



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**ANDREIA FILIPA BATISTA TERESO**

***SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ, MITOS E REALIDADE***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**DOUTORANDO HERNANI POMBAS CANIÇO**

**PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL MONTEIRO DE CARVALHO E SILVA**

**MARÇO DE 2013**

***SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ,  
MITOS E REALIDADE***

**Andreia Filipa Batista Tereso<sup>1</sup>**

**Doutorando Hernâni Pombas Caniço<sup>2</sup>**

**Professor Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

andreia.tereso89@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal – ACES Baixo Mondego I, ARS Centro

hernanicanico@gmail.com

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal – Centro Hospitalar e Universitário de

Coimbra, Portugal

jcsilva@fmed.uc.pt

## Índice

Resumo .....	7
Abstract.....	8
Palavras-Chave .....	9
Introdução.....	10
Materiais e métodos .....	12
Alterações e frequência da atividade sexual durante a gravidez .....	13
Variação da sexualidade na gravidez consoante os trimestres .....	15
Primeiro trimestre .....	15
Segundo trimestre .....	16
Terceiro trimestre .....	16
Disfunções sexuais presentes na gravidez.....	17
Definições de algumas disfunções sexuais femininas .....	19
Fatores associados ao aumento do risco de disfunção sexual nas mulheres .....	20
Disfunção do desejo sexual durante a gravidez.....	21
Alterações na satisfação sexual com a gravidez.....	22
Disfunção orgástica na gravidez.....	23
Dispareunia na gravidez .....	244
Métodos de avaliação da disfunção sexual na gravidez .....	25
Posições sexuais prevalentes na gravidez.....	25
Principais mitos e medos em relação à sexualidade durante a gravidez .....	27

Possíveis complicações da atividade sexual durante a gravidez .....	30
A visão da família grávida, o seu aconselhamento e plano de cuidados .....	32
Discussão.....	35
Conclusão .....	40
Bibliografia.....	42

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Frequência do ato sexual durante a gravidez.....	14
Tabela 2. Definições expandidas das disfunções sexuais femininas.....	18
Tabela 3. Complicações obstétricas das relações sexuais que preocupam as grávidas.	30
Tabela 4. Problemas associados ao ato sexual durante a gravidez, que não existiam antes desta .....	32

## Índice de Figuras

Figura 1.....	27
Figura 2.....	27
Figura 3.....	27
Figura 4.....	33
Figura 5.....	34

## **Resumo**

*A sexualidade representa saúde e bem-estar na vida de qualquer ser humano, devendo ser reconhecida a sua importância. Durante a gravidez, uma etapa marcante e única na vida de uma mulher e da sua família, ocorrem mudanças psicológicas, físicas, sociais e culturais que alteram a sexualidade feminina. Este artigo engloba uma revisão das principais modificações, disfunções, medos e complicações que ocorrem na sexualidade durante a gravidez. Foram abordadas a frequência, a satisfação, o desejo, o orgasmo, as posições sexuais e a dispareunia, assim como a variação trimestral da atividade sexual. A existência de complicações e de medos e/ou mitos foram igualmente avaliados, por forma a elaborar um plano de cuidados adequado á família grávida. Concluiu-se que existem profundas alterações negativas na sexualidade durante a gravidez ( diminuição da frequência, satisfação, desejo e orgasmo sexual e aumento da dispareunia), devido especialmente a mudanças físicas da grávida e a medos e mitos que preocupam os futuros pais. Os profissionais de saúde, e em especial os médicos, encontram-se numa posição única quer na antecipação dos problemas, quer na promoção de uma vida sexual ativa durante a gravidez, pelo que devem atentar a esta problemática tão prevalente.*

## **Abstract**

*Sexuality represents health and well-being in the life of any human being, and its importance should be acknowledged. During pregnancy, a remarkable and unique stage in a woman's life, psychological, physical, social and cultural changes occur, altering a woman's sexuality. This paper embraces a review of the primary modifications, dysfunctions, fears and complications that occur in sexuality during pregnancy. Frequency, satisfaction, desire, orgasm, sexual positions and dyspareunia, as well as sexual activity's trimesters variation, were addressed in the paper. The existence of complications and fears and/or myths was also evaluated, so as to elaborate a care plan suitable for the pregnant family. One concluded that there are profound negative alterations in sexuality during pregnancy (a decrease in sexual frequency, satisfaction, desire and orgasm and an increase of dyspareunia), especially due to physical changes in the pregnant woman and fears and myths that concern the future parents. Health professionals, especially doctors, find themselves in a unique position, either in problem anticipation, and either in the promotion of an active sexual life, whereby they should pay more attention to such prevalent problematic.*

### **Palavras-Chave**

Sexualidade, gravidez, desejo sexual, posições sexuais, orgasmo, disfunção sexual, mitos, trimestre.

## **Introdução**

A gravidez é uma fase de marcada importância na vida de uma mulher e a sua vivência é influenciada por fatores psicológicos, físicos, hormonais, sociais e culturais.[1] Durante este período, ocorrem mudanças na vida e no corpo da mulher, que afetam a sua sexualidade e a do casal, levando maioritariamente a problemas.[2, 3] Tanto as mulheres como os seus companheiros têm medos, preocupações e receios, relativamente às relações sexuais durante a gravidez.[1, 4] Assim, a maioria das mulheres gostaria de discutir este problema com o seu médico, no entanto podem não se sentir confortáveis a abordar o tema.[1]

Nas últimas duas décadas, houve progressos na compreensão da resposta sexual normal, ao mesmo tempo que uma boa vida sexual se tornou um aspeto essencial para a qualidade de vida e para o bem-estar geral.[2] Apesar de 86% dos casais continuarem ativos durante o período gestacional, a maioria das mulheres refere uma redução na frequência das relações.[5] As náuseas, a fadiga, a exaustão e a ansiedade contribuem para maior dificuldade em ficar excitada, tornando-se compreensível o decréscimo sexual na gravidez.[6] Para analisar estas alterações, foram realizados estudos que pretendiam correlacionar as alterações da função sexual da grávida com os níveis de androgénios no plasma,[7] o conhecimento de estar grávida[8] e a idade da mulher.[5]

Uma redução na frequência das relações sexuais, no desejo e no prazer, ocorre em muitas mulheres à medida que a gravidez avança, especialmente no terceiro trimestre, quando comparada com a frequência registada antes da gravidez,[1, 6, 9-17] ao mesmo tempo que a dispareunia vai ganhando destaque.[3, 7, 10, 11] Existe portanto uma disrupção na sexualidade normal da mulher grávida, o que exige esclarecimento acerca das várias categorias da disfunção sexual feminina, por forma a facilitar a sua identificação.[18]

O aumento do tamanho do útero, característico do terceiro trimestre, além de modificar a auto-imagem da mulher grávida, limita fisicamente certas posições sexuais,[6] levando os casais grávidos a adotar novas e diferentes posições sexuais.[3, 9, 10] Podem ocorrer complicações decorrentes das relações sexuais durante a gravidez, como hemorragia, descolamento da placenta, embolismo venoso e ruptura uterina. A hemorragia, apesar de comum é geralmente benigna, no entanto em certas situações pode associar-se a aborto espontâneo, parto prematuro e baixo peso à nascença.[19]

Tendo em conta as alterações sexuais na grávida, quer a nível da frequência das relações, quer a nível da existência de disfunção sexual, torna-se necessária uma revisão da literatura sobre a sexualidade durante a gravidez, abrangendo não só as modificações, como também a existência de medos e mitos e as possíveis complicações, para que seja mais fácil o médico ou outros profissionais de saúde intervirem de forma a solucionar problemas e promover uma vida sexual ativa e segura durante o período gravídico.

## **Materiais e métodos**

Esta revisão teve como base uma pesquisa de artigos publicados em revistas indexadas nas áreas de Medicina Geral e Familiar, Obstetrícia e Saúde Sexual, a nível da PubMed e da Web of Knowledge, assim como livros na área de Cuidados de Saúde Primários em Medicina Geral e Familiar e conteúdo específico na Web. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 1973 e 2012. Os termos utilizados na pesquisa foram “Sexualidade” e “Gravidez”, além de outras palavras relacionadas como “Disfunção sexual” e “Posições sexuais”. O idioma não foi critério de exclusão. Foi usado o sistema de citação de Vancouver.

### **Alterações e frequência da atividade sexual durante a gravidez**

Muitos fatores interpessoais, psicológicos e biológicos, que se encontram alterados durante a gravidez, podem influenciar a sexualidade. Entre estes estão mudanças na relação conjugal, nas relações parentais em desenvolvimento ou em consolidação, gravidezes desejadas ou não e gravidezes planeadas ou não, história de abortos prévios e mudanças hormonais e físicas, que modificam quer a auto-imagem quer o humor da grávida e que podem dificultar o sexo vaginal.[20]

Existem várias condicionantes físicas durante o período gravídico que podem reduzir a atividade sexual[4, 21]: fadiga, dor no dorso, dispareunia, infeções e veias vulvares varicosas, por exemplo.[2] A fadiga pode ser encontrada em 2,6% das grávidas no primeiro trimestre, 3,4% no segundo e 2% no terceiro,[10] e é considerada por algumas mulheres como o principal preditor de actividade sexual durante a gravidez.[4, 22] A sensação de estarem menos atraentes do que antes da gravidez está presente em cerca de um quarto a metade das mulheres grávidas;[2] por outro lado, segundo a análise de vários estudos cerca de 12% sentem-se mais atraentes.[3] Outro estudo refere que cerca de 41,5% das grávidas dizem sentir-se menos atraentes, no entanto 75% das mesmas refere não sentir diminuição no interesse sexual do companheiro.[6]

Do mesmo modo, também existem fatores psicológicos, que estando relacionados com a gravidez, podem afetar o desejo sexual da grávida, tais como o anseio pelo parto e pela maternidade, a falta de auto-estima, preocupações específicas com a imagem corporal e sequelas negativas de abortos prévios. [7, 23] Ao tomar consciência do útero em crescimento e do abdómen saliente, a auto-imagem da grávida pode alterar-se, influenciando não só a sua confiança, como também a sua capacidade física para concretizar certas posições sexuais.[6]

O interesse sexual da mulher grávida encontra-se inalterado, ou ligeiramente diminuído no primeiro trimestre, muito diminuído no final do terceiro trimestre, mas varia muito ao longo do segundo trimestre.[16, 24-31] Numa revisão de 59 estudos conclui-se que cerca de 10% das mulheres abstêm-se sexualmente assim que a gravidez é confirmada.[3] Um estudo mostra que a abstinência durante a gravidez entre as mulheres egípcias é de 14,3%, ao mesmo tempo que cerca de 75,7% referem alterações na sua actividade sexual.[32] Na Turquia, 24,5% das mulheres evitam ter relações sexuais durante toda a gravidez, enquanto 49,1% mantém certo número de relações sexuais.[33] Outro estudo mostra que 71% das mulheres referem diminuição da actividade sexual, 6% referem um aumento e 23% não referem alterações.[1] Uma investigação em Portugal, a maior percentagem mantinha relações sexuais uma vez por semana, enquanto um menor número o fazia duas a três vezes por semana (Tabela 1).[6] Pode concluir-se que a actividade sexual diminui com a progressão da gravidez.[1, 6, 9, 10, 19, 30, 32, 34, 35]

Tabela 1. Frequência do ato sexual durante a gravidez	
	Número total (%)
≤ 1 vez por mês	29 (15,9%)
2-3 vezes por mês	35 (19,2%)
1 vez por semana	59 (32,4%)
2-3 vezes por semana	47 (25,8%)
4-7 vezes por semana	12 (6,6%)

Tabela 1. Adaptado de Pauleta *et al.* [6]

Quando se tentou aferir qual a percepção que as mulheres tinham da sexualidade na gravidez, 86,6% das mulheres acharam que deviam ter sexo durante a gravidez e 8,8% pensavam o contrário.[36] Estas e outras mulheres acreditam que a actividade sexual alarga o canal de parto, facilitando o parto.[36-38] Duas correlações importantes foram encontradas

em dois estudos diferentes: mulheres que não sabiam que estavam grávidas tiveram maior número de relações sexuais, em comparação com as que sabiam da sua gravidez[8] e o número de relações sexuais antes da gravidez afeta diretamente o número das mesmas durante a gravidez.[32]

Olhando agora para a satisfação que as mulheres grávidas têm na sua vida sexual, pode dizer-se que esta diminui à medida que a gravidez progride[4], especialmente durante o terceiro trimestre. Cerca de 79,3% das grávidas estavam satisfeitas com a sua vida sexual antes da gravidez, diminuindo para 56% no primeiro trimestre, 42,7% no segundo e 20% no terceiro.[10] Ao tentar encontrar uma justificação para a alta prevalência da disfunção sexual durante a gravidez, não foi encontrada qualquer relação com os níveis de androgénios presentes no plasma.[7]

### **Variação da sexualidade na gravidez consoante os trimestres**

#### *Primeiro trimestre*

Da análise de 59 estudos, conclui-se que a actividade sexual se mantém semelhante à da pré-gravidez.[3] o que está de acordo com outro estudo.[6] Num estudo, 84,7% mulheres tinham relações sexuais 1 a 4 vezes por semana antes da gravidez, mas apenas 70% mantiveram esta frequência.[10] Noutros estudos, Aslan *et al.* (2005) mostram uma frequência de 6,9 +/- 2,5 no último mês durante o primeiro trimestre[11] e Bello *et al.* (2011) uma frequência de 1,2 por semana.[36] Bartellas *et al.* (2000) mostram que 48% das mulheres que participaram no seu estudo notaram um decréscimo da actividade sexual.[1] Numa população de grávidas em Portugal, este trimestre foi considerado o mais frequente em relações sexuais (44,7%), seguido do segundo (35,6%),[6] o que está em desacordo com outros resultados que mostram o segundo trimestre como o mais frequente.[3, 5, 34] A taxa de abstinência ronda os 14,7%.[7] Náuseas, vômitos e medo de abortar parecem ser algumas das

razões pelas quais as grávidas evitam ter relações sexuais durante o primeiro trimestre.[32, 39]

### Segundo trimestre

Von Sydow (1999) conclui que a actividade sexual varia muito,[3] enquanto Bartellas et al. afirmam que 75% das mulheres referem uma redução.[1] Uma frequência de 1 a 4 vezes por semana está presente em 61,3% das grávidas que participaram num estudo, no entanto antes da gravidez eram 84,7% [10] e 1,4 vezes por semana foi descrito noutra estudo.[36] Já uma frequência de 5,4 +/- 2,6 no segundo trimestre também é descrita.[11] Igualmente importante é uma taxa de abstinência de 14,1%. [7] Cerca de 34,2% das grávidas egípcias referiram ter mais desejo sexual durante o segundo trimestre e 47,9% mais satisfação sexual.[32] Este trimestre está associado a melhores indicadores da actividade sexual,[32, 36] o que poderá ser explicado por ser um período mais estável emocionalmente, no qual a gravidez já foi aceite e claramente associada à vida do casal e da família.[32] A grávida afirma o seu papel de mãe e de mulher, durante estes meses, o que associado a mudanças na vascularização da pélvis e à ausência de náuseas promove o erotismo.[5]

### Terceiro trimestre

Von Sydow mostra que pelo oitavo mês cerca de dois a três quartos dos casais ainda praticam sexo, o que no nono mês diminui para apenas um terço, concluindo que neste trimestre a actividade sexual diminui drasticamente,[3] o que se encontra em acordo com outros estudos.[1, 4, 7, 10-12, 22, 24, 34, 38, 40] Bartellas *et al.* referem uma diminuição da actividade sexual em cerca de 76% das mulheres que se encontravam neste trimestre[1] e

Pauleta *et al.* (2010) em cerca de 55,3%,<sup>[6]</sup> o que está de acordo com outros estudos, que revelam uma frequência de 1 a 4 relações sexuais por semana em apenas 32% das grávidas<sup>[10]</sup> e de 1,36 vezes por semana noutra população gravídica.<sup>[36]</sup> Aslan *et al.* mostram uma frequência nas relações sexuais de 2,5 +/- 1,4 no último mês.<sup>[11]</sup> Em 10,1% das grávidas que participaram num estudo em Portugal, o terceiro trimestre foi o mais frequente em relações sexuais,<sup>[6]</sup> por outro lado uma taxa de abstinência de 41% é encontrada noutro estudo, relacionada essencialmente com o medo de parto prematuro.<sup>[7]</sup> Várias razões podem explicar este decréscimo na atividade sexual durante o terceiro trimestre, como as grandes mudanças no corpo da mulher, que incluem os aumentos do tamanho do abdómen e do peso do feto,<sup>[5, 32, 39]</sup> incontinência urinária de stress, hemorróidas, subluxação das articulações sacro-ilíacas e da sínfise púbica.<sup>[23]</sup> A ansiedade, a fadiga e o medo da aproximação da hora do parto também reforçam negativamente a sexualidade da mulher grávida e na maior parte dos casos, do seu companheiro também.<sup>[5]</sup>

### **Disfunções sexuais presentes na gravidez**

A disfunção sexual feminina diz respeito a qualquer quebra num ou mais pontos do ciclo de resposta sexual normal devido a vários problemas. A definição de disfunção sexual pode não ser absoluta, uma vez que depende essencialmente da natureza da resposta sexual normal, variando de mulher para mulher.<sup>[18]</sup> O termo disfunção sexual deve ser aplicado num contexto completamente diferente do de doença sexual, na qual está implícito um componente de distress (consequências negativas para o indivíduo). Na última década, têm-se expandido as definições e categorias, de forma a englobar toda a resposta sexual feminina, incluindo mais medidas subjectivas (tabela 2).<sup>[20, 41]</sup>

Tabela 2. Definições expandidas das disfunções sexuais femininas	
Disfunção do desejo/interesse sexual	Ausência ou diminuição do desejo ou interesse sexual; ausência de pensamentos ou fantasias e deficiência no desejo responsivo; falta de motivação para tentar ficar excitada; falta de interesse para além das mudanças normais associadas com o ciclo da vida e com a duração da relação.
Disfunção subjetiva da excitação	Ausência ou diminuição marcada de excitação sexual (excitação propriamente dita e prazer sexuais) tendo em conta qualquer tipo de estimulação sexual; lubrificação vaginal ou outros sinais de resposta física podem ocorrer.
Disfunção da excitação sexual por via genital	Queixas do comprometimento da excitação sexual por estimulação genital; os relatos podem incluir um edema vulvar mínimo e lubrificação vaginal relacionados com qualquer outra via de estimulação sexual e diminuição de sensações sexuais vindas de carícias dos genitais; excitação sexual subjetiva ocorre por outras vias de estimulação sexual.
Disfunção combinada de excitação subjetiva e por via genital	Ausência ou diminuição marcada da sensação de excitação sexual (excitação, propriamente dita e prazer sexuais) por qualquer via de estimulação e queixas do comprometimento da excitação sexual por estimulação genital; a falta de excitação subjetiva distingue este tipo do anterior.
Disfunção persistente da excitação por via genital	Excitação por via genital espontânea, inoportuna e não desejada, que ocorre na ausência de interesse ou desejo sexuais; a excitação não é aliviada com orgasmos e pode

	persistir durante horas a dias.
Disfunção do orgasmo feminino	Relatos de grande excitação sexual mas com falta de orgasmo, diminuição marcada da sensação orgástica ou atraso marcado do orgasmo com qualquer tipo de estimulação.
Dispareunia	Dor persistente ou recorrente com a tentativa de ou com entrada vaginal ou com sexo vaginal.
Vaginismo	Dificuldades persistentes ou recorrentes da mulher permitir a entrada do pénis, de um dedo ou de outro objecto na vagina, apesar do seu desejo em participar.
Aversão sexual	Angústia ou ansiedade extrema na antecipação de qualquer tentativa de ter qualquer tipo de actividade sexual.

Tabela 2. Adaptado de Basson *et al.* [41]

*Definições de algumas disfunções sexuais femininas:*

- Disfunção do desejo e interesse sexuais: falta de desejo e de interesse no sexo antes de qualquer ato sexual e falta de desejo durante o sexo; a disfunção ocorre quando há ausência de qualquer desejo durante o ato sexual.[18]

- Disfunção da excitação sexual: inclui não só a falta de sintomas físicos e de sensações subjetivas, mas também quando a excitação é persistente e não desejada.[42] Há diferenciação entre as mulheres que têm lubrificação adequada, mas que não têm sensação disso e as mulheres que têm excitação subjetiva, mas não apresentam quaisquer sinais físicos de lubrificação.[18] Naquelas mulheres que têm excitação persistente e não desejada, estão presentes sintomas físicos, que podem condicionar a sua vida diária.[42]

- Dispareunia: qualquer dor sentida durante a penetração vaginal ou durante o ato sexual. Como é um achado comum, qualquer história clínica deve apresentar uma ou duas perguntas que abordem este problema.[18] Existem dois tipos de dispareunia: orificial e profunda. A dispareunia orificial pode ter origem na falta de lubrificação, na vestibulite vulvar, na nevralgia do pudendo, numa episiotomia, num vaginismo, no hímen imperfurado, entre outros. Já a dispareunia profunda surge de doença inflamatória pélvica, endometriose, quistos ováricos, fibromiomas uterinos, aderências pélvicas, entre outros.[43]

- Disfunção orgástica: diagnosticado quando a mulher não experiencia o orgasmo.[18] Se a mulher não experiencia o orgasmo devido a problemas na excitação, ela é dita como tendo uma disfunção da excitação sexual.[42]

*Fatores associados ao aumento do risco de disfunção sexual nas mulheres:*

São vários os fatores e condições que ao longo dos anos têm sido associados a maior risco de disfunção sexual. Um dos quais, a menopausa, foi sempre associada de forma direta à disfunção sexual, no entanto ainda não houve qualquer estudo que comprovasse estatisticamente essa associação.[42] Outras doenças e/ou condições obstétricas e ginecológicas, correlacionam-se igualmente com disfunção sexual; de destacar a endometriose, a episiotomia pós-parto e os vários tipos de prolapsos.[44] Os contraceptivos orais estão, numa minoria de mulheres, associados a efeitos secundários que alteram a função sexual normal.[44]

Os bloqueadores dos recetores adrenérgicos, os anti-colinérgicos, a dopamina e medicamentos com efeitos sedativos podem ser problemáticos em mulheres com algum nível de disfunção sexual.[44] Por outro lado, certas doenças crónicas, tais como depressão major, bexiga neurogénica, diabetes, esclerose múltipla, hipertensão e lesões da medula espinhal,

poderão contribuir para o desenvolvimento de uma disfunção sexual no sexo feminino.[18] Existem outros fatores de risco para a disfunção sexual: tabaco, álcool, drogas, pobreza, nível educacional baixo, obesidade e experiências sexuais negativas.[18] O ambiente envolvente e o companheiro sexual podem constituir isoladamente fatores de risco na função sexual normal de uma mulher.[42]

### *Disfunção do desejo sexual durante a gravidez*

Bartellas *et al.* no ano de 2000 constataram que 40 das 140 mulheres que participaram no seu estudo sentiram desejo sexual semelhante ao período pré-gravidez, enquanto 81 diminuição e 19 aumento.[1] Erol *et al.* (2007) reportaram que 92,6% das mulheres grávidas sentiam falta de libido sexual,[7] enquanto Senkumwong *et al.* (2006) concluíram que a diminuição do desejo sexual aumentava com a idade gestacional, sendo 68,3%, 78,3% e 83,3%, no primeiro, segundo e terceiro trimestres respetivamente,[9] o que está de acordo com outro estudo que mostrou uma frequência de desejo sexual 1 a 4 vezes por semana presente em 55,3% no primeiro trimestre, 52% no segundo e 31,3% no terceiro[10] e com Aslan *et al.* que aferiram uma diminuição do desejo sexual nas grávidas, sendo esta diminuição maior naquelas que se encontravam no terceiro trimestre, quando comparadas com as do primeiro e do segundo trimestres.[11] No entanto, estes três estudos vão contra o descoberto por Reamy *et al.* (1982), em que o desejo sexual aumentava no segundo trimestre.[30]

Quando analisamos uma investigação numa população constituída por grávidas que residem em território português, chegamos à conclusão que 38,8% das 188 analisadas referem não ter sentido qualquer alteração no desejo sexual em relação ao período pré-gravídico, enquanto 32,5% refere uma diminuição;[6] este facto, de a percentagem de mulheres sem

alteração no desejo sexual relacionado com a gravidez ser superior à daquelas que sentiram uma diminuição do mesmo, também se encontra presente num estudo entre grávidas turcas.[33] Mas no geral 10,9% das grávidas considerou ter um desejo sexual muito diminuído.[6] Khamis *et al.* (2007) ao analisar 190 grávidas, chegaram à conclusão que 77,4% experienciaram uma diminuição do desejo sexual durante a gravidez,[32] uma percentagem elevada que vai de acordo ao encontrado num outro estudo na Tailândia.[34]

### Alterações na satisfação sexual com a gravidez

Von Sydow, após a análise de 59 estudos concluiu que durante o primeiro trimestre apenas 59% das grávidas estava satisfeita com a sua actividade sexual. Esta percentagem foi substituída por 75-84% no segundo trimestre e por 40-41% no terceiro.[3] Podemos tirar a conclusão que o segundo trimestre é o de maior satisfação sexual.[3] Ao comparar a satisfação sexual na gravidez com o período pré-gravídico, um estudo mostrou que 19 das 139 grávidas sentiram aumento, 61 diminuição e 59 não sentiram alterações,[1] enquanto outro estudo realizado em Portugal aferiu que 48,4% das 194 grávidas não sentiram alterações e 27,7% sentiu diminuição.[6] Uma diminuição linear da satisfação sexual durante a gravidez foi documentada neste estudo, que concluiu que o primeiro trimestre era o de maior satisfação sexual,[11] dado corroborado por Uwapusitanon *et al.*(2004).[34]

Num estudo realizado no Egipto (2007), foi perguntado às 169 das 190 grávidas que praticaram sexo durante a gravidez, sobre a sua satisfação sexual. Os resultados mostraram relações diretas e estatisticamente significativas entre a satisfação sexual e o número de semanas de gestação (quanto maior o número de semanas de gestação, maior a satisfação sexual), a ausência de desejo sexual (havia maior satisfação sexual nas mulheres que não tinham desejo sexual), o sentimento de mudança na atividade sexual durante a gravidez

(mulheres que sentiram alterações na sua actividade sexual durante a gravidez tiveram maior satisfação sexual), o orgasmo (a presença de orgasmo no fim do coito coincidia com maior satisfação sexual) e a fadiga no fim do coito (a presença de fadiga coincidia com maior satisfação sexual).[32]

### *Disfunção orgástica na gravidez*

Apesar de grande número de estudos explorar a presença ou ausência do orgasmo durante a gravidez, os resultados sobre a frequência e a intensidade do clímax apresentam-se contraditórios.[3] Nesta revisão em particular, 54% das grávidas sexualmente ativas referiram ter tido orgasmo com a última relação sexual.[3] No estudo levado a cabo por Bartellas *et al.*, 15% das 131 grávidas relataram aumento na frequência dos orgasmos durante as relações sexuais, já 34% relataram decréscimo e 51% manutenção,[1] no entanto Erol *et al.* constatarem alteração do orgasmo em 81% das grávidas do seu estudo.[7] Apesar de a taxa de orgasmos ter diminuído ao longo da gravidez, especialmente durante o segundo trimestre, em grávidas tailandesas, esta diminuição não foi estatisticamente significativa, devido provavelmente devido ao facto de a amostra ser pequena.[9] Mas esta mesma diminuição da sensação orgástica ao longo da gravidez foi igualmente constatada em grávidas turcas (2005), entre as quais 24%, 27,3% e 52,7% no primeiro, segundo e terceiro trimestres respetivamente, referiram não ter experienciado qualquer orgasmo.[10] O facto de a maior diminuição orgástica ocorrer durante o terceiro trimestre foi identificado em alguns estudos.[10, 11, 24, 30, 33, 34, 36] A anorgasmia foi mencionada por 6,6% de 194 grávidas.[6, 32, 33]

### Dispareunia na gravidez

Von Sydow, através da meta-análise de 59 estudos, concluiu que entre 22 a 50% das grávidas experienciam dor durante o ato sexual, no entanto cerca de 12% destas mulheres já o sentiam antes da gravidez.[3] Nas grávidas que participaram num estudo durante o ano de 2007, 62% das 72 no primeiro trimestre, 44% das 96 no segundo trimestre e 68,8% das 174 no terceiro trimestre sentiram em algum momento certo desconforto vaginal, que pode ser equiparado à dispareunia.[7] Já noutra estudo, 16 mulheres no primeiro trimestre, 20 no segundo e 26 no terceiro de um total de 150 grávidas experienciaram dor durante o coito.[10] A presença de dor durante o ato sexual foi aumentando com a idade gestacional, sendo mais prevalente no terceiro trimestre, enquanto a secura vaginal foi diminuindo.[10] O que se encontra em harmonia com outros estudos.[11, 33]

Pelo contrário, a dispareunia associada a outras disfunções sexuais parece ser elevada durante o primeiro, decrescendo ligeiramente no segundo para aumentar significativamente durante o terceiro trimestres.[5] Cerca de 41 grávidas de um total de 158 sentiram dor durante todos os atos sexuais desde que engravidaram, 57 grávidas do mesmo grupo apenas sentiram dor em alguns dos atos sexuais durante a gravidez e 60 grávidas não exprimiram qualquer queixa relacionada com dispareunia.[33] A dispareunia foi encontrada em maior número em grávidas com idades superiores a 20 anos, quando comparada com grávidas com menos de 20 anos.[5]

Por outro lado, existem estudos que indicam números baixos na prevalência de dispareunia nas grávidas, como por exemplo o estudo com grávidas em Portugal, nas quais apenas 9,8% das 194 mulheres referiram ter dispareunia, ao mesmo que 75,4% das mesmas referiram não ter qualquer queixa da sua vida sexual.[6] Durante o terceiro trimestre, entre as causas que irritam e inibem sexualmente a mulher grávida estão: as contracções uterinas (6-

62%), as dificuldades posicionais (12-20%), a sensação de estar pouco atrativa (4-20%) e a preocupação com satisfação sexual do companheiro (35-88%).[3]

#### *Métodos de avaliação da disfunção sexual na gravidez*

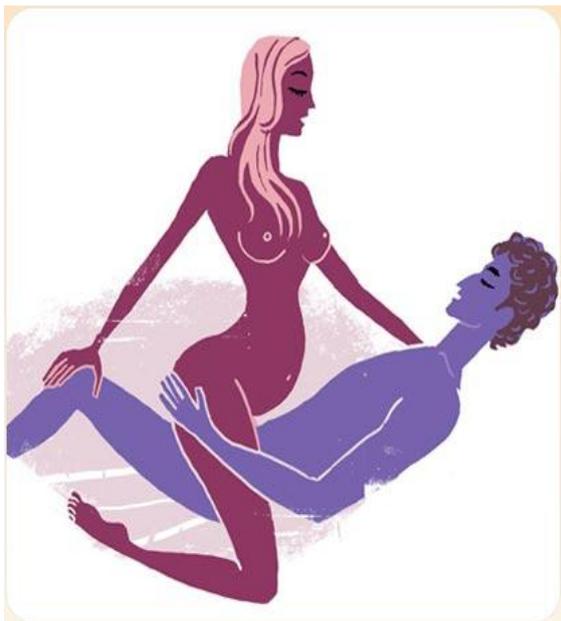
Entre os estudos que avaliam a disfunção sexual presente na gravidez, são poucos aqueles que compartilham o método de avaliação. No ano 2000, Rosen *et al.* desenvolveram um questionário que avalia as questões essenciais na função sexual feminina, distribuídas por seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor; este questionário é denominado FSFI – female sexual function index.[45] Este parece ser o questionário mais válido a usar para determinar a disfunção sexual feminina associada à gravidez, pelo menos é o defendido por vários autores.[5, 8, 11] Um outro artigo usou como método na avaliação da disfunção sexual feminina durante a gravidez um outro questionário – IFSF, Index of Female Sexual Function, que engloba nove perguntas, que avaliam a qualidade da actividade sexual, o desejo, a satisfação em geral com a função sexual, o orgasmo, a lubrificação e sensação ao nível do clítoris.[7, 46] Este questionário foi utilizado e descrito em 1999.[46] Já as restantes pesquisas acerca da existência de disfunções sexuais femininas não usaram questionários previamente validados.[1, 4, 6, 9, 10, 12, 14, 32-34, 36-40, 47]

#### **Posições sexuais prevalentes na gravidez**

Sendo a gravidez uma das várias etapas na vida do homem e da mulher, o ato sexual deve estar presente e deve promover prazer e bem-estar ao casal, sendo vivido como algo normal e natural. Deste modo, a adoção de diferentes posições sexuais está presente e permite ao casal não só lidar com o aumento do perímetro abdominal da mulher como também

adquirir o máximo de prazer e de bem-estar do ato sexual. De facto, atividades de cariz sexual e mudanças nas posições sexuais aumentam a satisfação sexual do casal ao mesmo tempo que fortalecem a união entre eles.[47] A adoção de diferentes posições sexuais durante a gravidez foi maior em casais em que ambos os parceiros tomavam a iniciativa sexual, ao contrário daqueles em que apenas um iniciava o contato sexual.[48] Devido essencialmente ao aumento do tamanho do feto, mas também as outras alterações corporais femininas, as posições sexuais do casal costumam alterar-se aquando da gravidez.[1, 32, 34] A variabilidade das mesmas também costuma diminuir com o aumento da idade gestacional.[3]

Verifica-se uma diminuição da posição com o homem por cima, ao mesmo tempo que se regista um aumento da mulher por cima (Fig. 1 [49]) e das posições lado a lado (Fig.2 [49]) e penetração por trás (Fig.3 [49]).[3, 34, 39, 48] A posição com penetração por trás aumenta de preferência entre os casais tailandeses ao longo da gravidez,[9] substituindo a posição com o homem por cima, que costuma decrescer ao longo da gestação.[10, 36] Em Portugal, as mulheres grávidas continuam a optar pela posição com o homem em cima, além da posição lado a lado e da penetração por trás, que aumentam com a evolução da gravidez.[6] Outros estudos referiram um decréscimo da posição com a mulher por cima durante o segundo trimestre e um aumento da posição lado a lado durante o terceiro.[34, 48] Um estudo realizado na China chegou à conclusão que a maioria das grávidas adotava as posições homem por cima e cara a cara (67,6% de 215 grávidas), penetração por trás (29,7%) e mulher por cima e cara a cara (26,1%), sem no entanto se encontrarem variações consoante os trimestres.[47] A posição associada a maior satisfação sexual nesta população de grávidas chinesas é a mulher por cima e cara a cara, o que não se sobrepõe à posição mais adotada, devido provavelmente as crenças culturais e sociais.[47]



**Figura 1.** Adaptado de Jardim e Rodriguez [49]



**Figura 2.** Adaptado de Jardim e Rodriguez [49]



**Figura 3.** Adaptado de Jardim e Rodriguez [49]

### **Principais mitos e medos em relação à sexualidade durante a gravidez**

A preocupação em magoar o bebé e de afetar negativamente a gravidez constitui um dos fatores mais importantes no declínio da função sexual durante a gravidez. Assim, ao estudar a sexualidade na grávida, devemos questionar sobre estas crenças ou anseios, por forma a descobrir origens dos problemas e a diferenciar situações reais de ilusórias. Estes mitos, crenças e medos podem ser positivos ou negativos, variando consoante a cultura,

costumes e valores, sendo que alguns promovem as relações sexuais na gravidez, enquanto outros (a maioria) inibem as futuras mães em manter uma relação sexual ativa.

Fok *et al.* (2005) constataram que a maioria das 298 grávidas de nacionalidade chinesa (82,9%) preocupava-se com os efeitos da atividade sexual na gravidez e no bebê, sendo as preocupações mais comuns a hemorragia, a indução do trabalho de parto, a infecção, a ruptura de membranas e a possibilidade de magoar o feto.[12] Von Sydow concluiu que cerca de um terço a metade das grávidas é inibida sexualmente pela sua constante preocupação em magoar o feto durante o ato sexual.[3] Bartellas *et al.* além de aferirem quais as complicações obstétricas das relações sexuais que surgem como preocupação nas mulheres grávidas (tabela 3), também estudaram qual a variação destas inquietações com os trimestres; sendo que a preocupação com trabalho de parto prematuro aumenta com os trimestres, o que também acontece com a ruptura prematura de membranas.[1] Tendo em conta o panorama geral, 69 das 140 grávidas estavam preocupadas que em qualquer momento a sua atividade sexual pudesse afetar negativamente a gravidez e a maioria destas acreditavam que esta preocupação era partilhada pelo seu companheiro.[1] Esta preocupação com possíveis complicações obstétricas é igualmente partilhada nas grávidas austríacas.[4] Também na Tailândia um estudo que teve em conta a variação trimestral das inquietações, mostrou que no primeiro trimestre a maior preocupação é o aborto e a possibilidade de magoar o feto, no segundo é a ruptura prematura de membranas e no terceiro é o trabalho de parto prematuro.[34]

Mais de metade das grávidas (59%) que participaram num estudo na Tailândia acham que podem ter relações sexuais como antes da gravidez, no entanto cerca de 79,7% das mesmas preocupam-se com este tema, sendo a lesão do feto, o aborto e a hemorragia as preocupações mais comuns, com 70,8%, 59,7% e 46,9% respetivamente.[9] Este medo das possíveis consequências da atividade sexual durante a gravidez parece estar mais presentes no último trimestre.[1, 10] Das 194 futuras mães que participaram num estudo em Portugal,

apenas uma minoria, 44 grávidas, referiram medo de ter relações sexuais durante a gravidez. Das preocupações destacam-se o medo de magoar o bebê, o aborto, a dispareunia e o trabalho de parto prematuro.[6] No entanto, só foi confirmada uma associação causal entre a atividade sexual durante a gravidez e a ocorrência de hemorragia e dor após o coito em 12% de 298 grávidas chinesas.[12]

Numa população de 51 grávidas iranianas, cerca de 68% evitam a prática sexual durante o primeiro trimestre, ao contrário do último trimestre, no qual quase todas as grávidas evitam ter relações sexuais, devido a várias razões: preocupação com a saúde do bebê, medo de abortar, dispareunia e desconforto durante o ato devido ao tamanho abdominal. Algumas destas mulheres afirmam ter sido apoiadas pelos seus maridos na decisão de reduzir a frequência das relações sexuais, já que estes também se preocupam com o bem-estar do bebê e da mãe.[39] Cerca de metade das grávidas iranianas deste estudo, acreditam que o ato sexual durante a gravidez pode ser considerado adultério, quando o bebê é do sexo feminino; uma das mulheres disse que durante o primeiro trimestre o sémen do pai ao entrar em contato com o feto, o poderia cegar, enquanto outra grávida afirmou que este contato surgiria a partir do quarto mês de gravidez, sendo estas, razões para evitarem ter relações sexuais durante o período gravídico. Apesar dos mitos já referidos, aquele que é mais comum é grávidas iranianas acreditarem que o bebê sente que os pais estão a ter relações sexuais.[39]

Tabela 3. Complicações obstétricas das relações sexuais que preocupam as grávidas		
Complicação	n/n total	%
Hemorragia	75/132	57
Início do trabalho de parto	35/125	28
Infeção	42/127	33
Ruptura de membranas	22/122	18
Lesão do feto	39/126	31

Tabela 3. Adaptado de Bartellas *et al.*[1]

Von Sydow, através da meta-análise de vários estudos que vão até ao ano de 1998, concluiu que existem certas mulheres africanas que acreditam numa influência positiva do sexo durante a gravidez, quer para a mãe (ajuda no trabalho de parto pela abertura vaginal), quer para o bebé (favorece o seu bem-estar).[3] Esta crença é igualmente partilhada por algumas mulheres de várias nacionalidades, que acreditam ter o trabalho de parto facilitado pelo sexo praticado durante a gravidez.[36-38]

### **Possíveis complicações da atividade sexual durante a gravidez**

Várias mudanças podem ocorrer durante e devido à gravidez, especialmente a nível físico e psicológico, no entanto, interessa saber quais destas se associam à atividade sexual. Existem possíveis complicações decorrentes da atividade sexual durante a gravidez, que incluem risco de hemorragia, doença inflamatória pélvica, embolismo venoso e rupturas placentar e uterina.[19]

A hemorragia apesar de comum e de benigna na maioria dos casos, também se costuma associar a aborto espontâneo, parto prematuro e baixo peso á nascença. A hemorragia vaginal depois do ato sexual foi relacionada com ruptura placentar e hemorragia ante-parto

nos segundo e terceiro trimestres com o aumento da atividade sexual.[19] O embolismo venoso associado ao sexo surge numa percentagem de 1:1000000 casos, que apesar de baixa associa-se a uma elevada taxa de mortalidade, pelo que as mulheres devem ser aconselhadas a não praticar sexo oral, nem sexo violento especialmente na posição de penetração por trás, uma vez que o coração se encontra abaixo da vasculatura vaginal.[19] Já a ruptura uterina associada às contrações uterinas derivadas do orgasmo é um risco apenas em mulheres com cicatrizes uterinas.[19] Uma relação entre a frequência da atividade sexual durante a gravidez e a ocorrência de parto pré-termo ainda não foi estabelecida, apenas se constatou um risco aumentado em mulheres com infeção do trato urinário baixo e com colonização vaginal por certos microorganismo.[19] Todas as conclusões que se obtiveram acerca da relação entre os níveis de oxitocina aumentados, devido ao orgasmo, e a precipitação/indução do trabalho de parto e da maturação cervical não demonstraram qualquer certeza estatística, pelo que se continua a duvidar desta associação.[19]

Bartellas *et al.* tentou investigar este problema questionando as 141 grávidas sobre problemas que não existiam antes da gravidez e que elas conseguiam associar ao ato sexual. As conclusões encontram-se descritas na tabela 4, da qual podemos inferir que a alteração na lubrificação vaginal foi o mais sentido pelas grávidas, seguida da dor/desconforto vaginal.[1]

Tabela 4. Problemas associados ao ato sexual durante a gravidez, que não existiam antes desta		
Problema	n/n <sub>total</sub>	%
Hemorragia	16/127	13
Alteração na lubrificação vaginal	48/131	37
Dor/disconforto vaginal	29/129	22
Cólicas abdominais	23/130	18
Infeções vaginais	12/127	9
Perdas urinárias	11/123	9

Tabela 4. Adaptado de Bartellas *et al.* [1]

### **A visão da família grávida, o seu aconselhamento e plano de cuidados**

Qualquer família em que a mulher se encontre grávida, independentemente da restante estrutura, é considerada uma Família Grávida, tendo em conta a estrutura e a dinâmica familiar. Diz respeito a um período muito específico, no qual predominam sentimentos de esperança e de medo ao aguardar pelo novo membro e o centro das atenções familiares se modifica.[50] A concessão de direitos a nível legal e nos cuidados de saúde estimula a parentalidade, quer do homem, quer da mulher e, sendo uma família vulnerável requer vigilância médica periódica.[50] O plano de cuidados passa por promoção da saúde materna e do bem-estar fetal, por prevenção de agressões psicológicas, em especial a depressão pós-parto em ambos os pais e por promoção da integração de outros descendentes, tendo em conta as suas expectativas, medos e anseios.[50]

Os profissionais de saúde, em especial os médicos, desempenham um papel muito importante na orientação da mulher grávida, não só ao nível da sexualidade, mas em todos os

outros aspetos que se relacionam com uma gravidez. Relativamente à atividade sexual durante a gravidez, a conversa aberta entre o médico e a grávida e os conselhos antecipatórios ajudam a melhorar a função sexual feminina e do casal e reduzem o stress emocional e as preocupações acerca deste tema.[2] Existem algumas contra-indicações à atividade sexual na gravidez, umas absolutas: hemorragia vaginal inexplicada, placenta previa, dilatação prematura do cólo uterino e ruptura prematura de membranas;[2, 7] e umas relativas: história de partos prematuros e gestações múltiplas. Não havendo qualquer destas contra-indicações a atividade sexual durante a gravidez é normal, aceitável e deve ser encorajada em mulheres que a desejam e que tenham relações emocionais estáveis.[2]

Ao aconselhar a atividade sexual a um casal durante uma gravidez, os profissionais de saúde devem referir que é normal uma diminuição na frequência sexual, assim como no desejo sexual e no orgasmo, especialmente no terceiro trimestre. Deve-se de igual modo alertar o casal para outras maneiras de exprimir a sua



**Figura 4.** Adaptado de Jardim e Rodriguez [49]

sexualidade, sem ser o ato sexual, como outro tipo de contatos sexuais que promovem da mesma forma a harmonia e o prazer do casal.[2] Olhando agora para o ato sexual em si, as posições mais aconselhadas durante a gravidez são a da mulher por cima (Fig.1), lado a lado (Fig.2), penetração por trás (Fig. 3), homem por cima com os braços estendidos (Fig. 4) e homem por cima com colocação de uma almofada debaixo da pélvis feminina (Fig. 5).[2, 3, 19, 49] Para melhorar o conforto durante o ato sexual pode-se aplicar lubrificante ou almofadas debaixo da pélvis.[19]



**Figura 5.** Adaptado de Jardim e Rodriguez [49]

Durante o primeiro trimestre com a confrontação com a gravidez e com um novo papel de pais, podem surgir ansiedade e stress que levam a discórdia e descontentamento sexual entre o casal. Neste período, o médico pode antecipar estes conflitos e promover um diálogo negociativo entre o casal para que os obstáculos sejam ultrapassados mais facilmente. Para promover a intimidade sexual do casal, o homem pode acariciar, massajar e acompanhar a mulher em consultas e aulas pré-natais.[51] No segundo trimestre, a gravidez já está implementada e começam a surgir medos e anseios nos pais, especialmente a preocupação de magoar o feto durante o ato sexual. Nesta altura, o médico deverá estar atento a qualquer contra-indicação à atividade sexual e esclarecer todas as dúvidas e medos dos pais. Masturbação mútua ou solitária, posições sexuais alternativas e outras modalidades sexuais poderão ser exploradas pelo casal, caso este esteja à-vontade na sua prática.[51] Por fim, no terceiro trimestre a atividade sexual costuma decrescer significativamente, especialmente devido ao medo de trabalho de parto e de ruptura de membranas prematuros. Nesta situação, o médico deve esclarecer que não existe comprovação dessas consequências e deve preocupar-se com a preparação psicológica do casal para o parto e para o futuro filho.[51]

## **Discussão**

Após a recolha de informação de vários estudos, apercebemo-nos que existem várias incongruências entre os resultados, devido essencialmente às características das populações e aos métodos usados. Por um lado, as populações são de pequenas dimensões, homogéneas, impossíveis de randomizar e maioritariamente retrospectivas. Por outro lado, a diferença entre os métodos dificulta uma integração global dos resultados, sendo a sua comparação difícil de realizar. Apesar de a maioria dos estudos avaliar a função sexual da grávida, até neste ponto essencial da revisão o método usado difere substancialmente, desde questionários estruturados e anteriormente aplicados e validados[5, 7, 8, 11] a questionários simples e de uso restrito. [1, 4, 6, 9, 10, 12, 19, 32-34, 36-40, 47] Assim, facilmente nos damos conta que resultados diferentes poderão não corresponder a diferenças significativas, logo qualquer comparação poderá ser questionada.

A frequência das relações sexuais durante a gravidez diminui na maioria dos casais,[1, 6, 9, 19, 33, 34] enquanto a abstinência devido à gravidez varia de 10% [3] a 24,5%. [33] Apesar desta diminuição, a atividade sexual mantém-se na vida do casal grávido e algumas mulheres fazem-no porque acreditam que o ato sexual facilitará o parto.[36-38] Entre as muitas razões que se encontraram para esta diminuição da atividade sexual durante o período gravídico, estão as condicionantes físicas como a fadiga ou a dispareunia,[2, 10] o aumento progressivo do volume abdominal,[6] a falta de auto-estima da mulher e o anseio pela maternidade.[7, 23] Relativamente à satisfação com a sua sexualidade, a maioria das grávidas refere uma diminuição proporcional ao avanço da gravidez,[4, 10] o que pode ser igualmente relacionado com a diminuição da frequência das mesmas. Existem certas conclusões no campo da frequência da atividade sexual importantes de referir: mulheres que não sabiam que estavam grávidas tiveram relações sexuais em maior frequência,[8] assim como mulheres mais novas,[5, 10] a diminuição da sexualidade não se relaciona com os níveis de androgénios

no sangue das grávidas,[7] mas sim com a frequência das relações sexuais antes da gravidez.[32]

Ao averiguarmos as variações consoante os trimestres, apercebemo-nos de diferenças entre os trimestres na maioria dos estudos e ao mesmo tempo entre os estudos. Deste modo, relativamente ao **primeiro trimestre**, a frequência das relações sexuais demonstrou ser igual[3, 6, 10] e estar diminuída[1, 11, 36] em relação à pré-gravidez. Foi encontrada uma taxa de abstinência de 14,7%,[7] ao mesmo tempo que foi considerado o trimestre com maior atividade sexual.[6] Náuseas, vômitos e medo do aborto foram as razões mais apontadas para a inatividade sexual. [32, 39] Já o **segundo trimestre** foi apontado como sendo o mais frequente em relações sexuais dos três trimestres,[3, 5, 34, 36] devido à aceitação plena da gravidez, ao aumento da vasculatura pélvica e à ausência de náuseas.[5] No entanto, algumas grávidas afirmaram que a diminuição da atividade sexual se manteve no segundo trimestre, tendo mesmo em alguns casos diminuído comparativamente ao primeiro trimestre[1, 10, 11] e noutros casos levado a uma abstinência de 14,1%.[7] Por fim, o **terceiro trimestre** foi apontado maioritariamente como sendo o menos frequente em relações sexuais,[1, 3, 6, 10-12, 22, 34, 36, 38, 40] devido ao aumento do volume abdominal e do peso do bebé,[5, 32, 39] a incontinência urinária e hemorróidas,[23] a ansiedade pelo parto e a fadiga.[5] Só em 10,1% das grávidas de um estudo em Portugal, é que referiram ser o trimestre com maior número de relações sexuais;[6] pelo contrário, noutro estudo a abstinência foi de 41%.[7]

Olhando agora para a **Disfunção Sexual Feminina**, esta é considerada como qualquer quebra na sexualidade normal e pode ser pesquisada em quatro pontos: alterações do desejo, da excitação, do orgasmo e dispareunia.[8] Entre os vários fatores que poderão estar na origem da disfunção sexual encontram-se a menopausa,[42] doenças/condições obstétricas e contraceptivos orais,[44] doenças crónicas (diabetes mellitus, hipertensão, etc.), álcool, tabaco[18] e problemas relacionados com o companheiro.[42] A presença de qualquer

disfunção sexual foi encontrada em maior número em grávidas que não tinham iniciativa sexual antes da gravidez, quando comparada com mulheres que por norma iniciavam o contato sexual com o seu parceiro.[48] O **desejo sexual**, determinante na atividade sexual, apresentou estar diminuído nas grávidas em relação à pré-gravidez;[1, 7, 9, 10, 32, 34] no entanto, algumas grávidas referiram não ter sentido qualquer alteração no seu desejo sexual.[6, 33] Relativamente à **satisfação sexual**, os resultados foram mais contraditórios, sendo que algumas grávidas referiram uma diminuição,[1, 11, 34] enquanto outras não sentiram qualquer alteração.[1, 6] Também foi registada uma maior satisfação sexual no segundo trimestre de gravidez.[3] Nas grávidas egípcias, a satisfação sexual mostrou-se aumentar com a progressão da gravidez, não tendo sido acompanhada por um aumento no desejo, o que poderá ser justificado com a necessidade de manter o casamento e o companheiro satisfeito.[32] A diminuição do **orgasmo** foi mais marcada durante o terceiro trimestre,[10, 11, 24, 33, 34, 36] no entanto ela também acontece desde o início da gravidez,[7, 9] podendo mesmo chegar a uma anorgasmia.[6, 32, 33] Uma minoria refere não ter sentido quaisquer alterações ao nível do orgasmo.[1] A **dispareunia** está presente na maioria das gravidezes,[3, 7, 10, 11, 33] podendo diminuir durante o segundo trimestre.[5] No entanto, algumas grávidas não sentem qualquer dor durante as relações sexuais.[6, 33] A dispareunia encontra-se presente em maior número de grávidas com idade superior a 20 anos, quando comparadas com grávidas com idades inferiores.[5]

O período gravídico condiciona a mulher na prática da atividade sexual, em especial na adoção de certas posições, comuns antes de engravidar. As alterações corporais femininas, vivenciadas pelas grávidas, são o principal fator de alteração nas posições sexuais, uma vez que o aumento do volume abdominal e do peso do bebé não permitem que a futura mãe se coloque em certas orientações.[1, 32, 34] Ao longo da gravidez também se assiste a uma diminuição da variabilidade posicional do casal durante o ato sexual, sendo algo

completamente normal e comum.[3] Entre as posições sexuais mais famosas na população de grávidas encontramos a penetração por trás, a lado a lado e mulher por cima, que aumentam consideravelmente à medida que a gravidez progride.[3, 6, 9, 34, 39, 47, 48] A posição do homem por cima descrece em algumas grávidas,[10, 36] enquanto outras ainda a usam.[48]

Ao engravidar, as futuras mães centram a sua atenção no bebé que virá, assim como na sua gravidez, pelo que evitam qualquer ação que lhes possa ser prejudicial. Devido a esta preocupação constante, existem medos, crenças e até mitos relacionados com a sexualidade, que inquietam as grávidas e que devem ser prontamente esclarecidos pelos profissionais de saúde. Estes medos e crenças estão na base da maioria dos casos em que se verifica uma diminuição na atividade sexual do casal grávido. As preocupações mais comuns são a hemorragia, a indução prematura do trabalho de parto, magoar o bebé e a ruptura prematura das membranas.[1, 3, 4, 9, 12, 34] As grávidas referiram que costumavam estar mais inquietas e preocupadas durante o terceiro trimestre em comparação com os outros dois.[1, 10, 39] No entanto, um estudo com grávidas em Portugal revelou que uma minoria não se preocupava com o efeito do sexo na gravidez e no bebé.[6] Mas apesar das preocupações, um estudo revelou que a associação entre o ato sexual e a hemorragia e dor vaginal era de 12% em 298 grávidas chinesas.[12] Os mitos que existem entre as grávidas estão normalmente associados a valores culturais e religiosos e variam desde acreditar que o bebé sente os pais durante o ato sexual ou que o sémen do pai pode cegar o bebé, até considerar adultério quando o feto é do sexo feminino;[39] no entanto também existem mulheres que acreditam que as relações sexuais ajudarão no momento de dar à luz.[3, 36-38]

Um dos pontos importantes nesta revisão é apercebermo-nos se existem complicações associadas às relações sexuais durante a gravidez. Por enquanto existem algumas, que variam de raras a frequentes e de graves a ligeiras. Entre estas complicações destacam-se a hemorragia, que apesar de comum é normalmente benigna; o embolismo venoso, que apesar

de muito raro se associa a elevada taxa de mortalidade; a ruptura uterina mais comum em mulheres com cicatrizes uterinas,[19] as alterações na lubrificação vaginal e a dor/desconforto vaginal durante o ato sexual.[1] É importante referir que o embolismo venoso costuma estar relacionado com a prática de sexo oral e com a posição de penetração por trás.[19]

Sendo a sexualidade um fator de bem-estar para a mulher e para o casal, o médico e os restantes profissionais de saúde deverão ser capazes de promover a sexualidade durante a gravidez ou de a desaconselhar quando assim se exija. As contra-indicações absolutas são hemorragia vaginal inexplicada, placenta prévia, dilatação prematura do colo uterino e ruptura prematura de membranas; e as relativas são a história de partos prematuros e gestações múltiplas.[2] Com o objetivo de assegurar uma gravidez saudável, o médico e os restantes profissionais de saúde deverão esclarecer qualquer dúvida que surja à grávida ao mesmo tempo que promovem o bem-estar fetal, do casal e de outros descendentes existentes.

## **Conclusão**

A gravidez é um período único na vida de uma mulher e do seu companheiro, que comporta diversas mudanças a nível físico, psicológico e hormonal, e por este motivo, torna-se essencial promover boa relação sexual entre os dois por forma a facilitar a travessia desta fase tão importante. No entanto, o que se verifica é uma diminuição na frequência das relações sexuais, especialmente no terceiro trimestre, assim como menor satisfação feminina com a sua vida sexual no período gravídico. Estas alterações correlacionam-se com a idade da mulher e com a consciência da gravidez, mas não se relacionam com os níveis de androgénios presentes no sangue das grávidas. Algo ainda não esclarecido é se a actividade sexual aumenta ou diminui durante o segundo trimestre, tendo os resultados sido discordantes.

Além destas alterações, também se regista diminuição ao nível da excitação, do orgasmo e do desejo sexual feminino com a progressão da gravidez, acompanhando-se ao longo da mesma por um aumento de dispareunia. O uso de outras posições sexuais é normal e estas deverão ser aconselhadas pelo médico ou outros profissionais de saúde qualificados. Não foram descritas complicações que contra-indicam actividade sexual durante uma gravidez normal, pelo que cabe ao médico promover a adoção de uma vida sexual ativa por parte de casal grávido. Da mesma forma, o médico deverá ser responsável por responder a todas as dúvidas da grávida e do casal, esclarecer qualquer medo ou desmistificar mitos que possam surgir. O poder de antecipação por parte do médico é fundamental, pois ao abordar temas que possam no decurso da gravidez desencadear problemas, promove uma gravidez tranquila e a harmonia entre o casal.

No futuro, deverão ser desenvolvidos instrumentos de avaliação da função sexual passíveis de aplicação global, para que seja possível não só a comparação de resultados, mas quem sabe adotar estes instrumentos em consultas de rotina no período pré-concepcional ou pós-concepcional, por forma a identificar possíveis problemas e a promover uma sexualidade

ativa durante a gravidez. A questão da sexualidade durante a gravidez deverá ser abordada em qualquer parte do mundo e por isso, deveriam existir no futuro, directrizes/normas que facilitassem a abordagem da disfunção sexual na mulher grávida. Outro ponto essencial no estudo da actividade sexual no período gravídico é a importância do companheiro, quer a nível da sua função sexual, quer a nível da sua vivência da gravidez, pelo que em estudos futuros a população alvo deveria ser constituída não só pelas grávidas, mas também pelos seus companheiros.

Por fim, referir que todas as grávidas vivenciam a sua gravidez e a sua sexualidade consoante os seus valores, as suas crenças e a sua cultura, pelo que quando se aborda esta problemática durante a gravidez, deve ser interpretada na sua dimensão bio-psico-social, sendo neste ponto que a Medicina Geral e Familiar tem relevo, pois acompanha a grávida desde o seu nascimento até à morte.

## Bibliografia

1. Bartellas, E., Crane, J.M., Daley, M., Bennett, K.A., and Hutchens, D., *Sexuality and sexual activity in pregnancy*. BJOG, 2000. **107**(8): p. 964-8.
2. Johnson, C.E., *Sexual health during pregnancy and the postpartum*. J Sex Med, 2011. **8**(5): p. 1267-84; quiz 1285-6.
3. von-Sydow, K., *Sexuality During Pregnancy And After Childbirth: A Metacontent Analysis of 59 Studies*. Journal of Psychosomatic Research, 1999. **47**: p. 27-49.
4. Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., and Petru, E., *Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2006. **46**(4): p. 282-7.
5. Leite, A.P., Campos, A.A., Dias, A.R., Amed, A.M., De Souza, E., and Camano, L., *Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy*. Rev Assoc Med Bras, 2009. **55**(5): p. 563-8.
6. Pauleta, J.R., Pereira, N.M., and Graca, L.M., *Sexuality during pregnancy*. J Sex Med, 2010. **7**(1 Pt 1): p. 136-42.
7. Erol, B., Sanli, O., Korkmaz, D., Seyhan, A., Akman, T., and Kadioglu, A., *A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy*. J Sex Med, 2007. **4**(5): p. 1381-7.
8. Corbacioglu, A., Bakir, V.L., Akbayir, O., Cilesiz Goksedef, B.P., and Akca, A., *The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation*. J Sex Med, 2012. **9**(7): p. 1897-903.
9. Senkumwong, N., Chaovitsaree, S., Rugpao, S., Chandrawongse, W., and Yanunto, S., *The changes of sexuality in Thai women during pregnancy*. J Med Assoc Thai, 2006. **89** Suppl 4: p. S124-9.
10. Gokyildiz, S. and Beji, N.K., *The effects of pregnancy on sexual life*. J Sex Marital Ther, 2005. **31**(3): p. 201-15.
11. Aslan, G., Aslan, D., Kizilyar, A., Ispahi, C., and Esen, A., *A prospective analysis of sexual functions during pregnancy*. Int J Impot Res, 2005. **17**(2): p. 154-7.
12. Fok, W.Y., Chan, L.Y., and Yuen, P.M., *Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2005. **84**(10): p. 934-8.
13. Bogren, L.Y., *Changes in sexuality in women and men during pregnancy*. Arch Sex Behav, 1991. **20**(1): p. 35-45.
14. Robson, K.M., Brant, H.A., and Kumar, R., *Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth*. Br J Obstet Gynaecol, 1981. **88**(9): p. 882-9.
15. Alder, E.M., *Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding*. Baillieres Clin Obstet Gynaecol, 1989. **3**(4): p. 805-21.
16. Elliott, S.A. and Watson, J.P., *Sex during pregnancy and the first postnatal year*. J Psychosom Res, 1985. **29**(5): p. 541-8.
17. Pauls, R.N., Occhino, J.A., and Dryfhout, V.L., *Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study*. J Sex Med, 2008. **5**(8): p. 1915-22.
18. Murtagh, J., *Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice*. J Midwifery Womens Health, 2010. **55**(5): p. 438-46.
19. Kontoyannis, M., Katsetos, C., and Panagopoulos, P., *Sexual intercourse during pregnancy*. Health Science Journal, 2012. **6**(1): p. 82-87.
20. Basson, R., *Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions*. CMAJ, 2005. **172**(10): p. 1327-33.
21. Reamy, K. and White, S., *Dyspareunia in Pregnancy*. J Psychosom Obstet Gynaecol, 1985. **4**: p. 263.
22. DeJudicibus, M.A. and McCabe, M.P., *Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women*. J Sex Res, 2002. **39**(2): p. 94-103.
23. Read, J., *Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing*. BMJ, 2004. **329**(7465): p. 559-61.

24. Solberg, D.A., Butler, J., and Wagner, N.N., *Sexual behavior in pregnancy*. N Engl J Med, 1973. **288**(21): p. 1098-103.
25. Morris, N.M., *The frequency of sexual intercourse during pregnancy*. Arch Sex Behav, 1975. **4**(5): p. 501-7.
26. Holtzman, L.C., *Sexual practices during pregnancy*. J Nurse Midwifery, 1976. **21**(1): p. 29-38.
27. Lumley, J., *Sexual feelings in pregnancy and after childbirth*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1978. **18**: p. 114-117.
28. Perkins, R.P., *Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy*. Am J Obstet Gynecol, 1979. **134**(5): p. 498-505.
29. Perkins, R.P., *Sexuality in pregnancy: what determines behavior?* Obstet Gynecol, 1982. **59**(2): p. 189-98.
30. Reamy, K., White, S.E., Daniell, W.C., and Le Vine, E.S., *Sexuality and pregnancy. A prospective study*. J Reprod Med, 1982. **27**(6): p. 321-7.
31. Hart, J., Cohen, E., Gingold, A., and Homburg, R., *Sexual behavior in pregnancy: a study of 219 women*. J Sex Educ Ther, 1991. **17**: p. 86-90.
32. Khamis, M.A., Mustafa, M.F., Mohamed, S.N., and Toson, M.M., *Influence of gestational period on sexual behavior*. J Egypt Public Health Assoc, 2007. **82**(1-2): p. 65-90.
33. Oruc, S., Esen, A., Lacin, S., Adiguzel, H., Uyar, Y., and Koyuncu, F., *Sexual behaviour during pregnancy*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1999. **39**(1): p. 48-50.
34. Uwapusitanon, W. and Choobun, T., *Sexuality and sexual activity in pregnancy*. J Med Assoc Thai, 2004. **87 Suppl 3**: p. S45-9.
35. Barclay, L.M., McDonald, P., and O'Loughlin, J.A., *Sexuality and pregnancy. An interview study*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1994. **34**(1): p. 1-7.
36. Bello, F.A., Olayemi, O., Aimakhu, C.O., and Adekunle, A.O., *Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in ibadan, Nigeria*. ISRN Obstet Gynecol, 2011. **2011**: p. 856586.
37. Adinma, J.I., *Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1995. **35**(3): p. 290-3.
38. Orji, E.O., Ogunlola, I.O., and Fasubaa, O.B., *Sexuality among pregnant women in South West Nigeria*. J Obstet Gynaecol, 2002. **22**(2): p. 166-8.
39. Shojaa, M., Jouybari, L.M., and Sanagoo, A., *Common myths among a group of iranian women concerning sexual relationships during pregnancy*. Arch Med Sci, 2009. **5**: p. 2: 229-232.
40. Eryilmaz, G., Ege, E., and Zincir, H., *Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey*. Gynecol Obstet Invest, 2004. **57**(2): p. 103-8.
41. Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., et al., *Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women*. J Sex Med, 2004. **1**(1): p. 24-34.
42. Basson, R., *Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions*. Int J Impot Res, 2008. **20**(5): p. 466-78.
43. Moulton, A.W. and Carlson, E., *Abordagem Médica da Dispareunia e de Outras Disfunções Sexuais Femininas, 115, p. 621-3*, in *Cuidados primários em Medicina - uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*, A. Goroll, L.A. May, and A.G. Mulley, Editors. 1997, McGraw-Hill, Portugal: Alfragide, Portugal.
44. Clayton, A.H., *Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction*. J Sex Med, 2007. **4 Suppl 4**: p. 260-8.
45. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al., *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J Sex Marital Ther, 2000. **26**(2): p. 191-208.
46. Kaplan, S.A., Reis, R.B., Kohn, I.J., Ikeguchi, E.F., Laor, E., Te, A.E., et al., *Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction*. Urology, 1999. **53**(3): p. 481-6.
47. Lee, J.T., Lin, C.L., Wan, G.H., and Liang, C.C., *Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women*. J Sex Marital Ther, 2010. **36**(5): p. 408-20.

48. Sacomori, C. and Cardoso, F.L., *Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: a retrospective study*. J Sex Marital Ther, 2010. **36**(2): p. 124-36.
49. Jardim, D. and Rodriguez, E., *Sessão de Educação para Grávidas - "Cuide de Si e do Seu Bebê"*, 2011, Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo. Citado em URL: [www.potencialgestante.com.br/tag/melhores-posicoes-para-fazer-sexo-na-gravidez](http://www.potencialgestante.com.br/tag/melhores-posicoes-para-fazer-sexo-na-gravidez).
50. Caniço, H., Bairrada, P., Rodrique, E., and Carvalho, A., *Novos Tipos de Família - Plano de Cuidados*. 2010, Imprensa da Universidade de Coimbra.cap.3.1 p. 17-18.
51. McDaniel, M.L., *Sexuality in Pregnancy*. The Female Patient, 2007. **32**.