

MARIA CRISTINA DA SILVA LAZAR

**PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES
NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

**UNICAMP
2002**

MARIA CRISTINA DA SILVA LAZAR

**PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES
NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

**UNICAMP
2002**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L456p Lazar, Maria Cristina da Silva
Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-
puerperal / Maria Cristina da Silva Lazar. Campinas, SP :
[s.n.], 2002.

Orientador: João Luiz Pinto e Silva
Dissertação (Doutorado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sexo. 2. Sexo – Mulheres – comportamento sexual.
3. Sexo – vida e costumes sociais. 4. Gravidez. 5.
Puerpério. I. João Luiz Pinto e Silva. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: MARIA CRISTINA DA SILVA LAZAR

Orientador: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 22/ 11 /2002

Dedico este trabalho...

*Ao meu marido Felipe,
Pela confiança que me edifica,
Pelo companheirismo que me anima,
Pelo exemplo em que me espelho,
Pelo amor que me faz ver.*

*Aos meus três filhos, Felipe, Fernando e Flavio,
Pela maior realização da minha vida
Ser mãe.*

*Aos meus pais, Fernando e Wilma (in memoriam).
Cujas palavras sempre me acompanham
Cujos gestos sempre me guiam
Cujo amor sempre me conduz.*

*Às minhas irmãs Justina e Márcia
pelo apoio precioso.*

*A Deus
A quem tudo devo*

*Ao meu orientador João Luiz
Pela confiança em mim depositada
Esperança e força demonstradas
Em tempos difíceis de sua vida
Muito Obrigada.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Corintio Mariani Neto, por ser um dos exemplos em que me espelho.

Aos amigos Mauricio de Sena Martins e Valdir Tadini, pela confiança e amizade a mim dedicadas.

Ao amigo Temístocles Lima pela valiosa colaboração na finalização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Nelson Vitiello (in memoriam) pelo pioneirismo no estudo da sexualidade feminina.

Às Dr^{as}. Márcia Maria Auxiliadora de Aquino e Cecília Maria Roteli Martins pelo apoio, amizade e exemplo.

À Dr^a Ana Cláudia Guedes, uma das responsáveis pelo meu reinício na vida científica.

À Gislaíne, pela valiosa colaboração na realização da análise estatística deste trabalho, além da sincera amizade.

Ao Edson Z. Martinez, pela ajuda na realização da estatística deste trabalho.

À Assessoria Técnica do CAISM: Sueli Chaves, Maria do Rosário Zullo, William Alexandre de Oliveira, Néder Piagentini do Prado, Sueli Regina Silveira, Marcia Fávaro Fussi e Fernanda Atibaia Fráguas, pela ajuda e carinho que me dispensaram.

Ao Klésio Palhares, Margarete Donadon e Neusa de Oliveira Bonfante pelo apoio e amizade.

À Suely Carvalho pelo companheirismo nos momentos mais difíceis deste trabalho.

Aos Médicos, funcionários e residentes do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros pela ajuda e amizade.

Às mulheres que participaram deste estudo pela sinceridade, compreensão e superação de seus próprios limites.

Sumário

Abreviaturas	
Lista de Tabelas e Gráficos	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	16
2. Objetivos	37
2.1. Objetivo geral	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. Sujeitos e Método	38
3.1. Desenho do estudo	38
3.2. Tamanho amostral	38
3.3.1. Critérios de inclusão	40
3.3.2. Critérios de exclusão	40
3.3.3. Critérios de descontinuação	40
3.4. Variáveis e Conceitos	40
3.4.1. Variáveis socioeconômicas e demográficas	41
3.4.2. Características reprodutivas	42
3.4.3. Práticas sexuais	42
3.4.4. Comportamento sexual durante a gestação	43
3.4.5. Comportamento sexual no pós-parto	44
3.5. Instrumento para a coleta de dados	45
3.6. Coleta de Dados	46
3.7. Processamento e análise dos dados	47
3.8. Aspectos Éticos	48
4. Resultados	49
5. Discussão	59
6. Conclusões	72
7. Referências Bibliográficas	73
8. Bibliografia de Normatizações	81
9. Anexos	82
9.1. Anexo 1 - Questionário para Coleta de Dados	82
9.2. Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99

Abreviaturas

CEMICAMP Centro de Controle de Doenças Materno-Infantis de Campinas

HMLMB Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros

UNICAMP Universidade Estadual de Campinas

Lista de Tabelas e Gráficos

	Pág
Tabela 1 Distribuição percentual de mulheres participantes do estudo de acordo com as características sociodemográficas.....	34
Tabela 2 Distribuição percentual de companheiros de mulheres participantes do estudo de acordo com as características sociodemográficas.....	35
Tabela 3 Descrição das mulheres entrevistadas segundo as características reprodutivas.....	36
Tabela 4 Descrição das mulheres entrevistadas segundo a iniciativa em relação às práticas sexuais durante o período pré-gestacional e durante os três trimestres de gestação.....	37
Tabela 5 Distribuição das mulheres segundo a posição de coito mais freqüente no período pré-gestacional e nos três trimestres de gestação.....	37
Tabela 6 Práticas sexuais alternativas ao coito vaginal no período pré-gestacional e nos três trimestres de gestação em mulheres sexualmente ativas.....	38
Tabela 7 Descrição das mulheres quanto às razões para a diminuição da freqüência de relações sexuais.....	40
Tabela 8 Descrição das mulheres entrevistadas segundo a freqüência de orgasmo na relação sexual.....	41
Tabela 9 Descrição das mulheres quanto às razões para a diminuição do orgasmo nas relações sexuais.....	41
Tabela 10 Descrição das mulheres quanto ao interesse sexual antes e durante os três trimestres de gestação.....	42
Tabela 11 Descrição das mulheres quanto ao motivo da diminuição do interesse sexual antes e durante os três trimestres de gestação.....	42
Tabela 12 Descrição das mulheres entrevistadas segundo o retorno à vida sexual no pós-parto.....	43
Gráfico 1 Freqüência de relações sexuais no período pré-gestacional e durante os três trimestres de gestação.....	39

Resumo

O objetivo deste trabalho foi conhecer algumas práticas sexuais de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Sujeitos e Métodos – Estudo prospectivo observacional tipo Coorte, onde foram selecionadas 36 mulheres, no final do primeiro trimestre de gestação, que coabitavam com seus companheiros há pelo menos seis meses antes do início da gestação atual e não apresentavam contra-indicações de ordem clínica ou obstétrica para a atividade sexual. As mulheres foram recrutadas no ambulatório de pré-natal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros no período de março de 2000 a agosto de 2001. Foram excluídas as mulheres: que expressaram recusa em participar do estudo; presença de doenças que contra-indicaram a atividade sexual e o uso de medicamentos que sabidamente puderam interferir na atividade sexual. Como critérios de descontinuação: mulheres que deixaram de coabitar com seus companheiros no decorrer do estudo, surgimento de doenças que contra-indicaram a atividade sexual durante qualquer momento do estudo; desejo da mulher em abandonar o estudo e falta a qualquer uma das entrevistas. Utilizou-se para coleta dos dados questionário estruturado e pré-testado. Todas as entrevistas

foram realizadas pela própria pesquisadora em quatro momentos distintos do ciclo gravídico-puerperal: primeira entrevista – realizada entre 10 e 13 semanas; segunda entrevista – realizada 23 e 27 semanas; terceira entrevista – realizada entre 36 e 40 semanas e a quarta e última entrevista entre 42 e 80 dias após o parto. As variáveis de controle abordadas neste trabalho foram descritas em tabelas de frequência e as frequências médias semanais de atividade sexual foram analisadas através de ANOVA específica para medidas que se repetem ao longo do tempo. Resultados: A iniciativa da relação sexual pelo homem mostrou-se mais freqüente no período pré-gestacional, mantendo-se assim no decorrer da gestação. Quanto à posição de coito adotada pelo casal, a posição mais freqüente no primeiro trimestre é a mesma do período pré-gestacional, ou seja, o homem superior à mulher. Durante o segundo e terceiro trimestres, a posição lado a lado foi a mais utilizada. Todas as práticas sexuais alternativas ao coito vaginal diminuíram no decorrer do tempo, porém a preferência pelo sexo oral manteve-se durante toda a gestação. A frequência de relação sexual durante a gestação diminuiu, sendo mais acentuada esta queda durante o terceiro trimestre. A diminuição da libido foi a principal causa apontada pelas mulheres. Quanto ao orgasmo, ocorreu diminuição na frequência durante todo o ciclo gravídico, caindo de aproximadamente 70% no período pré-gestacional para pouco mais de 24% naquelas mulheres que diziam obtê-lo sempre ou na maioria das vezes, sendo as principais razões alegadas a diminuição da libido e dor na relação sexual. Quanto ao retorno da vida sexual, a grande maioria das mulheres (87%) ainda não havia reiniciado sua vida sexual após seis semanas do parto, principalmente devido à preocupação com o início de métodos contraceptivos

para evitar-se uma nova gravidez. Conclusões: a partir do segundo trimestre, ocorreram mudanças significativas na posição de coito vaginal, quando a posição do homem superior à mulher mais freqüente até então, cede lugar à posição lado a lado. Observou-se o predomínio do sexo oral como prática sexual alternativa ao coito vaginal em ambos os períodos, pré-gestacional e gestacional com decréscimo na freqüência de todas estas práticas com o evoluir da gestação; A freqüência de relações sexuais sofreu queda linear de 25% a cada trimestre, em relação ao período pré-gestacional, até o terceiro, quando a queda se acentuou para 50% em relação ao trimestre anterior. A freqüência de orgasmo caiu de 70% no período pré-gestacional para 24% no período gestacional, e as duas principais causas para esta mudança foram a diminuição da libido e a dor durante a relação sexual.

Summary

The objective of the study was to describe some female sexual practices throughout pregnancy and puerperium. Subjects and Methods: prospective observational cohort study. We selected thirty-six first trimester pregnant women who had lived with their spouses for at least six months before the current pregnancy and attended the antenatal outpatient clinic of the Leonor Mendes de Barros Hospital in São Paulo between March 2000 thru August 2001. The exclusion criteria were the following: refusal to participate in the study; presence of any diseases preventing sexual activity and use of any drugs, which could interfere with sexual activity. Discontinuation criteria were: women who left the partners during the study and development of any diseases preventing sexual activity. Data collection was made with the help of structured and pretested questionnaire which included information concerning prepregnancy and during periods. All interviews were carried out by the researcher herself in four different moments of the pregnancy and puerperium periods: first interview – 10th thru 13th week; second interview – 23rd thru 27th week and last interview 42nd thru 80th day postpartum. Results: in the pregnancy period, the sexual activity was male

demanded and this behavior was almost unchanged throughout the first and third trimester (66.7%) with a small reduction of male initiative in the second trimester (63.3%). The most common intercourse position adapted by the couple throughout the first trimester was the missionary position the most usual before pregnancy as well. In the second and third trimesters, the most common position is side by side. As the pregnancy achieves 3rd trimester advances, the variant sexual practices tend to be less frequent. Before pregnancy oral sex with the man taking the active part (cunnilingue) was the most used sexual practice (71% of the couples), follow by the oral sex with the woman as the active partner (felatio) represented by 62.5%. All this practices tend to dim with the advanced of pregnancy, with cunnilingue been the most prevalent. The frequency of sexual relations diminishes as the pregnancy goes on and this decline is more evident in the third trimester. The main cause for these phenomena is the same in the entire period witch is the reduction of libido. As far as orgasm is concerned we detected a reduction of the frequency throughout of pregnancy period, falling from some 70% in the prepregnancy period to a little bit 24% among women who claimed to reach one almost every time she had a sexual relation before pregnancy. The two most important reasons presented by the women were reduction of libido and pain during the sexual activity. Most of the women studied (87%) had not started their sexual lives six weeks after the birth and the main reason for that was the possibility of a new pregnancy since they were not using any contraceptive method. Conclusions: the frequency of vaginal intercourse falls during all pregnancy, but more sharply at the third trimester; the frequency of orgasm falls from 70% in the prepregnancy period to 24% and the

two most important reasons were libido reduction and dyspareunia. The vaginal intercourse position shows a significant change as the second trimester is reached and the missionary position gives place the side by side one; among the variant sexual practices, the oral sex is the most common one both in pre-pregnancy and pregnancy periods, even if we have detected a reduction in the frequency of all these so called alternative sexual practices during pregnancy.

1. Introdução

A abordagem tradicional da medicina ocidental é focalizada nos corpos, seu funcionamento e desarranjos. Seu objetivo principal tem sido a restauração de suas funções imperfeitas e o arranjo de suas “peças” e suas repercussões. Nesta perspectiva, a lógica do tratamento da sexualidade humana não está inserida, a não ser na esfera relativa à reprodução. A educação no sentido de negar o corpo ou de secundarizá-lo tem sido, ao longo da história ocidental, uma forma de viver a sexualidade de maneira reprimida.

Atualmente há novos horizontes em perspectiva, que se abrem para a incorporação dos sentimentos dos indivíduos, formas de relação, seus valores, modificando as práticas clínicas e a política dos programas de assistência. Neste cenário, a sexualidade está incorporada como elemento importante da natureza humana, exigindo uma nova abordagem holística e integrada. Somente pelo conhecimento da dimensão histórica do homem é que se poderão questionar tabus, preconceitos e credices que fortemente acumularam-se em torno da sexualidade (VITIELLO, 1999).

Historicamente muito se tem discutido sobre a possibilidade da existência de um matriarcado primitivo. O modelo do matriarcado fundamentava-se estritamente na diferença sexual anatômica e fisiológica, estabelecendo uma continuidade entre a vida animal e a humana. Da importância do exercício da maternidade para a subsistência do grupo e da espécie, deduziu-se equivocadamente o poder pelas mães, deixando aos homens um espaço por demais reduzido. O fato de a mulher ser a portadora do grande mistério de dar à luz, teria destinado a ela o direito de ser a senhora, soberana sobre os homens (TUBERT, 1996; MURARO, 2000).

Porém a cooperação, a solidariedade e a distribuição das presas tinham, desde o início, criado uma aliança entre os machos. Estes teriam aprendido a escolher uma companheira em outros grupos, e a assumir um papel de dirigente patriarca. Atribuía-se a procriação unicamente à mulher. Pode haver uma relação direta entre a descoberta da paternidade e a crescente valorização do elemento masculino, até se chegar a acreditar que o homem era o portador da semente e a mulher apenas o canteiro fértil ou a incubadora necessária à germinação (GOLDBERG, 1974).

O patriarcado situa-se historicamente na Idade de Bronze no Oriente Médio. O termo patriarcado designa uma forma de família baseada no parentesco masculino e no poder paterno, e também toda estrutura social fundada no poder do pai. A sociedade patriarcal caracteriza-se pelo estrito controle da sexualidade das mulheres. Surge como um rigoroso sistema de poder, quase um poder absoluto. O pai não só resgata o poder sobre as crianças que anteriormente pertencia à mãe, como também se converte no criador da mulher. Esse tema mítico encontra-se em

diferentes sociedades patriarcais e proporciona o fundamento teológico da cultura ocidental (MURARO, 2000).

Na Antiguidade, Aristóteles, século IV a.C., acreditava que a reprodução fazia parte de um dos instintos primordiais que levavam o homem e a mulher a associar-se mutuamente. Seria uma inclinação inerente à espécie humana a formação de casais com vistas à reprodução. Hierarquiza a relação entre os gêneros, de modo que o homem domina e a mulher é dominada, ela teria a vontade fraca, e por isso incapaz de tornar-se independente. Daí seu lugar de destino seria a tranqüilidade do lar, onde sua função seria a de educar os filhos e a administração doméstica. Não se pode igualar o que por natureza é diferente. O homem seria o elemento responsável pela transmissão da alma a um novo ser, ou ainda, seria portador de um princípio divino capaz de tornar humano o ser vivo e conseqüentemente superior à mulher (BADINTER, 1981).

No século V d.C., surge santo Agostinho cujo pensamento fundamentou os alicerces da Igreja Medieval. Embora nascido na Antiguidade, sua construção religiosa e moral sobreviveu à marca dos séculos. Agostinho acreditava que a culpa de Adão e Eva fora transmitida como herança para toda a humanidade. Todo ato sexual seria decorrente da queda e em virtude disto é necessariamente mau. Deus havia destinado a procriação aos seus primeiros semelhantes, contudo, de uma forma mecânica, sem excitamentos e sem pecado. No entanto, Adão e Eva descobrem acidentalmente o êxtase, o erotismo e a reação prazerosa resultante do ato sexual (DUBY, 1989).

O sexo era a causa do pecado original, por isso a humanidade herdou esta natureza intratável do instinto carnal, como também a vergonha conseqüente do coito. Toda pervertida é filha de Eva. A maternidade foi o castigo dado ao pecado de Eva: “Darás à luz com dor”. Em Timóteo pode-se ler “não Permito que nenhuma mulher ensine e nem tenha autoridade sobre o homem”. Ela deve guardar silêncio. Porque Adão foi criado primeiro e depois, Eva. Adão não foi seduzido, a mulher foi seduzida e transformou-se em transgressora. Porém, ela pode salvar-se tendo filhos, se permanecer modestamente na fé, no amor e na santidade (MURARO, 2000).

No século XIII, santo Tomás de Aquino faz lembrar que a mulher foi criada da costela de um homem para lhe fazer companhia. No entanto, esta companhia era para assuntos biologicamente indispensáveis, isto é, para procriar, não fosse isso, um outro homem seria uma companhia mais agradável. No período medieval a sexualidade é mais fortemente apontada como proscrita, numa visão negativa que se fundamenta nos paradigmas cristãos. Todo prazer sensível acaba sendo visto como sinônimo de fraqueza humana e de má moral (TANNAHILL, 1983).

Entretanto, nesse mesmo período, foi trazido um outro modelo de mulher, e este sim, deveria ser seguido – a santa, a virgem, a esposa, a mãe: Maria de Nazaré. Foi pelo nascimento virginal de Cristo que Maria retomou o estado original de Eva. Maria concebeu através do Espírito Santo, por isso ela e o filho estavam isentos do pecado. O corpo dela continuava puro, pois não havia experimentado o êxtase nem o prazer resultante do ato carnal. Maria foi liberada para sempre dos

sofrimentos impostos a Eva, isto é, do desejo do homem e das dores da gravidez e do parto (CABRAL, 1999).

Uma das formas mais cruéis de repressão sistematizada ao elemento feminino deu-se com a denominada “caça às bruxas”. Esta herança vergonhosa teve início nos fins do século XIV até aproximadamente metade do século XVIII, quatro séculos marcados pela perseguição às mulheres. Estas eram acusadas de adultério, quando casadas; de atraírem o demônio para com elas copular, quando bonitas; de seduzirem senhores respeitáveis, entre eles padres e bispos, quando não tinham donos; de praticarem atos de bruxarias, quando feias. Estes e outros motivos eram apontados como sentença para humilhá-las, puni-las e condená-las à morte. Concomitante a esse massacre ao prazer, principalmente no que se refere à mulher, o mundo também dava sinais de um novo tempo, ou seja, a Renascença. Os expoentes da Renascença também eram perseguidos, pois criar naquele momento era tarefa do Mal (MURARO, 2000).

Historicamente é Lutero quem, por meio da Reforma, desafia a estrutura sagrada do medievalismo, a Igreja Romana, representada pelo papa. E esta por sua vez, sentindo-se ameaçada, promove a Contra-Reforma. Para tal, a igreja reorganiza-se no Concílio de Trento, onde é aumentado o rigor em relação à sexualidade e esta é ameaçada com a condenação ao inferno, enquanto é reafirmado o celibato (TANNAHILL, 1983).

A situação da mulher não sofreu modificações ao longo do século XVIII nem durante a Revolução Francesa, o que progrediu foi a sua condição de esposa

mãe. O Código de Napoleão aceita uma única forma de maternidade: a legítima, própria da mulher casada, um contexto no qual tanto a mãe quanto o filho são alimentados pelo pai-marido, ao mesmo tempo protetor e amo. Nesse século descobriu-se que a mulher era fértil e participava na fecundação com contribuição igual a do homem. No entanto, prosseguiu em sua antiga função dentro do matrimônio, que é o de reprodutora, e fora do matrimônio a nova descoberta não lhe rendeu melhoria, sendo somente aquela que dá prazer, a amante, a concubina, a cortesã, a mulher paga (TANNAHILL, 1983; CABRAL, 1999).

No século XIX consolidou-se a imagem da maternidade como sacerdócio, experiência feliz que necessariamente implica dor e sofrimento. Postula-se uma adequação perfeita entre a natureza feminina e a função materna. A maternidade era até então uma função biológica, agora será definida como uma função social. A mãe começa a controlar e a dominar a educação intelectual e moral dos filhos (MURARO, 2000).

Porém, o fervoroso elogio da maternidade foi acompanhado de uma tradição obscurantista em relação à sua realidade material. As mulheres casadas não deveriam ouvir falar das suas funções genitais. O parto era um tema tabu e a mulher grávida ignorava o que ia acontecer com ela. Paradoxalmente, a maternidade é, ao mesmo tempo, idealizada e motivo de vergonha. O sexo no matrimônio continua unicamente procriativo. Os homens não poderiam insistir em seus desejos animais com as esposas e deveriam poupá-las ao máximo. Porém, quando a situação estivesse desesperadora, era aconselhado e permitido ao

marido “aliviar-se” no leito conjugal, contanto que não fosse no período menstrual e nem durante a gestação (TUBERT, 1996).

No final do século XIX, em pleno vigor do positivismo e da moral vitoriana, o mundo começa a reagir com indícios de um novo tempo. A origem do homem tinha uma nova interpretação: era o evolucionismo de Charles Darwin, concebendo o divórcio definitivo entre a sexualidade e a reprodução; além de distinguir-se da procriação, separa-se também do pecado e um conceito novo a vincula ao prazer (MURARO, 2000).

É Sigmund Freud quem aparece em meio a este cenário de transformação dos conceitos sobre o homem e a sociedade. A inovação freudiana reside na forma de explicar o sentimento do amor como algo regido por memórias que se encontram além do alcance da própria consciência. Freud enfatizou o prazer com ou sem intenção de procriar e ainda acusou a idéia de pecado como causador de muitas doenças e desacertos no ser humano. Fundamentado na psicologia, cria a psicanálise para questionar toda carga cultural negativa sobreposta às uniões sexuais. Diz que é na sexualidade que reside toda expressão humana, e ainda revoluciona o pensamento de sua época, quando descobre que a sexualidade é inerente ao ser humano e formula a teoria do desenvolvimento sexual infantil (KUPFER, 1995).

As relações amorosas e conjugais, analisadas nas diferentes épocas, apontam para a idéia de que o ser humano sempre buscou meios para “organizar” os relacionamentos afetivos e sexuais, ora com explicações pautadas na natureza, ora na afirmação na vontade de Deus, e ora na razão pura do homem. E, ainda, na

sociedade contemporânea, estas três formas aparecem, quer separadas, quer interligadas para justificar ou condenar os relacionamentos sexuais humanos (CABRAL, 1999).

Assim, muitos aspectos da sexualidade humana ainda continuam vistos como tabu. Talvez a gestação seja um dos períodos de maior dificuldade deste tipo de abordagem, principalmente devido à repressão e à negação da existência da sexualidade neste período da vida do casal.

A sexualidade feminina, como fenômeno que pode ser estimulado ou reprimido pelo estado de gravidez, tem sido motivo de muitas conjecturas. Os tabus e sanções relativos a este tema talvez sejam somente comparáveis àqueles que relacionam a sexualidade ao fluxo menstrual. Muitos deles tentam basear-se em fundamentos biológicos, quando, na realidade, apoiam-se em fontes que vão da especulação obscura a preconceitos extremos, restritos à experiência pessoal de cada um (MASTERS e JOHNSONS, 1984).

Dentre os mamíferos, somente os seres humanos e algumas espécies de primatas têm relações sexuais durante a gestação (SOLBERG et al., 1973). Porém, sexo é certamente um dos aspectos mais importantes da vida humana. O relacionamento sexual durante a gestação parece ser um dos pontos mais vulneráveis do relacionamento do casal, podendo acarretar crise na vida conjugal. Apesar da grande importância deste tema, sexo durante a gravidez é considerado um dos últimos tabus a serem desvendados (PERKINS, 1982; WHITE 2 REAMY, 1982; VONSYDOW, 1999; DIXON et al, 2000). Pouco ainda se conhece a respeito

das mudanças fisiológicas e psicológicas na esfera sexual determinadas pela gravidez (ATPUTHARAJAH, 1987). Entretanto, pode-se classificar basicamente as alterações como de fundo sociocultural, orgânico e psicológico que atuam durante a gestação, interferindo de diferentes formas sobre a sexualidade do casal (BARCLAY et al., 1994).

A cultura e as tradições de cada sociedade podem exercer forte influência sobre a vida sexual do casal durante a gestação. Os Yânomanes da Venezuela e do Brasil acreditam que para uma criança crescer forte e sadia, as mulheres devem ter relações com vários homens durante a gestação. Por outro lado, algumas sociedades muçulmanas proíbem o relacionamento sexual durante todo o período gestacional (GREGERSEN, 1983). Já as mulheres nigerianas acreditam que as relações durante a gravidez são benéficas, pois alargariam a vagina, facilitando o trabalho de parto e o parto (ADINMA, 1995). No Japão, algumas gestantes acreditam que exercícios extenuantes, como a atividade coital, podem suavizar o trabalho de parto (LOPES et al., 1995).

Na China, estudo retrospectivo em dois hospitais-escola de Hong Kong, encontrou baixa atividade sexual antes da gestação, e uma diminuição ainda mais acentuada durante a gestação, provavelmente devido à repressão da expressão sexual da cultura chinesa, quando comparada à ocidental. Analisando-se o primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente, foi observado 37,3%, 34% e 64,7% de abstinência sexual (ATPUTHARAJAH, 1987).

Na gestação, a mulher passa por uma revolução hormonal e por profundas alterações em seu esquema corporal. Não seria sensato negar as contundentes alterações físicas que acontecem como o crescimento abdominal, a sensibilidade mamária, a ocorrência inoportuna de náuseas e vômitos, a maior lubrificação vaginal, entre outros. Todas essas são alterações orgânicas que as mulheres experimentam durante a gestação e que podem influir fortemente na vida sexual do casal. E não se trata de uma interferência por carência de afeto ou de sentimentos, mas por gerar desconforto (JACOBSON et al., 1967; BAXTER, 1974; ATUPHARAJAH, 1987, REAMY et al, 1982; HART et al, 1991; HAINES et al; 1996).

Do ponto de vista psicológico, a mulher pode não se sentir atraente ou feminina, diminuindo com isto sua auto-estima. Na sociedade atual, a imagem que é veiculada através dos meios de comunicação, como jornais, revistas e televisão exigem que as mulheres sejam extremamente magras e esguias e que, mesmo quando grávidas, engordem o mínimo possível, até mesmo menos que o recomendado por seus médicos. Criou-se um ideal de beleza também durante a gestação. Mediante este quadro, a mulher pode sentir-se atraente e desejável para o seu companheiro ou com medo de perdê-lo para outra mulher (BARTELLAS et al., 2000).

A sexualidade da mulher na gravidez dependerá, também, de como se percebe, se avalia e se valoriza. Sentir-se amada e atraente depende, também, dos esforços do seu companheiro em deixar claro seu sentimento por ela, aumentando, assim, sua afetividade. A auto-estima rebaixada manifesta-se por extrema insegurança, dando a nítida impressão de que o companheiro está

forçando ou simulando sentimentos que não tem. A idéia de que o marido simula sentimentos que na verdade não possui, que pode estar procurando outra mulher, favorece um clima de discórdia continuada, podendo provocar uma crise de vínculo do casal (ADINMA, 1995; TEIXEIRA, 2002).

O exercício da sexualidade durante a gestação depende fortemente de como é visto pela própria mulher antes da gestação. Se a visão anterior for negativa, ou seja, visto como algo sujo, ruim ou até pecaminoso, é óbvio que não se conseguirá reverter durante o curto período da gestação para uma visão positiva. A visão da mulher está fortemente vinculada à relação com seus pais ou pessoas que exerceram ou exercem este papel. Um relacionamento problemático freqüentemente vincula-se a um relacionamento mais instável com o companheiro (UDDENBERG, 1974; 1976). Assim sendo, o exercício da sexualidade visto como algo “impuro” torna-se incompatível com o conceito de uma certa “santidade”, que cerca a maternidade (ADINMA, 1996; VITIELLO, 1999).

As mulheres que não aceitam a gravidez geralmente procuram os serviços de pré-natal em estágios mais avançados da gestação, o que poderia traduzir uma dificuldade maior na sua aceitação, sendo muitas negadas em seus estágios iniciais (NILSSON, 1970).

Pode ser conflitante estar em um momento culturalmente considerado especial e, ao mesmo tempo, não estar gostando de si mesma. Emoções e sentimentos variáveis, desde a alegria até a depressão, decorrem de preocupação em relação à evolução da gestação, das condições do recém-nascido, dos problemas econômicos,

dos futuros cuidados com o filho. A mulher passa a se ver e a ser vista de maneira diferente, adquire um novo papel, o de mãe, o que pode gerar sentimentos de insegurança e instabilidade emocional. Nesta fase pode haver conflitos importantes entre o papel anterior de companheira e amante, permeado do papel de esposa, e o seu *status* de mãe (PERKINS, 1982; BALLONE, 2001).

Emocionalmente, essas questões podem comprometer seriamente a libido. Há necessidade de uma reorganização de identidade que envolve também o homem, pois a paternidade implica responsabilidade pela criança que vai nascer, assumir a função de protetor de sua companheira, e a ajustamentos à sua nova condição. Com o nascimento do primeiro filho, o casal muda a condição de família, com um terceiro elemento na composição da díade conjugal, o que, conseqüentemente, gera impactos profundos. Surge a necessidade de novas adaptações e ajustamento, tanto no sentido pessoal quanto no interpessoal (BOGREN, 1991; BALLONE, 2001).

Conflitos decorrentes do medo da perda da individualidade, da divisão do amor pelo parceiro (a) por mais outra pessoa (filho), da insegurança em relação às modificações físicas, podem surgir e a gravidez pode se transformar em ameaça à relação do casal, principalmente se essa relação tiver sido construída anteriormente em frágil alicerce. A mulher pode começar a excluir progressivamente o parceiro de sua vida, o que pode gerar intenso ciúme do filho que vai nascer ou repulsa por alguém que “não lhe quer mais”. Nem todos os casais vivenciam tais problemas, e a intensidade com que essa crise da gravidez é vivida pelo casal é extremamente variável (COWAN e COWAN, 1992; TAYLOR, 1992; TEIXEIRA, 2002).

Além disso, problemas relativos ao entorno circunstancial à gravidez também podem influir no bem-estar sexual do casal. Essas questões dizem respeito ao planejamento da gravidez, pior no caso de ter sido indesejada, da qualidade prévia da relação entre o casal, da crença e medo de machucar o bebê durante o ato sexual. Todas são circunstâncias que podem propiciar prejuízos para a vida sexual (ADINMA, 1995).

O fator que parece mais diretamente influenciar na performance sexual masculina é a questão estética da mulher. Dependendo das preferências do companheiro, as alterações na estética corporal da mulher servem como desestímulo à sua libido. Muito embora por amor e respeito algo possa ser dito em sentido contrário, na realidade a perda de atributos sexuais da mulher, que passa a não corresponder ao modelo social de "sexualmente atraente", é um importante fator negativo sobre o desempenho sexual masculino (VITIELLO, 1999).

Acontecimentos inesperados na vida da mulher como mudança de trabalho, perdas familiares, eventos negativos associados a gestações anteriores como abortos, malformações fetais, ou outras complicações de ordem clínica ou obstétrica, podem ocasionar ansiedade e angústia na gestação atual e requerer ajustes pessoais e conjugais. Mulheres que se vêem sozinhas durante a gestação, por divórcio, separação ou abandono por parte de seus parceiros, são especialmente vulneráveis (ANDREWS e STUDD, 2001).

Algumas mulheres, apesar de apresentarem certo desconforto ou mesmo desprazer durante o coito, preferem cumprir suas "obrigações" maritais por

temer a infidelidade do marido (ADINMA, 1996). Os números a esse respeito são variados, estimando-se que entre 4% a 23% dos companheiros iniciam vida extramarital durante a gestação; entretanto, antes da gestação cerca de 15% destes já tinham tido casos extraconjugais e no pós-parto 8% iniciaram uma relação extraconjugal, sendo que 4% destes pela primeira vez (COWAN e COWAN, 1992, VONSYDOW, 1999). Sentimentos de rejeição são descritos como o principal fator motivador para o início de relacionamentos extramaritais neste período. A labilidade do companheiro para lidar com estes medos é de importância relevante para a relação neste período (TAYLOR, 1992).

A atividade sexual durante o ciclo gravídico costuma sofrer uma redução de 40% a 60%, em virtude de todos esses fatores aqui citados. Para a mulher, principalmente a nulípara, o decréscimo da atividade sexual que acontece no primeiro trimestre pode refletir um medo, na maioria das vezes infundado, de abortar, sentimentos de rejeição, desconfortos físicos proporcionados pelas náuseas e vômitos, azia, dor de cabeça e cansaço, polaciúria, entre outros (FALICOV, 1973; SOLBERG et al., 1973; ROBSON et al., 1981; PERKINS, 1982; MASTERS e JOHNSONS, 1984; ATPUTHARAJAH, 1987; HAINES et al., 1996; TEIXEIRA, 2002).

Muitos dos desconfortos somáticos terminam no decorrer do segundo trimestre de gestação. Algumas mulheres podem até experimentar aumento do desejo sexual a partir desta fase. A vagina torna-se mais ingurgitada e há aumento da lubrificação vaginal. Muitas mulheres consideram este período mais prazeroso ao sexo (MASTERS e JOHNSONS, 1984; ATPUTHARAJAH, 1987; AL-BUSTAN et al., 1995). Por outro lado, algumas mulheres experimentam diminuição da

frequência de coito, libido e erotismo no período (SOLBERG et al., 1973; TOLOR e DIGRAZIA, 1976; LUMLEY, 1978; ROBSON et al., 1981; PERKINS, 1982; RYDING, 1984; HAINES et al; 1996).

Durante o terceiro trimestre há marcante redução da atividade sexual. Muitos casais usam métodos alternativos para obtenção do prazer. O próprio volume abdominal maior pode influir negativamente no desempenho masculino. A eliminação do colostro, algumas vezes em grande quantidade, também pode interferir na excitabilidade e no orgasmo, deixando o casal confuso e receoso. Ocorre acentuação dos movimentos fetais, que já podem ser percebidos no contato corporal ou até visíveis a olho nu. Esses movimentos representam, do ponto de vista psicológico, a presença viva do filho a interpor-se na intimidade do casal. Estes movimentos também podem inibir as manifestações da sexualidade. O medo de desencadear um parto prematuro é também um importantíssimo agravante para a sexualidade masculina e feminina. Ainda emocionalmente, a associação inconsciente entre a esposa grávida e a figura da sua própria mãe pode ocorrer, acrescentando um forte componente incestuoso à relação, com bloqueio quase total da sua sexualidade (FALICOV, 1973; MORRIS, 1975; TOLOR e DIGRAZIA, 1976; PERKINS, 1982; STEEGE e JELOVSEK, 1982; RYDING, 1984; ATPUTHARAJAH, 1987; PEPE et al., 1987; BARCLAY et al., 1994; HAINES et al., 1996; ORUÇ et al., 1999).

Apesar do declínio da atividade sexual durante a gestação, a mulher sente maior necessidade da proximidade com o companheiro, de ser beijada e acariciada (HOLLENDER e McGEHEE, 1974). Tanto em mulheres gestantes como não gestantes, durante o orgasmo, o útero contrai-se e estas contrações seriam

até mesmo mais intensas que as obtidas através da masturbação, causando ingurgitamento do endométrio e decídua. Admite-se, ademais, que o orgasmo seria mais intenso devido a fatores psicológicos, tais como a perda do medo de engravidar (FALICOV, 1973; SOLBERG et al., 1973; WAGNER et al., 1976; ROBSON et al., 1981; ATPUTHARAJAH, 1987).

Alguns estudos apontam o orgasmo como o grande vilão da atividade sexual na gestação, podendo ser causa de aborto do primeiro trimestre e trabalho de parto prematuro após a 32ª semana (PUGH, 1952; JAVERTS, 1957; GOODLIN, 1969; GOODLIN et al., 1971; 1972; PETRIDOU et al., 2001). Outros ainda correlacionam a relação sexual durante a gestação com o abortamento e o retardo mental, enquanto a abstinência sexual se correlacionaria com crianças de maior coeficiente de inteligência (LUMLEY, 1978).

Por outro lado, a maioria dos estudos não encontra diferenças significativas entre o trabalho de parto prematuro de início espontâneo com relação à frequência de orgasmo e atividade sexual, concluindo que atividade sexual normal durante a gestação não deve ser desencorajada na ausência de complicações obstétricas (RAYBURN e WILSON, 1980; CITO, 1997). Tanto a posição de relação sexual, como a frequência de coito no final da gestação, também não estariam correlacionadas com a ruptura prematura das membranas (EKWO et al., 1993; HAINES et al, 1996).

Há poucas indicações para limitar ou mesmo cercear a vida sexual durante a gestação. As principais são: história prévia de abortos, história de partos prematuros,

presença de infecção em um dos parceiros, gestação múltipla, sangramento durante a relação sexual, ruptura prematura das membranas entre outras. Alguns autores contra-indicam o orgasmo nas últimas semanas de gestação, principalmente em casos de gestação múltipla, devido à liberação de ocitocina poder desencadear trabalho de parto prematuro. As mulheres devem abster-se de ter relações sexuais após a ruptura das membranas devido ao risco de infecção e em casos de placenta prévia pelo risco de sangramento (McDONALD et al, 1992; LOPES et al., 1995).

A gestação é um período excelente para experimentar posições de coito não utilizadas antes e diferentes formas de intimidade, para que seja possível uma adaptação mediante as novas formas da mulher. A posição lado a lado é a mais confortável, a tradicional posição do homem superior à mulher precisa de maior cuidado, sendo que o homem pode deitar-se em cima da parceira desde que apóie os braços sobre a cama, não soltando todo o peso sobre a barriga dela. O sexo oral, masturbação mútua e outras formas de masturbação também se constituem em excelentes alternativas (SOLBERG et al., 1973; HOLTZMAN, 1976, PERKINS, 1979, ALDER et al., 1986; HYDER et al., 1996; TEIXEIRA, 2002).

Uma das fases de grandes mudanças na mulher é o período pós-parto. A mãe terá que prover todos os cuidados com o novo ser que, incluem fundamentalmente as suas necessidades afetivas e alimentares, e deverá se ajustar às novas condições físicas, convalescendo muitas vezes de um ato médico, dada a alta incidência de episiorrafias e operações cesarianas. Estas situações levam ao aparecimento de freqüentes quadros depressivos em 12% a 15% das mulheres, o que refletirá em dois comportamentos fundamentais deste momento

de sua vida: a amamentação e o restabelecimento da atividade sexual. Todos os programas de saúde materno-infantis, hoje em evidência, procuram ressaltar não somente a importância da amamentação, mas insistem na forma exclusiva e sob livre demanda nos seis primeiros meses, de modo que esta atitude positiva materna passa a exigir da mulher um papel de mãe perfeita, 24 horas de continuada atenção para com o seu filho no dia-a-dia. Assim sendo, a amamentação e a sexualidade nesta fase passam a ter um vínculo estreito (MALAGONI, 1998).

A sexualidade da puérpera sofre alterações nos primeiros meses do pós-parto, havendo alterações físicas como dificuldade de lubrificação vaginal devido ao hipoestrogenismo fisiológico, os seios ficam sensíveis e doloridos, e alterações psicológicas tais como depressão. Estas alterações variam em função do tipo de aleitamento que o recém-nascido esteja recebendo, ou seja, aleitamento exclusivo, misto ou exclusivamente com outro tipo de leite. Estas modificações físicas estão intimamente relacionadas com os níveis de prolactina sérica, que seria um dos componentes atuantes nesse leque de fatores causais (BARRET e VICTOR, 1996; BARRET et al., 1999).

Neste período a puérpera sente-se cansada e pode até mesmo sentir-se ressentida com o marido. Muitas vezes encontra-se ainda acima do seu peso pré-gestacional, o que acarretaria diminuição de sua auto-estima e problemas sexuais adicionais. A lactação pode reduzir o desejo sexual de seus parceiros, do mesmo modo que a imagem da esposa como mãe dos seus filhos, em contraste com sua imagem como objeto sexual. A puérpera pode ocasionalmente experimentar

no momento da amamentação excitação sexual, o que pode gerar culpa e ansiedade (MUNJACK e OZIEL, 1984; BYRD et al., 1998; BARRET et al., 1999).

A suspensão do aleitamento materno está associada a uma melhora no estado de humor, disposição e sexualidade, sugerindo assim que o processo de amamentação, de alguma forma, traz prejuízos ao desempenho sexual. Fatores inerentes à forma de alimentar o recém-nascido, como medo de nova gravidez, dor persistente, relacionamento em crise, doença na família, desemprego, interferem também na freqüência das relações sexuais e não podem ficar à margem das abordagens terapêuticas (FOSTER et al., 1994; MALAGONI, 1998).

Por outro lado, é de suma importância que o tocoginecologista esteja apto a esclarecer algumas dúvidas sexuais de sua paciente. Notamos que o profissional nem sempre está capacitado para tal (LOPES et al., 1995).

Muitos profissionais da área de saúde que assistem a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal estão tão preocupados com as modificações físicas e fisiológicas que a envolvem que muitas vezes secundarizam as necessidades emocionais e sexuais das gestantes (AL-BUSTAN et al., 1995). A sexualidade no ciclo gravídico-puerperal tem sido um assunto “proibido” e muitas vezes pouco conhecido pelo próprio médico (HOLTZMAN, 1976). Não é incomum que médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, mal informados, recomendem às gestantes que se abstenham de relações sexuais após certo tempo de gestação, ou mesmo em certas datas, coincidentes com aquelas em que ocorreria a menstruação, caso não houvesse a gravidez (VITIELLO, 1999).

Em 1926, um médico conceituado para a época, Van de Velde, admitia que proibia o sexo durante a gestação, pois o considerava não somente prejudicial à gestação como também prejudicial à vida marital (WHITE e REAMY, 1982). Apesar desta opinião datar de mais de 80 anos, continua ainda atual no imaginário médico. Tais recomendações são absolutamente imotivadas, têm um cunho de mero preconceito pessoal, fruto de despreparo técnico e científico, pois está claramente comprovado não ter o exercício da sexualidade qualquer efeito danoso para uma gestação em evolução normal (EKWO et al., 1993; KURKI e YLIKORKALA, 1993; VITIELLO, 1999).

A expressão sexual da mulher, traduzida através das suas atitudes sexuais, é um campo muito amplo em que se imbricam vários fatores nos quais a mulher é inserida, traduzindo-se pela orientação recebidas pelos pais ou familiares, pela presença do companheiro durante a gestação que a ampare e diminua suas angústias; fatores psicológicos pela aceitação ou não da gestação, além da própria percepção da gestante deste importante momento de vida (NILSSON, 1970; PERKINS, 1984; HAINES et al., 1996).

São necessários estudos mais detalhados para o melhor conhecimento da sexualidade feminina durante o ciclo gravídico-puerperal, na perspectiva das profundas mudanças sociais e econômicas do mundo atual, e em especial na nossa sociedade, onde há poucos trabalhos abordando este tema extremamente relevante e que se reflete no comportamento e bem-estar intergral da saúde da mulher.

As informações e conclusões deste estudo podem ser úteis para auxiliar obstetras e demais profissionais da saúde na orientação e acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e puerpério, colaborando para melhor compreensão da sexualidade feminina nesta importante fase da vida da mulher, facilitando a sua integração com o parceiro, o recém-nascido e o círculo familiar e social.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Conhecer algumas práticas sexuais de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

2.2. Objetivos específicos

1. Comparar as posições mais frequentes de coito vaginal do período pré-gestacional com o período gestacional.
2. Comparar o uso de práticas sexuais alternativas ao coito vaginal do período pré-gestacional com o período gestacional.
3. Comparar a frequência de relações sexuais do período pré-gestacional com o período gestacional.
4. Comparar a frequência de obtenção do orgasmo do período pré-gestacional com o período gestacional e descrever as principais razões para as mudanças.

3. Sujeitos e Método

3.1. Desenho do estudo

Estudo observacional tipo coorte prospectivo, sendo recrutadas mulheres no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, localizado na cidade de São Paulo, que preencheram os critérios de inclusão. Foram realizadas quatro entrevistas: no final do primeiro, segundo e terceiro trimestres e no pós-parto.

3.2. Tamanho amostral

Tratando-se de um estudo longitudinal, o tamanho amostral (n) foi determinado conforme a metodologia estatística descrita por MONTGOMERY (1991). Fixando-se a probabilidade α de cometer-se um erro tipo I em 5%, utilizou-se então curvas características operacionais, buscando tamanhos de amostra de acordo com variações da probabilidade β de cometer-se um erro tipo II.

Considerando um tamanho de amostra que buscasse detectar uma variação média (d) de, no mínimo, uma relação sexual entre cada duas mudanças entre os intervalos de tempo considerados para uma suposta variância estimada em algum destes instantes de $s^2 = 1$ (relação sexual)², curvas características operacionais contempladas em MONTGOMERY (1991), para cinco entrevistas, com uma probabilidade β de aproximadamente 15% segura um tamanho amostral de no mínimo 30 mulheres ($n = 30$).

3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos

As mulheres que participaram deste estudo foram recrutadas pela própria pesquisadora. Foram selecionadas 36 mulheres no final do primeiro trimestre de gestação (10 a 13 semanas) de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram acompanhadas durante os dois trimestres seguintes (25 – 27 e 36 e 40 semanas) e no puerpério remoto (seis a oito semanas do pós-parto), totalizando quatro entrevistas por mulher, iniciadas em março de 2000 e concluídas em agosto de 2001.

As mulheres foram recrutadas no Ambulatório de Pré-Natal normal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB). O HMLMB é um hospital público de referência, localizado na zona leste da cidade de São Paulo e é subordinado à Coordenação de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo da Secretaria de Estado da Saúde.

3.3.1. Critérios de inclusão

- Mulheres no final do primeiro trimestre de gestação (10 a 13 semanas de gestação).
- Mulheres que coabitavam com seus companheiros há pelo menos seis meses antes do início da gestação atual.

3.3.2. Critérios de exclusão

- Recusa explícita da mulher em participar do estudo.
- Presença de doenças que contra-indicavam a atividade sexual.
- Uso de medicamentos que sabidamente pudessem interferir na atividade sexual antes ou durante a gestação.

3.3.3. Critérios de descontinuação

- Mulheres que deixaram de coabitar com seus companheiros no decorrer do estudo.
- Presença de doenças que contra-indicaram a atividade sexual durante qualquer momento da gestação.
- Desejo das mulheres de abandonar o estudo.

3.4. Variáveis e Conceitos

Foram consideradas as seguintes variáveis:

3.4.1. Variáveis socioeconômicas e demográficas

- Idade – em anos completos quando foi realizada a primeira entrevista.
- Cor da pele – declarada pela mulher e classificada pela pesquisadora entre as seguintes alternativas: branca ou não branca.
- Estado Marital – declarado pela mulher entre as seguintes alternativas: solteira, casada, separada/divorciada, viúva, amasiada/vive junto.
- Número de maridos ou companheiros - número de homens que coabitaram com a mulher até a data da entrevista.
- Tempo de coabitação do casal – considerou-se o tempo, em meses, desde o início da vida conjugal até a data da primeira entrevista.
- Graus de escolaridade da mulher e do companheiro: definidas a partir da última série completada na escola e divididas nas seguintes categorias: analfabeta; primeiro grau incompleto; primeiro grau completo; segundo grau incompleto; segundo grau completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; pós-graduação; não sabe / não lembra.
- Trabalho da mulher e do companheiro: jornada de trabalho remunerado na época da entrevista.
- Renda familiar total: renda familiar somando-se todos os rendimentos da família transformados em salários mínimos no valor vigente na data da entrevista.
- Religião: qualquer sistema específico de crença, culto, conduta, seguida pela entrevistada, classificada em: nenhuma, católica, protestante/ evangélica (culto), espírita, umbanda, terreiro (centro), outra.

3.4.2. Características reprodutivas

- Idade gestacional em semanas na admissão do estudo: calculada pela história menstrual e confirmada por medidas ultra-sonográficas realizadas antes de 20 semanas de gestação. No caso de discrepância entre estas duas medidas, a idade gestacional foi calculada pela ultra-sonografia. No caso de a mulher não saber referir a data da última menstruação, a data foi calculada pelo exame ultra-sonográfico.
- Idade gestacional em trimestres: 1º trimestre: dez a 13 semanas; 2º trimestre: 25 a 27 semanas, 3º trimestre: 36 a 40 semanas.
- Tempo de pós-parto: considerou-se o tempo de 42 a 80 dias de pós-parto.
- Planejamento da gestação: declaração da mulher se estava tentando engravidar quando ocorreu a gravidez. Em caso negativo, perguntou-se então por que esta ocorreu.
- Desejo de engravidar: declaração da mulher se estava desejando ou não a gravidez.
- Grau de aceitação da gravidez: auto-avaliação da mulher quanto a aceitação da gestação.

3.4.3. Práticas sexuais

Avaliaram-se os itens abaixo nos três trimestres de gestação e no puerpério remoto:

- Iniciativa da relação sexual: você mesma, marido / companheiro, os dois iniciavam na mesma proporção ou não sabe.

- Posições mais freqüentemente utilizadas durante a relação sexual: divididas nas categorias homem por cima da mulher (papai-mamãe), mulher por cima do homem (coqueirinho), homem por trás (cata-cavaco), lado a lado, não sabe ou outra.
- Formas sexuais alternativas ao coito vaginal: sexo oral você nele, sexo oral ele em você, sexo anal, masturbação mútua, masturbação dele em você, masturbação de você nele e masturbação sozinha. Cada um desses itens com as seguintes alternativas de resposta: sim, não e não sabe.
- Freqüência de coito: definida como o número de relações sexuais por semana ou mês.
- Gostar de ter relações: definido como sentimento positivo em relação a relação sexual, sem necessariamente correlacionar-se com a presença ou ausência de orgasmo. Classificado em: sempre gostava de ter relações sexuais, na maioria das vezes gostava de ter relações sexuais, às vezes gostava de ter relações sexuais ou nunca gostava de ter relações sexuais.
- Prazer sexual: definido como a obtenção do orgasmo durante o ato sexual. Classificado em: sempre tinha orgasmo durante as relações, na maioria das vezes tinha orgasmo durante as relações, às vezes tinha orgasmo durante as relações ou nunca sentia orgasmo durante as relações.
- Dispareunia: Presença ou ausência de dor na maior parte das relações sexuais.

3.4.4. Comportamento sexual durante a gestação

- Percepção das alterações da freqüência de coito: divididas em aumento, diminuição, não mudou ou não sabe.

- Possíveis razões para alterações na frequência de coito no decorrer dos três trimestres de gestação: divididos em aumento, diminuição, não mudou ou não sabe. Quanto às razões para diminuição da frequência: medo de perder o bebê, medo de fazer mal ao bebê, dor na relação, dor nas mamas, náuseas e vômitos, irritabilidade, diminuição da sua vontade de ter relação, diminuição da vontade do marido/ companheiro de ter relação, você se sente menos atraente sexualmente, mudanças na posição de relação recomendações médicas ou outros. No caso de aumento da frequência de coito: o companheiro pediu, você sente mais vontade de ter relações, outro.
- Percepção das mulheres quanto a alterações da frequência de orgasmo: divididas em aumento, diminuição, não mudou ou não sabe.
- Possíveis razões para alterações na frequência de orgasmo: medo de perder o bebê, medo de fazer mal ao bebê, temor que ele nasça com algum problema, dor na relação, dor nas mamas, náuseas e vômitos e irritabilidade, diminuição da sua vontade de ter relação sexual, diminuição da vontade do marido/ companheiro de ter relação sexual, você se sente menos atraente sexualmente, mudança na posição de relação ou outros.

3.4.5. Comportamento sexual no pós-parto

- Data do parto: dia, mês e ano do parto.
- Tipo de parto: normal, cesárea, fórceps.
- Tipo de aleitamento: só leite materno, leite materno com outro tipo de leite, ou outro tipo de leite.
- Reinício da vida sexual no pós-parto: sim e não.

- Possíveis razões para o não início da vida sexual: deseja método contraceptivo antes de reinício vida sexual; cansaço; cuidados com o bebê, aconselhamento médico, sangramento vaginal; medo de dor na relação devido ao corte (parto normal); você acha que está menos atraente, você acha que seu marido, companheiro a acha menos atraente, o seu marido acha que a relação interfere na amamentação, outro.
- Orientações recebidas quanto ao retorno da atividade sexual no pós-parto: sim e não.

3.5. Instrumento para a coleta de dados

Utilizou-se questionário estruturado e pré-testado para obter as informações de interesse para o estudo (Anexo1). Todas as variáveis basearam-se nas entrevistas com as mulheres. O questionário utilizado, com questões abertas e fechadas, foi elaborado a partir de trabalhos da literatura adaptados pela autora e por vários membros do Departamento de Pesquisas Médico-Sociais do Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-Infantis de Campinas (BARCLAY et al., 1994; HYDER et al., 1996).

Após a elaboração do questionário, realizou-se o pré-teste com 100 mulheres do Ambulatório de Pré-Natal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, que se dispuseram a responder ao questionário, avaliar o resultado em termos de facilidade de entendimento por parte das respondentes e fazer as modificações necessárias e voltar a pré-testar, reiniciando o processo.

Os questionários de cada sujeito foram mantidos em pastas individuais e arquivados em sigilo, com acesso exclusivo da pesquisadora e seu orientador.

3.6. Coleta de Dados

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora em salas reservadas, apenas com a presença da pesquisadora e da mulher. Foram providenciadas condições para garantir, a ambas, total privacidade e clima de confiança e relaxamento. As questões eram apresentadas pela entrevistadora e, caso necessário, repetidas até um entendimento claro.

Em caso de falta à entrevista, a mulher era convocada pela própria pesquisadora por carta ou telefone para nova data mais conveniente à mulher.

As mulheres foram entrevistadas em quatro momentos distintos do ciclo gravídico-puerperal:

- Primeira entrevista: foi realizada ao final do primeiro trimestre de gestação (de dez a 13 semanas de gestação), onde foram preenchidas as seguintes seções do instrumento de coleta:
 - Seção 1: características sociodemográficas.
 - Seção 2: características reprodutivas.
 - Seção 3: caracterização das práticas sexuais realizadas antes da gestação.
 - Seção 4: caracterização das práticas sexuais realizadas durante todo o primeiro trimestre da gestação.
- Segunda entrevista: foi realizada ao final do segundo trimestre de gestação (23 a 27 semanas), abordando as práticas sexuais durante este período (seção 5).

- Terceira entrevista: foi realizada ao final do terceiro trimestre de gestação (36 a 40 semanas), abordando as práticas sexuais realizadas durante este período (seção 6).
- Quarta entrevista: foi realizada no puerpério remoto (42 a 80 dias após o parto), abordando as práticas sexuais realizadas durante este período (seção 7).

Todas as mulheres convidadas a participar do trabalho aceitaram. Durante o trabalho foram descontinuadas cinco mulheres. Três delas após a primeira entrevista, sendo que duas apresentaram abortamento tardio, entre 18 e 20 semanas de gestação, e a outra deixou de coabitar com seu companheiro neste período. Após a segunda entrevista, foram descontinuadas mais duas mulheres, sendo que uma apresentou trabalho de parto prematuro, sendo recomendada a abstinência sexual, e a outra deixou de coabitar com seu companheiro.

3.7. Processamento e análise dos dados

Os questionários preenchidos foram revisados e arquivados em ordem numérica. A entrada das respostas foi realizada por digitador e conferida pela própria pesquisadora para detectar e corrigir erros. Os dados foram inseridos em um microcomputador. Se algum erro fosse observado, realizava-se a verificação manual dos questionários pela pesquisadora.

As variáveis de controle abordadas neste trabalho foram descritas em tabelas de frequência. Dada a natureza longitudinal do estudo, as frequências médias semanais de atividade sexual foram analisadas através de uma análise

de variância (ANOVA) específica para medidas que se repetem ao longo do tempo (ALTMAN, 1991).

3.8. Aspectos Éticos

O projeto desta pesquisa foi previamente aprovado pela Comissão de Ética Científica do HMLMB e pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O estudo foi desenvolvido com gestantes que participaram voluntariamente, após consentimento livre e esclarecido, tendo sido respeitados os princípios para pesquisa em seres humanos atualização da Declaração de Helsinki (ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL, 1990).

As mulheres foram convidadas a participar do estudo e, neste convite, foram esclarecidas sobre a sua participação na pesquisa e sobre o sigilo em relação à identificação da fonte e a todas as informações obtidas, conforme consta do Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo 2). Foram cumpridas as recomendações do Ministério da Saúde através da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Foram feitos esclarecimentos de que as mulheres poderiam se recusar a participar do estudo, parar as entrevistas a qualquer momento e não responder a alguma pergunta do questionário, sem prejuízo para o prosseguimento de seu atendimento. Todas as identificações foram removidas do questionário e o risco da quebra de sigilo sobre as informações coletadas foi mínimo. Os sujeitos do estudo foram identificados por um número.

4. Resultados

Neste estudo, a maior parte das pacientes estava na faixa etária entre 25 e 34 anos, predomínio da cor branca, escolaridade até o fundamental completo e religião católica. Todas possuíam relação marital com o companheiro, o tempo de convivência era de mais de quatro anos em pelo menos 50% dos casais e metade das mulheres exercia trabalho remunerado (Tabela 1).

TABELA 1
Distribuição percentual de mulheres participantes do estudo de acordo com características sociodemográficas (n=36)

		n	%
Idade (anos completos)	≤ 24	12	33,3
	25 a 34	19	52,8
	35 ou +	5	13,9
Cor	Branca	22	61,1
	Não branca	14	38,9
Escolaridade	Nenhum/fundamental incompleto	12	33,3
	Fundamental completo/médio incompleto	9	25,0
	Médio completo/superior	15	41,7
Religião	Católica	28	77,8
	Outra	8	22,2
Estado marital	Casada	27	75,0
	Amasiada	9	25,0
Tempo de convivência com o companheiro (em meses)	≤ 24	11	30,6
	25 a 48	7	19,4
	> 48	18	50,0
Trabalho remunerado	Sim	18	50,0
	Não	18	50,0

Em relação às características sociodemográficas dos companheiros, a maioria estava entre os 25 e 34 anos, em geral mais velhos que as parceiras, mostraram o mesmo nível de escolaridade que as mesmas e em sua maioria estavam empregados com renda familiar total superior a três salários mínimos. (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição percentual dos companheiros de mulheres participantes do estudo de acordo com as características sociodemográficas (n=36)

	n	%
Idade (anos completos)		
≤ 24	5	13,9
25 a 34	20	55,5
35 ou +	11	30,6
Diferença de idade para a parceira		
Mais de 2 anos mais jovem	4	11,1
Até 2 anos de diferença mais velho	12	33,3
3 a 10 anos mais velho	18	50,0
Mais de 10 anos de diferença	2	5,6
Escolaridade		
Nenhum/fundamental incompleto	16	44,4
Fundamental completo/médio incompleto	8	22,2
Médio completo/superior	12	33,4
Trabalho remunerado		
Sim	34	94,4
Não	2	5,6
Renda familiar total (sal. mínimo)		
< 3	7	19,4
3 a 4	8	22,3
≥ 5	21	58,3

Mais de 60% das gestações não foram planejadas, apesar de o desejo de gestar encontrar-se presente na maior parte das mulheres, e observou-se um elevado grau de aceitação da gestação. Houve o predomínio de multíparas na população estudada (Tabela 3).

TABELA 3
Descrição das mulheres entrevistadas segundo
características reprodutivas (n=36)

	n	%
Planejamento desta gravidez		
Sim	13	36,1
Não	23	63,9
Desejo de engravidar		
Sim	24	66,7
Não	12	33,3
Grau de aceitação da gravidez		
<i>Ainda não está aceitando</i>	1	2,8
<i>Está aceitando mais ou menos</i>	4	11,1
<i>Está aceitando</i>	31	86,1
Paridade		
Primigestas	9	25,0
Multigestas	27	75,0

Não houve predomínio significativo de partos vaginais (53,1%) em relação à cesárea (46,9%) e a maior parte deles ocorreu no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (56,2%), onde a amostra foi selecionada.

A iniciativa em relação à prática sexual no período pré-gestacional era, na maioria das vezes, dos companheiros e esta tendência manteve-se durante toda a gravidez. No segundo e terceiro trimestres, considerando-se somente as mulheres ainda sexualmente ativas nesse período, encontrou-se a iniciativa masculina em 63,3 % e 66,7% dos casos respectivamente (Tabela 4).

TABELA 4

Descrição das mulheres entrevistadas segundo a iniciativa em relação às práticas sexuais durante os seis meses que antecederam a gestação e durante os três trimestres da gestação (n=36)

	Pré-gestacional		1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quem tomava a iniciativa na relação								
Você mesma	3	8,3	2	5,6	3	8,3	2	5,6
Marido/companheiro	24	66,7	24	66,7	19	52,8	14	38,9
Os dois na mesma proporção	9	25,0	10	27,8	8	22,2	5	13,9
Não teve relações	0	0,0	0	0,0	3	8,3	10	27,8
Perda de seguimento	0	0,0	0	0,0	3	8,3	5	13,9

Em relação à posição do coito, pode-se observar uma grande mudança a partir do segundo trimestre, quando a posição do homem sobre a mulher cede lugar à posição lado a lado (Tabela 5). Pode-se observar que no segundo trimestre, a posição lado a lado representa 56,7% dentre as mulheres sexualmente ativas neste período, enquanto este número aumenta para 71,4% no terceiro trimestre.

TABELA 5

Distribuição das mulheres segundo a posição de coito mais freqüente no período pré-gestacional e no três trimestres da gestação (n=36)

	Pré-gestacional		1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Posição mais freqüente								
Homem por cima da mulher	20	55,6	21	58,3	9	25,0	3	8,3
Mulher por cima do homem	7	19,4	8	22,2	3	8,3	1	2,8
Homem por trás	6	16,7	6	16,7	1	2,8	2	5,6
Lado a lado	3	8,3	1	2,8	17	47,3	15	41,7
Não teve relações	0	0,0	0	0,0	3	8,3	10	27,7
Perda de seguimento	0	0,0	0	0,0	3	8,3	5	13,9

Na análise das práticas sexuais alternativas ao coito vaginal, observou-se que o sexo oral predominou no grupo estudado, apesar de haver nítido decréscimo de todas estas práticas com o evoluir da gestação (Tabela 6). A queda na frequência pode ser observada através do número de citações destas práticas em números absolutos em cada período estudado, passando de 90 citações no período pré-gestacional para 45 no primeiro trimestre, 40 no segundo e 25 no último trimestre.

TABELA 6

Práticas sexuais alternativas ao coito vaginal no período pré- gestacional e nos três trimestres da gestação em mulheres sexualmente ativas

	Pré-gestacional n=36		1º Trimestre n=36		2º Trimestre n=29		3º Trimestre n=21	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Práticas sexuais								
Sexo oral você nele (felação)	20	55,5	9	25,0	10	34,5	8	38,1
Sexo oral ele em você	23	63,9	14	38,9	13	44,9	7	33,3
Sexo anal	3	8,3	2	5,5	0	0,0	0	0,0
Masturbação mútua	8	22,2	3	8,3	4	13,8	2	9,5
Masturbação dele em você	16	44,4	8	22,2	6	20,7	3	14,3
Masturbação você nele	17	47,2	9	25,0	7	24,1	4	19,0
Masturbação sozinha	3	8,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8

Nota:

a. esta questão permite mais de uma resposta.

Em relação à frequência de coito vaginal, pôde-se observar uma queda durante todo o período da gestação. Esta queda mostrou-se da ordem de 25% a cada trimestre, acentuando-se para aproximadamente 50% no último trimestre em relação ao anterior (Gráfico 1).

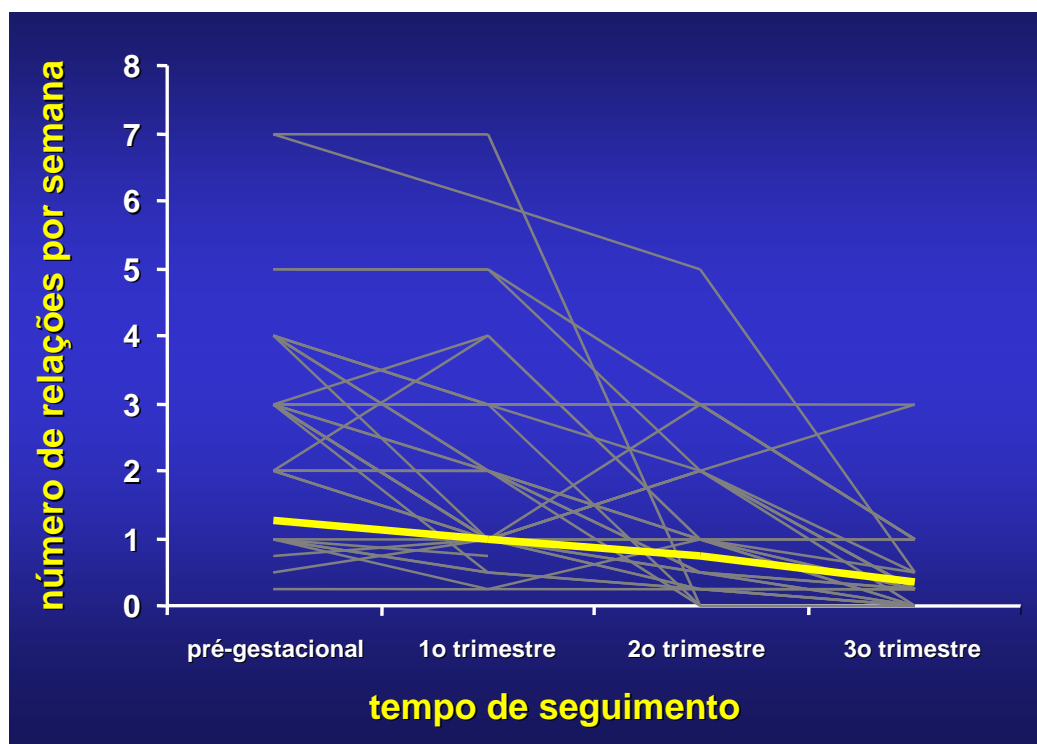


Gráfico 1. *Frequência de relações sexuais no período pré-gestacional e durante os três trimestres de gestação.*

A diminuição da vontade da própria mulher de ter relação foi o fator mais importante para a diminuição da frequência nos três trimestres da gestação. No primeiro trimestre, foram encontrados também os fatores somáticos como náuseas e vômitos, assim como aumento da irritabilidade da mulher, como importantes fatores para a diminuição da frequência de relações neste período. Chama atenção que o homem começa a perder o interesse a partir do segundo trimestre (Tabela 7).

TABELA 7

Descrição das mulheres quanto a razão da diminuição de relações sexuais

	1º Trimestre (n=20)		2º Trimestre (n=22)		3º Trimestre (n=28)	
	n	%	n	%	n	%
Razões atribuídas pelas mulheres para a diminuição da frequência de relações						
Medo de perder o bebê	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Medo de fazer mal ao bebê	1	5,0	1	4,5	4	14,3
Dor na relação	3	15,0	6	27,3	6	21,4
Dor nas mamas	0	0,0	1	4,5	0	0,0
Náuseas e vômitos	4	20,0	0	0,0	0	0,0
Irritabilidade	5	25,0	3	13,6	4	14,3
Diminuição da vontade	12	60,0	11	50,0	17	60,7
Diminuição da vontade do marido	0	0,0	8	36,4	3	10,7
Diminuição da atratividade	2	10,0	1	4,5	0	0,0
Aumento do volume abdominal	0	0,0	0	0,0	3	10,7
Cansaço	2	10,0	1	4,5	3	10,7
Mudança na posição de relação	0	0,0	0	0,0	2	7,1
Outros	1	5,0	0	0,0	0	0,0

Nota:

b. esta questão permite mais de uma resposta.

A obtenção do orgasmo nas relações sexuais durante o período gestacional também diminui no decorrer da gravidez, reduzindo-se de aproximadamente 70% no período pré-gestacional para pouco mais de 24%

naquelas mulheres que diziam obtê-lo sempre ou na maioria das vezes (Tabela 8). Quanto aos motivos atribuídos pelas mulheres para a diminuição da obtenção do orgasmo, a diminuição na vontade e a dor na relação foram citadas por quase todas as entrevistadas (Tabela 9).

TABELA 8
Descrição das mulheres entrevistadas segundo a frequência do orgasmo nas relações sexuais (n=36)

	Pré-gestacional		1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência da obtenção do orgasmo nas relações sexuais								
Sempre	8	22,2	8	22,2	10	27,8	6	16,7
Na maioria das vezes	19	52,8	11	30,6	5	13,9	3	8,3
Às vezes	8	22,2	13	36,1	12	33,3	10	27,7
Nunca	1	2,8	4	11,1	3	8,3	2	5,6
Não teve relações	0	0,0	0	0,0	3	8,3	10	27,8
Perda de seguimento	0	0,0	0	0,0	3	8,3	5	13,9

TABELA 9
Descrição das mulheres quanto a razão da diminuição da obtenção do orgasmo nas relações sexuais

	1º Trimestre (n=15)		2º Trimestre (n=9)		3º Trimestre (n=9)	
	n	%	n	%	n	%
Razões para a diminuição da obtenção do orgasmo durante as relações sexuais						
Medo de perder o bebê	2	13,3	1	11,1	0	0,0
Dor na relação	4	26,7	4	44,4	4	44,4
Cansaço	2	13,3	1	11,1	2	22,2
Irritabilidade	3	20,0	1	11,1	2	22,2
Diminuição da vontade	7	46,7	5	55,6	4	44,4
Mudança na posição de relação	2	13,3	1	11,1	1	11,1

Novamente, se for considerado o grupo de mulheres que possuía interesse, sempre ou na maioria das vezes, irá se observar que este interesse diminuiu com o evoluir da gestação, e este fato decorre novamente da diminuição da vontade e dor na relação sexual (Tabelas 10 e 11).

TABELA 10

Descrição das mulheres quanto ao interesse sexual antes e durante os três trimestres da gestação (n=36)

	Pré-gestacional		1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse sexual								
Sempre	10	27,7	9	25,0	6	16,7	6	16,7
Na maioria das vezes	19	52,8	14	38,9	11	30,6	2	5,5
Às vezes	6	16,7	11	30,5	10	27,8	11	30,5
Nunca	1	2,8	2	5,6	3	8,3	2	5,6
Não teve relações	0	0,0	0	0,0	3	8,3	10	27,8
Perda de seguimento	0	0,0	0	0,0	3	8,3	5	13,9

TABELA 11

Descrição das mulheres quanto a razão da diminuição do interesse sexual antes e durante os três trimestres da gestação

	1º Trimestre (n=16)		2º Trimestre (n=16)		3º Trimestre (n=11)	
	n	%	n	%	n	%
Por que você acha que diminuiu o interesse sexual						
Medo de perder o bebê	2	12,5	0	0,0	0	0,0
Medo de fazer mal ao bebê	1	6,2	1	6,2	0	0,0
Dor na relação	4	25,0	4	25,0	3	27,3
Náuseas e vômitos	1	6,2	0	0,0	0	0,0
Diminuição da vontade do marido	0	0,0	2	12,5	0	0,0
Diminuição da sua vontade	11	68,7	6	37,5	6	54,5
Mudança na posição de relação	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Se sente menos atraente	1	6,2	0	0,0	1	9,1
Aumento de volume abdominal	0	0,0	0	0,0	2	18,2
Outros	2	12,5	1	6,2	3	27,3

No período pós-parto, a maioria das mulheres ainda não havia retornado à vida sexual por ocasião da última entrevista, principalmente por desejarem primeiro um método contraceptivo seguro. Pode-se ainda observar que isto decorre da falta de orientação médica contraceptiva neste período (Tabela 12).

TABELA 12
Descrição das mulheres entrevistadas segundo comportamento sexual no pós-parto

n=31	n	%
Alimentação do bebê atualmente		
Só leite materno	25	80,6
Leite materno e outro tipo de leite	4	13,0
Só outro tipo de leite	2	6,4
Recebeu orientação do seu médico quanto ao retorno à sua vida sexual pós-parto		
Sim	7	22,6
Não	24	77,4
Já começou a ter relações sexuais?		
Sim	4	13,0
Não	27	87,0
Por que ainda não começou a ter relações sexuais (n=28)		
Deseja método contraceptivo antes de reiniciar vida sexual	17	60,7
Cansaço	6	21,4
Cuidados com o bebê	6	21,4
Aconselhamento médico	1	3,6
O seu marido acha que a relação interfere na amamentação	1	3,6
Se sente menos atraente	1	3,6
Outro	1	3,6

5. Discussão

Este estudo foi idealizado para conhecer algumas práticas sexuais de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, que procuraram o pré-natal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros. As entrevistas foram iniciadas em março de 2000 e concluídas em agosto de 2001.

As mulheres estudadas mostraram possuir boa representatividade em relação ao perfil sociodemográfico da mulher brasileira, ou seja, em sua maioria possuía escolaridade básica, conceberam na segunda e terceira décadas de vida, com predomínio da cor branca e da religião católica. Como é comum em nossa sociedade, o companheiro em geral era mais velho e possuía o mesmo grau de escolaridade em relação às mesmas (IBGE, 2000).

Apesar de a maioria das mulheres informar desejo de engravidar (66,7%), na maior parte da amostra observa-se que não houve planejamento da gravidez (63,4%), embora a aceitação da gestação total ou parcial (97%) tenha sido predominante, de forma que os possíveis efeitos de uma gravidez indesejada sobre a sexualidade do casal perderiam a importância.

A partir da década de 60 e 70, diversos estudos foram conduzidos com o objetivo de estudar e compreender melhor o universo da sexualidade feminina neste período da vida da mulher. Os primeiros enfocaram a frequência de relações nos três trimestres de gestação e as possíveis causas destas variações (FALICOV, 1973; SOLBERG et al., 1973; TOLOR e DIGRAZIA, 1976; MASTERS e JOHNSONS, 1984).

MASTERS e JOHNSONS (1984) foram pioneiros no estudo da resposta sexual feminina na gestação. Estudaram 111 mulheres entre 21 e 43 anos, em uma investigação subjetiva sobre a resposta sexual feminina neste período. Encontraram no primeiro trimestre diminuição do interesse sexual e frequência de coito nas mulheres nulíparas (43), explicada por sintomas físicos, como náuseas, sonolência e fadiga crônica. Vinte e seis das 43 nulíparas informaram sobre seu medo de maltratar o conceito, que afetava a liberdade de sua resposta física na atividade do coito. Apenas quatro mulheres nulíparas registraram aumento significativo no interesse sexual e maior amplitude desse aumento logo depois de estabelecido o diagnóstico da gravidez. Nas multíparas, houve bem pouca modificação nos níveis de interesse sexual durante o primeiro trimestre da gravidez, comparativamente a seus níveis de resposta num período de três meses imediatamente antes da concepção. Durante o segundo trimestre, os padrões sexuais refletiram aumento marcante na frequência de coito, independentemente da paridade ou idade das mulheres interrogadas e durante o último trimestre houve significativa redução na frequência de coito tanto para as multíparas como para as nulíparas.

Surpreendentemente, quase quatro décadas depois; ao analisarmos os dados deste estudo, deparamos-nos com resultados que basicamente possuem muitas semelhanças. Ao contrário de nossa expectativa inicial, apesar das profundas modificações socioculturais ocorridas neste período, como o compartilhamento e acesso à informação, a emancipação da mulher, participação da mesma nas decisões e no sustento da unidade familiar, persistem os mesmos medos, tabus e anseios, além de um comportamento extremamente conservador no que diz respeito à sexualidade e gravidez. Talvez a causa desse conservadorismo esteja no fato de que as restrições em relação às práticas sexuais durante a gravidez são muito mais antigas e arraigadas na sociedade ocidental. O primeiro exemplo disso pode ser o fato de a própria Bíblia aconselhar que as relações sexuais devam ser evitadas durante a gravidez. Mais tarde, Hipócrates manteve esta orientação ao sugerir que a atividade sexual poderia levar ao aborto (MAIN et al., 1993).

Diante das dificuldades de se conduzirem estudos bem desenhados a respeito do tema, este conceito de que as práticas sexuais poderiam prejudicar a gravidez foram ainda ampliados indevidamente, através de estudos que concluíram haver relação causal entre a relação sexual e a ocorrência de parto prematuro (ANDERSEN e FUCHS, 1993).

O orgasmo, com ou sem penetração vaginal, tem sido associado à ruptura prematura das membranas e diminuição da frequência cardíaca fetal a partir do início do terceiro trimestre (EKWO et al., 1993). Por outro lado, estudos bem conduzidos demonstraram que as práticas sexuais durante a gravidez não aumentam o risco de complicações. Um bom exemplo foi o estudo realizado por MILLS et

al., 1981 com 10.477 mulheres que as práticas sexuais seguidas de orgasmo antes do termo da gestação não se relacionaram com o aumento de intercorrências na gravidez. Outro estudo confirmou estes achados, acrescentando não haver observado aumento significativo no diagnóstico de sofrimento fetal em mulheres que mantiveram ou intensificaram as práticas sexuais durante a gravidez (SAVAGE e READER, 1984). Ao longo do tempo as mulheres receberam muito mais informações a respeito dos riscos de manter-se práticas sexuais durante a gestação, algumas totalmente sem embasamento científico, ou mesmo, obtidas em estudos mal desenhados e tendenciosos, do que em relação aos benefícios na sexualidade do casal e sua falta de importância em relação ao surgimento de problemas durante o pré-natal e o parto em uma gestação de baixo risco. É compreensível, portanto, que o comportamento da mulher no século XX seja tão parecido com o de suas antepassadas.

Talvez o primeiro exemplo deste comportamento possa ser observado quando se evidencia que a iniciativa em relação à prática sexual é predominantemente masculina, independentemente de a mulher estar ou não grávida. A iniciativa da relação sexual foi do homem em 66,7% das vezes no período pré-gestacional, mantendo-se praticamente inalterado durante o primeiro trimestre. No segundo trimestre, a iniciativa masculina sofre discreta diminuição, porém retorna ao patamar inicial entre as mulheres sexualmente ativas no terceiro trimestre.

Quanto à posição adotada pelos casais para o coito, observamos que ao longo do tempo ocorrem mudanças que se tornam mais acentuadas à medida que a gestação progride. Durante o primeiro trimestre, as posições mais utilizadas

permanecem praticamente inalteradas, comparativamente com as do período pré-gestacional, sendo a posição do homem superior à mulher, também conhecida como papai-mamãe ou missionária, a mais utilizada. A partir do segundo trimestre, quando as mudanças físicas anatômicas tornam-se mais pronunciadas, a posição do homem superior à mulher cede lugar à posição lado a lado, o que provavelmente confere mais conforto à mulher devido ao aumento do volume abdominal. A posição lado a lado é adotada no segundo trimestre por quase metade das mulheres estudadas, e representa a posição mais utilizada pelas mulheres sexualmente ativas neste período. Durante o terceiro trimestre, quando ocorre uma acentuação do volume abdominal, a posição lado a lado torna-se a preferida entre as mulheres ainda com vida sexual ativa, representando 71,4%. Estes dados são concordantes com a maioria dos trabalhos na literatura. HOLTZMAN, 1976, estudando 25 mulheres, encontrou que 100% utilizavam a posição do homem superior à mulher antes da gestação, sendo que este número caiu para 88% no primeiro trimestre, 56% no segundo trimestre e 32% no terceiro trimestre, havendo uma substituição gradual para a posição lado a lado à medida que a gravidez progredia.

Práticas sexuais alternativas ao coito vaginal foram tema de vários estudos, em face das mudanças físicas que dificultam a penetração vaginal, ou tornou-se opção para casais cujo coito vaginal foi contra-indicado por motivos de ordem clínica ou obstétrica. BARCLAY et al, 1994, encontraram 76% de sexo oral durante a gestação, tanto a felação como o cunilingus e 12% de coito anal. Este último é praticado antes e durante a gestação por aproximadamente 1% a 13%

dos casais (HART et al., 1991; FOSTER et al., 1994, HAINES, et al., 1996). Quanto à masturbação durante a gestação, sua freqüência é controversa. Durante a gravidez, 8% a 31% das mulheres se masturbam, enquanto no período de três a seis meses no pós-parto 5% a 20% das mulheres praticam a masturbação. Antes da gravidez, 44% a 75% dos casais europeus e alguns grupos asiáticos praticam masturbação genital mútua, e 35% a 50% praticam estimulação genital oral. Em um terço dos casais, somente o homem é estimulado sexualmente (masturbação) (SOLBERG et al., 1973; HOLTZMAN, 1976; PERKINS, 1979; ALDER et al., 1986; HYDER et al., 1996).

Quando o coito é proibido por ordens médicas, 82% dos casais preferem a estimulação mútua, 12% acham que somente as mulheres deveriam estimular o homem, 6% preferem a abstenção total e nenhum dos casais acha que somente a mulher deva ser estimulada. A masturbação masculina tende a tornar-se estável durante a gravidez e no pós-parto (ADINMA, 1995).

Neste estudo não encontramos aumento das práticas sexuais variantes para obtenção do prazer. Ao contrário, estas práticas também diminuem com o desenrolar da gestação quando comparadas ao período pré-gestacional. Antes da gestação, o sexo oral do companheiro na mulher é a forma mais utilizada (cunilingus), sendo praticado por 71% dos casais, seguida pelo sexo oral da mulher no companheiro (felação), seguida pela masturbação do companheiro na mulher. No primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação ocorre a diminuição de todas as práticas sexuais alternativas ao coito vaginal, porém com predomínio ainda do cunilingus em todo o período gestacional.

Quase todos os autores são consensuais quanto à redução da frequência de coito durante o primeiro trimestre da gestação (FALICOV, 1973; SOLBERG et al., 1973; ROBSON et al., 1981; PERKINS, 1982; MASTERS e JOHNSONS, 1984; ATPUTHARAJAH, 1987; HAINES et al., 1996). Tais alterações devem-se principalmente a desconfortos somáticos como náuseas e vômitos, mudanças de humor, medo de prejudicar o feto e induzir o abortamento (FALICOV, 1973; HAINES et al., 1996). O presente estudo encontrou redução de 25% na frequência de coito durante o primeiro trimestre de gestação em relação ao período pré-gestacional, justificada principalmente pela diminuição da libido da mulher, como também a irritabilidade e a presença de náuseas e vômitos.

Não há dúvidas de que na gravidez ocorrem significativas mudanças hormonais na mulher que a tornam emocionalmente instável, não predisposta ao ato sexual. As náuseas e vômitos podem estar presentes mais freqüentemente durante o primeiro trimestre de gestação, mas, em alguns casos, podem incomodar por todo o período, sendo causas freqüentes de diminuição da atividade sexual relatada pela literatura (ANDREWS e STUDD, 2001).

Em relação ao segundo trimestre existem mais controvérsias. Alguns autores reportam aumento da frequência de coito e interesse sexual neste período, justificando para tanto a melhora de humor e dos sintomas somáticos como náuseas e vômitos, diminuição do medo de perder o feto e por encontrar-se a preocupação com o momento do parto ainda distante (MASTERS e JOHNSONS, 1984; ATPUTHARAJAH, 1987; AL-BUSTAN et al., 1995).

Por outro lado, outros autores encontraram diminuição da frequência de coito, libido e erotismo, havendo uma diminuição progressiva, quase linear, durante os três trimestres de gestação (SOLBERG et al., 1973; TOLOR e DIGRAZIA, 1976; ROBSON et al., 1981; PERKINS, 1982; RYDING, 1984; HAINES et al.; 1996. Este estudo obteve resultados concordantes aos do último grupo de autores, evidenciando também diminuição nestas variáveis, resultando em queda na frequência de coito igual à evidenciada no primeiro trimestre, ou seja, em torno de 25% novamente, quando comparamos o segundo trimestre com o primeiro.

No terceiro trimestre há consenso de que ocorre marcante redução da atividade sexual (FALICOV, 1973; TOLOR e DIGRAZIA, 1976; PERKINS, 1982, RYDING, 1984; ATPUTHARAJAH, 1987; PEPE et al., 1987; BARCLAY et al., 1994; HAINES et al.; 1996). As modificações físicas tornam-se bastante acentuadas, além de aumentar muito a preocupação com a saúde do feto e com o momento do parto que se aproxima (BOGREN, 1991). Além do mais, como as alterações do corpo da mulher atingem seu máximo nessa época, estas se sentem menos atraentes para os parceiros (HAINES et al., 1996). O aumento da abstinência da atividade sexual aumenta quase que linearmente com o progredir da gestação (MORRIS, 1975). Evidências de um estudo realizado com 158 mulheres grávidas sugerem que o medo da prática sexual na gravidez é um fator prevalente entre as causas de abstinência. Neste estudo foi observado que 24,5% das mulheres evitaram relações sexuais com penetração durante toda a gestação, 49,1% disseram tê-las evitado algumas vezes e apenas 26,4% afirmaram ter mantido o mesmo comportamento pré-gestacional,

negando que em algum momento as tivessem evitado por causa da gravidez. Entre aquelas que evitaram totalmente ou às vezes, o motivo da mudança de comportamento foi “que a relação poderia causar algum mal ao bebê” (49,1%), “poderia causar o aborto” (25,2%), “meu desejo sexual diminuiu” (22,6%), e “eu tive dificuldades físicas” (22,0%). Nitidamente, prevalece o conceito de que a abstinência parcial ou total decorre de medos de causar algum mal à gestação, equívoco este que é decorrente muitas vezes de orientações dos próprios profissionais de saúde (ORUÇ et al., 1999).

Neste estudo, a abstinência sexual também aumenta ao longo dos trimestres, passando de inexistente ao final do primeiro trimestre para 8,3% no segundo trimestre e 27,8% ao final do terceiro trimestre.

Também observamos que a queda na frequência de relação sexual no terceiro trimestre é praticamente o dobro da observada nos dois primeiros, chegando a 50%. Equivale dizer que existe um ponto de inflexão entre o segundo e terceiro trimestres, fazendo com que a curva descendente perca a linearidade e inicie uma queda muito mais pronunciada até o final da gestação. A causa atribuída pelas gestantes na diminuição da frequência de coito no segundo trimestre foram: diminuição da própria libido (50%); diminuição da vontade do marido de ter relações (36,4%); e irritabilidade (13,6%). Fatores como medo de fazer mal ao bebê, cansaço e diminuição da atração sexual participaram com 4,5% cada.

Em relação ao terceiro trimestre, a principal causa da diminuição da frequência de coito continua sendo a diminuição da libido da mulher (60,7%), em

segundo lugar a dor na relação (21,4%); em seguida a irritabilidade (14,3%) e medo de fazer mal ao bebê (14,3%). Com menor importância há o aumento do volume abdominal (10,7%), o cansaço (10,7%) e a diminuição da vontade do marido (10,7%).

Na tentativa de individualizar a visão exclusiva da mulher com relação às causas do decréscimo nas relações sexuais, substituímos na pergunta o por quê na queda da frequência de relações pelo por quê da queda de seu interesse sexual, mantendo como respostas as mesmas variáveis. Pudemos constatar que o medo de fazer mal ao bebê desaparece, sugerindo que esta preocupação pertence ao homem e não à gestante. Por outro lado, surgem inúmeros outros motivos que, isoladamente, constituem pouca importância estatística, mas que no conjunto (27,3%) ficariam em segundo lugar, atrás apenas da diminuição da libido (54,5%). Este resultado sugere que talvez a mulher grávida desenvolva sentimentos muito mais complexos do que se imaginam, e que muitas vezes não existe lógica em relação às mudanças de sua sexualidade no período gestacional, podendo em boa parte dos casos ser decorrente de experiências pessoais e individuais desenvolvidas caprichosamente ao longo de suas vidas.

Quanto ao orgasmo, sua incidência varia de 51% a 87% das mulheres no período não grávidas, sendo que 10% a 26% das mulheres são anorgásmicas durante toda a vida (VONSYDOW, 1999). Apesar de vários estudos enfocarem o orgasmo na gestação, a frequência e a intensidade ainda permanecem contraditórias. Neste estudo apenas uma mulher revela que nunca sentira orgasmo, mas ficou claro que ocorre uma diminuição significativa na obtenção do orgasmo durante todo o ciclo gravídico, caindo de algo em torno de 70% no

período pré-gestacional para pouco mais de 24% naquelas mulheres que diziam obtê-lo sempre ou na maioria das vezes. Entre os motivos alegados para a diminuição do orgasmo durante a gestação, destacam-se durante toda a gestação as diminuições da vontade de ter relações e a dor durante o coito.

Quanto ao retorno da vida sexual no pós-parto, podemos observar que a grande maioria das mulheres ainda não reiniciou a sua vida sexual após seis semanas do parto. O principal motivo alegado foi a preocupação de evitar-se uma nova gravidez, justificada com a resposta predominante de condicionar o momento de reinício da vida sexual à utilização de algum método contraceptivo.

De qualquer forma, é inegável que a mulher de hoje evoluiu e difere da mulher de outrora no que diz respeito à sexualidade na gravidez. No entanto, quando analisamos os dados da sexualidade no pós-parto, aí sim, fica evidente que a classe médica, mais especificamente os ginecologistas, em nada contribuíram para esta mudança de comportamento. Nesse delicado período, a presença do conceito e os tabus inerentes a este período fizeram com que a mulher permanecesse quase parada no tempo. Os dados mostraram que a maioria das mulheres não recebeu de seu ginecologista nenhuma orientação quanto ao retorno de sua vida sexual no período pós-parto. Sozinhas e sem orientação, 87% das mesmas ainda não tinham voltado a ter vida sexual com seis semanas de puerpério; e pior, trazendo como desculpa em sua maioria desejar método contraceptivo seguro para evitar nova gravidez.

Os problemas relacionados ao comportamento dos casais grávidos, ou mais objetivamente as gestantes, estão intimamente relacionados ao contexto mais amplo da saúde integral da mulher. Influências de ordem cultural, passando por fatores socioeconômicos de variada natureza, são pano de fundo que emolduram várias práticas observadas.

A sexualidade é um aspecto fundamental da vida humana e está presente desde o nascimento até a morte. É elemento decisivo para contribuir para o bem-estar individual e, por extensão, à evolução harmônica individual e à inserção social. É uma dimensão da pessoa e, portanto, inseparável de sua existência em todos os seus momentos. Manifesta-se por um conjunto de emoções, sentimentos, fantasias e desejos que o ser humano vivência ao longo de toda sua vida. Não se restringe às práticas sexuais às quais respondem a aspectos diferentes da vivência de cada indivíduo.

É fundamental para assegurar a integridade da saúde que a qualidade de vida e das relações pessoais não se restrinjam a problemas de natureza reprodutiva ou a abordagens de doenças.

Os resultados deste estudo traçam um retrato superficial da sexualidade da mulher na gravidez e longe estão de esgotar o tema de natureza tão complexa e sensível. Demonstra que o profissional da saúde, quando orienta, raramente baseia-se em evidências científicas, ficando no mero campo do especulativo e de suas experiências pessoais (quando as tem), ou mesmo, na maioria das vezes abandona suas pacientes ao seu próprio julgamento. Desta forma, podemos concluir que há

muito a se fazer em termos de educação sexual para que a informação correta sobre sexo e gravidez chegue à mulher. Talvez uma das vertentes necessárias para que mudanças de modo consistentes passe pelo currículo médico, e da área de treinamento dos profissionais de saúde para que tenha formação direcionada ao comportamento humano no que tange a sua sexualidade para poder orientar suas gestantes com dados corretos, obtidos cientificamente através da medicina baseada em evidência. Profissionais de saúde com formação adequada para uma visão sem preconceitos das questões relativas à sexualidade, contribuem para esclarecer dúvidas e promover o bem-estar do casal, desde que utilizem um treinamento e conhecimento de modo apropriado não lhes competindo tecer juízo de valor sobre atitudes e questões de foro íntimo.

6. Conclusões

1. A partir do segundo trimestre ocorre mudança na posição de coito vaginal, quando a posição do homem superior à mulher cede lugar à posição lado a lado.
2. Observou-se o predomínio do sexo oral como prática alternativa ao coito vaginal em ambos os períodos, pré-gestacional e gestacional; porém, ocorre decréscimo na frequência de todos os tipos destas práticas com o evoluir da gestação.
3. A frequência de relações sexuais sofre queda linear de 25% a cada trimestre até o terceiro, quando a queda se acentua para 50% em relação ao trimestre anterior.
4. A frequência de obtenção do orgasmo cai de 70% no período pré-gestacional para 24% no período gestacional e as duas principais causas para a mudança foram a diminuição da vontade e dor na relação sexual.

7. Referências Bibliográficas

ADINMA, J.I.B. Sexuality in Nigerian pregnancy women: perceptions and practice. *Aust NZJ Obstet Gynaecol*, 35:290-3, 1995.

ADINMA , J.I.B. Sexual activity during and after pregnancy. *Advanc Contraception*, 12:53-61, 1996.

AL-BUSTAN, M.A.; EL-TOMI, N.F.; FAIWALLA, M.F.; MANAV, V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Arch Sex Behav*, 24:207-15, 1995.

ALDER, E.; COOK, D.; DAVIDSON,D.; WEST,C.; BANCROFT, J. – Hormones, mood and sexuality in lactating women. *Br. J. Psychiatry*, 148:74-9 – 1986.

ALTMAN, D.G. **Practical statistics for medical research**. London, Chapman & Hall, 1991.

ANDERSEN, L.F.; FUCHS,F. **Sexual activity and preterm birth**. 2 ed., New York: McGraw-Hill, 1993. p.156-72.

ANDREWS, G.; STUDD, J. **Womens sexual health**. 2^a ed., London, Baillière Tindall, 2001. 187p.

ASANBLEA MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsink. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. **Bol Of Sanit Panam**, 108:626-9, 1990.

ATPUTHARAJAH, V. Some aspects of sexual knowledge and sexual behavior of local women: results of a survey: XI: Sex and pregnancy. **Sing Med J**, 28:225-30, 1987.

BADINTER, E. **Existe el amor maternal?** Barcelona, Paidós-Pomaire, 1981. 182p.

BALLONE, G. J. **Sexualidade na gravidez**, <http://www.psiqweb.méd.br>, 28/08/01.

BARCLAY, L.M.; McDONALD, P.; O'LOUGHILIN, J. A. Sexuality and pregnancy: an interview study. **Aust NZJ Obstet Gynaecol**, 34(suppl.1):1-7, 1994.

BARRET, G.; VICTOR, C.R. Postnatal sexual health. **Br J Gen Pract**, 302:47-8, 1996.

BARRET, G.; PENDRY, E.; PEACOCK, J.; VICTOR, C.; PHIL, M.; THAKAR, R.; MANYONDA, I. Women's sexuality after childbirth: A pilot study. **Arch Sex Behav**, 28(suppl.2):179-90, 1999.

BARTELLAS, E.; CRANE, J.M. DALEY, M.; BENNETT, K.A.; HUTCHENS, D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **BJOG**, 107(suppl.8):964-8, 2000.

BAXTER, S. Labour and orgasm in primiparae. **J Psychosom Res**, 18:209-16, 1974.

BYRD, J.E.; HYDE, J.S.; DELAMATER, J.D.; PLANT, A.; PLANT, A.; WISCONSIN, M. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. **J Fam Pract**, 47:305-8, 1998.

BOGREN, L. Y. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. **Arch Sex Behav**, 20(suppl.1):35-45, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, 4:15-25, 1996.

CABRAL, J. T. **A sexualidade no mundo ocidental**. 2^a.ed., São Paulo, Papyrus, 1999. 156p.

COWAN, C.P.; COWAN, P.A. **When partners become parents**. New York: Basic, 1992.

CITO, G. Attività sessuale, rilievi cardiocografici ed epoca del parto in gravidanze fisiologiche. **Minerva ginecologica**, 49(suppl.12): 551-4, 1997.

DIXON, M.; BOOTH, N.; POWELL, R. Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. **Br J General Practice**, 50:223-4, 2000.

DUBY, G. **Idade Média – Idade do homem**, São Paulo, Companhia das Letras, 1989. 120p.

EKWU, E.E.; GOSSELINK, C.A.; WOOLSON, R.; MOAWARD, A. LONG.C.R. Coitus late in pregnancy: Risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. **Am J Obstet Gynecol**, 168(suppl.1):22-31, 1993.

FALICOV, C.J. Sexual adjustment during first pregnancy and post-partum. **Am J Obstet Gynecol**, 117:991-3, 1973.

FOSTER, C.; ABRAHAM, S.; TAYLOR,A; LEWELLYN-JONES,D. Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding. **Obstet Gynecol**, 84:872-6, 1994.

GOLDBERG, S. **The inevitability of patriarchy**. New York: Morrow, 1974. 88p.

GOODLIN, R.C. Orgasm and premature labour. **Lancet**, 2:646, 1969.

GOODLIN, R.C.; KELLER, D.W.; RAFFIN, M. Orgasm during late pregnancy: Possible detereous effects. **Obstet Gynecol**, 17:916-20, 1971.

GOODLIN, R.C.; SCHMIDT, W.; CREEVY, D.C. Uterine tension and fetal heart rate during maternal orgasm. **Obstet Gynecol**, 39:125-7, 1972.

GREGERSEN, E. Práticas sexuais. In: **A história da sexualidade humana**. São Paulo, ROCA, 1983. p.1-50.

HAINES, C.J.; SHAN Y.O.; KUEN, C.L.; LEUNG, D.H.Y.; CHUNG.T.K.H.; CHIN, R. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong chinese women. **J Psychosom Res**, 40(suppl.3):299-304, 1996.

HART, J.; COHEN, E. ; GINGOLD, A.; HOMBURG, R. Sexual behavior in pregnancy: a study of 219 women. **J Sex Educ Ther**, 17:86-90, 1991.

HOLLENDER, M.H.; MCGEHEE, J.B. The wish to be held during pregnancy. **J Psychosom Res**, 18:193-7, 1974.

HOLTZMAN, L.C. Sexual practices during pregnancy. **J Nurse Midwifery**, 21: 29-38, 1976.

HYDER, J.S.; DELAMATER, J.D.; PLANT, E.A.; BYRD, J.M. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. **J Sex Res**, 33:143-51, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico – 2000 – **Tabulação avançada**, <http://www.ibge.gov.br>, 29/09/02.

JACOBSON, L.; KAIJ,L.; NILSSON, A. The course and outcome of the postpartum period from a gynaecological and general somatic standpoint. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 6:183-203, 1967.

JAVERT, C.T. **Spontaneous and habitual abortion**. New York, McGraw Hill, 1957.

KUPFER, M. C. **Freud e a educação**, São Paulo, Scipione; 1989. 92p.

KURKI,T.; YLIKORKALA, O. Coitus during pregnancy is not related to bacterial vaginosis or preterm birth. **Am J Obstet Gynecol**, 169:1130-4, 1993.

LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro, Editora Médica e Científica Limitada; 1995.

LUMLEY, J. Sexual feelings in pregnancy and after childbirth. **Aust NZJ Obstet Gynaecol**, 18:114-7, 1978.

MALAGONI, E. A. – **Sexualidade e amamentação**. Monografia de conclusão do curso de pós-graduação, no nível de especialização em sexualidade humana, apresentado ao Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Tuiuti do Paraná, 1998.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **A resposta sexual humana**. São Paulo, ROCA, 1984. 167p.

MAIN, D.M.; GRISSE, J.A.;SNYDER, E.S.; CHIU, G.Y.; HOLMES, J.H. – The effects of sexual activity oon uterine contractions in pregnancy. **J Women's Health**, 2:141, 1993.

McDONALD, H.M.; O'LOUGHLIN, J.A.; JOLLEY, P.; VIGNESWARAN, R.;
McDONALD, P.J. – Prenatal microbiological risk factors associated with preterm
birth. **Br J Obstet Gynaecol**, 99:190-6, 1992.

MILLS, J.L.; HARLAP, S.; HARLEY, E.E. Should coitus late in pregnancy be
discouraged? **Lancet**, 11:136, 1981.

MONTGOMERY, D.C. **Design and analysis of experiments**. 3.ed. New York:
John Wiley, 1991. 649p.

MORRIS, N.M. The frequency of sexual intercourse during pregnancy. **Arch
Sex Behav**, 4(suppl.5):501-7, 1975.

MUNJACK, D.J.; OZIEL, L. J. **Sexologia: diagnóstico e tratamento**. São
Paulo, Atheneu, 1984. 98p.

MURARO, R.M. **A mulher no terceiro milênio**, Editora Rosa dos Tempos, 6º
edição, 2000.

NILSSON, A. Para-natal emotional adjustment. A prospective investigation of
165 women. **Acta Psych Scand**, 220(suppl.) páginas 1970.

ORUÇ, S.; ESEN, A.; LAÇIN, S., ADIGUZEL, H.; UYAR, Y.; KOYUNCIE, F.
Sexual behavior during pregnancy. **Aust NZJ Obstet Gynaecol**, 39:48-50,
1999.

PEPE, F.; IACHELLO, R.; PANELLA, M. PAPE, G.; PANELLA, P.; PENNISI, F.;
PEPE, P.; SALEMI, F.; PRIVATERIA, C. D.; SANFILIPPO, A., RUSSO, V. Parity
and sexual behavior in pregnancy. **Clin Exp Obstet Gynecol**, 14:60-5, 1987.

PERKINS, R.P. Sexual behavior and response in relation to complications of
pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 134:498-505, 1979.

- PERKINS, R.P. Sexuality in pregnancy: What determines behavior? **Obstet Gynecol**, 59:189-98, 1982.
- PERKINS, R.P. Sexuality during pregnancy. **Clin Obstet Gynecol**, 279:706-16, 1984.
- PETRIDOU E.; SALVANOS, H.; SKALKIDOU,A.; DESSYPRIS,N.; MOUSTAKI,M.; TRICHOPOULOS, D. – Are there common triggers of preterm delivers? **Br J Obstet Gynaecol**, 108:508-604, 2001.
- PUGH, W.E. Coitus and late pregnancy, delivery and the puerperium. **Am J Obstet Gynecol**, 64(suppl.2):333-9, 1952.
- RAYBURN, W.F.; WILSON, E.A. Coital activity and premature delivery. **Am J Obstet Gynecol**, 137(suppl.8):972-4, 1980.
- REAMY, K.Y.; WHITE, S.E.; DANIELL, W.C.; LE VINE,E. S. Sexuality and pregnancy: a prospective study. **J Reprod Med**, 27:321-7, 1982.
- ROBSON, K.M.; BRANT, H.A.; KUMAR, R. – Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. **Br J Obstet Gynaecol**, 88:882-9, 1981.
- RYDING, E.L. Sexuality during and after pregnancy. **Acta Obstet Gynecol, Scand**, 63:679-82, 1984.
- SAVAGE, W.; READER,F. Sexual activity during pregnancy. **Mid Health Vis Comm Nurs**, 20:398, 1984.
- SOLBERG, D.A.; BUTLER, J.; WAGNER, N.N. Sexual behavior in pregnancy. **New Engl J Med**, 288:1098-103, 1973.
- STEEGE, J.F.; JELOVSEK, F.R. Sexual behavior during pregnancy. **Obstet Gynaecol**, 60:163-8, 1982.

TAYLOR, V.J. Pregnancy: a shared experience? Men experiences and feelings about their partner's pregnancy. *J Adv Health Nurs Care*, 2:59, 1992.

TANNAHILL, R. **O sexo na história**. Nova Fronteira, 1983. 120p.

TEIXEIRA, I. **Gravidez e sexo**. <http://www.saudenainternet.com.br,01/03/02>.

TOLOR, A.; DIGRAZIA, P.V. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. *Arch Sex Behav*, 5(suppl.6):539-41, 1976.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra**. São Paulo, Editora Rosa dos tempos, 1996. 135p.

UDDENBERG, N. Psychological aspects of sexual inadequacy in women. *J Psychosom Res*, 18:33-47,1974.

UDDENBERG, N. Mother-father and daughter-male relationships: A compariosn. *Arch Sex Behav*, 5:69-79, 1976.

WAGNER, N.N.; BUTLER, J.C.; SANDERS, J.P. Prematurity and orgasmic coitus during pregnancy: Data on a small sample. *Fertil Steril*, 27(suppl.8):911-5, 1976.

WHITE,S. E.; REAMY, K. Sexuality and pregnancy: a review. *Arch Sex Behav*, 11:429-44, 1982.

VITIELLO, N. O exercício da sexualidade na gestação. *J SOGESP*, 8:45-7, 1999.

VONSYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*, 47:27-49, 1999.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

HERANI, M.L.G. - **Normas para apresentação de dissertações e teses**.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-
001/98(alterado/2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 - Questionário para Coleta de Dados

SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1. Qual a data do seu nascimento? (USAR O DOCUMENTO)

/ /
dia mês ano

idade (anos)

1.2. Qual é a sua cor ou raça?

| 1 | BRANCA
| 2 | AMARELA

| 3 | PRETA /NEGRA
| 4 | INDÍGENA

| 5 | PARDA
| 6 | OUTRA
QUAL

1.3. Atualmente você é solteira, casada, separada / divorciada, viúva, amasiada/vive junto?

| 1 | CASADA
| 2 | SOLTEIRA
| 3 | SEPARADA / DIVORCIADA

| 4 | VIÚVA
| 5 | AMASIADA/ /VIVE JUNTO

1.4. Qual a idade do seu marido / companheiro atual em anos completos?

(anos)

1.5. Há quanto tempo você está vivendo junto com o seu marido / companheiro atual?

(meses)

1.6. Com que idade você começou a viver com um marido / companheiro pela primeira vez?

(anos)

1.7. Você teve um marido / companheiro antes desse com quem vive atualmente?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

PASSE PARA 1.9

1.8. Quantos maridos/companheiros você teve antes deste atual?

1.9. Você já foi à escola?
| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE PARA 1.11

1.10. Qual a última série que você completou? SÉRIE DO GRAU

| 1 | NUNCA FOI À ESCOLA
| 2 | PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
| 3 | PRIMEIRO GRAU COMPLETO
| 4 | SEGUNDO GRAU INCOMPLETO
| 5 | SEGUNDO GRAU COMPLETO

| 5 | SEGUNDO GRAU COMPLETO
| 6 | ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
| 7 | ENSINO SUPERIOR COMPLETO
| 8 | PÓS-GRADUAÇÃO
| 9 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

1.11. Seu marido | companheiro foi à escola?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

| 3 | NÃO SABE

PASSE A 1.13.

1.12. Qual a última série que ele completou? SÉRIE DO GRAU

| 1 | NUNCA FOI À ESCOLA
| 2 | PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
| 3 | PRIMEIRO GRAU COMPLETO
| 4 | SEGUNDO GRAU INCOMPLETO
| 5 | SEGUNDO GRAU COMPLETO

| 5 | SEGUNDO GRAU COMPLETO
| 6 | ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
| 7 | ENSINO SUPERIOR COMPLETO
| 8 | PÓS-GRADUAÇÃO
| 9 | NÃO SABE / NÃO LEMBRA

1.13. Você trabalha fora de casa?
| 1 | SIM

| 2 | NÃO

1.14. Seu marido / companheiro está trabalhando atualmente ?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

1.15. Qual a sua renda familiar total? (transformar em salários mínimos - valor vigente na época).

1.16. Quantas pessoas dependem desta renda para viver?

1.17. Qual é a sua religião?

| 1 | NENHUMA
| 2 | CATÓLICA
| 3 | PROTESTANTE / EVANGÉLICA (CULTO)

| 4 | ESPÍRITA, UMBANDA, TERREIRO (CENTRO)
| 5 | OUTRA. QUAL? _____

SEÇÃO 2 – CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS

I. Entrevistadora (entrada) Diga: “Agora eu vou fazer algumas perguntas a respeito dos métodos anticoncepcionais e gravidezes anteriores”

2.1. Com quantos anos você ficou menstruada (mocinha) pela primeira vez? (anos)

2.2. Quantas vezes você já ficou grávida incluindo os abortos?

SE FOR A PRIMEIRA GRAVIDEZ, PASSE PARA 2.8.

2.3 Com quantos anos você engravidou a primeira vez?

2.4. Quantos abortos você já teve?

2.5. Quantos nascidos vivos?

2.6. Quantos nascidos mortos?

2.7. Quantos filhos estão vivos hoje?

2.8. Qual a data da sua última menstruação?

/ /
dia mês ano

2.9. Você usava algum método para evitar a gravidez antes desta gravidez atual?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE PARA 2.11

2.10. Que método para evitar gravidez você usava antes desta gravidez atual?

| 1 | PÍLULA ANTICONCEPCIONAL

| 7 | TABELINHA

| 2 | PRESERVATIVO

| 8 | DIU

| 3 | O COMPANHEIRO TIRAVA FORA
(COITO INTERROMPIDO)

| 9 | ESPUMA, GELÉIA, CREME,
SUPOSITÓRIO VAGINAL

| 4 | LAQUEADURA

| 10 | INJEÇÃO

| 5 | VASECTOMIA DO MARIDO/COMPANHEIRO

| 11 | OUTRO MÉTODO. QUAL _____

| 6 | DIAFRAGMA

2.11. Muitas vezes as mulheres não planejam ficar grávidas, simplesmente acontece. Você estava planejando engravidar desta vez?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

2.12. Como foi então que a gravidez ocorreu?

| 1 | NÃO TINHA CONHECIMENTO DE
MÉTODOS PARA EVITAR A GRAVIDEZ

| 2 | TINHA CONHECIMENTO, MAS NÃO
TEVE ACESSO A ESTES MÉTODOS

| 3 | TOMOU A PILULA DE FORMA IRREGULAR

| 4 | O MARIDO NÃO TIROU FORA A TEMPO

| 5 | O PRESERVATIVO ROMPEU

| 6 | FALHA DA TABELINHA

| 7 | ENGRAVIDOU COM O DIU

| 8 | FALHA DE LAQUEADURA

| 9 | FALHA DE VASECTOMIA

| 10 | OUTRO. QUAL? _____

2.13. Você estava desejando engravidar?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

2.14. Atualmente como você se sente com relação a esta gravidez?

| 1 | AINDA NÃO ESTA ACEITANDO

| 2 | ESTÁ ACEITANDO MAIS OU MENOS

| 3 | ESTÁ ACEITANDO

| 4 | OUTRAS

SEÇÃO 3 – PRÁTICAS SEXUAIS

Estas perguntas referem-se à atitude sexual antes da atual gestação (em média os 6 últimos meses)

Entrevistador (entrada) Diga: “Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas a respeito do início da sua vida sexual. ”

3.1. Com quantos anos você teve a primeira relação? (anos)

3.2. Esta primeira relação foi planejada (programada, esperada)?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

3.3. Na primeira relação você usou algum método anticoncepcional?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE PARA 3.5

3.4. Que método você utilizou nesta primeira relação?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1 PÍLULA ANTICONCEPCIONAL
INTERROMPIDO) | 4 COMPANHEIRO TIROU FORA (COITO |
| 2 INJEÇÃO | 5 COMPANHEIRO VASECTOMIZADO |
| 3 PRESERVATIVO (CAMISINHA) | 6 OUTRO. QUAL----- |

3.5. Você gostou da sua primeira relação?

- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

Diga: “Com relação ao seu relacionamento atual”

3.6. Quando você e seu companheiro / marido tem relação, há algum lugar em que vocês ficam a sós?

- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

3.7. Quantas relações sexuais você tinha em média pôr semana ou por mês nos últimos seis meses antes da gestação?

por semana / mês

3.8. Antes da gravidez, quem mais comumente tomava a iniciativa de iniciar a relação sexual?

- | | |
|--------------------------|--|
| 1 VOCÊ MESMA | 3 OS DOIS INICIAVAM NA MESMA PROPORÇÃO |
| 2 MARIDO / COMPANHEIRO | 4 NÃO SABE |

3.9. Antes da gravidez, qual a posição mais freqüentemente utilizada durante a relação sexual?

- | | |
|--|------------------------|
| 1 HOMEM POR CIMA DA MULHER (PAPAI-MAMÃE) | 4 LADO A LADO |
| 2 MULHER POR CIMA DO HOMEM (COQUEIRINHO) | 5 NÃO SABE |
| 3 HOMEM POR TRÁS (CATA-CAVACO) | 6 OUTRA. QUAL? _____ |

3.10. Você praticava as seguintes formas de relação sexual antes de você ficar grávida?

- | | | | |
|------------------------------|---------|---------|--------------|
| 1 SEXO ORAL - VOCÊ NELE | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 2 SEXO ORAL - ELE EM VOCÊ | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 3 SEXO ANAL | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 4 MASTURBAÇÃO MÚTUA | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 5 MASTURBAÇÃO DELE EM VOCÊ | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 6 MASTURBAÇÃO VOCÊ NELE | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 7 MASTURBAÇÃO SOZINHA | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |

3.11. Antes de ficar grávida:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 SEMPRE GOSTAVA DE TER RELAÇÕES | 3 ÀS VEZES GOSTAVA DE TER RELAÇÕES |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES
GOSTAVA DE TER RELAÇÕES | 4 NUNCA GOSTAVA DE TER RELAÇÕES |

3.12. Orgasmo, gozar, prazer ou clímax pode ou não ocorrer durante uma relação sexual. Antes de você ficar grávida:

- | | |
|--|---|
| 1 SEMPRE TINHA ORGASMO DURANTE AS RELAÇÕES | 3 ÀS VEZES SENTIA ORGASMO DURANTE A RELAÇÃO |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES TINHA ORGASMO DURANTE AS RELAÇÕES | 4 NUNCA SENTIA ORGASMO DURANTE A RELAÇÃO |

3.13. Você sentia dor na relação sexual antes de você ficar grávida?

- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

3.14. Eu vou ler algumas frases quanto à educação sexual dada por seu pai a você e você irá classificar em verdadeiro, falso ou não sei:

- | | | | |
|---|----------------|-----------|-------------|
| 1 SEU PAI NÃO FALAVA NO ASSUNTO | 1 VERDADEIRO | 2 FALSO | 3 NÃO SEI |
| 2 SEU PAI NÃO PERMITIA QUE SE FALASSE NO ASSUNTO | 1 VERDADEIRO | 2 FALSO | 3 NÃO SEI |
| 3 SEU PAI PROCUROU DISCUTIR A EDUCAÇÃO SEXUAL, TIRANDO SUAS DÚVIDAS | 1 VERDADEIRO | 2 FALSO | 3 NÃO SEI |

3.15. Eu vou ler algumas frases quanto à educação sexual dada por sua mãe a você e você irá classificar em verdadeiro, falso ou não sei:

- | | | | |
|---|----------------|-----------|-------------|
| 1 SUA MÃE NÃO FALAVA NO ASSUNTO | 1 VERDADEIRO | 2 FALSO | 3 NÃO SEI |
| 2 SUA MÃE NÃO PERMITIA QUE SE FALASSE NO ASSUNTO | 1 VERDADEIRO | 2 FALSO | 3 NÃO SEI |
| 3 SUA MÃE PROCUROU DISCUTIR A EDUCAÇÃO SEXUAL, TIRANDO SUAS DÚVIDAS | 1 VERDADEIRO | 2 FALSO | 3 NÃO SEI |

SEÇÃO 4 – COMPORTAMENTO SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

PRIMEIRO TRIMESTRE

Entrevistador (entrada) Diga: “Agora eu vou lhe fazer perguntas a respeito da sua vida sexual nestes primeiros meses de gestação.”

4.1. Quantas relações sexuais você tem em média por semana ou por mês agora nos dois a três primeiros meses da gravidez?

por semana / por mês

4.2. Pensando em como era antes de ficar grávida, com relação à quantidade de relações, você acha que houve:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 AUMENTO (PASSE PARA 4.4) | 3 NÃO MUDOU (PASSE PARA 4.5) |
| 2 DIMINUIÇÃO | 4 NÃO SABE (PASSE PARA 4.5) |

4.3. Por que você acha que diminuiu?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (ABORTO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | 11 RECOMENDAÇÃO MÉDICA OU DE
PARENTES OU AMIGOS. |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | 12 OUTROS. QUAIS _____ |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | |

PASSE PARA 4.5

4.4. Por que você acha que aumentou?

- | 1 | O COMPANHEIRO PEDIU
- | 2 | VOCÊ SENTE MAIS VONTADE DE TER RELAÇÕES
- | 3 | OUTRO. QUAL _____

4.5. Nestes últimos meses desde que você ficou grávida, quem inicia mais freqüentemente a relação?

- | | |
|------------------------------|--|
| 1 VOCÊ MESMA | 3 OS DOIS INICIAM NA MESMA PROPORÇÃO |
| 2 SEU MARIDO / COMPANHEIRO | 4 NÃO SABE |

4.6. Nestes últimos meses desde que você ficou grávida:

- | | |
|---|--|
| 1 SEMPRE ESTÁ GOSTANDO
DE TER RELAÇÕES | 3 ÀS VEZES GOSTA DE TER RELAÇÃO |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES ESTÁ
GOSTANDO DE TER RELAÇÕES | 4 NUNCA ESTÁ GOSTANDO DE TER RELAÇÃO |

Se não houve diminuição do interesse sexual durante o primeiro trimestre passe para 4.8.

4.7. Por que você acha que diminuiu?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (ABORTO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | 12 OUTROS. QUAIS _____ |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | |

4.8. Desde que você ficou grávida, você mudou a posição de relação sexual?

- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

4.9. Desde que você ficou grávida, qual a posição mais freqüentemente utilizada?
| 1 | HOMEM POR CIMA DA MULHER (PAPAI-MAMÃE) | 4 | LADO A LADO
| 2 | MULHER POR CIMA DO HOMEM (COQUEIRINHO) | 5 | NÃO SABE
| 3 | HOMEM POR TRÁS (CATA-CAVACO) | 6 | OUTRA. QUAL? _____

4.10. Desde que você ficou grávida você está praticando uma das seguintes formas de relação sexual?
| 1 | SEXO ORAL - VOCÊ NELE | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE
| 2 | SEXO ORAL - ELE EM VOCÊ | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE
| 3 | SEXO ANAL | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE
| 4 | MASTURBAÇÃO MÚTUA | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE
| 5 | MASTURBAÇÃO DELE EM VOCÊ | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE
| 6 | MASTURBAÇÃO VOCÊ NELE | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE
| 7 | MASTURBAÇÃO SOZINHA | 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE

4.11. Desde que você ficou grávida, você está conseguindo ter prazer (orgasmo, gozar, clímax) durante a relação sexual?
| 1 | SEMPRE | 3 | ÀS VEZES
| 2 | NA MAIORIA DAS VEZES | 4 | NUNCA

4.13. Quanto ao prazer (orgasmo, clímax) você acha que a freqüência diminuiu, aumentou ou não mudou nada em relação a antes da gravidez?
| 1 | AUMENTO (**PASSE PARA 4.15**) | 3 | NÃO MUDOU (**PASSE PARA 4.16**)
| 2 | DIMINUIÇÃO | 4 | NÃO SABE (**PASSE PARA 4.16**)

4.14. Por que você acha que diminuiu a freqüência de prazer (orgasmo, clímax)?
| 1 | MEDO DE PERDER O BEBE (ABORTO) | 8 | DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
| 2 | MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 | VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE
| 3 | DOR NA RELAÇÃO | 10 | MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO
| 4 | DOR NAS MAMAS
| 5 | NÁUSEAS E VÔMITOS
| 6 | IRRITABILIDADE
| 7 | DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE TER RELAÇÃO SEXUAL | 12 | OUTROS. QUAIS _____

4.15. Por que você acha que aumentou a freqüência de prazer (orgasmo, clímax)?

4.16. Você sente dor durante a relação sexual?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

4.17. Como você se sente antes, durante e depois da relação?

Antes:

Durante:

Depois:

SEÇÃO 5 – COMPORTAMENTO SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

SEGUNDO TRIMESTRE

Entrevista (entrada) diga: “ Eu vou lhe fazer algumas perguntas a respeito da sua vida sexual nos últimos dois a três meses de gestação”.

5.1. Quantas relações sexuais você tem em média por semana ou por mês nestes últimos dois a três meses de gravidez?

por semana / por mês

5.2. Comparando-se o à quantidade de relações sexuais nos dois a três últimos meses, em relação ao início da gravidez você acha que houve:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 AUMENTO (PASSE PARA 5.4) | 3 NÃO MUDOU (PASSE PARA 5.5) |
| 2 DIMINUIÇÃO | 4 NÃO SABE (PASSE PARA 5.5) |

5.3. Por que houve diminuição da frequência de relação sexual?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (PARTO PREMATURO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | 12 OUTROS. QUAIS _____ |

5.4. Por que você acha que houve aumento da frequência de relações?

- | |
|---|
| 1 POR SOLICITAÇÃO DO PARCEIRO SEXUAL |
| 2 VOCÊ SENTE MAIS VONTADE DE TER RELAÇÕES |
| 3 OUTRO. QUAL _____ |

5.5. Nos últimos dois a três meses da gestação, quem inicia mais freqüentemente a relação?

- | | |
|------------------------------|--|
| 1 VOCÊ MESMA | 3 OS DOIS INICIAM NA MESMA PROPORÇÃO |
| 2 SEU MARIDO / COMPANHEIRO | 4 NÃO SABE |

5.6. Comparando-se ao início da gestação, você está gostando de ter relação sexual?

- | | |
|---|--|
| 1 SEMPRE ESTÁ GOSTANDO
DE TER RELAÇÕES | 3 ÀS VEZES GOSTA DE TER RELAÇÃO |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES ESTÁ
GOSTANDO DE TER RELAÇÕES | 4 NUNCA ESTÁ GOSTANDO DE TER RELAÇÃO |

Se não houve diminuição do interesse sexual durante o segundo trimestre passe para 5.8.

5.7. Por que você está gostando menos de ter relações sexuais?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (PARTO PREMATURO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | 12 OUTROS. QUAIS _____ |

5.8. Nos últimos 2 a 3 meses de gravidez você mudou a posição de relação sexual?

- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

5.9. Nos últimos 2 a 3 meses de gravidez, qual a posição mais freqüentemente utilizada durante a gestação?

- | | |
|--|------------------------|
| 1 HOMEM POR CIMA DA MULHER (PAPAI-MAMÃE) | 4 LADO A LADO |
| 2 MULHER POR CIMA DO HOMEM (COQUEIRINHO) | 5 NÃO SABE |
| 3 HOMEM POR TRÁS (CATA-CAVACO) | 6 OUTRA. QUAL? _____ |

5.10. Nos últimos 2 a 3 meses de gravidez você começou a praticar outras formas de relação sexual.

- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|
- PASSE PARA 5.12**

5.11. Nestes últimos 2 a 3 meses de gravidez você está praticando uma das seguintes formas de relação sexual?

- | | | | |
|------------------------------|---------|---------|--------------|
| 1 SEXO ORAL - VOCÊ NELE | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 2 SEXO ORAL - ELE EM VOCÊ | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 3 SEXO ANAL | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 4 MASTURBAÇÃO MÚTUA | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 5 MASTURBAÇÃO DELE EM VOCÊ | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 6 MASTURBAÇÃO VOCÊ NELE | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 7 MASTURBAÇÃO SOZINHA | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |

5.12. Nos últimos 2 a 3 meses de gravidez, você está conseguindo ter prazer (orgasmo, clímax) durante a relação sexual?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1 SEMPRE | 3 ÀS VEZES |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES | 4 NUNCA |

5.13. Quanto ao prazer (gozar, orgasmo, clímax) você acha que diminuiu, aumentou ou não mudou nada em relação à entrevista passada?

- | | |
|--|--|
| 1 AUMENTO (PASSE PARA 5.15) | 3 NÃO MUDOU (PASSE PARA 5.16) |
| 2 DIMINUIÇÃO | 4 NÃO SABE (PASSE PARA 5.16) |

5.14. Por que você acha que diminuiu a frequência de prazer (orgasmo, clímax) nos últimos 2 a 3 meses de gravidez?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (PARTO PREMATURO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | 12 OUTROS. QUAIS _____ |

PASSE PARA 5.16

5.15. A que você atribui o aumento da frequência de prazer (orgasmo, clímax)?

5.16. Você sente dor durante a relação sexual?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

5.17. Como você se sente antes, durante e depois da relação?

Antes:

Durante:

Depois:

SEÇÃO 6 – COMPORTAMENTO SEXUAL DURANTE A GESTAÇÃO

TERCEIRO TRIMESTRE

Entrevistador - entrada. Diga “Agora eu vou lhe fazer perguntas a respeito da sua vida sexual nos últimos dois a três meses de gestação.”

6.1. Quantas relações sexuais você tem em média por semana ou por mês nestes últimos dois a três meses de gravidez?

por semana / por mês

6.2. Com relação à quantidade de relações sexuais nos dois a três últimos meses, você acha que houve:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 AUMENTO (PASSE PARA 6.4) | 3 NÃO MUDOU (PASSE PARA 6.5) |
| 2 DIMINUIÇÃO | 4 NÃO SABE (PASSE PARA 6.5) |

6.3. Por que você acha que houve diminuição da frequência de relação sexual?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (PARTO PREMATURO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | 12 OUTROS. QUAIS _____ |

6.4. Por que você acha que houve aumento da frequência de relação sexual?

- | |
|---|
| 1 POR SOLICITAÇÃO DO PARCEIRO SEXUAL |
| 2 VOCÊ SENTE MAIS VONTADE DE TER RELAÇÕES |
| 3 OUTRO. QUAL _____ |

6.5. Quem nos últimos dois a três meses da gestação inicia mais frequentemente a relação?

- | | |
|------------------------------|--|
| 1 VOCÊ MESMA | 3 OS DOIS INICIAM NA MESMA PROPORÇÃO |
| 2 SEU MARIDO / COMPANHEIRO | 4 NÃO SABE |

6.6. Comparando-se ao meio da gestação, você está gostando de ter relação sexual?

- | | |
|---|--|
| 1 SEMPRE ESTÁ GOSTANDO
DE TER RELAÇÕES | 3 ÀS VEZES GOSTA DE TER RELAÇÃO |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES ESTÁ
GOSTANDO DE TER RELAÇÕES | 4 NUNCA ESTÁ GOSTANDO DE TER RELAÇÃO |

Se não houve diminuição do interesse sexual durante o terceiro trimestre passe para 6.8.

6.7. Por que você está gostando menos de ter relações sexuais?

- | | |
|--|--|
| 1 MEDO DE PERDER O BEBE (PARTO PREMATURO) | 8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/
COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO |
| 2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR
QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA | 9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE
SEXUALMENTE |
| 3 DOR NA RELAÇÃO | 10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO |
| 4 DOR NAS MAMAS | |
| 5 NÁUSEAS E VÔMITOS | |
| 6 IRRITABILIDADE | |
| 7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE
TER RELAÇÃO SEXUAL | 12 OUTROS. QUAIS _____ |

6.8. Você mudou a posição de relação sexual na gestação nestes últimos 2 a 3 meses de gestação?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

6.9. Qual a posição mais freqüentemente utilizada nos dois últimos dois a três meses?

| 1 | HOMEM POR CIMA DA MULHER (PAPAI-MAMÃE) | 4 | LADO A LADO
| 2 | MULHER POR CIMA DO HOMEM (COQUEIRINHO) | 5 | NÃO SABE
| 3 | HOMEM POR TRÁS (CATA-CAVACO) | 6 | OUTRA. QUAL? _____

6.10. Você começou a praticar outras formas de relação sexual nos últimos dois a três meses?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

6.11. Nestes últimos 2 a 3 meses de gravidez você está praticando uma das seguintes formas de relação sexual?

1 SEXO ORAL - VOCÊ NELE	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE
2 SEXO ORAL - ELE EM VOCÊ	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE
3 SEXO ANAL	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE
4 MASTURBAÇÃO MÚTUA	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE
5 MASTURBAÇÃO DELE EM VOCÊ	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE
6 MASTURBAÇÃO VOCÊ NELE	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE
7 MASTURBAÇÃO SOZINHA	1 SIM	2 NÃO	3 NÃO SABE

6.12. Nos últimos 2 a 3 meses de gravidez, você está conseguindo ter prazer (orgasmo, clímax) durante a relação sexual?

| 1 | SEMPRE | 3 | ÀS VEZES
| 2 | NA MAIORIA DAS VEZES | 4 | NUNCA

6.13. Quanto ao prazer (gozar, orgasmo, clímax) você acha que diminuiu, aumentou ou não mudou nada em relação à entrevista passada?

| 1 | AUMENTO (**PASSE PARA 6.15**) | 3 | NÃO MUDOU (**PASSE PARA 6.16**)
| 2 | DIMINUIÇÃO | 4 | NÃO SABE (**PASSE PARA 6.16**)

6.14. Por que você acha que houve diminuição da freqüência de prazer (orgasmo, clímax) na relação?

1 MEDO DE PERDER O BEBE (PARTO PREMATURO)	8 DIMINUIÇÃO DA VONTADE DO MARIDO/ COMPANHEIRO DE TER RELAÇÃO
2 MEDO DE FAZER MAL AO BEBE, TEMOR QUE ELE NASÇA COM ALGUM PROBELMA	9 VOCÊ SE SENTE MENOS ATRAENTE SEXUALMENTE
3 DOR NA RELAÇÃO	10 MUDANÇA NA POSIÇÃO DA RELAÇÃO
4 DOR NAS MAMAS	
5 NÁUSEAS E VÔMITOS	
6 IRRITABILIDADE	
7 DIMINUIÇÃO DA SUA VONTADE DE TER RELAÇÃO SEXUAL	12 OUTROS. QUAIS _____

6.15. A que você atribui o aumento da frequência de prazer (orgasmo, clímax)?

6.16. Você sente dor durante a relação sexual?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

6.17. Como você se sente antes, durante e depois da relação?

Antes:

Durante:

Depois:

SEÇÃO 7 – COMPORTAMENTO SEXUAL PÓS-PARTO

(6 SEMANAS)

I. Entrada. Diga “Agora eu vou lhe fazer perguntas a respeito do seu parto, amamentação e comportamento sexual depois que o bebe nasceu.”

7.1. Qual a data do seu parto?

/ /
dia mês ano

7.2. Que tipo de parto você teve?

| 1 | PARTO NORMAL | 3 | PARTO FÓRCIPE
| 2 | PARTO CESÁREA

7.3. Em que hospital você deu à luz?

7.4. Atualmente você está dando ao seu bebe:

| 1 | SÓ LEITE MATERNO (DE PEITO)
| 2 | LEITE MATERNO (DE PEITO) E OUTRO TIPO DE LEITE
| 3 | SÓ OUTRO TIPO DE LEITE

7.5. Depois do nascimento do bebe você já começou a ter relações sexuais?

| 1 | SIM | 2 | NÃO
PASSE PARA 7.7

7.6. Por que você ainda não começou a ter relações sexuais?

- | | |
|--|---|
| 1 DESEJA MÉTODO CONTRACEPTIVO ANTES DE REINICIAR VIDA SEXUAL(MEDO DE ENGRAVIDAR) | 7 VOCÊ ACHA QUE VOCÊ ESTÁ MENOS ATRAENTE |
| 2 CANSAÇO | 8 VOCÊ ACHA QUE SEU MARIDO, COMPANHEIRO A ACHA MENOS ATRAENTE |
| 3 CUIDADOS COM O BEBE | 9 O SEU MARIDO ACHA QUE A RELAÇÃO INTERFERE NA AMAMENTAÇÃO |
| 4 ACONSELHAMENTO MÉDICO | 10 OUTRO. QUAL? _____ |
| 5 SANGRAMENTO VAGINAL | |
| 6 MEDO DE DOR NA RELAÇÃO DEVIDO AO CORTE (PARTO NORMAL) | |

PASSE PARA 7.8.

7.7. Quantos dias depois do parto você voltou a ter relações sexuais? dias

7.8. Quem tomou a iniciativa de ter a primeira relação sexual após o parto?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1 VOCÊ MESMA | 3 OS DOIS TIVERAM A INICIATIVA |
| 2 SEU MARIDO / COMPANHEIRO | 4 NÃO SABE/NÃO LEMBRA |

7.9. Desde que o seu bebe nasceu, quantas relações você já teve até agora?

7.10. Em relação ao número de relações no pós-parto, com os últimos meses de gestação, você acha que houve:

- | | |
|---|--|
| 1 AUMENTO (PASSE PARA 7.12) | 3 NÃO MUDOU (PASSE PARA 7.13) |
| 2 DIMINUIÇÃO (PASSE PARA 7.11) | 4 NÃO SABE (PASSE PARA 7.13) |

7.11. Por que você acha que houve diminuição da frequência de relações sexuais?

- | | |
|---------------------------|--|
| 1 MEDO DE ENGRAVIDAR | 7 VOCÊ ACHA QUE VOCÊ ESTÁ MENOS ATRAENTE |
| 2 CANSAÇO | 8 VOCÊ ACHA QUE SEU MARIDO A ACHA MENOS ATRAENTE |
| 3 CUIDADOS COM O BEBE | 9 OUTRO. QUAL? _____ |
| 4 ACONSELHAMENTO MÉDICO | |
| 5 SANGRAMENTO VAGINAL | |
| 6 DOR NA RELAÇÃO | |

7.12. Por que você acha que houve aumento da frequência de relações sexuais?

- | |
|---|
| 1 POR SOLICITAÇÃO DO PARCEIRO SEXUAL |
| 2 VOCÊ SENTE MAIS VONTADE DE TER RELAÇÕES |
| 3 OUTRO. QUAL _____ |

7.13. Você está gostando de ter relação sexual?

- | | |
|--|--|
| 1 SEMPRE ESTÁ GOSTANDO DE TER RELAÇÕES | 3 ÀS VEZES GOSTA DE TER RELAÇÃO |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES ESTÁ GOSTANDO DE TER RELAÇÕES | 4 NUNCA ESTÁ GOSTANDO DE TER RELAÇÃO |

Se não houve diminuição do interesse de ter relação sexual passe para 7.14

- 7.14. Por que você está gostando menos de ter relações sexuais?
- | | |
|---------------------------|--|
| 1 MEDO DE ENGRAVIDAR | 7 VOCÊ ACHA QUE VOCÊ ESTÁ MENOS ATRAENTE |
| 2 CANSAÇO | 8 VOCÊ ACHA QUE SEU MARIDO ACHA MENOS ATRAENTE |
| 3 CUIDADOS COM O BEBE | 9 OUTRO. QUAL? _____ |
| 4 ACONSELHAMENTO MÉDICO | |
| 5 SANGRAMENTO VAGINAL | |
| 6 DOR NA RELAÇÃO | |

- 7.14. Qual a posição de relação sexual mais frequentemente utilizada agora após o parto?
- | | |
|--|------------------------|
| 1 HOMEM POR CIMA DA MULHER (PAPAI-MAMÃE) | 4 LADO A LADO |
| 2 MULHER POR CIMA DO HOMEM (COQUEIRINHO) | 5 NÃO SABE |
| 3 HOMEM POR TRÁS (CATA-CAVACO) | 6 OUTRA. QUAL? _____ |

- 7.15. Depois que o bebe nasceu, você começou a praticar outras formas de relação sexual ?
- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

- 7.16. Você está praticando uma das seguintes formas de relação sexual?
- | | | | |
|------------------------------|---------|---------|--------------|
| 1 SEXO ORAL - VOCÊ NELE | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 2 SEXO ORAL - ELE EM VOCÊ | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 3 SEXO ANAL | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 4 MASTURBAÇÃO MÚTUA | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 5 MASTURBAÇÃO DELE EM VOCÊ | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 6 MASTURBAÇÃO VOCÊ NELE | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |
| 7 MASTURBAÇÃO SOZINHA | 1 SIM | 2 NÃO | 3 NÃO SABE |

- 7.17. Depois que o bebe nasceu, você está conseguindo ter prazer (orgasmo/clímax)?
- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1 SEMPRE | 3 ÀS VEZES |
| 2 NA MAIORIA DAS VEZES | 4 NUNCA |

- 7.18. A que você atribui a diminuição da frequência de prazer (orgasmo/clímax)?
- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 MEDO DE ENGRAVIDAR | 7 VOCÊ ACHA QUE VOCÊ ESTÁ ATRAENTE |
| MENOS | 8 VOCÊ ACHA QUE SEU MARIDO ACHA MENOS ATRAENTE |
| 2 CANSAÇO | 9 VOCÊ ACHA QUE O SEU MARIDO CONSIDERA O SEIO SÓ PARA O BEBE? |
| 3 CUIDADOS COM O BEBE | 10 OUTRO. QUAL? |
| 4 ACONSELHAMENTO MÉDICO | |
| 5 SANGRAMENTO VAGINAL | |
| 6 DOR NA RELAÇÃO (EPISIOTOMIA) | |

- 7.20. A que você atribui o aumento da frequência de prazer (orgasmo, clímax)?
- _____

- 7.21. Você sente dor durante a relação?
- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|

- 7.22. Você recebeu orientação do seu médico quanto ao retorno à sua vida sexual no pós-parto?
- | | |
|---------|---------|
| 1 SIM | 2 NÃO |
|---------|---------|
- PASSE PARA 7.23**

- 7.23. Qual foi esta orientação?
- _____

FICHA DE CONTROLE

NÚMERO DA PACIENTE:

DADOS DAS ENTREVISTAS

DATAS DAS ENTREVISTAS

1.

2.

3.

4.

IDADE GESTACIONAL

sem

sem

sem

sem

DATA DE RETORNO

NOME DA PACIENTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE PARA CONTATO:

9.2. Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESTUDO DE ALGUNS ASPECTOS DA SEXUALIDADE FEMININA NA GESTAÇÃO

Eu _____ abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente do estudo para avaliar alguns aspectos da sexualidade feminina na gestação. Sei que me encontro nos primeiros três meses de gestação, e que minha participação consiste em responder a perguntas que serão realizadas no primeiro, segundo, terceiro trimestre de gestação e no pós-parto, em um total de 4 entrevistas. Também fui informada que junto comigo um total de 30 mulheres responderão ao mesmo questionário. Fui informada que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo pelo pesquisador e que, caso não queira participar, isso em nada prejudicará meu atendimento médico. Durante o estudo receberei auxílio para custear o transporte entre meu domicílio e o Hospital na forma de vale-transporte. Também fui informada que posso abandonar o estudo a hora que eu quiser sem que isto prejudique meu atendimento no Hospital. Caso em não compareça às consultas marcadas, poderei ser convocada por telefone ou telegrama. Para qualquer esclarecimento poderei procurar a Dra. Maria Cristina da Silva Lazar, no setor de Pré-Natal, fone (0XX11 292-4188), das 8 às 12 horas.

São Paulo, _____ de _____ de 2000

Assinatura da mulher: _____

Nome do médico: _____

Assinatura do médico: _____