 0 a 10, sendo 0 = nada e 10 = muito.

Tabela 23. Concordância dos itens quantitativos do QS_XG entre desenho prospectivo e retrospectivo - Segundo Trimestre

Item do QS _X G	Média (sd)		r	T	p
	Prospectivo	Retrospectivo			
10 - Frequência sexual*	4,27 (1,79)	4,45 (2,11)	0,913	-0,690	0,506
12 - Frequência de prática de atividades preliminares*	3,55 (0,52)	3,45 (0,69)	0,911	1	0,341
15 - Intensidade do desejo sexual**	7,55 (1,63)	7,91 (1,45)	0,700	-1	0,341
16 - Intensidade da excitação sexual**	8,36 (1,43)	8,55 (1,57)	0,968	-1,49	0,167
17 - Intensidade da lubrificação vaginal**	8,36 (1,20)	8,73 (1,10)	0,683	-1,30	0,221
18 - Intensidade da satisfação sexual**	8,64 (1,43)	8,64 (1,12)	0,844	0	1
21 - Frequência do orgasmo*	3,18 (0,75)	3,0 (1,0)	0,799	1,0	0,341
22 - Intensidade do orgasmo**	8,36 (1,63)	8,55 (1,37)	0,934	-1	0,341
24 - Intensidade que gosta de sexo*	5,36 (0,67)	5,27 (0,78)	0,737	0,56	0,588
25 - Frequência com que sente disposição para ter atividade sexual*	5,09 (2,16)	4,73 (2,28)	0,895	1,17	0,267
26 - Frequência com que acha que o parceiro tem disposição para ter atividade sexual*	7,91 (1,92)	7,64 (1,96)	0,865	0,89	0,391
28 - Auto-avaliação da vida sexual*	3,36 (0,50)	3,18 (0,75)	0,864	1,49	0,167
29 - Quanto o sexo é importante na sua vida**	8,64 (1,12)	8,82 (1,17)	0,709	-0,69	0,506

* o valor da média refere-se ao valor atribuído na escala. Frequência sexual e frequência da disposição sexual (0 = nunca; 1 = uma vez por mês; 2 = uma vez a cada quinze dias; 3 = uma vez por semana; 4 = duas vezes por semana; 5 = três vezes por semana; 6 = quatro vezes por semana; 7 = cinco vezes por semana; 8 = todos os dias; 9 = mais de uma vez por dia). Frequência de atividades sexuais preliminares (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência com que faz sexo com estranho (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência de orgasmo (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre). Intensidade que gosta de sexo (1 = não gosto nem um pouco, 2 = não gosto, 3 = não gosto nem desgosto, 4 = gosto pouco, 5 = gosto, 6 = gosto muito). Auto-avaliação da vida sexual (0 = muito ruim, 1 = ruim, 2 = regular, 3 = boa, 4 = excelente).

** variáveis que utilizavam escala de 0 a 10, sendo 0 = nada e 10 = muito.

Tabela 24. Concordância dos itens quantitativos do QS_xG entre desenho prospectivo e retrospectivo - Terceiro Trimestre

Item do QS _x G	Média (sd)		r	T	p
	Prospectivo	Retrospectivo			
10 - Frequência sexual*	3,82 (1,88)	3,82 (1,88)	0,972	0	1
12 - Frequência de prática de atividades preliminares*	3,55 (0,69)	3,45 (0,69)	0,904	1	0,341
15 - Intensidade do desejo sexual**	6,55 (2,58)	7,0 (2,32)	0,866	-1,16	0,271
16 - Intensidade da excitação sexual**	6,55 (2,58)	7,36 (1,91)	0,847	-1,93	0,082
17 - Intensidade da lubrificação vaginal**	7,45 (1,75)	7,64 (1,91)	0,920	-0,80	0,441
18 - Intensidade da satisfação sexual**	7,09 (1,64)	7,36 (1,75)	0,964	-1,93	0,082
21 - Frequência do orgasmo*	2,36 (1,03)	2,64 (1,03)	0,802	-1,40	0,192
22 - Intensidade do orgasmo**	8,0 (1,41)	7,18 (2,13)	0,563	1,52	0,158
24 - Intensidade que gosta de sexo*	4,64 (1,28)	4,64 (1,03)	0,874	0	1
25 - Frequência com que sente disposição para ter atividade sexual*	4,18 (2,6)	3,91 (2,25)	0,957	1,15	0,277
26 - Frequência com que acha que o parceiro tem disposição para ter atividade sexual*	7,09 (2,47)	7,27 (2,37)	0,970	-1	0,341
28 - Auto-avaliação da vida sexual*	2,82 (0,87)	2,73 (0,78)	0,794	0,55	0,588
29 - Quanto o sexo é importante na sua vida**	8,1 (1,37)	7,2 (2,1)	0,379	1,4	0,193

* o valor da média refere-se ao valor atribuído na escala. Frequência sexual e frequência da disposição sexual (0 = nunca; 1 = uma vez por mês; 2 = uma vez a cada quinze dias; 3 = uma vez por semana; 4 = duas vezes por semana; 5 = três vezes por semana; 6 = quatro vezes por semana; 7 = cinco vezes por semana; 8 = todos os dias; e, 9 = mais de uma vez por dia). Frequência de atividades sexuais preliminares (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência com que faz sexo com estranho (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = na maioria das vezes, 4 = sempre). Frequência de orgasmo (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre). Intensidade que gosta de sexo (1 = não gosto nem um pouco, 2 = não gosto, 3 = não gosto nem desgosto, 4 = gosto pouco, 5 = gosto, 6 = gosto muito). Auto-avaliação da vida sexual (0 = muito ruim, 1 = ruim, 2 = regular, 3 = boa, 4 = excelente).

** variáveis que utilizavam escala de 0 a 10, sendo 0 = nada e 10 = muito.

Tabela 25. Concordância dos itens qualitativos do QS_xG entre desenho prospectivo e retrospectivo

Item do QS _x G	Antes da Gestação Kappa k	I trimestre k	II trimestre k	III trimestre k
7 - Se já conversou sobre sexualidade com profissional da saúde	0,108	0,225	0,593*	0,814**
9 – Quem toma a iniciativa sexual	-	-	-	0,849**
11- Práticas sexuais				
Masturbação	0,298	0,421	0,744*	0,747*
Ser masturbada	0,476	1**	0,621*	0,792*
Masturbar parceiro	0,353	0,792*	0,621*	0,607*
Masturbação mútua	0,492	0,814*	0,645*	0,476
Cunilingus	0,744*	0,214	0,607*	0,633*
Felação	0,744*	0,663*	0,476	0,459
Sexo oral mútuo	0,633*	0,233	0,621*	1**
Sexo pela vagina	1**	1**	0,621*	0,621*
Sexo pelo ânus	1**	1**	1**	1**
27 – Práticas sexuais prazerosas				
Masturbação	.233	.421	.389	.744*
Ser masturbada	.492	.792*	.542	.542
Masturbar parceiro	.353	.214	.120	-.158
Masturbação mútua	.353	.313	.459	.267
Cunilingus	.645*	.492	.814*	.290
Felação	.290	.029	.633*	.421
Sexo oral mútuo	.621*	.421	1**	1**
Sexo pela vagina	.744*	.744*	.389	.377
Sexo pelo ânus	.421	.621*	1**	1**
13 – Posições sexuais				
Posição 1	1**	0,615*	0,524	1**
Posição 2	0,545	0,783*	0,154	1**
Posição 3	0,412	0,600	0,600	0,800*
Posição 4	-	-	0,176	0,615*
Posição 5	0,200	0,348	0,524	0,167
Posição 6	1**	0,231	1**	0,615*
Posição 7	0,310	0,412	1**	1**
Posição 8	0,211	0,087	0,286	1**
Posição 9	0,211	0,375	0,615*	1**
23 – Frequência de dispareunia	-	-	-	1**

- dados faltantes porque o número das categorias de respostas foi diferente no retrospectivo e no prospectivo, não simétrico.

* Valores de p significativos para $p < 0,05$

** Valores de p significativos para $p < 0,001$

5 DISCUSSÃO

5.1 ESTUDO TRANSVERSAL

5.1.1 Confiabilidade do QS_xG

Uma medida é dita confiável se é consistente, estável e dependente de sua própria mensuração (ANASTASI e URBINA, 1997). A confiabilidade refere-se ao grau de concordância entre múltiplos itens de uma dimensão (confiabilidade interna) e a persistente consistência quando aplicado mais de uma vez com o mesmo indivíduo, por diferentes pesquisadores ou até sob diferentes formas (confiabilidade externa) (Menezes, 1998).

Com relação a quando uma escala de medida baseada em auto-relato mensura uma variável que reflete o estado ou uma característica do indivíduo, geralmente quanto maior o período de tempo entre as duas aplicações, menor será a correlação do teste e re-teste (WIEDERMAN, 2002). Utilizamos o intervalo de uma semana para que o tempo entre uma aplicação e outra fosse o suficiente para que não houvesse muita evolução na idade gestacional, tentando evitar adaptações na vida sexual devidas à evolução da gestação. Entende-se, todavia, que o fato de as gestantes terem respondido o questionário no teste pode tê-las estimulado a

diversificar sua prática sexual na semana seguinte e isso pode ter influenciado nas respostas do re-teste.

Uma vez que o QS_XG é um instrumento que contém escalas de diversas naturezas, não foi possível avaliar a confiabilidade interna do instrumento. Em relação à confiabilidade externa (fidedignidade) o QS_XG mostrou tanto nos itens quantitativos quanto nos categóricos uma boa reprodutibilidade em relação ao teste e re-teste. A maioria das correlações encontradas entre o teste e re-teste foi maior que 0,7; o que significa ser uma correlação forte (DANCEY e REIDY, 2006). E a confiabilidade inter-avaliadores não foi analisada porque a intenção do questionário é que ele seja auto-administrado.

Os itens “o quanto o sexo é importante na sua vida” e “o quanto já fez sexo com estranho” obtiveram valores de correlação do teste para o re-teste menores que 0,7. Esta diferença para o primeiro item talvez seja devida ao nível de subjetividade da pergunta que está diretamente relacionada a como a gestante se sente psicologicamente no momento em que se auto-avalia. Já a diferença para a segunda pergunta, provavelmente, deva-se pelo nível de privacidade que a envolve, que numa situação de re-afirmação, isto é, falar mais de uma vez sobre um comportamento constrangedor pode ter levado algumas participantes a subestimarem o número de parceiros sexuais estranhos em suas vidas.

Em relação à confiabilidade do instrumento a partir das diferentes escolaridades, observou-se que o nível de escolaridade teve uma pequena interferência na reprodutibilidade dos dados de forma a influenciar apenas alguns itens do questionário. Tal situação talvez seja explicada pela melhor capacidade de memória das mulheres com mais escolaridade, as quais conseguem reter pelo período de uma semana os mesmos parâmetros e referências utilizados para responder cada questão.

A pequena inconstância do posicionamento das participantes sobre algumas práticas sexuais e o conceito do que é sexo reflete-se em outros estudos (KINSEY, POMEROY, MARTIN e GEBHARD, 1953; CARDOSO, 2007), pois, para muitas pessoas sexo é a apenas a penetração pênis – vagina entre um homem e uma mulher. E as preliminares do sexo ou até mesmo outras práticas mais exóticas podem não ser consideradas sexo de verdade, mas sim brincadeiras ou formas alternativas de não se fazer o sexo, por exemplo, a prática de penetração anal para se preservar a virgindade das mulheres.

5.1.2 Estudo transversal - A sexualidade da gestante sedentária e da ativa fisicamente durante a gestação

Apenas 30% das gestantes do nosso estudo praticavam atividade física naquele período avaliado. Infelizmente, não estudamos a relação entre prática de atividade física e saúde da gestante. Todavia, essa relação já foi bem documentada pela literatura que aponta os benefícios da atividade física durante a gestação na prevenção e controle de várias doenças (ACOG, 2002; BROWN, 2002; SCHLÜSSEL *et al*, 2008).

Observamos que, em geral, as mulheres gestantes ativas fisicamente eram mais satisfeitas sexualmente, gostavam mais de sexo e tinham orgasmos com mais frequência que as sedentárias. Encontramos apenas um estudo com gestantes que relacionasse atividade física e atividade sexual no terceiro trimestre gestacional. Neste, foi encontrada correlação positiva entre os níveis de atividade física e os níveis de atividade sexual, segundo os autores as mulheres que se sentem confortáveis em manter um estilo de vida ativo fisicamente também se sentem confortáveis para continuar com a atividade sexual (FOX *et al.*, 2008).

As pesquisas indicam que o exercício físico aumenta a frequência e a satisfação sexual (WHITE *et al*, 1990; FRAUMAN, 1982; GERBER *et al*, 2005). Isso talvez ocorra porque o exercício e o “estar em forma” proporcionado pelo exercício aumentam a atratividade física e os níveis de energia fazendo essas mulheres sentirem-se melhor fisicamente e mais desejadas (PENHOLLOW e YOUNG, 2004; RICHMAN e SHAFFER, 2000).

A satisfação sexual é um aspecto importante a se considerar no período da gravidez, uma vez que reflete indiretamente o bem-estar materno. Observamos que as mulheres ativas fisicamente durante a gestação apresentaram-se mais satisfeitas sexualmente que as sedentárias ($p < 0,05$). Os resultados de um estudo qualitativo realizado em Taiwan apontam que experiências sexualmente satisfatórias são um componente que pode contribuir para um bom ajuste da gestante associado ao parto e a maternidade (LEE, 2002).

Dessa forma, a atividade física parece proporcionar vantagens no aspecto emocional das gestantes que são ativas fisicamente. De acordo com Schulussel *et al.* (2008) ela ajuda a gestante

a se sentir mais autoconfiante e satisfeita com sua aparência física, melhorando a auto-estima e reduzindo os riscos de depressão pós-parto. A satisfação com o corpo deve mediar essa relação entre exercício físico e auto-estima (VEALEY, 1992). Já foi reportado que o exercício moderado melhora o humor, o bem-estar, a percepção de controle (BROWN e LAWTON, 1986) e a percepção corporal (KAVUSSANU & MCAULEY, 1995; RAO e OVERMAN, 1986).

5.2 ESTUDO LONGITUDINAL

5.2.1 A sexualidade da mulher na gestação

5.2.1.1 Comportamento sexual na gestação

Avaliou-se a partir de duas perguntas controle do questionário (número de parceiros sexuais e o quanto já fez sexo com pessoa estranha ou pouco conhecida) se as participantes do estudo poderiam ser consideradas mais conservadoras ou liberais sexualmente. Encontrou-se que a maioria das gestantes do nosso estudo possui um comportamento sexual que pode ser considerado como mais conservador porque 71,4% nunca fez sexo com pessoa estranha ou pouco conhecida, enquanto que 28,6% raramente tiveram relações sexuais com pessoa estranha ou pouco conhecida; e apenas duas participantes (14,2%) tiveram mais que 10 parceiros sexuais, enquanto que 12 gestantes (85,8%) tiveram menos de cinco parceiros sexuais. Em contrapartida, um estudo que avaliou gestantes chinesas observou que o comportamento sexual destas pode ser considerado, a partir do aspecto número de parceiros sexuais, ainda mais conservador, pois 73,3% das mulheres tiveram apenas um parceiro sexual e as demais tiveram menos de seis parceiros sexuais (HAINES *et al.*, 1996).

Frequência sexual

Todas as participantes desse estudo tiveram relações sexuais durante todos os períodos da gestação. Infelizmente, não foi controlado quanto tempo antes do parto elas pararam de ter relações sexuais. Por outro lado, foi reportado que cerca de 10% das gestantes ficam abstinentes ao coito quando a gravidez é confirmada (VON SYDOW, 1999). E mais de um terço das chinesas pararam o intercurso vaginal na gestação, sendo que 44.4% destas apresentaram abstinência ao coito no primeiro trimestre, 33.7% no segundo e 50% no terceiro trimestre (FOK *et al*, 2005). Outro estudo longitudinal realizado na Malásia identificou que de 200 mulheres no período a termo (depois de 36 semanas de gestação) 84 ficaram em abstinência sexual e 116 (58%) ficaram ativas sexualmente nesse período (TAN *et al*, 2006).

As mulheres brasileiras desse estudo apresentaram frequências sexuais antes da gestação superiores às africanas, sendo que 100% das brasileiras e apenas 67% das africanas do estudo de Adeyemi *et al*. (2005) apresentavam uma frequência de uma ou mais vezes por semana.

E, durante a gestação, a maioria das participantes tinha relações sexuais uma ou duas vezes por semana. Já Alonso *et al*. (2004), avaliando 140 gestantes colombianas no segundo e terceiro trimestres da gestação, encontraram que a maioria destas (55%) tinha relações sexuais de duas a três vezes por semana, enquanto que 34,3% tinham relações de zero a uma vez por semana e 10,7% de mais de quatro vezes por semana. Além disso, numa pesquisa com mulheres nigerianas, a frequência média de intercurso sexual na gestação foi de 1,5 vezes por semana (ADINMA, 1995). E das participantes de um estudo realizado na Turquia, 70% tiveram intercurso sexual de uma a quatro vezes por semana no primeiro trimestre, 61,3% no segundo e 32% no terceiro trimestre (GOKYILDIZ E BEJI, 2005). Dessa forma, observa-se que as mulheres dos diferentes países aqui descritos mantêm frequências sexuais similares durante o período da gestação.

No presente estudo, de uma forma geral, observou-se que a frequência sexual tende a diminuir com o avançar da gestação como em outros estudos (SOLBERG *et al.*, 1973; REAMY *et al.*, 1982; HAINES *et al*, 1996; BARTELLAS *et al.*, 2000; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; ALONSO ET AL, 2004; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).

Contudo, observou-se que os primeiro e terceiro trimestres foram os períodos em que a

freqüência sexual mais reduziu e de forma significativa estatisticamente se comparada ao período antes da gestação ($Z=-2,7$ e $p=0,007$ para o primeiro trimestre; $Z=-2,8$ e $p=0,005$ para o terceiro trimestre). Isso veio ao encontro dos dados já reportados por Uwapusitanon e Choobun (2004) sobre mulheres da Tailândia e por Haines *et al.* (1996) sobre mulheres da China. Os primeiros observaram que a freqüência sexual reduz durante a gestação com um marcante declínio de antes da gestação para o primeiro trimestre ($p<0,001$). E os segundos constataram que há um significativo declínio da atividade sexual no primeiro trimestre da gestação comparado com o período anterior a gestação ($p=0,000$) e partir daí a freqüência sexual continua a cair com significativa redução do primeiro para o segundo trimestres ($p=0,035$) e do segundo para o terceiro trimestres ($p=0,000$).

Essa redução significativa da freqüência sexual somente nestes períodos (de antes da gestação para os primeiro e terceiro trimestres) pode ter acontecido porque no primeiro trimestre é comum a presença de enjôos e medo de perder o bebê e no terceiro trimestre porque as alterações do corpo da mulher em preparação para o parto dificultam a prática das relações sexuais (BARACHO, 2000; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004). Um estudo que avaliou especificamente os fatores que afetaram a freqüência sexual constatou que no primeiro trimestre o que mais influenciou a freqüência sexual foram as náuseas e no terceiro trimestre foram o grande abdome, o corpo pouco atrativo fisicamente e a insônia (SHOJAA *et al.*, 2008). De acordo com Byrne e Kelley (1986) algumas características emocionais das relações heterossexuais (intimidade e satisfação) estão positivamente correlacionadas com a freqüência sexual (BYRNE e KELLEY, 1986).

Práticas sexuais

A prática de penetração vaginal foi a mais utilizada em todos os períodos. A maioria das práticas sexuais alternativas a ela não se alterou significativamente ao longo da gestação, exceto as práticas de cunilingus e sexo oral mútuo. Contrariamente, foi descrito previamente em estudos feitos no Brasil que as práticas sexuais alternativas ao coito vaginal diminuiriam no decorrer da gestação (LAZAR, 2002; SACOMORI e CARDOSO, 2008). Pode ser que os resultados de nosso

estudo tenham diferido da literatura pelo reduzido número de participantes.

Nenhuma das gestantes referiu utilizar ou ter utilizado vibradores. De fato, o uso de acessórios como vibradores não é aconselhável durante a gestação porque a gestante está mais suscetível a infecções (POLOMENO, 2000).

Nesse estudo, verificamos que algumas práticas como a masturbação e ser masturbada (o) tiveram sua frequência de utilização aumentada com a gestação, enquanto que as práticas de sexo oral tiveram sua frequência diminuída. Esse aumento encontrado no uso da prática da masturbação pode estar relacionado com o aumento da necessidade de intimidade, toques e carícias já que o interesse da mulher em carinho permanece igual ou aumenta durante a gestação (VON SYDOW, 1999).

Masturbação

Em relação à prática da masturbação, somente 16-20% das mulheres gestantes relataram que já haviam se masturbado antes da gestação (VON SYDOW, 1999). Nosso estudo encontrou que apenas uma participante (7,1%) tinha o costume de masturbar-se no período anterior a gestação, o que não quer dizer que as outras participantes nunca haviam se masturbado, apesar de muitas terem altos níveis de escolaridade. Reconhecemos que o número reduzido de participantes de nosso estudo pode ter limitado essa informação.

Já durante a gestação, Von Sydow (1999) encontrou uma variação de 8-31% de mulheres que se masturbavam, Bartellas *et al.* (2000) no Canadá encontraram 31%, Shojaa *et al.*, (2008) no Irã encontraram 6% e nosso estudo observou 7,1% no primeiro trimestre, 21,4% no segundo e 21,4% no terceiro trimestre.

Em nosso estudo 42,9% das participantes praticavam masturbação mútua antes da gestação, 42,9% no primeiro trimestre, 50% no segundo e 35,7% no terceiro trimestre. Em outro estudo retrospectivo realizado no Brasil obteve-se uma porcentagem pouco inferior ao deste estudo: 27,5% antes da gestação, 25,4% nos primeiro e segundo trimestres e 22,8% no terceiro trimestre (SACOMORI e CARDOSO, 2008). E, antes da gestação, 44-75% dos casais europeus e americanos praticavam masturbação mútua (VON SYDOW, 1999). Assim, em relação à prática de masturbação mútua temos dados similares a países desenvolvidos.

Masturbação de acordo com a definição de Kinsey (1948) trata-se da auto-estimulação

deliberada procurando por prazer sexual. A masturbação pode estar relacionada à diversidade cultural ou aos níveis de escolaridade (CARDOSO, 2008). Segundo Michael, Gagnon, Laumann e Kolata (1994), os efeitos da escolaridade sobre a frequência da masturbação e preliminares sexuais ainda persistem, isto é, pessoas mais educadas se masturbam mais.

Como a prática da masturbação tem sido associada a um maior conhecimento corporal e das zonas prazerosas, ela pode atuar positivamente na melhora da qualidade de vida sexual das pessoas (MASTERS, JOHNSON E KOLODNY, 1994). Assim, durante a gestação, período em que há intensa ação hormonal e alterações adaptativas atuando no corpo da gestante, a prática da masturbação pode ser benéfica.

Felação e Cunilingus

Bartellas *et al.* (2000) encontraram uma porcentagem de realização de sexo oral durante a gestação de 55%. Por outro lado um estudo realizado na China verificou uma porcentagem de sexo oral de 0% antes da gestação e no primeiro trimestre, e de 1,1% no segundo e terceiro trimestres (HAINES *et al.*, 1996). Entretanto, nestes dois estudos não foi especificado quem recebia e quem praticava o sexo oral - se cunilingus ou felação.

Observou-se que as práticas de sexo oral (cunilingus, felação e sexo oral mútuo) foram progressivamente menos utilizadas ao longo da gestação, o que já havia sido descrito em outros estudos (LAZAR, 2002; SACOMORI e CARDOSO, 2008). Além disso, observamos que as práticas de cunilingus e sexo oral mútuo apresentaram redução significativa estatisticamente nestes períodos, o que vem ao encontro dos resultados apresentados previamente (SACOMORI e CARDOSO, 2008). De acordo com Polomeno (2000), a felação e o cunilingus podem continuar durante a gestação; mas o homem poderá achar que a secreção vaginal está com um sabor diferente, mais metálico ou salgado.

Sexo anal

Antes da gestação, apenas 21,4% das gestantes brasileiras aqui estudadas praticavam sexo anal e, durante a gestação, esses índices caíram para 14,3% no primeiro e no segundo trimestres e 7,1% no terceiro trimestre. No estudo de Fok *et al.* (2005), com 298 mulheres chinesas, foi verificado que o sexo anal não é uma prática comum entre as mesmas e que essa atividade pára

completamente durante a gestação. Todavia, a porcentagem de mulheres canadenses que praticaram sexo anal durante a gestação foi de 7% (BARTELLAS *et al.*, 2000) e de 4% para as mulheres iranianas (SHOJAA *et al.*, 2008); enquanto Von Sydow (1999) encontrou uma variação de 1-13% nessa prática durante a gestação. Desse modo, os resultados desse estudo foram similares aos resultados do estudo com mulheres canadenses e da revisão criteriosa de literatura e mantendo-se superior aos índices das mulheres chinesas, o que nos leva a perceber que o fator cultural parece ser o que mais influência na prática de sexo anal durante a gestação.

Posições utilizadas durante as práticas sexuais

Utilizamos neste estudo uma classificação das posições sexuais descritas na ótica do movimento humano por Sacomori e Cardoso (2009) de acordo com três aspectos hierárquicos. O primeiro diz respeito à posição entre os parceiros considerando contato físico ventral ou dorsal (face a face ou posição de conchinha); o segundo considera os níveis entre os parceiros – se em cima ou embaixo (posições assimétricas) ou lado-a-lado (posições simétricas). E o terceiro referente à postura corporal dos parceiros (em pé, sentado, deitado, de joelhos ou “de quatro”).

As posições sexuais 3 (homem de joelhos por cima e mulher de quatro), 4 (de conchinha, lado a lado, deitados), 5 (face a face, mulher deitada de costas e homem de lado) e 7 (de conchinha, mulher em cima, sentados) foram as que menos variaram ao longo da gestação, tendo um pequeno declínio em suas proporções de realização. As três primeiras posições são as mais indicadas para gestantes porque são mais confortáveis e deixam a barriga livre, sem compressão (VON SYDOW, 1999; POLOMENO, 2000; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004).

Enquanto isso, as posições sexuais 1 (face a face, homem por cima, deitados), 2 (de conchinha, homem por cima, deitados), 6 (face a face, mulher em cima, sentados), 8 (face a face, mulher por cima sentada e homem deitado) e 9 (de conchinha, mulher por cima sentada e homem deitado de costas) tiveram um declínio gradual e significativo estatisticamente nas suas proporções de utilização ao longo da gestação. Isso implica que, de fato, há uma adaptação quanto às posições que as gestantes e seus parceiros utilizam durante a atividade sexual, as quais decorrem das alterações físicas adaptativas do corpo da gestante para o natural desenvolvimento

do feto e para permitir que o parto ocorra.

Em todos os períodos da gestação, as posições mais adotadas para a atividade sexual foram a posição 1 (face a face, homem por cima, deitados) e a posição 4 (de conchinha, lado a lado, deitados). Tanto a posição 1 como a 4 são posições que permitem que haja um contato do olhar entre os parceiros, possibilitando uma relação de mais carinho e intimidade. E ainda, segundo Greeff e Malherbe (2001), a intimidade que na maioria das vezes é buscada nas relações maritais apresenta correlações positivas com o nível de satisfação marital.

No terceiro trimestre a posição mais freqüente foi a 4 (de conchinha, lado a lado, deitados = 78,6%), seguido da posição 1 (face a face, homem por cima, deitados = 57,1%) e da 5 (face a face, mulher deitada de costas e homem de lado = 42,9%). Durante o terceiro trimestre da gestação, à medida que a cintura se alarga, o sexo frontal se torna cada vez mais desconfortável; assim, se a gestante se sentir disposta para o ato sexual, deve encontrar a posição mais confortável (FERNÁNDEZ, 1988). A partir do segundo trimestre ocorre mudança na posição de coito vaginal, quando a posição do homem superior à mulher cede lugar à posição lado a lado (LAZAR, 2002; POLOMENO, 2000; UWAPUSITANON e CHOUBUN, 2004).

Apesar da posição 1 (face a face, homem por cima, deitados) não ser muito indicada no final da gestação, pois a barriga comprime a artéria aorta e prejudica o fluxo sanguíneo para a região pélvica e membros inferiores (O'CONNOR e GOURLEY, 1990), ela foi utilizada por 57,1% das participantes neste período. Alonso et al. (2004) também encontraram que esta posição foi a mais freqüente no terceiro trimestre. Acredita-se que a posição 1 seja a mais adotada pelos parceiros heterossexuais em todo o mundo (BANCROFT, 1989; GAGNON e SIMON, 2005).

Iniciativa sexual

A iniciativa da relação sexual tomada igualmente pelos parceiros (homem e mulher) mostrou-se mais freqüente em todos os períodos avaliados. Entretanto, outros estudos encontraram que era o homem quem mais tomava iniciativa tanto antes como no decorrer da gestação (ADINMA, 1995; VON SYDOW, 1999; LAZAR, 2002; SHOJAA *et al.*, 2008). E ainda, outros dois estudos encontraram que a iniciativa sexual antes da gestação era mais tomada

igualmente pelos esposos, enquanto que durante a gestação principalmente pelo homem (GOKYILDIZ e BEJI, 2005; SACOMORI e CARDOSO, 2009).

Constatou-se que não houve diferença significativa estatisticamente entre os períodos estudados em relação a quem tomava iniciativa para a atividade sexual ($\chi^2 = 1,6$, $gl = 3$, $p = .659$). Esse achado difere do de Gokyildiz e Beji (2005), os quais encontraram diferenças significativas entre antes da gestação e o primeiro trimestre, entre segundo e terceiro trimestres, e entre o primeiro e terceiro trimestres (primeiro trimestre–terceiro trimestre, $z = 2,7786$, $p = 0,0055$, segundo trimestre–terceiro trimestre, $z = 2,4266$, $p = 0,0152$).

De certa forma, a iniciativa sexual tomada pelos parceiros na mesma proporção, em nosso estudo, reflete mais uma vez um bom nível de intimidade entre ambos. Apesar de tudo, sabe-se que estratégia utilizada pelas mulheres para tomar a iniciativa sexual é diferente da dos homens porque as mulheres tendem a mostrar a iniciativa para a atividade sexual indiretamente através de um gesto físico que possa comunicar seu interesse pelo parceiro, por exemplo, em certos tipos de dança ou indo para a cama nua (BARBACH e LEVINE, 2000; LOEWEN, 1975). Geralmente, as sociedades em que as mulheres exercem um grande poder tendem a permitir que estas tomem iniciativa para o sexo (BANCROFT, 1989).

É importante ressaltar que a opinião dos parceiros sexuais – homens - não foi consultada, isto é, os dados são oriundos da interpretação que as gestantes fizeram do nível de iniciativa delas e de seus companheiros.

Conversa sobre sexualidade com profissional da área da saúde

Observou-se que 57,1% das gestantes conversaram sobre sexualidade com profissionais da área da saúde antes da gestação, 71,4% no primeiro trimestre, 64,3% no segundo e 71,4 % no terceiro. Por outro lado, somente 29% das gestantes no Canadá (BARTELLAS *et al.*, 2000) e 9,4% na China (FOK *et al.*, 2005) discutiram sobre a prática de atividade sexual na gestação com seus médicos ou profissionais de atenção à saúde. Isso contrasta com a porcentagem de mulheres que receberam informações a respeito da sexualidade na gestação dos profissionais da saúde no estudo realizado na Tailândia, onde 62% das mulheres receberam algum tipo de informação

(SENKUMWONG *et al.*, 2006). Cabe ressaltar que os estudos que obtiveram menores proporções de conversa sobre sexualidade na gestação são mais antigos em relação aos que obtiveram porcentagens maiores.

De qualquer forma, o casal pode se beneficiar ao discutir sobre sexualidade na gestação com um profissional da área da saúde (ALTENEDER e HARTXELL, 1997; VON SYDOW, 1999; POLOMENO, 2000).

Realização de atividades sexuais preliminares

Nesse estudo, a porcentagem de mulheres que tinham como hábito realizar atividades preliminares antes da atividade sexual pouco se alterou com o passar da gestação. Estas atividades eram realizadas numa alta frequência pelas participantes (na maioria das vezes ou sempre). Da mesma forma, foi relatado que 79% das gestantes de um estudo canadense praticavam atividades preliminares durante a gestação (BARTELLAS *et al.*, 2000). Já Gokyildiz e Beji (2005) avaliaram a duração média dessas atividades em gestantes da Turquia e observaram que a duração média das atividades preliminares reduziu significativamente com o progresso da gestação (primeiro para o terceiro trimestre, $z=2,6$, $p=0,009$ e do segundo para o terceiro trimestre $z=2,4$, $p=0,017$).

Considera-se que as atividades sexuais preliminares (beijos, abraços, mensagens verbais, linguagem corporal, roupas friccionando a região genital, no banho, estímulos visuais) são importante porque são motivos que facilitam a excitação sexual (aumento do fluxo sangüíneo e lubrificação) (MASTERS, JOHNSON e KOLODNY, 1985).

Não obtivemos associação entre escolaridade e realização de atividades preliminares. No entanto, Kinsey (1948, 1953) já havia constatado que a escolaridade exerce influência na realização de preliminares, pois as pessoas com menos escolaridade são mais diretas em termos de sexo concentrando-se mais na penetração pênis – vagina. Pode ser que essa constatação não tenha sido evidenciada em nossos dados devido ao reduzido número de sujeitos, o que limita a variabilidade dos dados.

Função sexual

A função sexual envolve uma série integrada de processos fisiológicos com complicados controles centrais e periféricos (LEVIN e RILEY, 2007) e a experiência subjetiva de excitação sexual e como excitado ou envolvido alguém fica durante a atividade sexual (POORMAN, 1987). Este componente, considerado como mais fisiológico da sexualidade, também sofreu adaptações com a gestação.

Desejo sexual

Observou-se um declínio gradual nas médias da intensidade do desejo sexual ($F(3) = 9,24$, com $p = 0,001$) e o tamanho de efeito global de 0,416 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 42% da variação do desejo sexual pode ser creditada ao período gestacional. As comparações emparelhadas demonstraram que houve diferença significativa nas médias de desejo sexual, $p = 0,013$, apenas entre antes da gestação e o terceiro trimestre.

Entretanto, enquanto avaliamos somente a intensidade do desejo sexual através de uma escala numérica de 0 a 10 (0= nada e 10 = muito), os outros estudos avaliaram apenas a frequência do desejo sexual. Assim, segundo Masters e Johnson (1984) e Reamy (1982) ocorre um aumento do desejo sexual no segundo trimestre da gestação em relação ao primeiro trimestre. Mas, outros estudos mais recentes referem que há diminuição significativa estatisticamente da frequência do desejo sexual com o avançar da gestação (BARTELLAS *et al.*, 2000; DE JUDICIBUS e MCCABE, 2002; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).

O desejo ou interesse sexual envolve a frequência com que a pessoa quer ter atividade sexual, o que não implica sua habilidade para isso ou a resposta experimentada durante a atividade sexual (POORMAN, 1987). No entanto, é difícil avaliar o desejo sexual porque não existe medida para o desejo, *per se*, restando alternativas que medem a cognição sexual ou variáveis que o substituem (ANDERSEN e CYRANOWSKI, 1995). O desejo sexual é inerentemente instável e anárquico (GAGNON e SIMON, 2005) e, por isso, de difícil

mensuração.

Excitação sexual

Nossos resultados demonstram que a intensidade da excitação sexual diminui de forma significativa estatisticamente durante a gestação ($F(2,47) = 8,27$, com $p = 0,001$), sendo que o tamanho de efeito global de 0,389 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 40% da variação da excitação sexual pode ser creditada ao período gestacional. Outros autores também encontraram diminuição significativa da excitação sexual com a gestação (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004).

Pode-se perceber também resultados semelhantes sobre desejo sexual e excitação sexual nesse estudo, o que leva a pensar sobre uma grande correlação entre estas duas variáveis da pesquisa ou a uma não diferenciação das mesmas por parte das participantes do estudo.

Lubrificação vaginal

Observou-se que houve um declínio gradual e significativo nas médias da intensidade da lubrificação vaginal com o progresso da gestação ($F(2,19) = 6,04$, com $p = 0,005$), sendo que cerca de 32% da variação da lubrificação vaginal pode ser creditada ao período gestacional.

A literatura nos diz que ocorre o contrário com a gestação, pois no fim do primeiro trimestre todas as mulheres estudadas, através do método de observação e mensuração direta, apresentaram um nítido aumento na produção da lubrificação vaginal que continuou durante a gravidez (MASTERS E JOHNSON, 1984). A lubrificação vaginal geralmente está intensificada na gestação, o que em grande parte é resultado da vasocongestão genital intensificada durante a fase de excitação (VON SYDOW, 1999). Talvez essa diferença se deva ao fato de que nosso estudo mostrou a percepção que as mulheres tem de sua lubrificação ao longo da gestação enquanto que os outros autores basearam-se em mensurações diretas para avaliar a quantidade de secreções. E, nem sempre, o que é percebido é igual ao real.

Orgasmo

A freqüência de orgasmos diminuiu significativamente com o avançar da gestação ($\chi^2 = 13,74$; $gl = 3$; $p = 0,003$), como já descrito em outros estudos (HAINES *et al.*, 1996; UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; FOK *et al.*, 2005).

Avaliando a percepção da intensidade do orgasmo através de uma escala numérica de 0 a 10, constatamos que esta também diminuiu de forma gradual e significativa ao longo da gestação ($F(1,99) = 3,80$, com $p = 0,036$). O tamanho de efeito global de 0,226 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 22% da variação da intensidade do orgasmo pode ser creditada ao período gestacional. Não encontramos nenhum estudo que tivesse investigado a percepção da mulher quanto à intensidade do seu orgasmo utilizando-se de uma escala numérica para graduação dessa intensidade.

Segundo Von Sydow (1999), apesar de muitos estudos terem investigado o orgasmo durante a gestação, os resultados ainda são contraditórios e não está claro em que extensão as mudanças nas reações fisiológicas da mulher ou uma repressão ativa do orgasmo pela mulher para proteger o bebê podem influenciar a variação do orgasmo feminino na gestação.

Comparando as médias da idade que as participantes tiveram/reconheceram o primeiro orgasmo ($19,43 \pm 2,41$ anos) e a idade da primeira relação sexual ($17,64 \pm 2,44$ anos), observa-se que a experiência orgásmica iniciou cerca de dois anos após a primeira relação sexual. Tal situação talvez tenha ocorrido em função do pouco conhecimento íntimo das participantes que, geralmente, não se tocam ou se masturbam e iniciam a sua vida sexual conduzidas pelos seus parceiros (SANTA INEZ, 1983). Esta falta de independência em relação a atingir o seu próprio orgasmo, pode ser vencida com a experiência conjugal com um companheiro mais liberal e com a orientação para outros valores morais.

Dispareunia

A dispareunia, dor durante a atividade sexual, esteve presente numa freqüência de “às vezes” antes da gestação (57,1%), nos primeiro (71,4%), segundo (78,6%) e terceiro (92,9%)

trimestres. A maioria das mulheres que diziam que tinham dispareunia numa frequência de “às vezes” observaram que a dor ocorria somente em algumas posições sexuais específicas. Infelizmente, não questionamos quais eram essas posições.

O coito durante a gestação foi reportado como sempre dolorido por 22,7% das gestantes africanas de uma pesquisa (ADINMA, 1995) e 33% das gestantes de um estudo no Irã referiram que a dispareunia aumentou durante a gestação (SHOJAA et al, 2008). Já Von Sydow (1999) reportou que a dispareunia esteve presente nos estudos sobre sexualidade na gestação variando de 22-50%. Ainda, mais especificamente em cada período gestacional, Gokyildiz e Beji (2005) encontraram que 10,6% das mulheres experimentaram dor durante o coito no primeiro trimestre, 13,3% no segundo trimestre e 17,4% no terceiro trimestre.

Nossos resultados quanto à frequência de dispareunia foram superiores aos outros estudos porque apareceram na frequência “às vezes” e foram dependentes da posição sexual utilizada, enquanto os outros estudos avaliavam a presença ou não de dor durante a relação sexual. Segundo Schultz *et al.* (2005), sofrer de episódios de dispareunia é relativamente comum e aproximadamente 15% das mulheres apresentam dispareunia crônica, a qual é pouco compreendida e muito dificilmente curada.

5.2.1.3 Componentes simbólicos da sexualidade

Como as gestantes percebem aspectos de sua sexualidade também sofreu variação com a gestação. Os dados a esse respeito estão discutidos a seguir:

Importância da atividade sexual

Com o avançar da gestação a importância atribuída ao sexo foi diminuindo ($\chi^2 = 9,06$, gl = 3, $p = 0,029$), e as maiores reduções foram nos primeiro e terceiro trimestres gestacionais. Trutnovsky *et al.* (2006), na Áustria, utilizaram a mesma escala de medida (de 0 a 10 pontos) e também observaram que houve uma redução do valor atribuído para a importância da atividade

sexual de antes da gestação para o início da gestação ($p < 0,001$) e do começo para o final da gestação ($p = 0,047$). Assim, supõe-se que os fatores inerentes da gestação, como o início do contato com o bebê ainda no ventre e as adaptações do papel social do casal para futuros pais fazem com que o sexo seja considerado menos importante nesse período pela mulher gestante.

Gosto pela atividade sexual

Antes da gestação, a maioria das participantes referia que “gostavam muito” da atividade sexual e na gestação que “gostavam” ou “gostavam pouco”. As maiores reduções em relação ao “gosto pela atividade sexual” foram nos primeiro e terceiro trimestres gestacionais; houve diferença significativa estatisticamente entre pelo menos dois dos períodos avaliados ($\chi^2 = 8,31$, $gl = 3$, $p = 0,040$). Não encontramos estudo que tivesse avaliado se as gestantes gostavam ou não da atividade sexual. Porém, esta diminuição do gosto pela atividade sexual marcadamente nos primeiro e terceiro trimestres são coerentes com as alterações do desejo sexual.

Satisfação sexual

Houve diferença significativa nas médias de satisfação sexual entre antes da gestação e terceiro trimestre e entre os segundo e terceiro trimestres ($F(2,61) = 8,34$, com $p < 0,001$). O tamanho de efeito global de 0,391 (η^2 parcial) mostrou que aproximadamente 40% da variação da satisfação sexual pode ser creditada ao período gestacional. De acordo com outros autores a satisfação sexual apresenta um declínio significativo estatisticamente de antes da gestação para a gestação (UWAPUSITANON e CHOOBUN, 2004; GOKYILDIZ e BEJI, 2005).

Segundo Lee (2002), as experiências sexualmente satisfatórias são um componente que pode contribuir para um bom ajuste da gestante associado ao parto e a maternidade.

Como considera a vida sexual

A variável “como considera a vida sexual: muito ruim, ruim, regular, boa ou excelente” aqui descrita como parte do simbólico é uma auto-avaliação sobre a vida sexual, podendo ser considerada como uma medida indireta da satisfação sexual.

Constatou-se que houve uma redução significativa estatisticamente nessa auto-avaliação da vida sexual com o avançar da gestação ($\chi^2 = 10,23$, $gl=3$, $p=0,017$), com um declínio mais acentuado nos primeiro e terceiro trimestres. Não encontramos na literatura referência sobre a auto-avaliação da vida sexual em gestantes. Entretanto, consta-te que essa variável apresentou padrões ao longo da gestação similares aos das variáveis satisfação e desejo sexual.

Frequência da disposição para ter atividade sexual

Conforme a percepção das gestantes, eram os parceiros que apresentavam mais disposição (vontade) para ter atividade sexual. Enquanto a frequência da disposição das gestantes reduzia gradualmente e significativamente com o passar da gestação ($\chi^2 = 12,74$, $gl=3$, $p=0,005$), a frequência da disposição percebida dos parceiros pouco se alterava do ponto de vista estatístico ($\chi^2 = 5,08$, $gl=3$, $p=0,166$).

Também não foi encontrada referência na literatura sobre a disposição para ter atividade sexual na gestação. Porém, sabe-se que homens e mulheres tendem a ter diferentes padrões de motivação para a atividade sexual, particularmente no contexto de relacionamento longos e estáveis. Existem evidências de que homens e mulheres apresentam níveis de necessidades sexuais similares, mas os homens estão mais propícios a apresentarem urgência espontânea e consistente para ter atividade sexual; enquanto para as mulheres o sentimento em relação a um parceiro tende a ser mais relevante para o desejo sexual (HILLER, 2005). Por isso, compreende-se que essa percepção das mulheres quanto à disposição maior do parceiro para ter atividade sexual deva-se a essa diferença entre homens e mulheres, na forma específica de manifestar a motivação sexual.

Práticas sexuais prazerosas

Observou-se que a prática sexual considerada mais prazerosa, em todos os períodos da gestação foi a penetração vaginal. Com a gestação houve pouca variação nas porcentagens de cada prática considerada prazerosa. Também não se encontrou estudo sobre esse item.

Bozon (2003, p.150) ao analisar os inquéritos sobre a vida sexual dos franceses, constatou que *“as mulheres, um pouco mais que os homens consideravam a penetração como um elemento indispensável da relação sexual (65% contra 69%)”*. Coincidindo com este achado, Heilborn et al (2006), em seu estudo com trajetórias sexuais de jovens brasileiros, constataram que o intercurso vaginal permanece soberano, o que eles denominaram de hegemonia da penetração vaginal como prática sexual.

No entanto vários estudos, entre eles o de Garcia (2007) apontam que para a grande maioria das mulheres, esta prática não é satisfatória. Talvez o fato de neste estudo a prática sexual considerada mais prazerosa, se deva ao aspecto simbólico da mesma pois como afirma Bozon (2003) *“o valor da penetração deve-se, provavelmente, ao fato de que ela é a manifestação mais concreta do laço de aproximação dos parceiros na ocasião do encontro”*.

5.2.2 Comparação entre desenhos prospectivo e retrospectivo

Obtiveram-se valores de correlação entre as medidas prospectivas e retrospectivas para os itens quantitativos e categóricos do questionário. Com relação aos itens quantitativos, nos primeiro, segundo e terceiro trimestres houve um bom grau de concordância entre as respostas nas duas medidas para a grande maioria dos itens, os quais apresentavam correlações maiores que 0,5. Porém, para o período antes da gestação houve menos concordância nesses itens, pois 5 das 13 variáveis relativas àquele período apresentaram correlações menores que 0,5. Esse valor de referência para correlação entre método de avaliação em tempo real e retrospectivo também foi utilizado em estudo prévio (SHIFFMAN *et al*, 1997).

Desse modo, a memória das participantes pareceu afetar a concordância dos itens

quantitativos do QS_xG entre os desenhos de estudo prospectivo e retrospectivo com mais intensidade no período antes da gestação. Shiffman *et al.* (1997) encontraram que os participantes não conseguiram lembrar detalhes de um evento potencialmente importante após um período de poucos meses. Provavelmente, essa menor concordância entre os itens do questionário no período antes da gestação também possa ter acontecido, além do maior tempo a ser lembrado, porque não foi delimitado exatamente a quanto tempo antes da gestação as perguntas se referiam, pois a orientação dada foi que as gestantes respondessem sobre “antes de sua gestação atual”. Entende-se que algumas interpretariam essa questão como durante toda a sua vida sexual, outras interpretariam como os meses imediatamente precedentes a fecundação, e muitas ainda ficariam neste intervalo. Por isso, sugere-se que nas próximas utilizações do QS_xG esse período antes da gestação seja especificado como três meses antes da fecundação.

Outro estudo que comparou dados prospectivos (a partir de um fator critério) e retrospectivos numa coorte de adolescentes, acompanhados ao longo dos seus 18 anos, também demonstrou essa influência da memória na concordância dos dados (HENRY *et al.*, 1994). Os autores obtiveram que as variáveis psicossociais (relatos de estados psicológicos subjetivos e problemas de família) apresentaram os menores escores de concordância entre as medidas prospectivas e retrospectivas.

As perguntas comuns a todos os períodos da gestação: número de parceiros sexuais, idade da primeira relação sexual e idade do primeiro orgasmo apresentaram correlações fortes (>0,9) entre os desenhos prospectivo e retrospectivo. Essas perguntas são classificadas como autobiográficas porque remetem a eventos importantes da vida pessoal. Segundo Schwarz (2007), para esse tipo de pergunta quanto mais marcante for o evento (por exemplo: primeiro emprego, primeiro casamento, doença), mais facilmente os detalhes relativos a este serão lembrados.

A maioria das variáveis categóricas do QS_xG apresentou pouca concordância entre as medidas prospectivas e retrospectivas, sendo que apenas o item “práticas sexuais realiza” apresentou boa concordância entre os dois desenhos de estudo. Apesar de não ser possível determinar qual das respostas, é sensato confiar mais nos dados obtidos mais próximos do tempo real do evento (WIEDERMAN E WHITLEY, 2002). Wiederman e Whitley (2002) concluem que foi verificado que as estimativas feitas pelos diários (em tempo real) são superiores as retrospectivas, mas ainda não está claro se os instrumentos retrospectivos tendem a superestimar

ou subestimar as respostas.

O Questionário de Sexualidade na Gestação avalia basicamente a frequência e a intensidade de eventos sexuais ao longo do período gestacional utilizando como referência os trimestres gestacionais. De acordo com Schwarz (2007), os relatos retrospectivos sobre a frequência ou intensidade de alguns eventos estão sujeitos a apresentarem vieses. Enquanto os relatos de frequência dependem da memória dos sujeitos, os relatos de intensidade dependem muito pouco da memória e os sujeitos apresentam uma tendência a lembrar do pico e do final do evento (por exemplo, do evento de dor: lembra-se do momento em que a dor estava mais forte e de como terminou) e, por isso, mais fácil de apresentarem vieses (SCHWARZ, 2007).

Compreende-se que a medida prospectiva por nós avaliada também tem um caráter retrospectivo, porém com um curto intervalo de tempo a ser lembrado (três meses anteriores). Sabe-se que o ideal seria comparar a medida retrospectiva com algum fator critério; todavia, para as variáveis aqui mensuradas é muito difícil termos um critério. De acordo com Gilbert *et al.* (1998), quando se responde uma pergunta retrospectiva, os respondentes geralmente usam o seu comportamento ou opinião atual como referência e criam uma teoria implícita de si mesmos sobre quando um comportamento ou opinião passado foi similar ou diferente do presente.

Wiederman e Whitley (2002) levantam um questionamento: Qual é a concordância que esperamos ou precisamos obter entre as medidas prospectivas e as retrospectivas? Segundo os mesmos, pode ser que o alarme de alguns pesquisadores para falta de confiabilidade das medidas retrospectivas esteja calibrado com mais rigor que de outros em consequência de suas questões de pesquisa. Por exemplo, epidemiologistas que buscam criar modelos matemáticos da história natural de transmissão de uma doença sexualmente transmissível procuram um maior grau de confiabilidade nos seus dados.

Nesse sentido, Henry *et al.*, (1994) sugerem que as medidas retrospectivas devem ser usadas apenas para avaliar hipóteses de pesquisa sobre o estado relativo dos indivíduos numa distribuição e devem ser menos utilizadas para testar hipóteses que demandem precisão nas estimativas de frequência e data dos acontecimentos.

Finalmente, sugere-se que é possível utilizar o Questionário de Sexualidade na Gestação num desenho de estudo retrospectivo com relativa segurança, desde que não sejam utilizadas todas as perguntas do mesmo. Por isso, criou-se uma versão mais curta do questionário para

aplicá-lo retrospectivamente (APÊNDICE B).

6 CONCLUSÕES

As ciências do movimento humano, em especial a Fisioterapia e a Educação Física, têm um papel fundamental na promoção de exercícios controlados e adequados as necessidades da mulher gestante. Estes, inicialmente, visam melhorar o bem-estar geral e, como demonstrado nesse estudo, melhoram indiretamente a vida sexual das gestantes. Observou-se que as gestantes ativas fisicamente mostraram-se mais satisfeitas sexualmente, gostavam mais de sexo e tinham orgasmos com mais freqüência que as sedentárias. Isto posto, verifica-se que os benefícios da prática de atividade física na gestação vão muito além do condicionamento físico.

Estudar o fenômeno sexualidade na gestação requer um instrumento válido e confiável. O Questionário de Sexualidade na Gestação (QS_XG) é um instrumento claro e com conteúdo válido para mensurar as dimensões comportamental, fisiológica e simbólica do fenômeno sexualidade na gestação. O que o diferencia dos questionários já disponíveis para avaliar a sexualidade feminina é que este foi desenvolvido especificamente para a população gestante. O QS_XG mostrou-se confiável em termos de teste e re-teste e para aplicação com participantes de diferentes ethos sociais, podendo ser utilizado tanto sob a forma de questionário quanto sob a forma de entrevista.

A partir desse questionário, num desenho de estudo longitudinal, foi possível investigar a influência do período gestacional nas variáveis da sexualidade. Observou-se, no geral, que as variáveis da sexualidade tiveram suas freqüências ou intensidades diminuídas com o avançar da

gestação, em especial nos primeiro e terceiro trimestres.

As participantes do desenho de estudo longitudinal apresentaram um comportamento sexual mais conservador em relação a número de parceiros sexuais e fazer sexo com pessoas estranhas. As demais variáveis do comportamento sexual sofreram mudanças ao longo da gestação. A frequência sexual reduziu. As práticas sexuais que sofreram maiores alterações no período gestacional foram as práticas de masturbação e de sexo oral, pois enquanto durante a gestação mais mulheres passaram a praticar masturbação a prática de sexo oral foi reduzida. Há uma adaptação quanto às posições que as gestantes e seus parceiros utilizam durante a atividade sexual, sendo que as posições sexuais mais indicadas para gestantes foram as que menos variaram com o avançar da gestação. A iniciativa para a atividade sexual foi tomada em igual proporção pelas mulheres e pelos homens, segundo a percepção das gestantes.

O componente fisiológico da sexualidade também foi modificado pela gestação, de maneira que a intensidade do desejo sexual, a intensidade da excitação sexual, a intensidade da lubrificação vaginal e a frequência e intensidade do orgasmo diminuíram significativamente nos períodos avaliados.

Sobre os aspectos simbólicos, que remetem aos conceitos, valores, expectativas e fantasias atribuídos a sexualidade na gravidez, observou-se que com o avançar da gestação a importância atribuída ao sexo, o gosto pela atividade sexual, a satisfação sexual e a disposição da mulher para ter atividade sexual foram diminuindo.

Um dos pontos a ser destacado é que, para a maioria das variáveis estudadas, havia marcante declínio em suas frequências ou intensidades no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. Uma explicação plausível para isso é que no primeiro trimestre a mulher, frequentemente, sofre de enjôos e está se adaptando com o “estar grávida” e no terceiro trimestre existe o desconforto com a barriga maior e a proximidade do parto, tudo isso reduz o seu foco da sexualidade. Enquanto isso, o segundo trimestre gestacional é considerado um período mais estável em relação a esses sintomas e, por isso, período em que a vida sexual encontra-se menos prejudicada em relação aos outros períodos.

Assim, o instrumento também conseguiu mensurar importantes mudanças no decorrer da gestação. Contudo, uma das suas limitações concentra-se em avaliar somente a intensidade e não a frequência das variáveis: desejo sexual, excitação sexual e lubrificação vaginal. Outra limitação

que pode ser considerada é a investigação somente do ponto de vista da mulher gestante sem considerar o do parceiro sexual.

É de longa data o interesse em saber a validade de estudos retrospectivos para testar hipóteses referentes a variáveis da sexualidade humana. A maioria dos estudos sobre esse tema considera que os desenhos retrospectivos têm uma maior chance de apresentarem vieses em decorrência da influência da memória dos sujeitos, principalmente quando variáveis psicossociais estão em investigação. Através dos resultados desse estudo que comparou respostas prospectivas e retrospectivas de um grupo reduzido de participantes ($n = 11$), obteve-se um bom grau de concordância entre as respostas dos desenhos prospectivo e retrospectivo para a maioria dos itens quantitativos nos trimestres gestacionais; porém, para o período antes da gestação houve menos concordância. A fim de facilitar pesquisas futuras que, pela facilidade de coleta de dados, queiram utilizar um desenho retrospectivo, criou-se uma versão do questionário com perguntas consideradas seguras para serem aplicadas num desenho retrospectivo.

Compreendem-se as limitações deste estudo pelo fato de ter avaliado somente o ponto de vista da mulher gestante, sem considerar o do parceiro desta. Além disso, por ter avaliado somente a intensidade e não a frequência das variáveis desejo sexual, excitação sexual e lubrificação vaginal. Por isso, propõe-se acrescentar tais perguntas ao questionário (APÊNDICE C). Sugere-se, ainda, delimitar o período “Antes da Gestação” do QS_xG como sendo três meses antes de engravidar numa tentativa de reduzir o leque de interpretações acerca do período que se deseja investigar.

Por fim, recomenda-se que mais pesquisas sejam desenvolvidas na área das ciências do movimento humano com uma abordagem mais ampla que contemple a sexualidade. Entende-se que o estudo do movimento humano precisa compreender melhor os aspectos anatômicos, fisiológicos, mecânicos, psicológicos, sociológicos e ambientais do movimento e, conseqüentemente, a interação entre eles.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABARBANEL, A.R. Diagnosis and treatment of coital discomfort. In: LOPICCOLO J, LOPICCOLO L. **Handbook of Sex Therapy**. New York: Plenum Press, 1978.

ACHTARI, C.; DWYER, P.L. Sexual Function and Pelvic Floor Disorders. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 19, n. 6, p. 993-1008. 2005.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. **Obstetrics & Gynecology**, v. 99, n.1, p. 171-173. 2002.

ADEYEMI, A.B.; FATUSI, A.O.; MAKINDE, O.N.; OMOJUWA, I.; ASA, S.; ONWUDIEGWU, U. Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a nigerian teaching hospital. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 25, n. 8, p. 796-802. 2005.

ADINMA, J.I. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 35, n. 3, p. 290-3. 1995.

ALBRECHT, S.A. Sexual decision making regarding reproduction. In: POORMAN, Susan G. **Human Sexuality and the Nursing Process**. Norwalk: Appleton & Lange, 1998.

ALONSO, L.M.; PÉREZ, M.A.; ARIAS, C.; FIGUEROA, N.; GAMARRA, C.; MARTÍNEZ, A.; SÁNCHEZ, L.; TOSCANO, A. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia).

Salud Uninorte, v. 18, p. 8-19. 2004.

ALTENEDER, R.R.; HARTXELL, D. Addressing Couples' Sexuality Concerns During the Childbearing Period: Use of the PLISSIT Model. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 26, p. 651-658. 1997.

ANDERSEN, B.L.; CYRANOWSKI, J.M. Women's Sexuality: Behaviors, Responses, and Individual Differences. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 63, n. 6, p. 891-906. 1995.

ANDREOTTI, R.A.; OKUMA, S.S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Revista paulista de Educação Física**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66. 1999.

BACHMANN, G.A.; AVCI, D. Evaluation and Management of Female Sexual Dysfunction. **The Endocrinologist**, v. 14, n. 6, p. 337 -345. 2004.

BADINTER, E. **Um amor conquistador: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BANCROFT, J. **Human Sexuality and its Problems**. London: Churchill Livingstone, 1989.

BARBACH, L.G.; LEVINE, L. **Shared intimacies: women's sexual experiences**. United States: Wellness Institute, 2000.

BARCLAY, L.M.; McDONALD, P; O'LOUGHLIN, J.A. Sexuality and Pregnancy: An Interview Study. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 1, p. 1 – 7. 1994.

BARCLAY, L.; BOND, M.; CLARK, M. Development of an instrument to study the sexual relationship of partners during pregnancy. **The Australian Journal of Advanced Nursing**, v.10, n.2, p. 14-21. 1992.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada a obstetrícia aspectos de ginecologia e neonatologia**, 3ªed.. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BARTELLAS, E.; CRANE, J.M.G.; DALEY, M.; BENNET, K.A.; HUTCHENS, D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 107, p.

964-968. 2000.

BAUMGARTLA, V.O.; PRIMIB, R. Evidências de Validade da Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5) para Seleção de Pessoal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n. 2, p. 246-251. 2005.

BAYTUR, Y.B.; DEVECI, A.; UYAR, Y.; OZCAKIR, H.T.; KIZILKAYA, S. CAGLAR, H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.88, p. 276-280. 2005.

BERMÚDEZ, M.P.; SÁNCHEZ, A.I.; BUELA-CASAL, G. Influence of the gestation period on sexual desire. **Psychology in Spain**, v. 5, n.1, p. 14-16. 2001.

BERNHARD, L.A. Sexuality and Sexual Health Care for Women. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 45, n. 4, p. 1089–1098. 2002.

BOZMAN, A.; BECK, G. Covariation of sexual desire and sexual arousal: the effects of anger and anxiety. **Archives of Sexual Behavior**, v. 20, n. 1, p. 47-60. 1991.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRANNON, L. **Gender: Psychological Perspectives**. 2. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1999.

BRECHER, R.; BRECHER, E. **An analysis of human sexual response**. 17 ed. New York: New American Library, 1966.

BROWN, W. The benefits of physical activity during pregnancy. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v.5, n.1, p. 37-45. 2002.

BROWN, J.D.; LAWTON, M. Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. **Journal of Human Stress**, v. 12, n.3, p. 125-31. 1986.

BRYAN, S. Female sexual health. **Emergency Medicine Obstetrics and Gynaecology Series**, v. 15, p. 223–226. 2003.

BUENO, F.S. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: FENAME – Ministério da Educação e da Cultura, 1956.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em 18/02/07, 21:12:15 .

BYRD, J.E.; HYDE, J.S.; DELAMATER, J.D.; PLANT, E.A. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. **Journal of Family Practice**, v. 47, n. 4, p. 305. 1998.

BYRNE, D.E.; KELLEY, K. **Alternative approaches to the study of sexual behavior**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.

CABRAL, A.C.V. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARDOSO, FL. Sexual survey: A cross-cultural perspective sexual survey. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 71-80. 2007.

CARDOSO, F. L. Some considerations on the limitations confronting the cross-cultural field of sex research. **Sexuality & Culture**, v.12, p. 20-37. 2008.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica para uso dos estudantes universitários**. 3. ed. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHRISTOPHER, F.S.; SPRECHER, S. Sexuality in Marriage, Dating, and Other Relationships: A Decade Review. **Journal of Marriage and the Family**, v. 62, p. 999–1017. 2000.

CRENSHAW, T. **A alquimia do amor e do tesão**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. Tradução: Lorí Viali 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DAVIES, G.A.L.; WOLFE, L.A.; MOTTOLA, M.F.; MACKINNON, C. Joint SOGC/CSEP Clinical Practice Guideline: Exercise in Pregnancy and the Postpartum Period. **Canadian Journal of Applied Physiology**, v. 28, n. 3, p. 329-341. 2003.

DE JUDICIBUS, M.A.; MCCABE, M.P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **The Journal of Sex Research**, v. 39, n. 2, p. 94-103. 2002.

DIETZ, H.P.; WILSON, P.D. Childbirth and pelvic floor trauma. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 19, n. 6, p. 913-924. 2005.

DURAND, G. **A imaginação simbólica**. São Paulo: Cultrix, Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

DURANT, L. E.; CAREY, M. P. Self-administered questionnaires versus face-to-face interviews in assessing sexual behavior in young women. **Archives of Sexual Behavior**, v. 29, n. 4, p. 309-322. 2000.

EROL, B.; SANLI, O.; KORKMAZ, D.; SEYHAN, A.; AKMAN, T.; KADIOGLU, A. A Cross-Sectional Study of Female Sexual Function and Dysfunction During Pregnancy. **Journal of Sexual Medicine**, v. 4, p. 1381–1387. 2007.

FACCHINI, F. Symbolism in prehistoric man. **Collegium Antropologicum**, v. 24, n.2, p. 541–553. 2000.

FERNÁNDEZ, S. **Maternidade responsável preparação para o parto e recuperação pós-parto**, Barcelona (Espanha): JIMS, 1988.

FOK, W.Y.; CHAN, L.Y.; YUEN, P.M. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 84, p. 934-938. 2005.

FORD, C.; BEACH, F. **Patterns of sexual behavior**. New York (NY): ACE Books Inc., 1951.

FOX, N.S.; GELBER, S.E.; CHASEN, S.T. Physical and sexual activity during pregnancy and near delivery. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 9, p. 1431-1435. 2008.

FRANCOEUR, R.T.; CORNOG, M.; PERPER, T.; SCHERZER, N.A. **The complete dictionary of Sexology**. New York: The continuum Publishing Company, 1995.

FRAUMAN, D.C. The relationship between physical exercise, sexual activity, and desire for sexually activity. **Journal of Sex Research**, v. 18, pp. 41-46. 1982.

FURLANI, J. **Mitos e tabus da sexualidade humana**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GAGNON, J.H.; SIMON, W. **Sexual Conduct: social sources of human sexuality**. 2. ed. Chicago: Aldine, 2005.

- GARCIA, O.R.Z. **Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero. Tese de doutorado.** Doutorado interdisciplinar em Ciências Humanas. UFSC. 2007.
- GEARING, R.E.; MIAN, I.A.; BARBER, J.; ICKOWICZ, A. A methodology for conducting retrospective chart review research in child and adolescent psychiatry. **Journal of The Canadian Academy Child and Adolescent Psychiatry**, v.15, n. 3, p. 126-134. 2006.
- GERBER, J.; JOHNSON, J.; BUNN, J.; O'BRIEN, S. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. **Fertility and Sterility**, v. 83, n. 3, p. 643-648. 2005.
- GIBBONS, L.E.; PONSONBY, A.L.; DWYER, T. A comparison of prospective and retrospective responses on sudden infant death syndrome by case and control mothers. **American Journal of Epidemiology**, v. 137, n. 6, p. 654-659. 1993.
- GILBERT, D.T.; FISKE, S.T.; LINDZEY, G. **The handbook of social psychology**. 4. ed. Oxford University Press US, 1998.
- GLASIER, A; GULMEZOGLU, AM; SCHMID, GP; MORENO, CG; VAN LOOK, PFA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. **Lancet**, v. 368, p. 1595-1607. 2006.
- GOKYILDIZ, S.; BEJI, N.K. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, p. 201-215. 2005.
- GOLDENSON, R.M.; ANDERSON, K.N. **Dicionário de Sexo**. São Paulo: Ática, 1989.
- GREEFF, A.P.; MALHERBE, H.L. Intimacy and Marital Satisfaction in Spouses. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27, p. 247-257. 2001.
- HAINES, C.J.; SHAN, Y.O.; KUEN, C.L.; LEUNG, D.H.Y.; CHUNG, T.K.H.; CHIN, R. Sexual behavior in pregnancy among Hong kong chinese women. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 40, n. 3, p. 99-304. 1996.
- HANDA, V.L. Sexual function and childbirth. **Seminars in Perinatology**, v. 30, p. 253-256. 2006.
- HARTMAN, W.E.; FITHIAN, M.A. **Treatment of sexual dysfunction: a bio-psycho-social**

approach. Califórnia: Center for Marital and Sexual Studies, 1972.

HENRY, B.; MOFFITT, T.E.; CASPI, A.; LANGLEY, J.; SILVA, P.A. On the “remembrance of things past”: a longitudinal evaluation of the retrospective method. **Psychological Assessment**, v. 6, n.2, p. 92-101. 1994.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP, E.; GOLDIM, J.R.; PASSOS, E.P. Validação do female sexual function index (fsfi) para uso em língua portuguesa. **Revista HCPA**, v. 27, n. 1, p. 10-14. 2007.

HILLER, J. Gender differences in sexual motivation. **The journal of men's health & gender**, v. 2, n. 3, p. 339–345. 2005.

HOEBEL, E.A; FROST, E.L. **Antropologia cultural e social**. 2. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1976.

HOGAN, D.R. The effectiveness of sex therapy: a review of the literature. In: LOPICCOLO, J.; LOPICCOLO, L. **Handbook of Sex Therapy**. New York: Plenum Press, 1978.

HOLMBERG, S. Musculoskeletal disorders among farmers and referents, with special reference to occurrence, health care utilization and etiological factors: a population based study. Dissertation for the degree of doctor in Philosophy. **Acta Universitatis Upsaliensis**. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1381. Uppsala, 2004, 65 p. ISBN 91.554.6066.6.

JACKSON, M. Knowledge of the Body. In: MOORE, H.R.; SANDERS, T. **Anthropology in Theory: Issues in Epistemology**. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2006.

KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KAVUSSANU, M.; MCAULEY, E. Exercise and optimism: Are highly active individuals more optimistic? **Journal of Sport Exercise Psychology**, v. 17, p. 246-258. 1995.

KINSEY, A.; POMEROY, W.; MARTIN, C. **Sexual behavior in the human male**. Philadelphia: Saunders Company, 1948.

KINSEY, A.; POMEROY, W.; MARTIN, C.; GEBHARD, P. **Sexual behavior in the human female**. Philadelphia: Saunders Company, 1953.

KITZINGER, S. **A mulher e o sexo**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 1986.

LAZAR, M.C.S. **Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico- puerperal**. Tese de Doutorado UNICAMP Campinas, SP: [s.n.], 2002.

LEE, J.T. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 47, n. 4, p. 278-286. 2002.

LEITE, A.P.L.; MOURA, E.A.; CAMPOS, A.A.S.; MATTAR, R.; SOUZA, E.; CAMANO, L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n.8, p. 414-9. 2007.

LEVIN, R.; RILEY, A. The physiology of human sexual function. **Psychiatry**, v. 6, n. 3, p. 90-94. 2007.

LOURO, G.L. (organizadora). Tradução de artigos: Tomaz Tadeu da Silva. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LOEWEN, J.A. **Culture and Human Values: Christian Intervention in Anthropological Perspective**. South Pasadena: William Carey Library, 1975.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **A Resposta Sexual Humana**. São Paulo: Roca, 1984.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Human Sexual Response**. 1st. Ed. London: Little, Brown and Company, 1966.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E; KOLODNY, R.C. **Human Sexuality**. 2. ed. Toronto: Little, Brown and Company, 1985.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E; KOLODNY, R.C. **Heterosexuality**. New York: Harper Collins Publishers, 1994.

MCLENNAN, M.T.; MELICK, C.F.; ALTEN, B.; YOUNG, J.; HOEHN, M.R. Patient's knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. **Internacional Urogynecology Journal**, v. 17, p. 22-26. 2005.

MESTON, C.M.; FROHLICH, P.F. Update on female sexual function. **Current Opinion in Urology**, v. 11, p. 603±609. 2001.

MICHAEL, R.; GAGNON, J.; LAUMANN, E; KOLATA, G. *Sex in America: a definitive survey*. Boston: Little, Brown and Company, 1994.

MOROKOFF, P. Determinantes of Female Orgasm. In: LOPICCOLO, J.; LOPICCOLO, L. **Handbook of Sex Therapy**. New York: Plenum Press, 1978, p. 147-165.

NAJMAN, J.M.; KEEPING, J.D.; MORRISON, J.; WESTERN, J.S.; WILLIAMS, G.M. Social Class, Religion And Contraceptive Failure In A Sample Of Pregnant Women In Brisbane. **Community Health Studies**, v. 8, n. 3, 1984.

O'CONNOR, L.J.; GOURLEY, R.J. **Obstetric and Gynecologic Care in Physical Therapy**. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 1990.

OKSUZ, E.; MALHAN, S. Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. **The Journal of Urology**, v. 175, p. 654-658. 2006.

PENHOLLOW, T.M.; YOUNG, M. Sexual desirability and sexual performance: Does exercise and fitness really matter? **Electronic Journal of Human Sexuality**, v. 7, n.5. 2004.

PINIANO, I. **Sexercise: faça musculação fazendo sexo!** São Paulo: Ícone, 2005.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia**. Rio de Janeiro: Santos, 2000.

POLOMENO, V. Sex and Pregnancy: A Perinatal Educator's Guide. **The Journal of Perinatal Education**, v. 9, n. 4, p.15-27. 2000.

POORMAN, S.G. **Human sexuality and the nursing process**. East Norwalk: Appleton & Lange, 1987.

RAMAGE, M. Female sexual dysfunction. **Psychiatry**, v. 6, n. 3, p. 105-110. 2006.

RAO, P.V.; OVERMAN, S.J. Psychological well-being and body image: A comparison of black women athletes and nonathletes. **Journal of Sport Behavior**, v.9, p. 79-91. 1986.

READ, J. ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. **BMJ**, v. 318; 587-589. 1999.

REAMY, K., WHITE, E., DANIELL, W., Sexuality and pregnancy: a prospective study. **Journal of Reproductive Medicine**, v. 27, 321-7. 1982.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 3, p. 82-87. 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

RICHMAN, E.L.; SHAFFER, D.R. "If you let me play sports". How might sport participation influence the self-esteem of adolescent females? **Psychology Women Quarterly**, v. 24, p. 189-199. 2000.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; FERGUSON, D.; D'AGOSTINO, R.Jr. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-reported instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v.26, p. 191-208. 2000.

ROSENBAUM, T.Y. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, p. 239-340. 2005.

ROUGHGARDEN, J. *Evolução do gênero e da sexualidade*. Londrina: Editora Planta, 2004.

ROWLAND, M.; FOXCROFT, L.; HOPMAN, W.M.; PATEL, R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. **Canadian Family Physician**, v. 51, p. 1366-1367. 2005.

SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. O papel da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais. **Revista Fisio&Terapia**, v 61, p. 14-16. 2008.

SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, v. 73, n. 5. 2008.

SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. Sexual Initiative and Intercourse Behavior during Pregnancy among Brazilian Women: a retrospective study. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v.35. 2009. No prelo.

SAKS, B.R. Sexual dysfunction (sex, drugs, and women's issues). **Primary Care Update for Ob/Gyns**, v. 6, n. 2, p. 61-65. 1999.

SANTA INEZ, A. L. **Pesquisa acerca dos hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros**. São Paulo: Cultrix, 1983.

SAVALL, A.C.R.; CARDOSO, F.L. Construção do Questionário de Sexualidade na Gestação – QSG. **FIEP Bulletin**, v. 78 Special Edition, p. 422-426. 2008.

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

SAYLE, A.E.; SAVITZ, D.A.; THORP, J.M.; HERTZ-PICCIOTTO, I.; WILCOX, A.J. Sexual Activity During Late Pregnancy and Risk of Preterm Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 97, n. 2, p. 283-289. 2001.

SENKUMWONG, N.; CHAOVISITSAREE, S.; RUGPAO, S.; CHANDRAWONGSE, W.; YANUNTO, S. The Changes of Sexuality in Thai Women during Pregnancy. **Journal of Medical Association of Thailand**, v. 89, suppl 4, p. S124-9. 2006.

SCHWARZ, N. Retrospective and concurrent self-reports: the rationale for real-time data capture. In: STONE, A.A.; SHIFFMAN, S.; ATIENZ, A.A.; NEBELING, L. **The science of real-time data capture: self reports in health research**. Oxford University Press US, p. 11-27; 2007.

SCHAULTZ, W.W.; BASSON, R.; BINIK, Y.; ESCHENBACK, D.; WESSELMANN, U.; VAN LANKVELD, J. Women's Sexual Pain and Its Management. **Journal of Sexual Medicine**, v.2, p. 301-316. 2005.

SHIFFMAN, S.; HUFFORD, M.; HICKCOX, M.; PATY, J.A.; GNYS, M.; KASSEL, J.D. Remember That? A Comparison of Real-Time Versus Retrospective Recall of Smoking Lapses. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n. 2, p. 292-300. 1997.

SCHLUSSEL, M.M.; SOUZA, E.B.; REICHENHEIM, M.E.; KAC, G. Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Sup 4, p. S531-S544. 2008.

SHOJAA, M.; JOUYBARI, L.; SANAGOO, A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 30, n. 4. 2008.

SOLBERG, D.A.; BUTLER, J.; WAGNER, N.N. Sexual behavior in pregnancy. **The New England Journal of Medicine**, v. 288, n. 21, p. 1098-103. 1973.

SORENSEN, T.K.; WILLIAMS, M.A.; LEE, I.; DASHOW, E.E.; THOMPSON, M.L.; LUTHY, D.A. Recreational Physical Activity During Pregnancy and Risk of Preeclampsia. **Hypertension**, v. 41, p. 1273-1280. 2003.

STEDMAN, T. L. **Dicionário Médico**. 25 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

TAN, P.C.; ANDI, A.; AZMI, N.; NORAIHAN, M.N. Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor, and Mode of Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 106, n. 5, p. 134-140. 2006.

TREW, M.; EVERETT, T. **Human Movement: an introductory text**. 4. ed. Edinburgh: New York., 2001.

TRUTNOVSKY, G.; HAAS, J.; LANG, U.; PETRU, E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 46, p. 282-287. 2006.

USSHER, M.; AVEYARD, P.; COLEMAN, T.; STRAUS, L.; WEST, R.; MARCUS, B.; LEWIS, B.; MANYONDA, I. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy: two feasibility studies. **BMC Public Health**, v. 8, n. 328, p. 1-9. 2008.

UWAPUSITANON, W.; CHOOBUN, T. Sexuality and Sexual Activity in Pregnancy. **Journal of Medical Association of Thailand**. v. 87, suppl 3, p. S45-9. 2004.

VAN BRUMMEN, H.J.; BRUINSE, H.W.; VAN DE POL, G.; HEINTZZ, A.P.M.; VAN DER VAART, C.H. Wich factors determine the sexual function 1 year after childbirth? **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 113, p. 914-918. 2006.

VEALEY, R.S. Personality and sport: A comprehensive view. In T. S. Horn, (Ed.), **Advances in sport psychology** (pp. 25-60). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, 1992.

VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 47, n. 1, p. 27-49. 1999.

WECHSLER, S.M.; SCHELINI, P.W. Bateria de Habilidades Cognitivas Woodcock-Johnson III: Validade de Construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 287-296. 2006.

WELLINGS, K.; COLLUMBIEN, M.; SLAYMAKER, E.; SINGH, S.; HODGES, Z.; PATEL, D.; BAJOS, N. Sexual and Reproductive Health 2, Sexual behaviour in context: a global perspective. **Lancet**, v. 368, p. 1706–28. 2006.

WERNER, D. A evolução da organização social humana. **Revista de Antropologia**, v. 33, p. 141-163. 1990.

WERNER, D. **Sexo, símbolo e solidariedade: ensaios de psicologia evolucionista**. Florianópolis: EDEME indústria gráfica e comunicação SA, 1999.

WEST, S.L.; VINIKOOR, L.C.; ZOLNOUN, D. A Systematic Review of the Literature on Female Sexual Dysfunction Prevalence and Predictors. **Annual Review of Sex Research**, v.15, p. 40-172. 2004.

WHITE, J.; CASE, D.; MCWHIRTER, D.; MATTISON, A. Enhanced sexual behavior in exercising men. **Archives of Sexual Behavior**, v. 19, n. 3, p. 193-209. 1990.

WIEDERMAN, M.W. Reliability and Validity of Measurement. In: WIEDERMAN, M.W. E WHITLEY, B. **Handbook for Conducting Research on Human Sexuality**, Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2002.

WILLIAMSON, M.; McVEIGH, C.; BAAFI M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. **Midwifery** v.24, p. 99–107. 2008.

WUH, H.C.K.; FOX, M. **Sexual fitness: 7 essential elements to optimizing your sensuality, satisfaction, and well-being**. New York: Berkley Publishing Group, 2001.

ZIGHELBOIM, I. Actividad sexual y embarazo. Conferencia presentada en EL X Congreso Venezolano de Sexología. **Revista de La Facultad de Medicina**, v. 24, n. 2, p.101-103. 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A - DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QS_{xG})
UTILIZADO NO ESTUDO

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QS_{xG})
RETROSPECTIVO

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QS_{xG})
PROPOSTA FINAL

APÊNDICE A – DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS

Trimestre Gestacional (Variável Independente)

Consiste no trimestre de gestação em que a mulher se encontra, podendo ser primeiro, segundo ou terceiro trimestre. Relaciona-se também com a idade do conceito, a qual em humanos pode ser avaliada por: anamnese, exame clínico, testes imunológicos preliminares de gravidez, radiografia, ultra-sonografia e análise do líquido amniótico (BVS, 2007).

OPERACIONALIZAÇÃO: esta informação será obtida a partir do exame de ultra-som realizado no pré-natal. Eventualmente, será calculado a partir da data da última menstruação. O valor será referido em semanas de gestação e, posteriormente, categorizado como pertencente ao primeiro trimestre gestacional (de 0 a 12 semanas), segundo trimestre (de 13 a 24 semanas) e terceiro trimestre (de 25 a 40 semanas).

Desenho do Estudo (Variável Independente)

O desenho do estudo relaciona-se ao momento em que o questionário foi aplicado. Assim se aplicado no último trimestre de gestação respondendo em relação a todos os períodos gestacionais é longitudinal retrospectivo; agora, se aplicado somente em um trimestre gestacional referente ao mesmo trimestre gestacional é transversal; e quando feito um acompanhamento das mesmas mulheres ao longo dos três trimestres de gestação, consiste em desenho longitudinal prospectivo.

OPERACIONALIZAÇÃO: cada questionário respondido será marcado se foi aplicado de forma prospectiva, retrospectiva e transversal.

Ser ativa fisicamente ou sedentária (Variável Independente)

Considerou-se como sedentárias as gestantes que não praticaram atividade física durante o período avaliado. Já as gestantes ativas fisicamente são aquelas que praticam algum tipo de atividade física numa frequência de pelo menos duas vezes por semana de no mínimo meia hora cada vez.

Um das perguntas controle foram feitas as gestantes:

Você praticou algum tipo de atividade física nesse período? () sim () não

Quantas vezes por semana? _____
Por quanto tempo em média cada vez na semana? _____ minutos
Qual (is) exercício (s)? _____

Idade (Variável de Controle)

É o número de anos de alguém; duração ordinária da vida (BUENO, 1956).

OPERACIONALIZAÇÃO: uma pergunta no questionário indagará qual a idade do sujeito em anos.

Escolaridade (Variável de Controle)

É o período de estudo escolar cursado por determinada pessoa.

OPERACIONALIZAÇÃO: será avaliada por uma pergunta direta no questionário que apresenta as seguintes opções de resposta: () *1ª a 4ª série completa* () *1ª a 4ª série incompleta*. () *5ª a 8ª série incompleta* () *5ª a 8ª série completa* () *2º grau incompleto* () *2º grau completo* () *3º grau incompleto* () *3º grau completo* () *Especialização* () *Mestrado* () *Doutorado* () *Pós-Doutorado*

Estado civil (Variável de Controle)

Refere-se à condição jurídica que indica o status da pessoa em relação a casamento, divórcio, viuvez ou solteirismo (BVS, 2007).

OPERACIONALIZAÇÃO: Uma pergunta no questionário levanta as seguintes possibilidades de resposta para o estado civil do sujeito: solteira, união estável, casada, separada, divorciada e viúva.

Planejamento da Gravidez (Variável de Controle)

Consiste em saber se a mulher queria engravidar no momento em que esta ocorreu.

OPERACIONALIZAÇÃO: será obtida através de uma pergunta no questionário: *Você queria engravidar?* () *não queria engravidar* () *queria engravidar, mas não agora* () *estava pronta para engravidar*

Idade da primeira relação sexual (Variável de Controle)

É a idade, em anos, que a gestante teve sua primeira relação sexual com um parceiro.

OPERACIONALIZAÇÃO: será obtida através de uma pergunta no questionário: *Com que idade você teve sua primeira relação sexual? -----anos.*

Número de parceiros sexuais que já teve (Variável de Controle)

Consiste no número de parceiros sexuais que a participante do estudo já teve em sua vida. Indiretamente avalia o quanto conservadora ou liberal a pessoa é sexualmente.

OPERACIONALIZAÇÃO: será obtida através de uma pergunta no questionário: *Quantos parceiros sexuais você já teve anteriormente, incluindo o atual? _____ parceiros.*

Tempo de relacionamento com parceiro atual (Variável de Controle)

Consiste no tempo, em anos ou meses, de relacionamento da participante com seu parceiro atual.

OPERACIONALIZAÇÃO: será obtida através de uma pergunta no questionário: *Quanto tempo de relacionamento, em anos ou meses, você tem com seu parceiro atual? _____.*

Quanto já fez sexo com estranho ou com pessoa pouco conhecida (Variável de Controle)

Refere-se a uma quantificação se já fez sexo com estranhos ou pessoas pouco conhecidas. Indiretamente avalia o quanto conservadora ou liberal a pessoa é sexualmente.

OPERACIONALIZAÇÃO: será obtida através de uma pergunta no questionário: *Quanto você já fez sexo com estranho ou com pessoa pouco conhecida? () nunca () raramente () as vezes () na maioria das vezes () sempre.*

Comportamento Sexual (Variável Dependente)

Comportamento sexual são as atividades sexuais dos humanos (BVS, 2007). Pode ser considerado como aquilo que se faz em termos sexuais.

OPERACIONALIZAÇÃO: será avaliado indiretamente a partir das variáveis: frequência sexual, práticas sexuais, posições adotadas durante as práticas sexuais, iniciativa sexual, conversa com profissionais da saúde sobre sexualidade, resposta sexual, número de parceiros sexuais que já teve e tempo de relacionamento com parceiro atual. Assim, essas variáveis permitirão uma medição indireta do comportamento sexual tanto antes da gestação como nos trimestres

gestacionais.

Frequência sexual (Variável Dependente)

Quantidade de vezes por dia, semana, mês ou ano que alguém tem relação sexual.

OPERACIONALIZAÇÃO: A frequência sexual será verificada através de uma questão que indaga quantas vezes a mulher faz sexo. Algumas opções serão disponibilizadas para que a mulher escolha quantas vezes por semana, por mês ou por ano realiza atividade sexual para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Práticas sexuais (Variável Dependente)

Corresponde aos diversos tipos de atividades com caráter sexual, tais como a masturbação, o sexo oral, a penetração vaginal, a penetração anal e a estimulação com vibrador (MASTERS e JOHNSON, 1984).

OPERACIONALIZAÇÃO: uma questão no questionário explicitará as seguintes práticas sexuais: masturbar-se, ser masturbada pelo parceiro, masturbar o parceiro, masturbação mútua, receber sexo oral, fazer sexo oral no parceiro, sexo oral mútuo, penetração vaginal, penetração anal e estimulação com vibrador para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais. A gestante irá assinalar as práticas que ela realizava.

Posições adotadas durante as práticas sexuais (Variável Dependente)

Refere-se ao posicionamento dos parceiros envolvidos nas atividades sexuais (MASTERS e JOHNSON, 1984).

OPERACIONALIZAÇÃO: Uma questão no questionário apresenta várias figuras ilustrativas de posições utilizadas durante a prática sexual e a gestante irá assinalar as posições que mais utiliza em sua prática sexual para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Frequência de realização das atividades sexuais preliminares (Variável Dependente)

É a frequência em que são realizados toques, carícias, beijos e abraços, entre outros, antes da atividade sexual propriamente dita.

OPERACIONALIZAÇÃO: será obtida a partir de uma pergunta que indaga com qual frequência são realizadas as atividades sexuais preliminares para os períodos (antes da gestação e trimestres gestacionais), sendo as opções de resposta: nunca, raramente, às vezes, na maioria das vezes e sempre.

Intensidade do Desejo sexual (Variável Dependente)

É uma necessidade urgente de atividade e prazer sexual (GOLDENSON e ANDERSON, 1989); um forte, até urgente desejo ou necessidade percebida internamente para intimidade sexual e coito (FRANCOEUR *et al.*, 1995).

OPERACIONALIZAÇÃO: Será mensurado a partir de uma escala likert de 0 a 10, sendo zero nenhum desejo sexual e 10 muito desejo sexual. Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Intensidade da Excitação Sexual (Variável Dependente)

Qualquer notável aumento do desejo sexual que resulta em ou de uma resposta fisiológica na genitália. A excitação sexual pode acontecer subconscientemente durante o sono resultando em ejaculação noturna ou orgasmo feminino. Também ocorre conscientemente com as fantasias, masturbação e pensamentos eróticos (FRANCOEUR *et al.*, 1995).

OPERACIONALIZAÇÃO: a variável excitação sexual será avaliada a partir de uma questão auto-respondida: Quanto é sua excitação sexual, numa escala de 0 a 10? Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Intensidade da Lubrificação Vaginal (Variável Dependente)

A transudação de fluidos do plasma dos vasos sanguíneos na parede vaginal profunda que lubrifica o canal vaginal, facilitando a estimulação e penetração na vagina. É uma reação normal da vasocongestão e excitação sexual (FRANCOEUR *et al.*, 1995).

OPERACIONALIZAÇÃO: a variável será avaliada a partir de uma questão auto-respondida: Quanto é sua lubrificação vaginal (“senti-se molhada”), numa escala de 0 a 10? Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Frequência de Dispareunia (Variável Dependente)

Dor genital que ocorre (no macho ou na fêmea) antes, durante ou depois de uma relação sexual (BVS, 2007).

OPERACIONALIZAÇÃO: Será avaliada a partir de uma resposta ao questionário à pergunta: “*Com que frequência você sente dor durante a relação sexual?*” (*nunca* *às vezes* *sempre*). Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Intensidade da Satisfação Sexual (Variável Dependente)

É o grau em que a pessoa se sente satisfeita com sua vida sexual.

OPERACIONALIZAÇÃO: a variável satisfação sexual será avaliada a partir de uma questão auto-respondida: Quanto é sua satisfação sexual, numa escala de 0 a 10 (sendo, 0 = nenhuma satisfação e 10 = muita satisfação)? Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Frequência e Intensidade do Orgasmo (Variável Dependente)

Orgasmo é o intenso, reflexivo e fisiológico resultado da tensão sexual seguido da estimulação sexual e da cadeia de resposta sexual no intercurso sexual, sexo oral, sexo anal ou masturbação (FRANCOEUR *et al.*, 1995). Entende-se por intensidade do orgasmo, a compreensão subjetiva de quão intenso é o seu orgasmo. A intensidade do orgasmo não foi previamente reportada na literatura. O objetivo dessa questão é comparar, posteriormente, se a percepção subjetiva de quão intenso o orgasmo é altera-se com o decorrer da gestação.

OPERACIONALIZAÇÃO: essa variável será mensurada quanto a sua intensidade por meio de uma escala análogo visual com graduação de 0 a 10, sendo zero nenhum orgasmo e 10 muito orgasmo; quanto a sua frequência, uma pergunta questionará se a gestante tinha orgasmo durante a atividade sexual com seu parceiro, sendo as opções de resposta: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre. Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Componente simbólico da sexualidade (Variável Dependente)

Será aqui entendido como os conceitos, valores, expectativas e fantasias relacionados com a sexualidade, uma vez que, segundo Facchini (2000), o simbólico representa o significado que a realidade objetiva adquire inconscientemente.

OPERACIONALIZAÇÃO: Consideramos como variáveis que expressam o simbólico: a importância dada à atividade sexual, a satisfação sexual, gosto pela atividade sexual, disposição da mulher e do parceiro para ter atividade sexual, prática sexual que proporciona mais prazer e como a gestante considera a sua vida sexual. Todas essas variáveis serão medidas por meio do Questionário de Sexualidade na Gestação com perguntas para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Gosto pela atividade sexual (Variável Dependente)

Refere-se a como a mulher se sente em relação a atividade sexual em determinado período, se gosta ou não de ter atividade sexual.

OPERACIONALIZAÇÃO: uma pergunta no questionário: *Como você se sente em relação à atividade sexual?* Não tive atividade sexual nesse período Não gosto nem um pouco Não gosto Não gosto nem desgosto gosto pouco gosto gosto muito. Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Frequência da Disposição para ter atividade sexual (Variável Dependente)

Refere-se à frequência em que a mulher sente disposição para ter atividade sexual.

OPERACIONALIZAÇÃO: A frequência relacionada com a disposição para ter atividade sexual será verificada através de uma questão que indaga quantas vezes a mulher se sente disposta para ter atividade sexual. Algumas opções serão disponibilizadas para que a mulher escolha quantas vezes por semana, por mês ou por ano realiza atividade sexual nos períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Frequência percebida da Disposição do parceiro para ter atividade sexual (frequência) (Variável Dependente)

Refere-se à frequência em que a mulher percebe que seu parceiro tem disposição para ter atividade sexual.

OPERACIONALIZAÇÃO: A frequência relacionada com a disposição do parceiro para ter atividade sexual será verificada através de uma questão que indaga quantas vezes a mulher percebe que o parceiro se sente disposto para ter atividade sexual. Algumas opções serão disponibilizadas para que a mulher escolha quantas vezes por semana, por mês ou por ano realiza atividade sexual nos períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Prática sexual que proporcionava mais prazer (Variável Dependente)

Está atrelada a definição de prática sexual. Consiste em determinadas práticas sexuais preferidas, visto que proporcionam mais prazer.

OPERACIONALIZAÇÃO: uma questão no questionário explicitará as seguintes práticas sexuais: se masturbar, ser masturbada pelo parceiro, masturbar o parceiro, masturbação mútua, receber sexo oral, fazer sexo oral no parceiro, sexo oral mútuo, penetração vaginal, penetração anal e estimulação com vibrador. A gestante irá assinalar as práticas que mais lhe proporcionavam prazer nos períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

Como considera a sua vida sexual (Variável Dependente)

É uma auto-avaliação sobre a vida sexual, se a considera ruim, regular, boa ou excelente.

OPERACIONALIZAÇÃO: Será obtida a partir de uma questão direta no questionário para cada período: antes da gestação e trimestres gestacionais: *Como você considera a sua vida sexual () muito ruim () ruim () regular () boa () excelente*

Percepção da importância do sexo na vida (Variável Dependente)

Diz respeito a quanto alguém considera o sexo importante na vida em determinado momento.

OPERACIONALIZAÇÃO: através de uma escala análogo visual com graduação de 0 a 10, sendo zero nada importante e 10 muito importante. Haverá uma pergunta específica para os períodos: antes da gestação e trimestres gestacionais.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QS_xG)
UTILIZADO NO ESTUDO**

⇒ *Você irá responder às perguntas em relação aos trimestres de sua gestação atual.*

1. Idade: _____ anos.

Data Atual: ____ / ____ / ____

2. Qual a sua escolaridade?

0. () 1ª a 4ª série incompleta.

3. () 5ª a 8ª série completa.

6. () 3º grau incompleto.

9. () Mestrado

1. () 1ª a 4ª série completa.

4. () 2º grau incompleto.

7. () 3º grau completo.

10. () Doutorado

2. () 5ª a 8ª série incompleta.

5. () 2º grau completo.

8. () Especialização.

11. () Pós-Doutorado

3. Qual o seu estado civil?

0. () Solteira.

2. () União estável (mora com
companheiro)

4. () Divorciada.

1. () Separada

3. () Casada.

5. () Viúva.

4. Você queria engravidar?

0. () Não queria engravidar.

1. () Queria engravidar, mas não agora.

2. () Estava pronta para engravidar.

COMPORTAMENTO SEXUAL

5. Quanto tempo de relacionamento, em anos ou meses, você tem com seu parceiro atual? _____

6. Quantos parceiros sexuais você já teve anteriormente, incluindo o atual? _____ parceiros.

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não				
1. Sim, superficialmente				
2. Sim, em detalhes				

8. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos.

9. Quem mais comumente tomava a iniciativa para ter relação sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Eu mesma				
1. Meu marido/companheiro				
2. Nós dois na mesma proporção				

10. Quantas vezes você teve relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Uma vez por mês				
2. Uma vez a cada 15 dias				
3. Uma vez por semana				
4. Duas vezes por semana				
5. Três vezes por semana				
6. Quatro vezes por semana				
7. Cinco vezes por semana				
8. Todos os dias				
9. Mais de uma vez por dia				


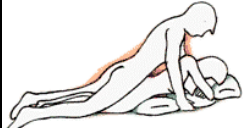


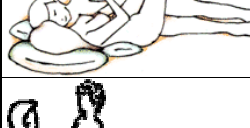



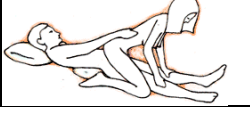
11. Qual(is) a(s) prática(s) sexual(is) que você REALIZAVA? Marque X para resposta SIM.

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Na maioria das vezes				
4. Sempre				

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
				
				
				
				
				
				
				
				
				

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

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

RESPOSTA SEXUAL / FUNÇÃO SEXUAL

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

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Como você avalia o quanto é sua excitação sexual?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Como você avalia o quanto é sua lubrificação vaginal (“sentir-se molhada”)?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Você já teve orgasmo (“gozar”)? 0. () Não 1. () Sim 2. () Não sei

20. Com qual idade teve seu primeiro orgasmo (por meio de masturbação ou parceiro)? _____ anos

21. Com que frequência, você tinha orgasmo durante a atividade sexual com seu parceiro?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Quase sempre				
4. Sempre				

22. Qual a intensidade de seu orgasmo?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Você costumava sentir dor ou desconforto durante a relação sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Depende da posição utilizada				
2. Somente no início da penetração				
3. Somente com penetração profunda				
4. Sempre				

ASPECTOS SIMBÓLICOS (percepção)

24. Nos diferentes momentos, como era seu gosto em relação à atividade sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não tive atividade sexual nesse período.				
1. Não gosto nem um pouco.				
2. Não gosto.				
3. Não gosto nem desgosto.				
4. Gosto pouco.				
5. Gosto.				
6. Gosto muito.				

25. Se dependesse da sua DISPOSIÇÃO, quantas vezes você teria relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Uma vez por mês				
2. Uma vez a cada 15 dias				
3. Uma vez por semana				
4. Duas vezes por semana				
5. Três vezes por semana				
6. Quatro vezes por semana				
7. Cinco vezes por semana				
8. Todos os dias				
9. Mais de uma vez por dia				

26. Se dependesse da DISPOSIÇÃO de seu parceiro, quantas vezes vocês teriam relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Não sei				
1.Nunca				
2.Uma vez por mês				
3.Uma vez a cada 15 dias				
4.Uma vez por semana				
5.Duas vezes por semana				
6.Três vezes por semana				
7.Quatro vezes por semana				
8.Cinco vezes por semana				
9.Todos os dias				
10.Mais de uma vez por dia				

27. Qual a prática sexual que lhe PROPORCIONAVA prazer?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

28. Como você considera sua vida sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º trimestre	3º trimestre
0. Muito ruim				
1.Ruim				
2.Regular				
3.Boa				
4.Excelente				

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QS_xG) RETROSPECTIVO

⇒ *Você irá responder às perguntas em relação aos trimestres de sua gestação atual.*

1. Idade: _____ anos.

Data Atual: ____/____/____

2. Qual a sua escolaridade?

0. () 1ª a 4ª série incompleta.

3. () 5ª a 8ª série completa.

6. () 3º grau incompleto.

9. () Mestrado

1. () 1ª a 4ª série completa.

4. () 2º grau incompleto.

7. () 3º grau completo.

10. () Doutorado

2. () 5ª a 8ª série incompleta.

5. () 2º grau completo.

8. () Especialização.

11. () Pós-Doutorado

3. Qual o seu estado civil?

0. () Solteira.

2. () União estável (mora com companheiro)

4. () Divorciada.

1. () Separada

3. () Casada.

5. () Viúva.

4. Você queria engravidar?

0. () Não queria engravidar.

1. () Queria engravidar, mas não agora.

2. () Estava pronta para engravidar.

COMPORTAMENTO SEXUAL

5. Quanto tempo de relacionamento, em anos ou meses, você tem com seu parceiro atual? _____

6. Quantos parceiros sexuais você já teve anteriormente, incluindo o atual? _____ parceiros.

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não				
1. Sim, superficialmente				
2. Sim, em detalhes				

8. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos.

10. Quantas vezes você teve relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Uma vez por mês				
2. Uma vez a cada 15 dias				
3. Uma vez por semana				
4. Duas vezes por semana				
5. Três vezes por semana				
6. Quatro vezes por semana				
7. Cinco vezes por semana				
8. Todos os dias				
9. Mais de uma vez por dia				

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

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

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

RESPOSTA SEXUAL / FUNÇÃO SEXUAL

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

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Você já teve orgasmo (“gozar”)? 0. () Não 1. () Sim 2. () Não sei

20. Com qual idade teve seu primeiro orgasmo (por meio de masturbação ou parceiro)? _____ anos

21. Com que frequência, você tinha orgasmo durante a atividade sexual com seu parceiro?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Quase sempre				
4. Sempre				

22. Qual a intensidade de seu orgasmo?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ASPECTOS SIMBÓLICOS (percepção)

24. Nos diferentes momentos, como era seu gosto em relação à atividade sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não tive atividade sexual nesse período.				
1. Não gosto nem um pouco.				
2. Não gosto.				
3. Não gosto nem desgosto.				
4. Gosto pouco.				
5. Gosto.				
6. Gosto muito.				

26. Se dependesse da DISPOSIÇÃO de seu parceiro, quantas vezes vocês teriam relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não sei				
1. Nunca				
2. Uma vez por mês				
3. Uma vez a cada 15 dias				

4. Uma vez por semana				
5. Duas vezes por semana				
6. Três vezes por semana				
7. Quatro vezes por semana				
8. Cinco vezes por semana				
9. Todos os dias				
10. Mais de uma vez por dia				

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE D**QUESTIONÁRIO DE SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO (QS_XG) PROPOSTA FINAL**

⇒ *Você irá responder às perguntas em relação aos trimestres de sua gestação atual. O período antes da gestação equivale a três meses antes de você engravidar.*

1. Idade: _____ anos.

Data Atual: ____/____/____

2. Qual a sua escolaridade?

0. () 1ª a 4ª série incompleta.

3. () 5ª a 8ª série completa.

6. () 3º grau incompleto.

9. () Mestrado

1. () 1ª a 4ª série completa.

4. () 2º grau incompleto.

7. () 3º grau completo.

10. () Doutorado

2. () 5ª a 8ª série incompleta.

5. () 2º grau completo.

8. () Especialização.

11. () Pós-Doutorado

3. Qual o seu estado civil?

0. () Solteira.

2. () União estável (mora com companheiro)

4. () Divorciada.

1. () Separada

3. () Casada.

5. () Viúva.

4. Você queria engravidar?

0. () Não queria engravidar.

1. () Queria engravidar, mas não agora.

2. () Estava pronta para engravidar.

COMPORTAMENTO SEXUAL

5. Quanto tempo de relacionamento, em anos ou meses, você tem com seu parceiro atual? _____

6. Quantos parceiros sexuais você já teve anteriormente, incluindo o atual? _____ parceiros.

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não				
1. Sim, superficialmente				
2. Sim, em detalhes				

8. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos.

9. Quem mais comumente tomava a iniciativa para ter relação sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Eu mesma				
1. Meu marido/companheiro				
2. Nós dois na mesma proporção				

10. Quantas vezes você teve relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Uma vez por mês				
2. Uma vez a cada 15 dias				
3. Uma vez por semana				
4. Duas vezes por semana				
5. Três vezes por semana				
6. Quatro vezes por semana				
7. Cinco vezes por semana				
8. Todos os dias				
9. Mais de uma vez por dia				










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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Na maioria das vezes				
4. Sempre				

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

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
				
				
				
				
				
				
				
				
				

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

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

RESPOSTA SEXUAL / FUNÇÃO SEXUAL

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Como você avalia o quanto é seu desejo sexual?**16. Com que frequência, você tinha desejo sexual?**

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Quase sempre				
4. Sempre				

17. Como você avalia o quanto é sua excitação sexual?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Com que frequência, você se sentia excitada sexualmente?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Quase sempre				
4. Sempre				

19. Como você avalia o quanto é sua lubrificação vaginal (“sentir-se molhada”)?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Com que frequência, você tinha lubrificação vaginal (“sentir-se molhada”)?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Quase sempre				
4. Sempre				

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Você já teve orgasmo (“gozar”)? 0. () Não 1. () Sim 2. () Não sei**23. Com qual idade teve seu primeiro orgasmo (por meio de masturbação ou parceiro)?** _____ anos**24. Com que frequência, você tinha orgasmo durante a atividade sexual com seu parceiro?**

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Quase sempre				
4. Sempre				

25. Qual a intensidade de seu orgasmo?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Você costumava sentir dor ou desconforto durante a relação sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Depende da posição utilizada				
2. Somente no início da penetração				
3. Somente com penetração profunda				
4. Sempre				

ASPECTOS SIMBÓLICOS (percepção)

27. Nos diferentes momentos, como era seu gosto em relação à atividade sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não tive atividade sexual nesse período.				
1. Não gosto nem um pouco.				
2. Não gosto.				
3. Não gosto nem desgosto.				
4. Gosto pouco.				
5. Gosto.				
6. Gosto muito.				

28. Se dependesse da sua DISPOSIÇÃO, quantas vezes você teria relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Uma vez por mês				
2. Uma vez a cada 15 dias				
3. Uma vez por semana				
4. Duas vezes por semana				
5. Três vezes por semana				
6. Quatro vezes por semana				
7. Cinco vezes por semana				
8. Todos os dias				
9. Mais de uma vez por dia				

29. Se dependesse da DISPOSIÇÃO de seu parceiro, quantas vezes vocês teriam relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não sei				
1. Nunca				
2. Uma vez por mês				
3. Uma vez a cada 15 dias				
4. Uma vez por semana				
5. Duas vezes por semana				
6. Três vezes por semana				
7. Quatro vezes por semana				
8. Cinco vezes por semana				
9. Todos os dias				
10. Mais de uma vez por dia				

30. Qual a prática sexual que lhe PROPORCIONAVA prazer?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

31. Como você considera sua vida sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º trimestre	3º trimestre
0. Muito ruim				
1. Ruim				
2. Regular				
3. Boa				
4. Excelente				

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

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)