

Eugénia Cortez Bessa Barbosa

Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2011

Eugénia Cortez Bessa Barbosa

Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2011

Eugénia Cortez Bessa Barbosa

Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez

(Eugénia Cortez Bessa Barbosa)

“Monografia apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do
Grau de Licenciatura em Enfermagem”

SUMÁRIO

O presente trabalho de investigação pretende contribuir para o conhecimento dos “Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez. Partindo da questão principal “Quais os factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez?” e dos objectivos de estudo “Identificar factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez” e “Conhecer os obstáculos à sexualidade do casal durante a gravidez” procedeu-se a um estudo de cariz qualitativo fenomenológico. Para a colheita de dados utilizamos um questionário aplicado a uma amostra acidental de 10 grávidas e seus respectivos companheiros entre a 36ª e 39ª semana de gravidez; pertencentes à UCSP São Mamede, Matosinhos.

Os resultados obtidos revelaram uma atitude positiva sobre relações sexuais durante a gravidez, no entanto, a persistência de alguns medos como o medo de poderem desencadear o trabalho de parto ou até mesmo provocar aborto limitaram o “casal grávido” a vivenciar plenamente a sua sexualidade. Verificamos que o “casal grávido” menciona como factores que influenciam negativamente a sua sexualidade, o volume da barriga, a posição, a fadiga da grávida, o mau estar, o mau humor e a diminuição da lubrificação. A sexualidade é vista pelas grávidas com naturalidade, e por ambos como factor de união, aproximação e promotor do bem estar do casal. A sexualidade do casal durante a gravidez é ainda um assunto pouco abordado pelos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, como foi referido por estes casais.

Estes resultados permitem-nos perceber o quão importante é o apoio durante a vigilância da gravidez permitindo ao casal exprimirem os seus sentimentos, receios, informando e sugerindo comportamentos alternativos.

Palavras-Chave: Gravidez, Casal, Sexualidade

ABSTRACT

The present research aims at contributing for the knowledge about “Factors that influence the sexuality of the couple during pregnancy”. To meet the key question “Which factors influence the sexuality of the couple during pregnancy” and the objectives “Identify factors that influence the sexuality of the couple during pregnancy” and “To know the obstacles to sexuality of the couple during pregnancy, proceeded a qualitative phenomenology study. For data collection we used a questionnaire delivered to a random sample of 10 pregnant women and their partners between the 36th and 39th week of pregnancy, those belong to UCSP São Mamede, Matosinhos. We found that respondents showed a positive attitude towards sexual relations during pregnancy, however, the persistence of certain fears like, the fear that they can trigger labour or even cause miscarriage limited the “pregnant couples” to fully experience their sexuality. We found that the “pregnant couples” mentioned as factors that negatively influence their sexuality, the volume of the belly, the sexual position, the fatigue of the pregnant woman, the sickness, the low mood and decreased of lubrication. Sexuality is seen by pregnant women with naturalness, and for both as a factor of unity, approach and promoter of the welfare of the couple. Sexuality during pregnancy is still a subject which is rarely or only vaguely broached by health professionals, especially by nurses, as it has been mentioned by these couples.

These results allow us to understand how important is to support during the prenatal monitoring giving the possibility to the couple express their feelings and fears, informing and suggesting alternative behaviours.

Key words: Pregnancy, Couple, Sexuality

Dedico este trabalho aqueles que com carinho tornaram possível a concretização deste sonho:

Ao meu marido Joaquim

Ao meu filho Pedro

Ao meu filho João

Aos meus Professores

Agradecimentos

Os meus merecidos agradecimentos são dirigidos à minha família, meu marido e meus filhos Pedro e João, por me terem estimulado a acreditar em mim, pelas horas que não passamos juntos, pelo apoio incondicional, e por me terem ajudado a transpor mais uma barreira.

À minha orientadora Doutora Júlia Rodrigues pela sua disponibilidade, pelo seu sorriso, apoio, interesse, exigência e orientação ao longo deste trabalho.

Aos docentes do Curso do Complemento de Formação de Enfermagem pela forma como me acolheram, pelo profissionalismo, disponibilidade e ensinamentos que com alegria e afabilidade me foram transmitidos.

Aos meus colegas que sendo tão diferentes eram tão iguais; agradeço o companheirismo a entreatajuda, os momentos de alegria e de partilha que passamos juntos.

A todos os outros que tornaram possível a concretização desta visão, um muito obrigado.

SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNP – Classificação Nacional das Profissões

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

ABREVIATURAS

% - Percentagem

1º - Primeiro

2º - Segundo

3º - Terceiro

Cit. in - Citado por

Et al. - Entre outros

Ibid – No mesmo lugar

nº - Número

p. - Página

pp. - Páginas

Q - Questionário

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	12
ÍNDICE DE QUADROS	13
0 INTRODUÇÃO.....	14
I FASE CONCEPTUAL.....	16
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	16
1.2 PERGUNTA DE PARTIDA	16
1.3 OBJECTIVOS	16
1.4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
1.4.1 Gravidez.....	17
1.4.2 Sexualidade.....	20
II FASE METODOLÓGICA.....	28
2.1 MEIO	28
2.2 TIPO DE ESTUDO	28
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
2.4 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS.....	29
2.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	30
2.6 PREVISÃO DE RECOLHA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	31
III FASE EMPIRICA	32
3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	32

IV CONCLUSÃO..... 50

V BIBLIOGRAFIA 53

ANEXOS

Anexo I (Questionário dirigido à Grávida e consentimento informado)

Anexo II (Questionário dirigido ao companheiro da Grávida e consentimento informado)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1- Distribuição dos inquiridos segundo a faixa etária

Gráfico nº2 - Distribuição dos inquiridos segundo a raça

Gráfico nº3 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

Gráfico nº4 - Distribuição dos inquiridos segundo a escolaridade

Gráfico nº 5 - Distribuição dos inquiridos segundo a situação laboral

Gráfico nº 6 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado profissional

Gráfico nº 7- Distribuição dos homens e das mulheres segundo o desejo sexual antes e durante a gravidez

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Distribuição das grávidas segundo a gravidez

Quadro nº 2 - Distribuição das mulheres e dos homens segundo a fonte onde obtiveram informação sobre a sexualidade durante a gravidez

Quadro nº 3 - Informação do casal sobre relações sexuais durante a gravidez

Quadro nº 4 - Distribuição dos homens e das mulheres segundo a frequência de relações sexuais durante a gravidez

Quadro nº 5 - Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez

Quadro nº 6 - Opinião do casal sobre relações sexuais durante a gravidez

0 INTRODUÇÃO

Esta monografia foi realizada no âmbito, do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem 2010/2011, leccionado na Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e subordinado ao tema “Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez”.

Toda a investigação tem como ponto de partida uma situação identificada como problemática, que causa incómodo, irritação e conseqüentemente exige uma explicação ou, pelo menos, uma melhor compreensão da situação observada (Fortin, 2009). Assim a investigação em Enfermagem é de importância fulcral uma vez que desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados, pois incrementa a aquisição de saberes próprios, como a descoberta de outros caminhos e outras formas de agir.

O tema sexualidade embora, se queira demonstrar como muito abordado na nossa sociedade, se observarmos com atenção é um tema ainda muito constrangedor e tabu, para ser abordado pela maioria das pessoas. Apesar de, nos dias de hoje existirem meios para aquisição de conhecimento na área da sexualidade, os profissionais de saúde sentem a necessidade de investir na educação da mesma. Os tempos mudaram e o que vemos actualmente é que cada vez mais este tema desperta curiosidade por parte da sociedade.

Assim sendo, partimos da questão “Quais os factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez?” e desenvolvemos orientados pelos seguintes objectivos: identificar factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez; conhecer os obstáculos à sexualidade do casal durante a gravidez; um estudo qualitativo fenomenológico. Entendeu-se utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário constituído por perguntas fechadas e abertas. Estes questionários foram realizados no período de Fevereiro e Março de 2011, aplicados a 10 casais que frequentaram as consultas de enfermagem de Saúde Materna na UCSP São Mamede e cujas grávidas estavam com mais de 36 semanas de gestação.

O presente trabalho monográfico está dividido em três capítulos distintos, onde procuramos descrever de forma sistemática a estrutura de todo o processo de

investigação. No primeiro capítulo desenvolvemos a fase conceptual, que está subdividida em definição do problema, questões de investigação, os objectivos e revisão bibliográfica que nos serviu de suporte à investigação. Segue-se o segundo capítulo com a fase metodológica onde se encontram presentes: tipo de estudo, o meio, população e amostra, técnica de recolha de dados, questões éticas, previsão de recolha de dados. O terceiro capítulo com a fase empírica onde procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados, culminando na conclusão.

Como conclusão da análise dos dados obtidos neste trabalho verificou-se que nem sempre foram coincidentes com os dos autores por nós mencionados. A gravidez como fase de aprendizagem e adaptação para a parentalidade por vezes repercute-se na sexualidade do casal de forma menos positiva. As alterações físicas como o aumento do volume da barriga, a fadiga, o mau estar e o posicionamento durante a relação sexual, e ainda, as alterações emocionais decorrentes da gravidez como a labilidade emocional foram abordados por ambos os géneros como factores/obstáculos que influenciam negativamente a sexualidade do casal, assim como, as crenças de que a relações sexuais podem desencadear parto prematuro ou aborto. Constatou-se que quer as grávidas quer os companheiros consideram que as relações sexuais aumentam a proximidade do casal, fortalecendo a relação conjugal. Constatou-se que os casais recebem muito pouca informação sobre sexualidade durante a gravidez por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros. Com este trabalho podemos afirmar que os profissionais de Saúde necessitam de investir um pouco mais na educação sobre a sexualidade durante a gravidez, para que os casais grávidos com menos conhecimentos possam vivenciar tranquilamente, em plenitude e com saúde a sua sexualidade durante a gravidez.

Com este trabalho, pretende-se dar um pequeno contributo na ajuda à reflexão e consciencialização de que a sexualidade do casal grávido é importante para a manutenção da Saúde, “a sexualidade é um aspecto fundamental da saúde do ser humano ao longo do ciclo de vida. Contempla pensamentos, fantasias desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações” (Who, 2009)

I FASE CONCEPTUAL

O tema referente a este estudo de investigação é “ Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez”.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Durante os anos de exercício profissional, na consulta de Saúde Materna temos sentido algumas preocupações no que concerne à satisfação da sexualidade do casal durante a gravidez. Apesar do casal se encontrar numa consulta, a fuga para a abordagem do fenómeno “ papel sexual” tem sido notória por parte dos profissionais. Esta irritação leva-nos assim a debruçar sobre a necessidade de obtermos mais conhecimentos sobre este tema, que nos preocupa, a fim de melhorar a compreensão do fenómeno, não esquecendo que o utente tem que ser visto como um todo e que também tem necessidades relativas à sua sexualidade. Pensamos que a partilha do conhecimento por parte dos profissionais será uma mais-valia para aqueles que desejam ver sua vivência sexual satisfatória.

1.2 PERGUNTA DE PARTIDA

A pergunta de partida deste trabalho de investigação é a seguinte “ Quais os factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez?”. Nesta questão procura-se conhecer e compreender os factores que influenciam a sexualidade do casal grávido.

Como vivem a sua sexualidade durante a gravidez?

Que obstáculos sentem o casal na sua sexualidade durante a gravidez?

Será que o casal percepçiona alterações da sua sexualidade face á gravidez?

1.3 OBJECTIVOS

Tendo por base a pesquisa bibliográfica efectuada foram delineadas questões de investigação que deram origem a objectivos. Segundo Fortin (2009, p. 100)

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis - chave, a população alvo e o contexto do estudo.

Assim sendo os objectivos do presente estudo são:

- Identificar factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez.
- Conhecer os obstáculos á sexualidade do casal durante da gravidez.

1.4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.4.1 Gravidez

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem beta 2, (1999):

Gravidez é um tipo de reprodução com as características específicas, situação em que se tem no corpo um feto em desenvolvimento e que dura um período de, aproximadamente 266 dias desde o dia de fertilização até ao nascimento, a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas inevitáveis nas funções orgânicas, o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas, pigmentação dos mamilos.

Para Canavarro (2001, p.19) “Gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas, portanto bem definido temporalmente.”

Esta tem início na fertilização de um óvulo por um espermatozóide e a subsequente implantação do mesmo na parede interna do útero. O ovo dará origem ao embrião. (Couto G. 2003).

Alterações físicas e bio-psicológicas

A gravidez é um período de grande complexidade, mais do que um acontecimento da vida, é um processo que se enquadra no ciclo vital da mulher. Quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicossocial, representa um desafio á adaptação da mulher enquanto pessoa, onde se projectam as suas ansiedades (medos, receios), as suas expectativas, as suas fantasias, e por outro lado, onde se definem novas representações sociais, novas expectativas e atitudes. Durante a gravidez a mulher desenvolve um processo dinâmico de adaptação de acordo com cada personalidade e ainda com o enquadramento do seu suporte familiar, tendo que se adaptar a novas tarefas, independentemente de ser ou não a primeira gesta, a gravidez para além de

representar o período gestacional de desenvolvimento fetal é também o período gestacional da construção do papel materno (Canavarro, 2001, p. 17- 49).

As alterações biológicas e físicas passam por variações ao nível de secreção hormonal, da estrutura e da função dos órgãos reprodutores. Ao longo da gravidez sucedem-se alterações corporais que se associam por vezes a perda da auto estima devido a percepções subjectivas de fraca atractividade física, existe o medo de uma vida a desenvolver-se dentro de si (distorção da imagem física) e medo de incapacidade de sedução e vida sexual. (Silva, Figueiredo 2005, p.4) (Canavarro, 2001, p.31).

O quadro sintomático associado à gestação apresenta aspectos mais ou menos característicos de cada trimestre, pelo que iremos referir sumariamente algumas dessas manifestações somáticas que ocorrem ao longo da gravidez (Mendes 2002).

Neste **primeiro trimestre** (0 - 12 semanas) as manifestações somáticas mais comuns estão relacionadas com as adaptações que ocorrem a nível dos centros medular e talâmico. Surgindo assim a fadiga, cansaço fácil, sono intenso, como consequência da progesterona na depressão dos centros nervosos centrais. Podendo ainda surgir náuseas e vômitos, ocorrência de poliúria, aumento das secreções vaginais, aumento de peso e tensão mamária com desconforto. (Crawford, 2008, p.119; Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1999, p.119)

A nível psicológico a primeira tarefa a cumprir é aceitar a realidade da gravidez. “Ambivalência” é a palavra que melhor define este período, ambivalência em acreditar na viabilidade da gravidez, aceitar a realidade do feto e em relação às alterações que a gestação implica (Canavarro, 2001, p.38).

No **segundo trimestre** (13 - 27 semanas) dá-se um aumento da auto-estima por a gestante se achar mais bonita; por não estar a vivenciar intensivamente os incómodos do primeiro trimestre e por se sentir mais segura uma vez que sente com mais intensidade a gestação.

Enquanto alguns sintomas relativos ao primeiro trimestre tendem a diminuir como as náuseas, os vômitos e a sonolência, outros tornam-se mais evidentes, como por exemplo: obstipação; baixa tendencial da tensão arterial, hiper-pigmentação da face, na auréola e na linha alba; aparecimento de estrias grávidas, principalmente nas mamas,

coxas e abdómen; câibras e lombalgias; aumento da sudorese e secreções sebáceas (Mendes 2002).

Ocorre ainda uma diminuição da sensibilidade mamária, o que permite o toque sem desconforto, mantêm-se ou aumenta o ingurgitamento dos grandes e dos pequenos lábios, aumenta a tensão sexual, anatomicamente notaremos que seria possível uma maior resposta orgânica, devido a uma maior irrigação sanguínea, aumento da rede vascular, com consequência aumento da lubrificação vaginal. (Goodson, Lopes, 1995, p.132).

Ao nível psicológico há necessidade de interiorizar o feto no seu “eu” conseguido ao longo do amadurecimento da grávida, que caminha no sentido de se tornar mãe á medida que o seu bebé cresce dentro de si (Oliveira, 2008, p.20).

É neste trimestre que a grávida descobre os primeiros movimentos fetais. A tarefa psicológica da gravidez neste trimestre é aceitar a realidade do feto, tomar consciência da realidade do bebé, que ele existe e vai mudar a vida dela e essencialmente do casal (Canavarro, 2001,p. 38).

Este trimestre pode ainda ser marcado pela labilidade emocional da grávida devido às preocupações com o futuro ou devido às alterações hormonais.

O **terceiro trimestre** (27 - 40 semanas), o volumoso abdómen é o factor que condiciona a maioria dos sintomas e sinais. Devido ao parto se estar a aproximar a mudança corporal é mais significativa. Assim ocorrem com frequência a pirose e o enfartamento, a polaquiúria, a sensação de dificuldade respiratória, o aparecimento ou agravamento de varizes, o edema dos membros inferiores e a síndrome de hipotensão supina, devido á compressão da veia cava superior pelo útero, quando a grávida fica em decúbito dorsal, pode aparecer o primeiro colostro, aumento da ansiedade e cansaço. (Crawford, 2008, p.109). Por volta das 4 e 2 semanas antes do parto, e por vezes desde o sétimo mês, o bebé encontra-se em posição cefálica, reduzindo assim a pressão sobre o estômago, fazendo com que a grávida se sinta mais confortável. Este período é marcado pela “separação psicológica” ou seja fazer planos acerca do parto, desde a preparação do enxoval, até ao momento concreto do parto, emocionalmente é o período

de maior ansiedade sendo necessária uma maior intervenção por parte do seu parceiro e da equipa multidisciplinar. (Burroughs 1995, cit in Oliveira, 2008, p.21).

O companheiro da grávida, também tem que se adaptar ao futuro papel de pai, nos dias de hoje a paternidade é feita de presenças, interações, amor, cuidados e simultaneamente acompanha o processo de adaptação física e emocional da grávida.

No pai as alterações não são tão visíveis a nível da silhueta, contudo são comuns a apresentação de queixas físicas leves, acessos de ansiedade, ou medos inexplicáveis. Estas alterações psicossomáticas, consistem na transposição de sintomatologia somática ou psicológica da participação paternal na paternidade e no parto (Capinha 1999; 2: pp.12-26).

A tarefa psicológica no final do terceiro trimestre, consiste em aceitar o bebé como uma pessoa separada. Esta tarefa é importante para os pais separarem a realidade da mãe do bebé e posteriormente aceitarem a separação física (Canavarro, 2001, p.43).

1.4.2 Sexualidade

Com base na pesquisa bibliográfica e segundo Nodin N (Sexualidade de A a Z. Chiado. Bertrand Editora, 2002)

Sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade, ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia os pensamentos, sentimentos, acções e interações, por isso, influencia a nossa saúde física e mental

Esta definição da OMS é actual e aceite de forma consensual a nível internacional.

Para além do acto sexual em si, a sexualidade humana engloba também as fantasias, os pensamentos eróticos, as carícias e a masturbação. (Grande enciclopédia médica da família, volume 13, p. 9).

Os mamíferos são seres sexuais e usam a sexualidade essencialmente para a reprodução (instintiva). O Homem por sua vez pode ter vários objectivos para os seus comportamentos sexuais: procriar; expressão de ternura e de afecto, comunicação; prazer (Cordeiro, 2003, p.71-85).

Ao nascermos já vimos equipados biologicamente para a sexualidade, com órgão e função em estado potencial mas que só se actualizarão com longos e complexos processos de amadurecimento biológico, que caminham a par e passo com longos e complexos processos de desenvolvimento psicológico, de relacionamento afectuoso com as pessoas que nos elegeram e que fomos elegendo como os nossos parceiros privilegiados de vida (Salgueiro 2000, p.73-77).

Existem diferenças significativas e naturais entre os interesses e as experiências das mulheres e dos homens, mas o desejo de excitação sexual e o orgasmo existem no interior de todos os indivíduos (Quartilho, 2003, pp. 117-153).

A sexualidade é um factor ou qualidade da experiência e desenvolvimento dos indivíduos, e os impulsos heterossexuais são a norma. Todas as pessoas têm uma identidade de género, sexual, e as atitudes, interesses e problemas sexuais são significativamente influenciados por acontecimentos precoces no início da vida, sendo esta uma importante componente da saúde mental e da maturidade (Quartilho, 2003, pp. 117-153).

Mulheres e Homens não vivem a sua sexualidade da mesma forma. Nas mulheres ao longo do ciclo vital verifica-se um padrão diferente na actividade sexual. Os aspectos emocionais e relacionais são mais enfatizados. Na apresentação clínica dos problemas as mulheres focam predominantemente nas dificuldades relacionadas com o desejo e a excitação enquanto os homens referem queixas em relação as respostas periféricas, nomeadamente a erecção e ejaculação. Assim o padrão de queixas verificadas na clínica corresponde a queixas de natureza subjectiva nas mulheres e sintomas objectivos nos homens (Soares, 2003, pp. 51-70).

Alterações da sexualidade

Para o casal a gravidez é um período de adaptações em todos os sentidos; adaptações emocionais, físicas, existenciais e também sexuais. Esta necessidade de adaptação afecta ambos os membros do casal.

A gravidez tem influência sobre a sexualidade do casal, pois ainda que desejada e planeada tem repercussões a vários níveis de relacionamento do casal, o casal tem que se ajustar a vários níveis, no sentido de manter ou melhorar a qualidade de vida de que

desfrutavam antes de ocorrer a gravidez. A expressão da sexualidade durante o período da maternidade pode modificar-se de forma significativa, enquanto uns casais não têm problemas no relacionamento sexual, outros demonstram preocupação. Esta diversidade de sentimentos é provocada: por factores físicos; emocionais; de interacção; mitos sobre o sexo na gravidez; problemas de disfunção sexual; alterações físicas na mulher (Santos, 2002, 3: pp.11-16).

É natural que a mulher se sinta mais acolhedora de mimos e carícias do que a relações sexuais, mas para que não hajam constrangimentos enquanto casal deverá existir comunicação, e vontade de partilhar preocupações, expressar as suas opiniões e sentimentos, que haja compreensão mútua, podendo fortalecer o seu relacionamento sexual. (Goodson e Lopes, 1995 p.133) Se o casal não compreender as aparentes e rápidas alterações fisiológicas e emocionais inerentes á gravidez, podem ficar confusos com o comportamento do outro, razão pela qual conversar sobre as mudanças que cada um sente pode ajudar a definir problemas e proporcionar o apoio necessário (Bobak, 1999).

À medida que a gravidez avança as alterações da silhueta, a imagem corporal e os desconfortos influenciam o desejo sexual de ambos (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1993, p.119). O auto conceito da grávida afecta a sexualidade feminina, pois uma imagem pobre do corpo pode resultar em respostas negativas a estimulações sexuais. (Fogel citado por Sorensen e Luckmam (1998, p. 1799) Um auto-conceito positivo é essencial para um ser sexual saudável, caso contrário ocorrerá um comprometimento da resposta sexual (Sorensen e Luckman1998, p. 1799).

O estado adulto é o tempo máximo de auto consciência sexual, com o desenvolvimento de relações sociais tranquilas, contudo para que isto ocorra é necessário que exista por parte das pessoas, compreensão que o sexo é o meio de expressão de amor e intimidade. (Woods cit in Sorensen e Luckman, 1998, p.1802).

Como o Homem é um ser cultural, este acaba por interiorizar certas restrições ou permissões, no que concerne a valores ou práticas sexuais, como o caso de práticas de relações sexuais na gravidez (Sorensen Luckman, 1998, p.1804). Cada cultura tem regras práticas no que diz respeito á sexualidade tendo o enfermeiro um papel importantíssimo, no ensino, e intervenção para desmistificar a existência de

preconceitos, crenças e mitos. Manter o desejo sexual é um dos desafios pelos quais o casal terá de passar durante a gravidez. Incluindo aqueles casais que nunca antes viveram problemas ao nível sexual terão de passar por adaptações.

São factores apontados de diminuir o desejo sexual do homem durante a gravidez por Rynerson e Lowdermilk (1996 cit in Portelinha 2003, p. 33)

Medo de prejudicar a mulher e/ou feto; repulsa pelo corpo grávido; crença que é imoral fazer sexo com uma gestante; temor de que, de que de alguma forma, o feto possa observar a actividade sexual; temor de que o feto possa ferir o seu pénis; a necessidade de se afastar da companheira enquanto luta com os seus problemas decorrentes da gestação.

Rynerson e Lowdermilk (1996, *ibid*) defendem que estes factores constituem as justificações invocadas por alguns homens, durante o período da gestação, para se envolverem em relações extraconjugais, que habitualmente terminam depois do parto. Outros investigadores como (Bing, 1980; Bittman, 1980; Zalk, 1979 *cit in* Trindade 1987, p. 86),

(...) encontraram homens que não notaram diferenças nos seus desejos em relação aos níveis de pré gravidez e mesmo outros que se sentiam excitados com o aspecto voluptuoso das suas mulheres grávidas, pelo aumento da intimidade emocional, aproximação e felicidade.

Hoje ao contrário de antigamente o sexo na gravidez é aconselhado para o bem-estar do casal. Contudo podem ocorrer desconfortos ao longo da gravidez que variam durante os trimestres e que podem levar a alterações do desejo sexual do casal (Magalhães 2007, p. 10-11)

Se a gravidez se desenrolar, com normalidade e não surgirem complicações específicas, a prática do coito não acarreta riscos para o bem-estar do feto, devido a este se encontrar bem protegido dentro do útero materno. O feto flutua no líquido amniótico e está rodeado por membranas que durante a penetração, resistem aos movimentos do pénis sobre o colo do útero, selado por um tampão mucoso que previne qualquer perigo de contaminação externa. O ângulo independentemente da postura adoptada para realizar o coito, conduz o pénis numa direcção que o afasta do corpo do útero, onde se encontra o bebé (Tachlitzky, 2005, p. 64). Desde que não apareçam sinais de um problema concreto, como hemorragias ou dores abdominais, não há motivo para temer que as relações sexuais sejam prejudiciais para o bebé (Santos, 2007, p.26).

A maioria dos médicos permitem que os casais tenham relações sexuais até á gestação de termo, e muitas mulheres experimentam elevação do desejo sexual durante a gravidez (Burroughs, 2007, p.101).

1º Trimestre

Este trimestre é um período em que a mulher tem de integrar a gravidez dentro de si, implicando mudanças de hábitos de vida, preparação da sua pessoa, do organismo, e da sua família para a chegada do bebé (Colman & Colman,1994).

As alterações hormonais são também responsáveis pela tensão vaginal que pode tornar a penetração desconfortável ou dolorosa. A acrescentar a estes aspectos, os aspectos somáticos referidos no 1º trimestre da gravidez justificam assim uma diminuição do desejo e da resposta sexual. A hipersensibilidade aos odores pode provocar enjoos que também não deixam de ser inibidores. Durante a gravidez até os cheiros normais do seu próprio marido/companheiro podem causar repulsa (Colman & Colman, 1994; Portelinha, 2003).

A ambivalência e o cansaço, que caracterizam o início da gravidez, podem afectar seriamente a relação de intimidade sexual. Além disso, o medo de que as relações sexuais possam magoar o feto ou a mulher terá implicações negativas no desejo e resposta sexual (Colman & Colman, 1994). As mulheres que concentram a sua experiência na maternidade ou acreditam que a função de sexo é principalmente a procriação têm tendência a rejeitar a sua sexualidade nesta fase. Pelo contrário, outras mulheres sentem uma maior necessidade sexual. O desejo e a capacidade orgásmica podem estar muito aumentados, levando as mulheres a sentirem-se eróticas e libertas da dependência do contraceptivo, que tinham antes de engravidar (Colman & Colman, 1994). Não obstante, e de acordo com Portelinha (2003, p. 24)

(...) outras grávidas vivem a sua sexualidade como uma necessidade acrescida de ternura, de carinho e de sensualidade, procurando sobretudo o mimo e o abraço caloroso do companheiro.

Como comprovaram Masters & Johnson (1968 *cit in* Portelinha, 2003), após um período de diminuição da tensão sexual, a maioria parte das mulheres experimentam um aumento do desejo perto do fim do primeiro trimestre. Esta tensão pode ser tal que algumas delas referem câibras, cefaleias e até dores no baixo-ventre desencadeadas pelo orgasmo.

Nas indicações clínicas nesta fase da gravidez, Garnier & Gondonneau (1975, p. 70) afirmam que

(...) é actualmente evidente que o conselho duma abstinência absoluta nos três primeiros meses se revela duma imprudência excessiva [isto porque] a interrupção de todas as actividades sexuais também tem consequências nefastas, tanto no plano fisiológico como no plano psicológico.

2º Trimestre

Existe alguma unanimidade entre os autores ao considerarem o segundo trimestre como um período de bem-estar. Portelinha (2003, p. 24) refere

O aumento da vascularização e o ingurgitamento das mamas, dos grandes lábios e da vagina continuam a aumentar a tensão sexual, facilitando a capacidade orgástica, e o desconforto pelo excesso de tensão observada no primeiro trimestre é atenuado.

Segundo alguns estudos referidos por Colman & Colman (1994), oitenta por cento das mulheres descreviam uma melhoria significativa nas relações sexuais neste trimestre e algumas confessaram ter tido pela primeira vez nos seus casamentos experiências sexuais satisfatórias. Para além disso “(...) a mulher nesta fase torna-se mais exigente quanto à qualidade das suas experiências” e apesar dos medos que eventualmente possam sentir “(...) a necessidade elimina os medos” (Garnier & Gondonneau, 1975, pp. 71 - 72).

Colman & Colman (1994, p. 144) defendem que “(...) durante esta fase da gravidez alguns casais alcançam auges sexuais novos, convertendo uma preocupação com o bebé que está a crescer, em intimidade física preciosa”. Na perspectiva destes autores, tal constitui uma vantagem oculta na gravidez que pode modelar a sexualidade de um casal, a qual poderá estender-se para o período após o nascimento do bebé (Colman & Colman, 1994). Contudo, outros factores podem interferir com as relações sexuais. Por exemplo, o facto de sentir o feto, embora não sendo prejudicial, pode psicologicamente impedir o relaxamento. Na esfera psicológica, há uma incorporação da imagem do feto, uma aceitação da maternidade, a futura mãe sente-se mais bonita, segura e verifica-se um aumento auto estima. Assim, esta é capaz de admirar o seu corpo e usufruir do prazer que este pode dar ao casal (Colman & Colman, 1994). Neste período o companheiro vê as alterações físicas da gestante como encantadoras e belas, a sintonia do casal, produzindo uma intensificação da sua relação sexual.

3º Trimestre

Este trimestre é o que compreende maior variabilidade, sendo que as diferenças se intensificam de caso para caso. Segundo Garnier & Gondonneau (1975).

Certas mulheres continuarão a manifestar um interesse aumentado pela sexualidade. Em compensação, na maioria dos casos, nota-se uma nítida redução das relações sexuais relativamente ao segundo trimestre.

O factor de maior impacto sobre o desejo sexual, a mulher sente-se: cansada, confusa com a aparência, ao mesmo tempo desejada, obesa, menos atraente, sem sensualidade, fraca auto-imagem, a atitude do companheiro, levando-a a um aumento da tensão emocional e a uma diminuição do interesse sexual, a mulher tem medo de magoar o feto, a dificuldade em se posicionar também aumenta devido ao desenvolvimento do feto (Mendes, Afonso, Maciel, et al, 1997, p. 25).

Nesta altura são muitos os aspectos que podem influenciar negativamente as relações sexuais, desde o grande volume uterino, o aumento de peso, a pirose e dores musculares, até à saída de colostro, provocada pela excitação e até mesmo pelas fortes contracções uterinas após o orgasmo. Estas contracções levam a mulher a recear um parto prematuro devido ao coito. De qualquer forma, no último trimestre da gravidez, a tensão sexual mantém-se elevada, podendo mesmo vir a ser maior, devido à abundante lubrificação vaginal e ao aumento da pressão pélvica do útero que aumenta o tempo de resolução, prolongando o orgasmo. (Masters & Johnson, 1968 *cit in* Portelinha, 2003)

Nesta fase, tornam-se mais frequentes as situações de contra-indicação médica para a prática de relações sexuais. No entanto, Garnier & Gondonneau (1975) chamam à atenção que estas só devem ser proibidas em casos muito específicos, uma vez que esta inibição pode, face a um estado de grande tensão sexual, vir a constituir frustração que pode agravar a ansiedade característica do final da gestação (Portelinha, 2003).

A gravidez é um período de grande importância para o casal, tempo de grande exigência para ambos. É considerada um dos maiores ritos de passagem da vida, neste período de transição é importante o equacionar o passado, presente e o futuro para seguir em frente com confiança e afirmação.

Apesar das alterações supracitadas nada impede que a vida sexual do casal continue como era anteriormente. O que o casal necessita é adaptar-se e desfrutar este momento das suas vidas. A sexualidade do casal nem sempre piora na gravidez pelo

Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez

contrário poderá melhorar, e ter um contributo positivo para o futuro, isto poderá suceder quando a gravidez é desejada e saudável e o casal está receptivo, criando-se uma aproximação de entendimento mútuo entre eles.

II FASE METODOLÓGICA

Segundo Quivy & Campenhoudt (2003), os métodos são formalizações específicas do procedimento, percursos diferentes, concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados. O procedimento científico é pois um conjunto de passos a percorrer e um dos meios utilizados para se atingir esses objectivos. Assim sendo, expor o procedimento consiste em descrever e analisar a metodologia utilizada, as suas potencialidades e limites.

2.1 MEIO

Tendo em conta a natureza deste projecto de investigação, considera-se pertinente esclarecer o meio em que este se desenvolveu. Segundo Fortin (2009, p. 132) “(...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios tomam o nome de estudos em meio natural”.

O local onde iremos efectuar este estudo de investigação será na UCSP São Mamede, Concelho de Matosinhos, Distrito do Porto.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta a temática em questão e os objectivos previamente traçados optou-se por um estudo qualitativo fenomenológico. A abordagem fenomenológica de investigação, é a ciência das significações que corresponde a uma lógica descritiva.

De acordo com Streubert & Carpenter (2002) a investigação qualitativa apela mais ao reconhecimento dos padrões de um fenómeno do que à explicação de factos controlados e generalizados. Os investigadores qualitativos como já referido, interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos, verifica-se assim que, ao contrário das estratégias quantitativas que conseguem demonstrar recorrendo á testagem que os fenómenos acontecem, as estratégias qualitativas mostram-nos como acontecem. A investigação qualitativa procura compreender significados, aprofundar conceitos, identificar processos, descobrir e analisar experiências, explorar e descrever contextos e atitudes.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população que pretendemos estudar no nosso projecto é constituída pelos casais grávidos da UCSP S. Mamede, Concelho de Matosinhos, Distrito do Porto. A amostra é constituída pelos casais que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna, no período de Fevereiro e Março

O método de mostragem será não aleatório acidental (amostragem não probabilística). De acordo com Almeida e Freire (2007) este tipo de amostra é formada por sujeitos que em determinado momento se encontram em determinado local ou a realizar determinada tarefa constituindo os grupos a observar.

2.4 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com Fortin (2009, p. 261)

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

O processo de recolha de dados é a fase mais importante do processo de investigação, pois é a partir dos dados recolhidos que serão enunciadas as conclusões do projecto de investigação. Uma vez que vamos abordar um tema da intimidade do casal, que envolve algum pudor e o casal poderia sentir alguma dificuldade em verbalizar a sua sexualidade; tendo em conta o estudo, optou-se pelo questionário com perguntas abertas e fechadas, por administração directa.

Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. Contrariamente à entrevista, o questionário é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência (...). (Ibid, p.249)

Para categorização das diferentes profissões dos inquiridos será utilizada a Classificação Nacional das Profissões de 1994 que passamos a transcrever:

- 1- Quadros Superiores da Administração Pública Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas.
- 2- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.
- 3- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.
- 4- Pessoal Administrativo e Similares.
- 5- Pessoal dos Serviços e Vendedores.

- 6- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas.
- 7- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.
- 8- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.
- 9- Trabalhadores não Qualificados.

2.5 PRÉ-TESTE

Esta etapa é fundamental e imprescindível para uma boa compreensão por parte da amostra. O pré-teste consiste na aplicação do questionário a um número de casais grávidos, 10% da população, para avaliarmos se o questionário obedece a todas as regras que lhe são impostas durante a sua construção, com finalidade de corrigir ou reajustar antes da sua concepção final. É de grande relevância referir que os elementos que participaram no pré-teste não podem fazer parte da amostra.

2.6 QUESTÕES ÉTICAS

Ao realizarmos uma investigação é preciso estar ciente de que envolvemos o Homem e este requer de nós confidencialidade, anonimato, direito à intimidade, protecção contra o desconforto, em suma o cumprimento da nossa parte de questões éticas e morais.

Ética segundo Fortin (2009, p. 114) “é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”, continuando na linha de pensamento refere que em 1947 o processo de Nuremberga força a comunidade internacional, e em particular a comunidade científica, a debruçar-se sobre os imperativos da ética na investigação aplicada nos seres humanos. Torna-se assim necessário adoptar medidas que salvaguardem os direitos e a liberdade das pessoas envolvidas neste estudo. Antes do questionário, os inquiridos devem ser informados de todas as condições do estudo para que possam decidir livremente se desejam participar no nosso projecto de investigação. Também é imprescindível explicar aos inquiridos que as informações obtidas são confidenciais e os resultados serão apresentados de forma que nenhum participante seja reconhecido. Dada a intimidade e privacidade do tema em estudo poderão ser levantadas algumas questões éticas e morais. Por conseguinte pareceu-nos importante pedir autorização à comissão ética da ULS de Matosinhos. Para podermos aplicar o questionário e também efectuar

um pedido de consentimento informado ao casal inquirido, em que constará a garantia do anonimato e confidencialidade a que com todo o respeito têm direito.

2.6 PREVISÃO DE RECOLHA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Pre vemos que a recolha de dados se efectue entre o mês de Fevereiro e Março. A abordagem fenomenológica da investigação, “é a ciência das significações que corresponde a uma lógica descritiva” (Deschamps 1993, cit. in Fortin 2009, p.315)

A análise de conteúdo permite desconstruir o discurso inicial e construir um outro discurso, tendo em conta o quadro teórico que temos para este estudo.

Segundo Bardin (2006, p.16) “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

Tendo em conta as orientações do autor citado, vamos procurar reunir os aspectos relevantes por ordem temática, em categorias e subcategorias, tendo em conta as ideias reais.

Após a realização da categorização, iremos proceder à interpretação das categorias e subcategorias. A apresentação dos dados será feita de forma descritiva ou através quadros.

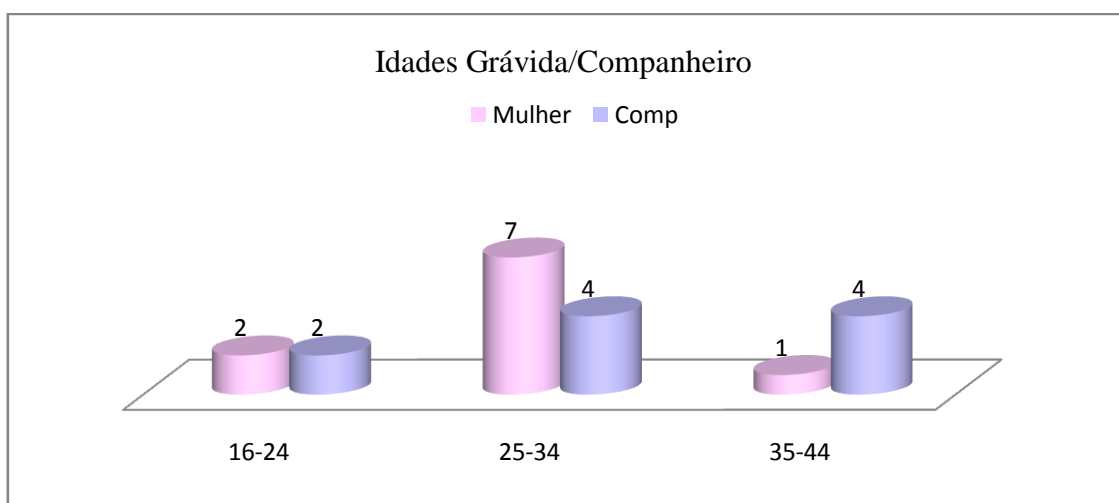
III FASE EMPIRICA

3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a administração dos questionários, efectuou-se o seu tratamento, procedendo a uma análise estatística, através do programa Microsoft Excel, versão 2007, em que foram trabalhados os dados, de forma a conhecer factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez. Os dados recolhidos foram trabalhados e encontram-se em gráficos e quadros que passamos a apresentar.

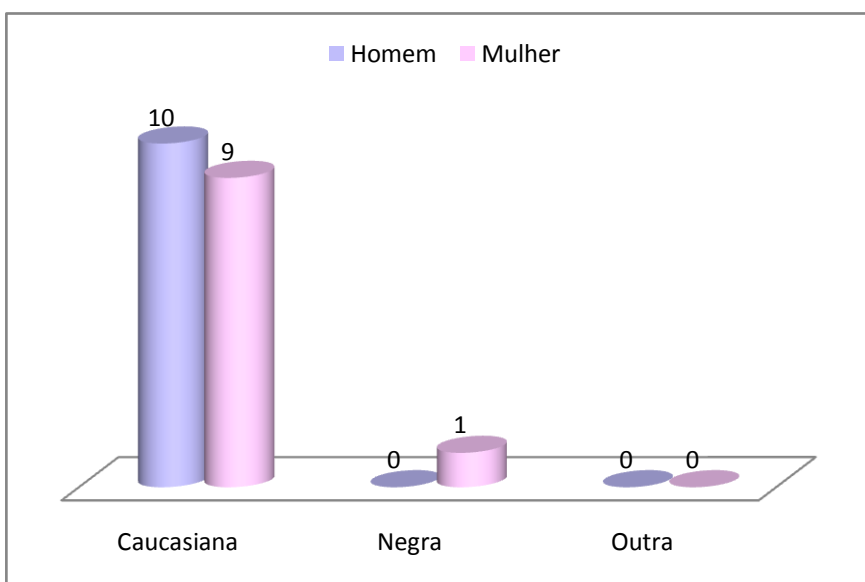
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Gráfico nº 1 - Distribuição dos inquiridos segundo a faixa etária



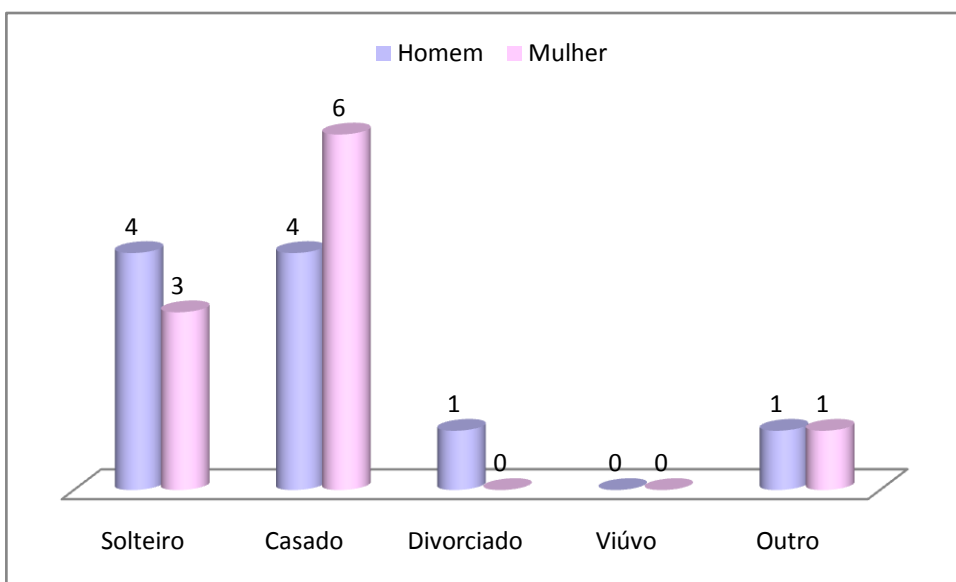
A amostra é constituída por 10 casais da UCSP São Mamede, com idades compreendidas entre os 16 anos valor mínimo, e os 44 anos valor máximo. A maioria das grávidas tem idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos, que corresponde a 70%, seguida da faixa etária dos 16 aos 24 com a percentagens de 20%, restando as faixas etárias dos 35 aos 44 anos com percentagens de 10%. Os companheiros com a faixa etária dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos com percentagens iguais de 40%, e a faixa etária dos 16 aos 24 corresponde ao menor número com percentagens de 20%.

Gráfico nº2 - Distribuição dos inquiridos segundo a raça



Tal como observamos, a maioria dos inquiridos são de raça caucasiana, num total de 90% das grávidas (9), e 10% corresponde à raça negra (1). Nos companheiros das grávidas percentagens de 100% raça caucasiana (10).

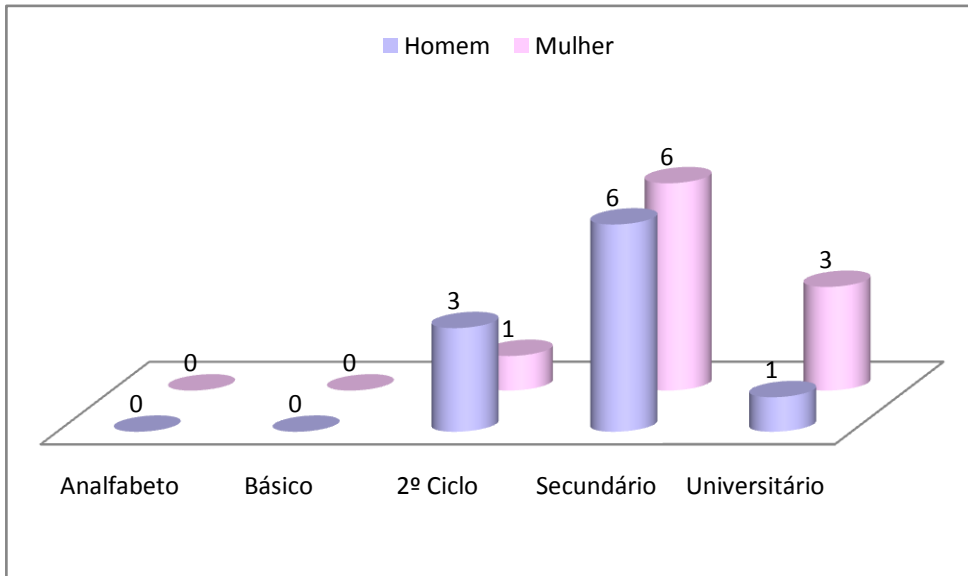
Gráfico nº3 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil



Tal como observamos, das 10 grávidas a maioria são casadas com percentagens de 60% (6) para 40% (4) dos companheiros com o mesmo estado civil. No que se refere ao estado civil solteiro verifica-se 30% (3) grávidas e 40% (4) de companheiros, seguida

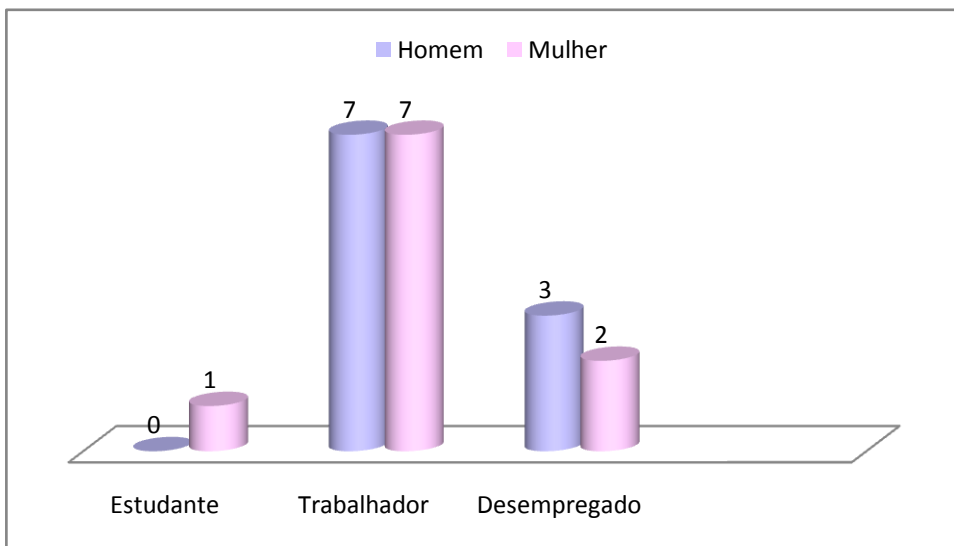
e outro ambos com 10% (1), estado de divorciado de companheiros corresponde 10% (1).

Gráfico nº 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a escolaridade



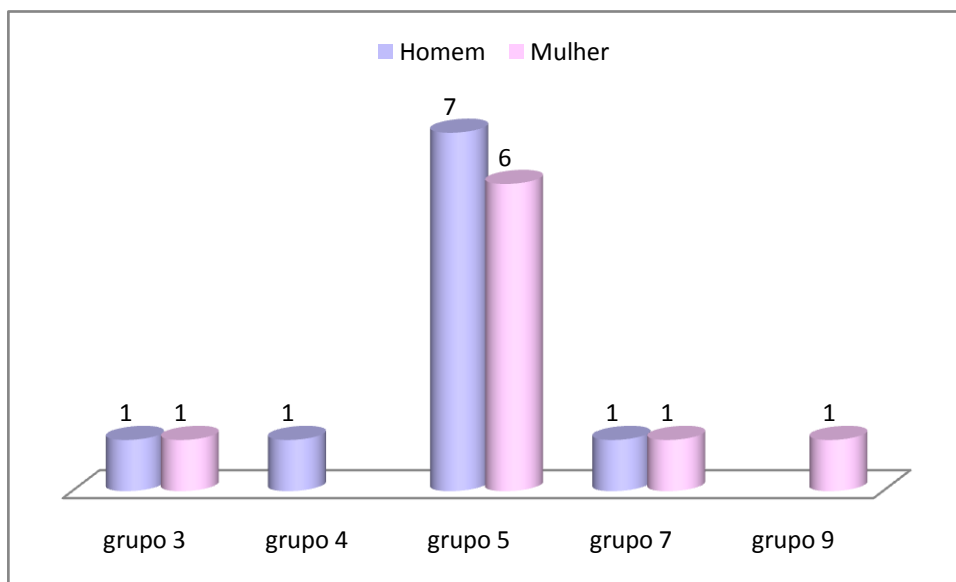
No respeitante à escolaridade constatamos que 60% (6) das grávidas tem o ensino secundário, seguido de 30% (3) com o ensino superior e restante 10% com o 2º ciclo. No que se refere ao companheiro, os dados estatísticos invertem-se, o mesmo número de indivíduos (6) frequentou o ensino secundário, 30% (3) concluiu o 2º ciclo e só 10% (1) frequentou o ensino universitário.

Gráfico nº 5 - Distribuição dos inquiridos segundo a situação laboral



No que se refere à situação laboral constatamos que 70% das grávidas trabalham, seguido de 20% (2) de desempregadas e as restantes 10% (1) estudam. Relativamente ao companheiro, 70% (7) corresponde aos que trabalham e 30% (3) encontram-se na situação de desemprego .

Gráfico nº 6 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado profissional de acordo com a Classificação Nacional das Profissões - CNP



Para categorização das diferentes profissões dos inquiridos foi utilizada a Classificação Nacional das Profissões de 1994.

Da análise do Gráfico nº6, verificamos que no total dos sujeitos, o grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores) é o mais representado, sendo de 70% (7) nos homens e de 60% (6) nas mulheres; o grupo 4 (pessoal administrativo e similares) faz-se representar só nos homens com 10% (1); quanto ao grupo 3(técnicos e profissionais de nível intermédio e grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares) estão em igualdade com 10% (1) para ambos os géneros; o grupo 9 (trabalhadores não qualificados) encontram-se 10% (1) das mulheres .Os restantes 10% (1) das mulheres são estudantes e como tal não se encontram designadas no quadro.

Quadro nº 1 - Distribuição das grávidas segundo a caracterização da gravidez

Caracterização da gravidez	Gravidez		
		Nº Respostas	% Respostas
Gravidez	Planeada	6	60
	Não planeada	4	40
Paridade	Primípara	7	70
	Múltipara	3	30
Acompanhamento	Privada	2	20
	Centro de Saúde	7	70
	Hospital	4	40
	Não teve	0	0

Pela análise do Quadro nº 1 verificamos que 60% (6) das gravidezes foram planeadas e 40% (4) não foram planeadas.

Quanto à paridade 70% das mulheres são primíparas e 30% (3) multiparas.

No que se refere ao acompanhamento da gravidez, verificamos que o número de respostas não corresponde ao número de mulheres da nossa amostra, uma vez que algumas das mesmas seguiram a sua gravidez em mais do que um local. Observamos assim que, 20% (2) foram seguidas na clinica privada, 70% (7) recorreram à consulta de saúde materna no Centro de Saúde e 40% (4) tiveram necessidade de recorrer à consulta hospitalar. Constatou-se pelos inquéritos que por necessidade de um follow-up especializado, as 4 mulheres tiveram necessidade de terem um acompanhamento obstétrico.

Quadro nº 2 - Distribuição das mulheres e dos homens segundo a fonte onde obtiveram informação sobre sexualidade durante a gravidez

Informação sobre sexualidade	Mulheres		Homens	
	Nº Resposta	% Resposta	Nº Resposta	% Resposta
Centro de Saúde	5	50%	4	40%
Enfermeira de família	1	10%	1	10%
Internet	1	10%	6	60%
Livros	1	10%	1	10%
Médico de família	1	10%	2	20%
Experiência de vida	3	30%	3	30%

Pela análise do Quadro nº 2, verificamos que o número de respostas é maior do que a amostra uma vez que obtiveram informação sobre sexualidade durante a gravidez de várias formas. As mulheres na sua maioria 50% (5) obtiveram esta informação no Centro de Saúde, seguindo-se a Experiência de vida com 30% (3) e em igual percentagem aparece a Enfermeira de Família com 10% assim como a Internet, os Livros e Médico de Família. Os homens foram aqueles que recorreram mais à Internet com 60% (6), seguindo-se o Centro de Saúde com 40% (4), referem ter adquirido informação através da Experiência de vida 30% (3), 20% (2) através do Médico de Família e os restantes 10% (1) em igual percentagem a Enfermeira de Família e os Livros.

Quadro 3- Informação do casal sobre relações sexuais durante a gravidez

Respostas	Mulher				Homem			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Unem o casal	10	100			10	100		
Provocam aborto			10	100			10	100
Provocam ameaça de parto			10	100			10	100
Fazem mal ao bebé			10	100			10	100
Prejudicam o homem			10	100			10	100
O bebé pode estar a observar			10	100			10	100
Magoam a grávida	1	10	9	90	2	20	8	80
Provocam grande desgaste físico	2	20	8	80	3	30	7	70
É imoral			10	100			10	100
É normal	10	100			9	90	1	10

De acordo com o quadro nº 3, observamos que relativamente à resposta “Unem o casal e é normal” as mulheres responderam 100% (10) que Sim. Verificamos que 20% (2) das mulheres responderam sim que as relações sexuais durante a gravidez “Provocam grande desgaste físico e 10% (1) responderam sim “Magoam a grávida”. Observamos que 100% (10) dos homens responderam sim “Unem o casal”, 90% (9) responderam sim “É normal”, 30% (3) responderam sim “Provocam grande desgaste físico” e 20% (2) responderam sim “Magoam a grávida”. Quanto às respostas “Provocam aborto; Provocam ameaça de parto; Fazem mal ao bebé; Prejudicam o homem; O bebé pode estar a observar; É imoral” ambos os géneros responderam que Não com 100% (10) a todas elas.

Ao longo da história o homem sempre esteve ligado a forças transcendentais, divindades e poderes que se traduzem nas mais variadas crenças e mitos no que se refere à saúde e à doença. A gravidez ao longo dos tempos e nas diferentes culturas também se deixa envolver em mitos, tabus e crenças como referimos no desenvolvimento teórico. No entanto, a maioria destas crenças estão fundamentadas mais nos critérios morais e religiosos do que no conhecimento científico. Assim, e de acordo com Trindade, L. (1987) tem-se aceite de forma implícita que a sexualidade durante a gravidez é algo perigosa, incómoda e inclusive, indecente ou imoral.

Portelinha, C (2003, p. 22) reforça esta tese ao referir que na tradição judaico-cristã na qual estamos culturalmente entranhados, as relações sexuais são estabelecidas como forma de obtenção de prazer e justificadas pela reprodução; a prática durante a gravidez assume um “Carácter paradoxal e transgressivos que, na dificuldade de o ultrapassarmos, transformamos em tabu ou em pontos de vista estereotipados”. Ainda, e de acordo com Trindade, L. (1987), esses mitos e tabus, com origem na antiguidade e com a finalidade de proteger o feto, progressivamente criaram “um clima psicológico de «anormalidade»” que segundo este autor “se tem mantido até aos nossos dias e que as vitórias científicas destes anos não conseguem alterar”. Pelo exposto, no quadro - 3 podemos referir que estes dados parecem contrariar a visão de alguns autores, que vêm a sexualidade durante a gravidez como um meio onde os mitos e os tabus encontram maior expressão; os resultados obtidos revelam que quer o homem quer a mulher têm uma atitude positiva sobre relações sexuais durante a gravidez contrariando assim os autores supra citados.

Quadro nº 4 - Distribuição dos homens e das mulheres segundo a frequência de relações sexuais antes e durante a gravidez

		1 p/semana		2 p/semana		Diariamente		Raramente		Nunca	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes da gravidez	Mulher	1	10	5	50	3	30	1	10		
	Homem	2	20	4	40	4	40				
1º Trimestre	Mulher	3	30	4	40	1	10	2	20		
	Homem	5	50	4	40	1	10				
2º Trimestre	Mulher	3	30	4	40	1	10	2	20		
	Homem	4	40	1	10	1	10	4	40		
3º Trimestre	Mulher	1	10	3	30	2	20	4	40		
	Homem	3	30	2	20			2	20	3	30

Face aos resultados referidos no quadro nº4, podemos constatar que existe uma oscilação referente à frequência das relações sexuais durante a gravidez. Verifica-se que antes da gravidez 50% (5) das mulheres tinham relações sexuais duas vezes por semana, 30% (3) diariamente, 10% (1) uma vez por semana e as outras 10% (1) raramente. No 1º e 2º trimestre estas mulheres tiveram igual frequência das relações sexuais. No 3º trimestre presencia-se um decréscimo das relações sexuais em que 10% das mulheres

têm relações sexuais uma vez por semana, 30% (3) duas vezes por semana, 20% (2) diariamente e 40% (4) raramente.

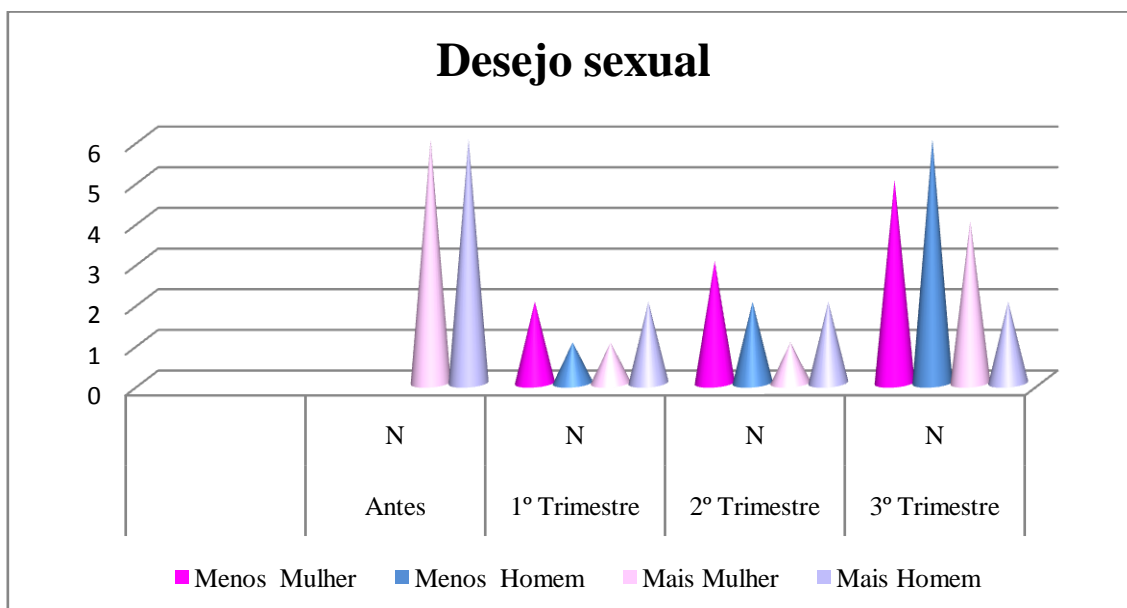
No que se refere aos homens 20% (2) antes da gravidez tinham relações sexuais uma vez por semana, 40% (4) duas vezes por semana e diariamente. No 1º trimestre verifica-se que houve um decréscimo na frequência das relações sexuais com 50% (5) uma vez por semana, 40% (4) duas vezes por semana e 10% (1) diariamente. No 2º trimestre a frequência continua a diminuir com 40% (4) dos homens a ter relações uma vez por semana, 10% (1) duas vezes por semana e diariamente e os restantes 40% (4) raramente. Nota-se que no 3º trimestre 30% (3) dos homens têm relações sexuais uma vez por semana, 20% (2) duas vezes por semana e raramente e os restantes 30% (3) referem que nunca.

A análise do Quadro nº 4 permite-nos afirmar que os dados referidos quer pelos homens quer pelas mulheres raramente são coincidentes, quanto à frequência das relações sexuais antes e durante a gravidez.

Os dados observados no quadro anterior estão de acordo com os de Portelinha (2003, pp.75-76), num estudo efectuado relativo à frequência das relações sexuais antes e durante a gravidez, verificou que

“Embora o padrão geral seja o decréscimo progressivo, casos há em que nas fases mais adiantadas se regista uma frequência elevada de relações sexuais. (...) Comparativamente com o período anterior à gravidez, uma grande maioria das mulheres, em qualquer dos três trimestres de gestação, referem uma diminuição da frequência das relações coitais. Esta diminuição, sendo referida por uma proporção idêntica de mulheres do 1º e do 2º trimestre, é mais comum nas do 3º trimestre. O nº de grávidas que indicam ter aumentado a frequência das relações coitais é, em todo os casos reduzido.”

Gráfico nº 7 - Distribuição dos homens e das mulheres segundo o desejo sexual antes e durante a gravidez



A análise deste gráfico demonstra que o desejo sexual varia com a gravidez. Observa-se que o maior desejo sexual se verifica antes da gravidez com 60% (6) para ambos os géneros. O 3º trimestre evidencia-se com 40% (4) das grávidas a referirem mais desejo sexual. No 1º e 2º trimestre da gravidez ocorre uma diminuição significativa do desejo sexual, só 10% (1) das grávidas referiram terem sentido mais desejo sexual. Nos homens não se verifica um aumento do desejo sexual ao longo da gravidez, os valores são constantes 20% (2). Ainda analisando o gráfico observamos uma crescente diminuição do desejo sexual ao longo dos três trimestres. No 3º trimestre 50% (5) das grávidas referiram uma diminuição do desejo sexual, no 2º trimestre 30% (3) e no 1º trimestre 20% (2). Nos homens verificou-se que o 3º trimestre evidenciava menos desejo sexual 60%, seguindo-se do 2º trimestre com 20% (2) e por último o 1º trimestre com 10% (1).

Os dados obtidos neste trabalho são firmes em que há uma diminuição progressiva do desejo sexual. Estas alterações devem-se à ansiedade motivada pela aproximação do parto, a infinidade de dúvidas e medos relacionados com o parto e pela criança que vai nascer. A manutenção e ausência da libido dependem de como a mulher aceitou ou encara a gravidez e da relação afectiva que mantém com o seu companheiro. O desejo sexual durante a gravidez, (Santos ABV, 2002), varia de mulher para mulher,

como noutras situações da vida. Há mulheres que mantêm o seu desejo sexual como antes da gravidez e outras vêem o seu desejo diminuído, aumentado ou a oscilar ao longo da gestação.

O desejo sexual apresenta variações típicas decorrentes da gravidez, é normal que diminua no 1º trimestre, que ressurgja com intensidade no segundo trimestre e que tenda a diminuir na última fase da gestação. (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1999, p. 119). Os dados obtidos neste trabalho são discordantes com os do autor no que se refere ao 2º trimestre, em que o autor refere que ocorre um ressurgir da intensidade do desejo sexual e nos dados obtidos neste gráfico acontece o oposto com uma diminuição do desejo sexual da grávida mais acentuado do que no 1º trimestre.

No homem, de acordo com Trindade, L. (1987), pode observar-se alterações no desejo sexual durante a gravidez da companheira, sendo a diminuição do desejo sexual o mais comum de ocorrer. Este pode diminuir à medida que a gravidez avança, nomeadamente a partir do 2º trimestre, devido à alteração corporal da mulher, ao medo de magoar o feto e a grávida. Os dados obtidos e registados no gráfico nº7 são concordantes com a questão desenvolvida pelo autor, evidenciando uma diminuição progressiva do interesse do desejo sexual no que respeita ao companheiro da grávida, sendo mais significativo no 3º trimestre.

O quadro seguinte foi construído após análise de conteúdo das questões abertas e efectuada a respectiva categorização sendo identificados os factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez.

Quadro nº 5 - Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Registo
Factores	Relação Conjugal	"Une o casal" (...) (Q-2, Q-8, Q-10) "Ter uma boa relação com o parceiro (...) (Q-5, Q-7) "O facto do meu parceiro sempre elogiar o meu corpo (...) (Q-3) "(...) 3º trimestre a vontade diminui" (Q-7)" "O facto de nos sentirmos mais bonitas" (Q-4, Q-5, Q-10)	"Unem o casal" (Q-1, Q-5, Q-6, Q-7, Q-10) "Um bom ambiente familiar." (Q9) "(...) com mais apetite sexual (...) (Q-3, Q-8) "Menor atracção pela esposa" (Q-3) "A mulher fica mais dócil (...) (Q-4, Q-8) "(...) bonita (...) (Q-4, Q-8)
	Emocionais	"Mais sensibilidade emocional (...) (Q-4, Q-6)	" Mau humor era o que mais era o mais me prejudicava" (Q-1, Q-2) "(...) as mulheres durante a gravidez ficam mais sensíveis" (Q-1, Q-2, Q-5) "(...) risco de saúde (Q-6)
	Físicos	Cansaço por vezes mau estar (...) (Q-2, Q-5) "(...) quando a barriga está muito grande" (Q-1, Q-3, Q-7, Q-9, Q-10) "é uma questão de procurar outras posições" (Q-1, Q-9) "(...) Menor lubrificação" (Q-6) "A mudança hormonal (...) (Q-3)	"O volume da barriga da minha mulher" (...) (Q-5, Q-9) "(...) a fadiga da grávida" (Q-9) "As posições (...) (Q-9)

Relação conjugal

A relação conjugal ou marital não é constante, como em muitas outras situações, ela desabrocha com o tempo. De acordo com os dados descritos no quadro nº5 concernentes à relação conjugal, podemos observar que, quer a mulher quer o homem na sua maioria considerou a relação conjugal durante a gravidez como sendo um factor de proximidade, de união e fortalecimento do casal ao referirem, "Unem o casal" e promove "Um bom ambiente familiar." Estes dados obtidos parecem contrariar alguns autores tais como Canavarro, C. (2001) segundo a qual

O relacionamento conjugal vai ser desafiado ...o casal tem que reajustar a sua relação, no plano afectivo de rotina diária e de relacionamento sexual... podemos dizer que é necessário flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental.

Constatamos ainda, que dois homens referem um aumento do desejo sexual por parte das companheiras durante a gravidez "(...) com mais apetite sexual (...) (Q-3, Q-

8). No entanto foi mencionado por uma grávida um decréscimo do desejo sexual referente ao último trimestre, "(...) 3º trimestre a vontade diminuiu" (Q-7). Relativamente a estes resultados, podemos observar que não coincidem com a descrição feita por Portelinha, C. (2003) que descreveu resultados, que demonstram um decréscimo gradual da libido, da frequência coital e da satisfação sexual ao longo de toda a gravidez, apresentando um decréscimo entre os últimos trimestres. Contudo autores como Colman, L. & Colman, A. (1994) referem que durante o 3º trimestre dá-se uma diminuição do interesse e da actividade sexual em algumas mulheres, enquanto outras podem continuar a sentir a sua sexualidade intensificada, principalmente até meados do terceiro trimestre.

Um aumento ou uma diminuição do desejo sexual não implica deterioração do entendimento e felicidade do casal. Segundo Bobak, Lowdermilk, Jensen, (1999) esta fase é descrita como a reinvenção do namoro e novas relações repletas de delicadeza. É importante que o casal fale um com o outro, tenha capacidade de comunicar, de compreender-se mutuamente e vontade de partilhar preocupações, para que não fiquem confusos e possam expor problemas e facilitar o apoio necessário. Esta necessidade foi mencionada pelas grávidas ao referirem a importância de existir uma boa comunicação entre o casal "Ter uma boa relação com o parceiro (...)" (Q-5, Q-7). Assim sendo, podemos dizer que estes dados estão em consonância com o que os autores descrevem.

A alteração da imagem corporal torna-se mais notória à medida que a gravidez avança. Alguns homens referem que a mulher neste estadio fica "(...) bonita (...)" (Q-4, Q-8), contudo nem todos referem o mesmo, outros há que sentem uma diminuição da atracção física "Menor atracção pela minha esposa" (Q-3). As grávidas por sua vez mencionam sentirem-se bem com a sua auto-imagem e agradadas, manifestas nas expressões "O facto de nos sentirmos mais bonitas" (Q-4, Q-5, Q-10) e "O facto do meu parceiro sempre elogiar o meu corpo (...)" (Q-3). Estes dados obtidos vão de encontro aos autores, Colman, L.& Colman, A. (1994) que referem, que a maior parte dos casais experimentam as alterações da imagem corporal como agradáveis, afirmando que para algumas pessoas as alterações físicas podem contribuir para uma imagem corporal negativa e que pode originar alterações na resposta sexual. À medida que o corpo da grávida se vai modificando e tornando mais volumoso o companheiro pode não se sentir atraído sexualmente pela mesma.

Alteração emocional

O mau humor e o aumento da sensibilidade emocional foram descritos pelo casal. Com alguma frequência as grávidas são caracterizadas pela sua labilidade emocional. Por vezes ficam irritáveis e sensíveis em parte devido às alterações hormonais. Os homens referem esta situação citando: “Mau humor era o que me mais prejudicava” (Q-1, Q-2) “(...) as mulheres durante a gravidez ficam mais sensíveis” (Q-1, Q-2, Q-5); as próprias grávidas também o fazem referindo “Mais sensibilidade emocional” (...) (Q-4, Q-6). Verifica-se assim que os resultados deste trabalho vão de encontro aos autores Colman L. & Colman, A., (1994), ao referirem, as alterações no comportamento sexual e as súbitas variações de humor próprias da gravidez, podem-se reforçar mutuamente e perturbar uma relação conjugal estável. Os casais têm de aprender a lidar com a sua sexualidade e alterações emocionais. Segundo os mesmos autores, no 3º trimestre regressa a sonolência e a fadiga do 1º trimestre, a irritabilidade, a tensão pélvica e as dores lombares acentuam-se. Para Portelinha, C. (2003, p.24) “Do ponto de vista emocional, a fadiga e a ambivalência características do início da gravidez podem afectar seriamente a relação de intimidade sexual”

Alteração física

Observando os dados, verificamos que o homem e a mulher mencionam como factor que influencia negativamente o desejo sexual do casal, o volume da barriga da grávida. Os homens referem "O volume da barriga da minha mulher" (...) (Q-5, Q-9) e as grávidas mencionam "(...) quando a barriga está muito grande" (Q-1, Q-3, Q-7, Q-9, Q-10). O crescimento constante do abdómen à medida que a gravidez progride dificulta, em certas ocasiões a prática do coito. No terceiro trimestre da gravidez, é normal haver uma diminuição da libido, sobretudo devido ao surgimento de alguns distúrbios típicos deste período e pelo incómodo que implica para a prática do coito um aumento do volume abdominal e um aumento de queixas somáticas. (Rynerson, Lowdermilk 1993, cit. Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1999). Podemos assim concluir que os dados obtidos estão de acordo com os autores supram citados.

Tanto homens como mulheres referem a posição durante a relação sexual como nem sempre sendo a mais confortável e a necessidade de procurar alternativa foi

mencionada neste estudo "As posições (...) " (Q-9),"é uma questão de procurar outras posições" (Q-1, Q-9). Segundo Rynerson; Lowdermilk

(...) a maioria dos casais, de facto, considera muito desconfortável manter relações sexuais na "posição de homem sobre mulher" mas, alguns casais não referem dificuldades neste tipo de posição, mesmo no final da gestação. (cit in Portelinha, C. 2003, p.41)

Também Lopes (1993) afirma que

(...) as alterações verificam-se sobretudo a partir do final do 2º trimestre, sendo, nesta altura, comum o abandono da posição superior do homem e registando-se, em contrapartida, o aumento da preferência pelas posições laterais . (ibid, p.42)

A fadiga da grávida, o mau estar, a alteração hormonal, diminuição da lubrificação e a dificuldade de posicionamento são algumas das causas mencionadas como influência negativa da sexualidade do casal pelos nossos inquiridos. As queixas somáticas são mais intensas durante o 1º trimestre contudo também ocorrem no 3º trimestre. Segundo Portelinha, C. (2003) no terceiro trimestre, o aumento das queixas somáticas e o aumento do volume físico podem provocar uma diminuição de prazer e uma diminuição do interesse sexual.

Quisemos ainda saber o que o casal pensava acerca das relações sexuais durante a gravidez e obtivemos os dados reunidos no quadro que se segue.

Quadro nº 6 - Opinião do casal sobre relações sexuais durante a gravidez

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Registo
Obstáculos	Medo	"não é prejudicial (...)" (Q-1,Q-8, Q-9, Q-10) "Que não altera nada" (Q-2, Q-4) "(...) que podemos estar à vontade" (Q-3, Q-5) "Pode ajudar a acelerar o trabalho de parto" (Q-7) "(...) gravidez de risco (...)" (Q-7, Q-10) "(...) excepto se o médico desaconselhar" (Q-1; Q-8)	"(...) não faz mal nem à mãe nem à criança (...)" (Q-1, Q-5) "Não fazem mal ao bebé (...)" (Q-2, Q-6, Q-8, Q-9) "O sémen pode ajudar a iniciar o trabalho de parto "(Q-4, Q-5) "(...) às vezes podem provocar aborto se não houver cuidado" (Q-3, Q-8)
	Desconforto/ Dor	"Ter alguns cuidados para não magoar (...)" (Q-5)	"(...) às vezes magoam a grávida" (Q-2, Q-8, Q-9)

Da observação deste quadro, verificamos assim que as relações sexuais não estão isentas de receios pelo casal grávido.

Quer os homens quer as mulheres mencionaram que as relações sexuais não prejudicam a gravidez, referindo "(...) não faz mal nem à mãe nem à criança (...)" (Q-1, Q-5) "não é prejudicial (...)"(Q-1,Q-8, Q-9, Q-10); "(...) que podemos estar à vontade" (Q-3, Q-5).

O medo de que as relações sexuais possam desencadear o trabalho de parto foi mencionado por ambos; sendo referido pelas mulheres "Pode ajudar a acelerar o trabalho de parto" (Q-7) e pelos homens "O sémen pode ajudar a iniciar o trabalho de parto" (Q-4, Q-5) este pensamento é referido por Portelinha, C. (2003, p.29)

Sabe-se também que as prostaglandinas do esperma podem desencadear essas contracções, assim como a ocitocina, cuja produção é estimulada pela relação sexual.

O medo ou receio de que as relações sexuais possam provocar aborto também foram mencionados pelos homens "(...) às vezes podem provocar aborto se não houver cuidado" (Q-3, Q-8).As mulheres por sua vez mencionam a gravidez de risco e o desaconselhamento médico para a prática de relações sexuais "(...) gravidez de risco (...)" (Q-7, Q-10) "(...) excepto se o médico desaconselhar" (Q-1; Q-8).Estes dados obtidos estão em consonância com o que referem os autores que se seguem. O medo de que as relações sexuais possam eventualmente ser perigosas para o bebé, levando a parto prematuro ou até mesmo ao aborto, é uma inibição para a prática das relações sexuais durante a gravidez (Colman & Colman 1994). Se não existir contra indicação médica específica, a prática do coito pode durar até pouco antes do parto; até ocorrer desprendimento do rolhão mucoso que obstrui o canal cervical que protege o feto. Nas situações em que a grávida tem hemorragias, suspeita de ruptura da bolsa de águas, deslocamento de placenta, ou contracções, que possam desencadear parto prematuro, são desaconselháveis as relações sexuais. (Santos, 2007).

A dor e o desconforto que pode ser sentido durante a relação sexual foram mencionados pelo casal. Foi referido pelas mulheres "Ter alguns cuidados para não magoar (...)" (Q-5); e mencionado pelos homens "(...) às vezes magoam a grávida" (Q-2, Q-8, Q-9). Este medo de provocar dor ou aumentar o desconforto na grávida vem ao encontro do estudo de Rynerson; Lowdermilk (1996, cit in Portelinha, 2003, p. 33) fazendo-o na afirmação "O medo de prejudicar a gestante ou o feto". No estudo realizado por Portelinha, C. (2003, p.83) "A dor ou desconforto vão aumentando, e

algumas grávidas nos dois últimos trimestres referem essa experiência como alguma ou muita intensidade.”

Às mulheres foi ainda colocada, uma questão aberta sobre como vêm a sexualidade durante a gravidez. Ao observarmos as respostas verificamos que o sentimento é de que a sexualidade é vista com naturalidade "(...) normal." (Q-1; Q-2; Q-3; Q-4; Q-7; Q8; Q-9). Referem como sendo “saudável para o casal (...) (Q-4; Q-9); e “é importante para manter uma boa relação com o parceiro.” (Q-1; Q6). A troca de afectos também foi mencionada “(...) o afecto é importante entre os dois ajuda a manter o estado emocional" (...) (Q10). “As carícias (...) poderão constituir um complemento perfeito que fortalece o vínculo do casal durante a gestação” (Crawford, 2008, p.106), e ainda segundo Lopes (1995, p.133) “É natural que a mulher se sinta mais acolhedora de mimos e carícias do que a relações sexuais”

Uma das questões abertas dirigidas ao homem era se a imagem da mulher grávida tinha alterado a relação anterior. Ao analisar as respostas verificamos que 9 dos homens referiram que Não e justificaram-nas dizendo: “A relação não é apenas gerada pelo aspecto físico” Q-1; “Não alterou em nada” Q-2; “(...) torna-se mais interessante visto que é uma nova experiência” Q-4. Também esteve presente nas suas afirmações o reforço da relação expressa nas frases: “Quando o casal se conhece há muito tempo não altera” Q-5; “Reforçou a relação, dado o amor que nutrimos pelo facto de sermos pais” Q-7; “(...) Não alterou em nada. Foi muito positiva” Q-9; “A barriga era linda e não estava com a cara cheia de manchas nem gorda” Q-10. A imagem corporal principalmente a feminina nos dias de hoje é vista com elegância onde não tem lugar uma barriga proeminente, a aparência física tem muita importância, embora não existam padrões uniformes de atractividade sexual. “Por vezes, existe uma alteração no auto conceito e da imagem corporal, são pontos fundamentais para a aceitação do papel sexual, um auto conceito positivo, é essencial para um ser sexual saudável, caso contrário ocorrerá um comprometimento da resposta sexual.” (Sorensen e Lukmam 1998, p.1799). Verificamos a existência de casais que revelaram as alterações da imagem corporal como agradáveis. Um homem referiu ter sentido uma diminuição da atractividade pela companheira “ Senti menor atracção pela minha esposa durante a gravidez “ (Q-3).De acordo com Colman & Colman, A. (1994), para algumas pessoas as alterações físicas podem contribuir para uma imagem corporal negativa, que pode

produzir alterações na resposta sexual. O marido pode não se sentir atraído sexualmente pela sua mulher, à medida que o corpo dela se torna diferente e volumoso. “À medida que a gravidez avança as alterações no contorno do corpo, a imagem corporal e os seus desconfortos influenciam o desejo sexual dos dois parceiros” (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1993, p.119). Concluimos assim que os nossos resultados encontram expressão nestes autores.

IV CONCLUSÕES

Tem sido longo o percurso da Enfermagem, desde Florence Nighingale até aos dias de hoje. Para que a enfermagem alcançasse o seu estatuto actual, foi necessária a construção de um corpo científico de conhecimentos que lhe conferiu a possibilidade de uma metodologia científica de trabalho. É importante pois que os enfermeiros se lancem e se afirmem no campo da investigação, tendo em vista novos saberes, novas actuações, novos comportamentos na tentativa de evoluir para a melhoria dos cuidados em Enfermagem.

A elaboração desta monografia foi uma experiência singular, nova e ao mesmo tempo gratificante permitindo cumprir uma exigência curricular, para além de ter possibilitado aplicar os passos inerentes à elaboração de um trabalho de investigação, promovendo o conhecimento e a reflexão sobre aspectos directamente relacionados com a prática de enfermagem.

A pesquisa bibliográfica efectuada proporcionou oportunidades não só de aprofundar conhecimentos já existentes, mas também adquirir outros, que serão de grande utilidade na continuação da vida profissional.

O tema desenvolvido, “Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez”, resultou de uma motivação sobre a temática. Este trabalho iniciou-se com a elaboração de um enquadramento teórico onde foram apresentadas algumas noções importantes para compreensão do tema em estudo. Foram levantadas questões orientadoras da investigação, delineados os objectivos, assim como os diferentes aspectos metodológicos.

Relativamente aos objectivos propostos no início do trabalho, “identificar factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez” e “conhecer os obstáculos à sexualidade do casal durante a gravidez”, os resultados obtidos revelam que quer o homem quer a mulher têm uma atitude positiva sobre relações sexuais durante a gravidez. Observou-se que o desejo sexual tinha o seu auge antes da gravidez. O desejo sexual apresentou variações durante a gravidez, quer nos homens quer nas mulheres. Verificou-se uma diminuição progressiva do desejo sexual do casal ao longo da gravidez sendo mais evidente no 3º trimestre. No último trimestre observou-se que

algumas mulheres tiveram um aumento do desejo sexual enquanto o companheiro teve diminuição do desejo sexual. Na relação conjugal, a sexualidade foi referida como sendo um factor positivo de aproximação e de união entre o casal assim como a necessidade de uma boa comunicação entre ambos para ajudar a ultrapassar as vicissitudes da gravidez. O mau humor e o aumento da sensibilidade emocional da grávida foram referidos pelo casal como um factor negativo e perturbador da relação. A nível da alteração física o volume da barriga da grávida foi mencionado por ambos como um factor que dificulta a prática do coito. O medo de que a relação sexual possa desencadear o parto prematuro e até mesmo o aborto foi referido pelos homens, ao passo que as mulheres mencionaram a inibição da prática das relações sexuais, uma gravidez de risco e o desaconselhamento médico.

Após os resultados apresentados pode-se concluir que os objectivos foram atingidos de uma forma satisfatória.

Ao longo deste trabalho foram surgindo algumas dificuldades relacionadas com a inexperiência na realização de trabalhos de investigação, superadas graças à orientação dada pela Doutora Júlia Rodrigues, à qual gostaria de realçar o meu agradecimento.

Durante a elaboração deste projecto as dificuldades sentidas a nível informático foram imensas e por vezes desesperantes. A persistência e a vontade de ultrapassar as dificuldades foram o nosso lema.

Concluir este trabalho não significa de forma alguma colocar-lhe um ponto final, apenas abre o caminho na procura permanente do esclarecimento às crescentes problemáticas que a essência da enfermagem nos vem colocando.

Reflectindo sobre a realidade descrita ao longo de todo este estudo, gostaríamos de expressar algumas sugestões que emergiram após as conclusões: Assim:

É de salientar a necessidade da abordagem deste tema ao longo do curso de licenciatura, para que os enfermeiros estejam motivados e preparados academicamente para a integração destes aspectos em contexto dos cuidados de saúde.

Reflectir com a equipa de trabalho onde se realizou o estudo os dados obtidos.

Proporcionar acções de formação aos profissionais de saúde sobre este tema; para que o enfermeiro possa intervir de forma pertinente junto dos casais ajudando-os ao longo de todo o processo.

Consideramos importante que seja desmistificado perante a sociedade alguns medos que existem, através de campanhas de sensibilização para que os casais não sintam qualquer constrangimento ao abordar o tema.

Em suma, é necessária sensibilização e uma maior abordagem por parte dos profissionais de saúde, nas consultas de vigilância da gravidez, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas por parte dos casais. É essencial abordar a sexualidade ao longo do ciclo vital da mulher e do homem para que se possa contribuir para um aumento do bem-estar físico, psicológico e social do casal, em prol da saúde da família.

Desta forma, pensamos ter transmitido de forma clara, objectiva e fundamentada, os conteúdos referentes às diferentes áreas abordadas ao longo deste projecto. Estamos cientes que não esgotamos o tema em estudo, uma vez que se trata de um tema extremamente vasto. Neste sentido, torna-se pertinente continuar a investigação nesta área.

V BIBLIOGRAFIA

Almeida, L.& Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.

Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bobak, I.M., Lowdermilk D.L., Jensen. M.D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures. Lusociências- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Burroughs, A. (2007) *Uma introdução à enfermagem materna*. Porto Alegre. Artes Médicas, pp.101.

Canavarro, M.C. (2001). *Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento*. In: Canavarro M. C., Leal I., Soares I., *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra. Quarteto Editora, pp. 16-49.

Capinha MF. (1999). *Alterações Psicossomáticas no pai durante o último trimestre da gravidez*. ReferênciA, 2: 21-26.

CIPE (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0*, Geneva (Switzerland), [Tradução do original: ICN - International Council of Nurses].

Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa. Edições Colibri.

Cordeiro, M. (2003). *Quero-te - Psicologia da Sexualidade*. Coimbra. Quarteto Editora, pp. 145-160.

Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de área rural*. Loures. Lusociências Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Crawford, M. (2008). *Viver o sexo com prazer - Guia da sexualidade feminina*. Lisboa. A Esfera dos Livros.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures. Lusociência.

- Garnier, & Gondonneau, J. (1975). *A sexualidade da mulher grávida*. Mem Martins. Publicações Europa-América, pp.70-75
- Lopes, G., & Goodson, S. (1995). *Sexualidade na gravidez e no puerpério*. In G. Lopes, & S. Goodson, *Sexologia e Ginecologia*, Rio de Janeiro. Medsi, pp.129-136)
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa. Fim de Século.
- Magalhães, L.P.F.L., Soares R.S.M.R. (2007). *Sexualidade na gravidez*. Rev. Ecos de Enfermagem, 262: pp. 10-11.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Mendes, Afonso, Maciel, et al, (1997) “*Sexualidade na gravidez e após parto*”, in *Informar Rev. de Formação continua em enfermagem*, pp.25.
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Chiado. Bertrand Editora.
- Oliveira, C.S. (Fevereiro de 2008). *Sexualidade na gravidez*, Obtido em 7 de Dezembro de 2009, de repositório Universidade do Minho:
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a Gravidez*. Coimbra. Quarteto Editora pp.24.
- Quartilho, M. J. (2003). *Sexualidade e construcionismo Social*. Coimbra, pp. 117-153.
- Quivy, R.& Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva.
- Salgueiro, E. (2000). *Algumas reflexões sobre a sexualidade infantil*. Lisboa. In: Barbosa A., Pedro J.G. *Sexualidade*: pp. 73-77.
- Santos, A. B. V., Medinas M. A. R. (2002). *O Paradigma da Maternidade: o desejo de ser mãe/ capacidade para cuidar*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 3: pp.11-16.
- Santos, (2007). “*Libido durante e após a gravidez*”, in *Revista Medicina e Saúde*, nº 118.

Silva, Al, Figueiredo B. (2005). *Sexualidade na gravidez e após o parto*. In *Psiquiatria Clínica*. pp. 253-264.

Soares, C. (2003). *Disfunções Sexuais Femininas*. In: Fonseca L., Soares C., Vaz J.M. A *Sexologia- Perspectiva Multidisciplinar I*. Coimbra. Quarteto Editora, pp. 51-70.

Sorensen, Luckman (1998). *Enfermagem fundamental - abordagem psicofisiologica*. Lusodidacta, pp. 1799 - 1804.

Streubert, H. J: & Carpenter, D. R. (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures. Lusociência.

Tachlitzky, A. (2005). *ABC do crescimento Biblioteca médico-científica para a família*. Barcelona: Quidnovi p.64.

Trindade, L. A. (1987). *Sexualidade na Gravidez*. In Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS. *Sexologia em Portugal*, Lisboa. Texto Editora, pp.84-93.

Who, *World Health Organization* (2009)

WORD WIDE WEB

Andrão, M. (2001) *Psicologia Ciência é Profissão*. [Em linha] Disponível em <http://pepsic.busalud.org/scielo.php?pid=s1414-98932001000300003&script=sci_arttext>. [Consultado a 20/01/2011].

Sexualidade(s) na gravidez : avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros. [Em linha] Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8172>> [Consultado a 22/01/2011].

Nunes, P.A.O. (2010). *Experiência auditiva no meio intra-uterino*. [Em linha] Disponível <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0157.pdf>> [Consultado a 01/11/2011]

<Http://www.webartigos.com/artigos/psiquismo-fetal-consideracoes-sobre-a-influencia-das-emocoes-da-mae-no-desenvolvimento-do-feto/37182/>

ANEXOS

Anexo I

(Questionário dirigido à Grávida e consentimento informado)

Eugénia Cortez Bessa Barbosa a frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, pretende estudar a seguinte temática “Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez”.

O estudo tem como finalidade contribuir para uma melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados ao casal nesta fase tão significativa das suas vidas, tem como objectivos:

Identificar factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez.

Conhecer os obstáculos à sexualidade do casal durante a gravidez.

Serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação, designadamente, o anonimato, privacidade e a confidencialidade da informação obtida.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadrado abaixo indicado (Consentimento informado), confirmando dessa forma que aceita participar.

Agradeço desde já, toda a colaboração e disponibilidade.

Consentimento informado

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar neste estudo.

Declaro que, antes de participar, foram-me prestados todos os esclarecimentos que considere importantes para decidir, assim como fui informada (o) do objectivo, da duração esperada, dos procedimentos de estudo, do anonimato e da confidencialidade dos dados, do direito a recusar participar, ou cessar a minha participação sem qualquer consequ

Sim aceito participar.

Instruções para preenchimento do questionário

- Este questionário é constituído por questões abertas e fechadas.
- Deverá descrever nas respostas abertas a sua opinião sobre a questão em causa.

Questionário dirigido à grávida

1. Idade:

- 16-24 25-34 35-44

2. Raça:

- Caucasiana Negra Outra

3. Estado Civil:

- Solteira Casada Divorciada Viúva Outra

4. Escolaridade:

- Analfabeta Básico 2º Ciclo Secundário Universitário

5. Situação Laboral:

- Estudante Trabalhadora Desempregada

6. Profissão _____

7. Nº de filhos antes desta gravidez _____

8. Gravidez:

- Planeada Não Planeada

9. Paridade:

Primípara Multípara

10. Acompanhamento da Gravidez:

Privada Centro Saúde Hospital Não teve

11. Onde obteve informação sobre sexualidade durante a gravidez?

12. Frequência de relações sexuais antes da gravidez

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

13. Frequência de relações sexuais durante o 1º trimestre da Gravidez:

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

14. Frequência de relações sexuais durante o 2º trimestre da Gravidez:

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

15. Frequência de relações sexuais durante o 3º trimestre da Gravidez:

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

16. Em que altura sentiu menos desejo sexual?

16.1 Antes da gravidez

16.2 No 1º trimestre da gravidez

16.3 No 2º trimestre da gravidez

16.4 No 3º trimestre da gravidez

17. Em que altura sentiu mais desejo sexual?

17.1 Antes da gravidez

17.2 No 1º trimestre da gravidez

17.3 No 2º trimestre da gravidez

17.4 No 3º trimestre da gravidez

18. Na sua opinião ter relações sexuais durante a gravidez:

18.1 Unem o Casal Sim Não

18.2 Provocam Aborto Sim Não

18.3 Provocam Ameaça de Parto Sim Não

18.4 Fazem Mal ao Bebê Sim Não

18.5 Prejudicam o Homem Sim Não

18.6 O Bebê pode estar a observar Sim Não

18.7 Magoam a Grávida Sim Não

18.8 Provocam um grande desgaste físico Sim Não

18.9 É Imoral Sim Não

18.10 É Normal Sim Não

19. A gravidez alterou a sua sexualidade?

Sim Não

19.1 Se “Sim”, de que modo?

20. Como vê a sexualidade durante a gravidez?

21. Que opinião tem sobre as relações sexuais durante a gravidez?

22. Identifique que factores negativos, isto é, que prejudiquem a sua sexualidade durante a gravidez?

23. Identifique que factores positivos, isto é, que favoreçam a sua sexualidade durante a gravidez?

Muito obrigada pela colaboração.

Anexo II

(Questionário dirigido ao companheiro da Grávida e consentimento informado)

Eugénia Cortez Bessa Barbosa a frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, pretende estudar a seguinte temática “Factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez”.

O estudo tem como finalidade contribuir para uma melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados ao casal nesta fase tão significativa das suas vidas, tem como objectivos:

Identificar factores que influenciam a sexualidade do casal durante a gravidez.

Conhecer os obstáculos à sexualidade do casal durante a gravidez.

Serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação, designadamente, o anonimato, privacidade e a confidencialidade da informação obtida.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadrado abaixo indicado (Consentimento informado), confirmando dessa forma que aceita participar.

Agradeço desde já, toda a colaboração e disponibilidade

Consentimento informado

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar neste estudo.

Declaro que, antes de participar, foram-me prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir, assim como fui informada (o) do objectivo, da duração esperada, dos procedimentos de estudo, do anonimato e da confidencialidade dos dados, do direito a recusar participar, ou cessar a minha participação sem qualquer consequência para mim.

Sim aceito participar.

Instruções para preenchimento do questionário

- Este questionário é constituído por questões abertas e fechadas.
- Deverá descrever nas respostas abertas a sua opinião sobre a questão em causa.

Questionário dirigido ao companheiro da grávida

1. Idade:

- 16-24 25-34 35-44

2. Raça:

- Caucasiana Negra Outra

3. Estado Civil:

- Solteiro Casado Divorciado Viúvo Outra

4. Escolaridade:

- Analfabeto Básico 2º Ciclo Secundário Universitário

5. Situação Laboral:

- Estudante Trabalhador Desempregado

6. Profissão _____

7. Nº de filhos antes desta gravidez _____

8. Gravidez:

- Planeada Não Planeada

9. Onde obteve informação sobre sexualidade durante a gravidez

10. Frequência das relações sexuais antes da Gravidez

- 1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

11. Frequência de relações sexuais durante o 1º trimestre da Gravidez:

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

12. Frequência de relações sexuais durante o 2º trimestre da Gravidez:

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

13. Frequência de relações sexuais durante o 3º trimestre da Gravidez:

1 p/semana 2 p/semana Diariamente Raramente Nunca

14. Em que altura sentiu menos desejo sexual?

14.1 Antes da gravidez

14.2 No primeiro trimestre da gravidez

14.3 No segundo trimestre da gravidez

14.4 No terceiro trimestre da gravidez

15. Em que altura sentiu mais desejo sexual?

15.1 Antes da gravidez

15.2 No primeiro trimestre da gravidez

15.3 No segundo trimestre da gravidez

15.4 No terceiro trimestre da gravidez

16. Na sua opinião ter relações sexuais durante a gravidez:

16.1 Unem o Casal Sim Não

16.2 Provocam Aborto Sim Não

16.3 Provocam Ameaça de Parto Sim Não

16.4 Fazem Mal ao Bebê Sim Não

16.5 Prejudicam o Homem Sim Não

- 16.6 O Bebé pode estar a observar Sim Não
- 16.7 Magoam a Grávida Sim Não
- 16.8 Provocam um grande desgaste físico Sim Não
- 16.9 É Imoral Sim Não
- 16.10 É Normal Sim Não
- 17 A gravidez alterou a sua sexualidade Sim Não

17.1 Se “sim” de que modo?

18 Que opinião tem sobre as relações sexuais durante a gravidez?

19 Identifique factores negativos, isto é, que prejudiquem a sua sexualidade durante a gravidez?

20 Identifique factores positivos, isto é, que favoreçam a sua sexualidade durante a gravidez?

21 A imagem da mulher grávida alterou a relação anterior? Justifique.

Muito obrigada pela sua colaboração.

