



**MARIA HELENA CARREIRA ANASTÁCIO JUNQUEIRA**

**DISCURSOS FEMININOS SOBRE A SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ**

**– UM ESTUDO NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA –**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ESTUDOS SOBRE AS MULHERES**

**ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA TERESA JOAQUIM**

**CO-ORIENTADORA: MESTRE ANA CORREIA DE CAMPOS**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**LISBOA, MARÇO DE 2008**

**NA CAPA**

***“Casal em Pé”***, desenho de Gustav Klimt, Galeria Welz, Salzburgo, sem data.



**MARIA HELENA CARREIRA ANASTÁCIO JUNQUEIRA**

**DISCURSOS FEMININOS SOBRE A SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ**

**– UM ESTUDO NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA –**

Dissertação apresentada à Universidade Aberta de Lisboa para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Estudos sobre as Mulheres, realizada sob orientação científica da Professora Doutora Teresa Joaquim – Professora Auxiliar da Universidade Aberta de Lisboa – e co-orientação da Mestre Ana Correia de Campos – Directora do Serviço de Medicina Materno-Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

**ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA TERESA JOAQUIM**

**CO-ORIENTADORA: MESTRE ANA CORREIA DE CAMPOS**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**LISBOA, MARÇO DE 2008**

**“Espalhem a Notícia”**

*Espalhem a notícia  
do mistério da delícia  
desse ventre  
Espalhem a notícia  
do que é quente e se parece  
com o que é firme  
e com o que é vago  
esse ventre que eu afago  
que eu bebia de um só trago  
se pudesse*

*Divulguem o encanto  
o ventre de que canto  
que hoje toco  
a pele onde à tardinha desemboco  
tão cansado  
esse ventre vagabundo  
que foi rente e foi fecundo  
que eu bebia até ao fundo  
saciado*

*Eu fui ao fim do mundo  
eu vou ao fundo de mim  
eu vou ao fundo do mar  
vou ao fundo do mar  
no corpo de uma mulher  
bonita.*

**Sérgio Godinho,**  
in **“Canto da Boca”** (1981)

Dedico este trabalho a todos aqueles que me ajudaram a fortalecer este sonho, especialmente,

*Ao meu marido Pedro*

*Aos meus pais Vitor & Gracinda*

*Aos meus irmãos Vitor, Gracinda & Isabel*

## **AGRADECIMENTOS**

O presente estudo traduz um percurso caracterizado, inevitavelmente, por avanços e recuos, por conquistas e frustrações, por dúvidas e certezas, próprias de um processo de investigação. Sem a colaboração, o apoio e o incentivo de muitas pessoas este trabalho não teria sido possível. Desejo expressar, por isso, os meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para que ele se tenha tornado uma realidade.

Expresso, especialmente, os meus agradecimentos à Professora Doutora Teresa Joaquim pela sua disponibilidade em conduzir a realização desta investigação, sem ela não teria sido possível. Pelas suas críticas construtivas que foram fundamentais, pelo seu encorajamento e por estar sempre atenta aos problemas e dificuldades do dia-a-dia.

À Dra. Ana Correia de Campos, estou igualmente grata pela disponibilidade demonstrada durante a realização do estudo, pela orientação e sugestões dadas, bem como pelo interesse em debater ideias e dúvidas.

Agradeço também a todas as mulheres que, na sua maravilhosa generosidade me deixaram entrar nas suas vidas e partilharam comigo a sua intimidade.

Expresso ainda os meus maiores agradecimentos:

À amiga e colega Zélia pelas palavras de incentivo e encorajamento e, por ter estado sempre presente para partilhar os avanços e os retrocessos, ao longo do trajecto percorrido.

À minha irmã Maria Isabel pela paciência e pelos preciosos ensinamentos para a elaboração das tabelas que compõem este estudo.

A todos os familiares pela força e incentivo que sempre souberam dar nos momentos mais difíceis.

A todos, o meu “OBRIGADA”.

## RESUMO

A forma como a sexualidade é vivenciada durante a gravidez é muito individual. Os estudos neste âmbito evidenciam que esta pode ser influenciada por factores físicos, emocionais e relacionais, bem como pelas representações sociais sobre a sexualidade durante a gravidez. Partindo deste pressuposto propusemo-nos estudar a perspectiva feminina sobre a vivência da sexualidade durante a gravidez.

Organizámos o enquadramento teórico em torno de três grandes áreas temáticas: a gravidez, a sexualidade e a representação psicossocial da gravidez.

Desenvolvemos um estudo exploratório e descritivo de orientação fenomenológica, tendo por base as narrativas das participantes sobre a sua experiência pessoal neste domínio. Os dados foram obtidos através de entrevistas não estruturadas, efectuadas a dezoito puérperas, que se encontravam internadas no Serviço de Puérperas II da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, após terem dado à luz os seus filhos.

Para proceder à análise dos discursos produzidos pelas participantes, utilizámos a técnica da análise de conteúdo, que permitiu identificar e isolar seis grandes temas: *confirmação do diagnóstico de gravidez; evolução da gravidez; alterações sentidas durante a gravidez; vivência da sexualidade durante a gravidez; crenças e medos relacionados com as relações sexuais durante a gravidez e a abordagem da sexualidade durante a gravidez nas consultas de vigilância pré-natal.*

O carácter qualitativo do estudo não permite a extrapolação dos resultados, pelo que as conclusões só podem ser válidas para a amostra em estudo. Não obstante, revestem-se de grande importância para reflectir sobre a prática de enfermagem no âmbito da saúde sexual da mulher grávida.

Concluimos que as entrevistadas apesar de terem mantido desejo sexual ao longo da gravidez, experienciaram uma diminuição da frequência, com níveis de satisfação sexual semelhantes aos pré-gravídicos. A maioria manifestou ideias favoráveis à actividade sexual durante a gravidez, no entanto, a persistência de algumas crenças limitou o “casal grávido” a vivenciar plenamente a sua sexualidade. A sexualidade durante a gravidez é ainda um assunto pouco ou superficialmente abordado pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros.

**Palavras-Chave:** *Gravidez, Sexualidade, Representações Sociais*

## ABSTRACT

The way in which sex is practised during pregnancy is a very individual decision. Studies in this field show that this can be influenced by physical, emotional and relational factors as well as current trends regarding this. Starting with this assumption, we proposed to study the feminine aspect in the question of sex during pregnancy.

We organised the theory around three main thematic areas: pregnancy, sexuality and psycho-social trends of pregnancy.

We developed an exploratory and descriptive study of phenomenological orientation, basing it on the personal experiences of the participants in this field. The details were obtained through unscripted interviews with eighteen patients in the puerperal period in the “Serviço de Puérperas II” – Maternidade Dr. Alfredo da Costa, after giving birth.

We analysed the contents of the participants’ accounts identifying and isolating six main themes: *confirmation of the diagnosis of pregnancy; evolution of the pregnancy; alterations felt during pregnancy; practise of sex during pregnancy; beliefs and fears connected to sexual relations during pregnancy; and the approach to sexuality during pregnancy in prenatal check-ups.*

The qualitative character of the study did not allow the extrapolation of the results, so the conclusions are valid only for the current study. However, they are of great importance when thinking about nursing within the realm of sexual health of the pregnant woman.

We concluded that the interviewees, although maintaining sexual desire throughout pregnancy, experienced a lessening of the frequency with levels of sexual satisfaction similar to pre-pregnancy. Most of them were in favour of sexual activity during pregnancy, although the persistence of certain beliefs limited the “pregnant couple” from fully experiencing their sexuality. Sexuality during pregnancy is still a subject which is rarely or only vaguely broached by health professionals, especially by nurses.

**Key words:** *Pregnancy, Sexuality, Social Trends*

## **ÍNDICE**

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>I</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>X</b>
<b>SIGLAS</b> .....	<b>XI</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 – A MULHER GRÁVIDA</b> .....	<b>12</b>
<b>1. A GRAVIDEZ COMO VIVÊNCIA HUMANA</b> .....	<b>13</b>
1.1. ALTERAÇÕES BIO-FISIOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ.....	15
1.2. ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ .....	21
1.3. ALTERAÇÕES SOCIAIS E CULTURAIS DURANTE A GRAVIDEZ.....	22
<b>2. AS FASES DA GRAVIDEZ</b> .....	<b>26</b>
2.1. PRIMEIRO TRIMESTRE.....	26
2.2. SEGUNDO TRIMESTRE.....	29
2.3. TERCEIRO TRIMESTRE .....	31
<b>CAPÍTULO 2 – A SEXUALIDADE</b> .....	<b>34</b>
<b>1. A MULHER GRÁVIDA E A SUA SEXUALIDADE</b> .....	<b>42</b>
<b>2. A ACTIVIDADE SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ</b> .....	<b>45</b>
<b>3. AS CONTRA-INDICAÇÕES BIO-FISIOLÓGICAS DAS RELAÇÕES COITAIS DURANTE A GRAVIDEZ</b> .....	<b>51</b>
3.1. ABORTAMENTO .....	52
3.2. HEMORRAGIA.....	53

3.3.	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS .....	53
3.4.	PARTO PREMATURO .....	54
3.5.	INFECÇÃO .....	55
3.6.	EMBOLIA GASOSA .....	55
<b>4.</b>	<b>CONTRIBUTOS ANTROPOLÓGICOS NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE NA MULHER GRÁVIDA.....</b>	<b>57</b>
<b>5.</b>	<b>ESTUDOS SOBRE A SEXUALIDADE NA MULHER GRÁVIDA.....</b>	<b>65</b>
5.1.	ESTUDOS INTERNACIONAIS .....	66
5.2.	ESTUDOS NACIONAIS .....	73
	<b>CAPÍTULO 3 – OS SABERES SOCIAIS DA GRAVIDEZ .....</b>	<b>77</b>
<b>1.</b>	<b>O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL .....</b>	<b>78</b>
<b>2.</b>	<b>A REPRESENTAÇÃO PSICOSSOCIAL DA GRAVIDEZ .....</b>	<b>84</b>
2.1.	A REPRESENTAÇÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	88
2.2.	A REPRESENTAÇÃO DO CORPO .....	90
<b>3.</b>	<b>AS CRENÇAS E OS MITOS.....</b>	<b>94</b>
	<b>CAPÍTULO 4 – BREVE APONTAMENTO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....</b>	<b>99</b>
	<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>101</b>
	<b>CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA.....</b>	<b>102</b>
<b>1.</b>	<b>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>102</b>
1.1.	FASE EXPLORATÓRIA: LIMITAÇÕES E SOLUÇÕES.....	103
1.2.	A PROBLEMÁTICA: QUESTÃO DE PARTIDA E OUTRAS QUESTÕES ORIENTADORAS .....	105
1.3.	OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	108
1.4.	OPÇÕES METODOLÓGICAS .....	109
1.4.1.	<i>Metodologia seleccionada.....</i>	<i>109</i>
1.4.2.	<i>Tipo de estudo seleccionado.....</i>	<i>111</i>
1.5.	DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E ELEMENTOS DA AMOSTRA .....	113
1.5.1.	<i>Local de recolha de dados.....</i>	<i>116</i>
1.6.	TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS.....	118
1.7.	RECOLHA DE DADOS .....	122
1.8.	DETERMINAÇÃO DO TEMA CENTRAL .....	124
1.9.	ALGUNS ASPECTOS SUBJACENTES AO TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO .....	125
1.10.	ESTUDO PILOTO .....	128
1.11.	OBSTÁCULOS À REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LIMITAÇÕES DO MESMO .....	129
	<b>CAPÍTULO 2 – AS ENTREVISTADAS .....</b>	<b>131</b>

2.1	CASO N.º 1 .....	131
2.2	CASO N.º 2 .....	133
2.3	CASO N.º 3 .....	135
2.4	CASO N.º 4 .....	136
2.5	CASO N.º 5 .....	137
2.6	CASO N.º 6 .....	138
2.7	CASO N.º 7 .....	140
2.8	CASO N.º 8 .....	141
2.9	CASO N.º 9 .....	143
2.10	CASO N.º 10 .....	145
2.11	CASO N.º 11 .....	146
2.12	CASO N.º 12 .....	147
2.13	CASO N.º 13 .....	148
2.14	CASO N.º 14 .....	149
2.15	CASO N.º 15 .....	150
2.16	CASO N.º 16 .....	151
2.17	CASO N.º 17 .....	153
2.18	CASO N.º 18 .....	154
<b>1.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CULTURAL DAS PARTICIPANTES NO ESTUDO .....</b>	<b>157</b>
<b>2.</b>	<b>O DISCURSO DAS ENTREVISTADAS: VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ .....</b>	<b>164</b>
2.1.	CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ .....	167
2.1.1.	<i>Diagnóstico de gravidez</i> .....	167
2.1.2.	<i>Sentimentos que emergiram quando do diagnóstico</i> .....	170
2.1.3.	<i>Planeamento da gravidez</i> .....	173
2.1.4.	<i>Aceitação da gravidez</i> .....	175
2.2.	EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ .....	177
2.2.1.	<i>Como decorreu o período de gravidez</i> .....	177
2.3.	ALTERAÇÕES SENTIDAS DURANTE A GRAVIDEZ .....	182
2.3.1.	<i>Alterações fisiológicas</i> .....	183
2.3.2.	<i>Alterações emocionais</i> .....	186
2.3.3.	<i>Alterações no relacionamento conjugal</i> .....	188
2.3.4.	<i>Alterações da sexualidade</i> .....	191
2.4.	VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ .....	196
2.4.1.	<i>Alterações vividas ao longo dos três trimestres de gravidez</i> .....	197
2.4.2.	<i>Sentimentos experimentados no domínio sexual</i> .....	210
2.4.3.	<i>Diálogo conjugal acerca deste assunto</i> .....	212
2.5.	CRENÇAS RELACIONADAS COM AS RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE A GRAVIDEZ 216	
2.5.1.	<i>Crenças centradas na grávida</i> .....	217
2.5.2.	<i>Crenças centradas no feto</i> .....	218
2.6.	ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL .....	221
2.6.1.	<i>Abordaram questões relacionadas com a sexualidade</i> .....	222
2.6.2.	<i>Iniciativa de quem</i> .....	224
2.6.3.	<i>Não abordaram questões relacionadas com a sexualidade</i> .....	227
2.6.4.	<i>Importância atribuída pela grávida à abordagem deste tema</i> .....	229
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>		<b>232</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>240</b>

<b>REFERÊNCIAS WEB</b> .....	<b>254</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>255</b>
<b>ANEXO 1 – TEXTO INTEGRAL (P. 105)</b> .....	<b>256</b>
<b>ANEXO 2 – GUIÃO DA ENTREVISTA</b> .....	<b>257</b>
<b>ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O PRESENTE ESTUDO</b> .....	<b>258</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

TABELA 1 – TEMAS DAS ENTREVISTAS .....	124
TABELA 2 – DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ .....	168
TABELA 3 – SENTIMENTOS QUE EMERGIRAM AQUANDO DO DIAGNÓSTICO.....	171
TABELA 4 – PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ.....	174
TABELA 5 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ .....	175
TABELA 6 – COMO DECORREU O PERÍODO DE GRAVIDEZ.....	178
TABELA 7 – ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.....	183
TABELA 8 – ALTERAÇÕES EMOCIONAIS .....	187
TABELA 9 – ALTERAÇÕES NO RELACIONAMENTO CONJUGAL.....	188
TABELA 10 – ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE.....	192
TABELA 11 – ALTERAÇÕES VIVIDAS AO LONGO DOS TRÊS TRIMESTRES DE GRAVIDEZ .....	198
TABELA 12 – SENTIMENTOS EXPERIMENTADOS NO DOMÍNIO SEXUAL.....	210
TABELA 13 – DIÁLOGO CONJUGAL ACERCA DESTE ASSUNTO .....	212
TABELA 14 – CRENÇAS CENTRADAS NA GRÁVIDA.....	217
TABELA 15 – CRENÇAS CENTRADAS NO FETO .....	218
TABELA 16 – ABORDARAM QUESTÕES RELACIONADAS COM A SEXUALIDADE .....	222
TABELA 17 – INICIATIVA DE QUEM.....	224
TABELA 18 – NÃO ABORDARAM QUESTÕES RELACIONADAS COM A SEXUALIDADE.....	227
TABELA 19 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELA GRÁVIDA À ABORDAGEM DESTE TEMA .....	229

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1. DETERMINANTES DAS REPRESENTAÇÕES DE GRAVIDEZ E MATERNIDADE.....	85
---	----

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CULTURAL DAS ENTREVISTADAS.....	158
QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO SUCINTA DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA DAS ENTREVISTADAS .....	162
QUADRO 3 – CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS CRIADAS E REFERENTES ÀS ENTREVISTAS REALIZADAS .....	165

## **SIGLAS**

Cf. – Confronte, compare

coord – coordenadores

C.T.G. – Cardiotocografia

d – dias

D.P.N. – Diagnóstico Pré-Natal

eds – editores

*et al.* – *et alii*

*idem* – o mesmo, igualmente, também

*ibid.* – *ibidem*

I.N.E.M. – Instituto Nacional de Emergência Médica

M.A.C. – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

O.M.S. – Organização Mundial de Saúde

orgs – organizadores

p. – página

pp. – páginas

R.E.P.E. – Regulamento do Exercício de Enfermagem

R.N. – Recém-Nascido

S – Semanas

ss. – seguintes

s.d. – sem data

S.I.D.A. – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana

*Vid.* – *Vide*

W.H.O. – World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a sexualidade humana foi encarada como um código de comportamentos altamente influenciado pelas regras da moralidade vigentes. Na actualidade, o nosso tecido social começa a compreender que a sexualidade não é uma realidade puramente biológica, mas sim, caracteristicamente humana, não só fortemente influenciada pelos aspectos afectivos mas, também pelas normas societárias. Todavia, os afectos não se conseguiram sobrepor, ainda, às normas sociais.

Se é certo que, por um lado a sexualidade encarna uma parte biológica inegável, estritamente relacionada com a reprodução da espécie, por outro, vêmo-la desabrochar num conjunto de transformações corporais emergentes do desejo, rodeadas de sensualidade, afectividade e erotismo. Ligada a tantas reacções emocionais, proporciona a muitas pessoas *"aquilo que consideram como as suas mais significativas experiências emocionais como indivíduos"* (Strongman, K., 1998: 224). Segundo Vellay, P. (1998: 35) a sexualidade, na sua realização total, é *"um dom recíproco no qual deve ser proscrita qualquer forma de egoísmo. É através do outro que cada membro do casal deve obter a sua plenitude. O amor é o elemento importante desta realização"*. A sexualidade é, em seu entender, bem sucedida quando cada um vai dando e recebendo o que pode. Só assim, é possível o equilíbrio do casal através do prazer.

São vários os autores que partilham a ideia de que a sexualidade humana, contrariamente à visão simplista de outrora, abrange questões de fundo tão profundas que vão desde as biológicas, às psico-afectivas, até às sócio-culturais (Colman, L. & Colman, A., 1994; Cordeiro, J., 1987; Couto, A., 1994).

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, (O.M.S.), (1975)<sup>1</sup> a sexualidade humana é *"uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental"*. A sexualidade humana, quando vivida sob a forma de relação sexual desempenha, portanto, um importante papel na formação pessoal e social do homem e da mulher, tornando-se determinante para a saúde sexual de cada um.

Ainda segundo a O.M.S. (1975), a saúde sexual inclui a *"integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de tal forma que enriqueçam e potenciem a personalidade, a comunicação e o amor"*. Sendo esta a perspectiva defendida pela O.M.S. no âmbito da sexualidade humana, torna-se importante salientar que, ao longo deste estudo, quando utilizamos o termo de relação sexual referimo-nos à relação amorosa estabelecida entre homem e mulher que pode incluir ou não a relação coital. Cremos que com esta opção estamos em harmonia com a definição internacional que, nesta matéria e, de uma maneira geral, por todos é reconhecida.

Estando certos de que o significado da sexualidade humana não é o de simples desenvolvimento ou transfiguração das estruturas corporais, importa também saber o que lhe acontece quando há alterações anatómicas, orgânicas e emocionais, como se verifica na mulher durante a gravidez. Será que estas alterações são sempre sinónimo de preocupações? Será que a grávida as comunica ao seu parceiro? Que problemas enfrenta o casal durante a gravidez ao nível da sua sexualidade? Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?

---

<sup>1</sup> Vid., na matéria, W.H.O. (1975), *Education and Treatment in Human Sexuality: the Training of Health Professionals*, W.H.O. Technical Report Series no. 572, Geneva: World Health Organization, pp. 5 e ss..

A sexualidade feminina, como fenómeno que pode ser estimulado ou reprimido pela gravidez, tem sido motivo de muitas conjecturas. Os tabus<sup>2</sup> e sanções relativos a este tema talvez sejam somente comparáveis àqueles que relacionam o mal ao fluxo menstrual<sup>3</sup> nas mulheres. Muitos deles tentam basear-se em fundamentos biológicos, quando, na realidade, se apoiam em fontes que vão da especulação obscura a preconceitos extremos.

As mulheres grávidas *"não são apenas pacientes da maternidade, corpos grávidos onde se investiga a patologia... nem sequer meras candidatas a mães"* (Kitzinger, S., 1992: 14). Elas estão, antes de mais, envolvidas numa importante viagem de descoberta e mudança, onde o prazer sexual continua a ser assunto tabu.

Diluída na ampla temática da sexualidade humana, consideramos que a sexualidade durante a gravidez assume uma vertente muito especial. Representa uma virtualidade integrante do destino biológico e social da mulher e tem sido, desde sempre, indispensável à vida humana. A gravidez, mais do que um singelo processo de procriação, pode proporcionar, para algumas mulheres, um desenvolvimento pessoal e social importante. Para além disso, representa também, um momento especial para o casal realizar a aventura da descoberta do mistério dos corpos e dos padrões de reacção ao prazer, através do estabelecimento de uma harmoniosa relação sexual.

---

<sup>2</sup> Tabu significa *"prática supersticiosa da Oceânia que dá carácter sagrado a determinado ser ou a determinada coisa, proibindo o contacto com ele ou o seu uso; (...) aquilo que não pode ser discutido ou em que não se pode tocar"* (Dicionário da Língua Portuguesa, 1999: 1556).

<sup>3</sup> Segundo Capellá, A., (2003: 77) *"o social estabelece duas classes sociais fortemente diferenciadas: o homem e a sexualidade masculina e a mulher e a sexualidade feminina... e, salvo raras excepções, o valor homem e o masculino são destacados, enquanto a mulher ou o feminino ficam colocados noutra plano, de carácter marginal e desvalorizado... assim o expressa com ênfase, de forma paradigmática, o modo como em certas sociedades se situa no lugar do tabu, do proibido e da impureza, um dos elementos essenciais do ser mulher ligado à fecundidade: a menstruação e, por extensão, a mulher durante o período menstrual. Durante a menstruação a mulher é isolada e o seu contacto evitado, pela presunção de que pode transmitir males à comunidade (na Idade Média pensava-se que o contacto com o mênstruo – a sua ingestão – podia provocar loucura) "*.

Na classe dos mamíferos, somente os seres humanos e algumas espécies de primatas têm relações sexuais durante a gestação (Solberg, D. *et al.*, 1973). Porém, e se a sexualidade é certamente um dos aspectos mais importantes da vida humana, como já o dissemos, a sua vivência durante a gestação parece ser um dos pontos mais vulneráveis do relacionamento do casal.

Na gravidez, a mulher passa, inevitavelmente, por uma revolução hormonal e por profundas alterações no 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. Estas alterações orgânicas que as mulheres experimentam durante a gestação podem causar desconforto e influir fortemente na vida sexual do casal.

Por outro lado, e do ponto de vista psicológico, a mulher pode não se sentir atraente ou feminina, diminuindo com isto a sua auto-estima. Na sociedade actual, a imagem que é veiculada através dos meios de comunicação é a da mulher não grávida. O corpo da mulher grávida não é enaltecido e a gravidez, assume-se, com frequência, como uma fase da vida da mulher em que ela não é atraente.

A sexualidade da mulher na gravidez dependerá de como se percebe, se avalia e se valoriza. Sentir-se amada e atraente depende, também, dos esforços do seu companheiro em demonstrar claramente que os seus sentimentos não mudaram, pelo contrário, até pode sentir maior afectividade pela futura mãe do seu filho. A auto-estima diminuída manifesta-se, na grávida, por extrema insegurança e, não raras vezes, pela nítida impressão que o companheiro está a forçar ou a simular sentimentos que não tem.

O exercício da sexualidade durante a gestação depende também e, de forma significativa, de como é visto pela própria mulher antes da gestação. Se a visão anterior for negativa, ou seja, visto como algo sujo, ou até pecaminoso, é óbvio que não se conseguirá reverter durante o curto período da gestação para uma visão positiva. A visão da mulher, no âmbito da sexualidade, está fortemente vinculada à educação recebida pelos seus pais ou pessoas que exerceram ou exercem este papel, sabendo-se também que, a sexualidade na gravidez é visto como algo de “impuro” pela maior parte

das religiões. Este aspecto sempre teve um peso importante na maneira como a sexualidade é vivida neste período.

A cultura e as tradições de cada sociedade também influenciam, com maior ou menor intensidade, a vida sexual do casal durante a gestação. Estudos precedentes à presente investigação demonstram que a sexualidade durante a gravidez é influenciada por diversos factores, entre os quais se destacam as crenças: *"a maioria das mulheres têm crenças favoráveis acerca das relações sexuais durante a gravidez, mas persistem em algumas delas ideias inibidoras e medos, baseados em falsos conceitos e superstições"* (Portelinha, C., 2003: 142).

Por exemplo, os Yânomanes da Venezuela e do Brasil acreditam que para que uma criança cresça 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, E., 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, J., 1995). No Japão, algumas grávidas acreditam que exercícios extenuantes, como a actividade coital, podem suavizar o trabalho de parto (Lopes, G. *et al.*, 1995). Na China, um estudo retrospectivo em dois hospitais-escola de Hong Kong, encontrou baixa actividade coital antes da gestação, e uma diminuição ainda mais acentuada durante a gestação, provavelmente devido à repressão da expressão sexual na cultura chinesa, comparativamente à cultura ocidental (Atputharajah, V., 1987).

Também sabemos que a mulher, ao longo da sua vida, vai ouvindo relatos de vivências e histórias que se disseminam sucessivamente de geração em geração, e que, em muitos casos, configuram crenças<sup>4</sup> ou mitos<sup>5</sup> determinantes dos seus comportamentos, geradores de incertezas e de medos. Estes relatos e vivências podem

---

<sup>4</sup> A "crença" é o "acto de crer; atitude de espírito que admite, em grau variável (certeza, convicção, opinião), uma coisa como verdadeira; (...) opinião adoptada com fé e convicção" (Dicionário da Língua Portuguesa, 1999: 446).

<sup>5</sup> O "mito" significa o mesmo que "representação falsa, por simplista, mas geralmente admitida por todos os membros de um grupo" (Dicionário da Língua Portuguesa, 1999: 1104).

constituir também factores, a partir dos quais, a grávida começa a construir a representação da sua própria gravidez (Couto, A., 1994). É sob esta influência, que os mais diversos grupos sociais constituem à volta da gravidez um conjunto de normas comportamentais, quer ao nível das interdições, quer ao nível das obrigações e que, de forma muito clara, fazem ressaltar a importância social atribuída a este fenómeno de reprodução.

Desta forma, podemos entender a importância da Educação para a Saúde durante a gravidez. Trata-se de um período de preparação física, psicológica e social da mulher e da sua família para o parto e para a maternidade, constituindo, por isso, um momento de intensa aprendizagem para os futuros pais. Esta é, talvez, uma oportunidade única para os profissionais de saúde poderem influenciar a saúde da grávida, proporcionando um atendimento adequado e orientações específicas, que permitam potenciar os aspectos positivos e os hábitos de vida saudáveis, desmistificar mitos e crenças, esclarecer as dúvidas que possam surgir e assim, planear cuidados de saúde que garantam um bem-estar, quer à mãe quer ao filho.

Como enfermeira, a investigadora considera necessário e urgente, consciencializar os profissionais de enfermagem para a importância dos ensinamentos à grávida e, mais do que isso, que estes adquiram um carácter mais abrangente, possibilitando a discussão e esclarecimentos em torno da sexualidade durante a gravidez. Importa por isso, perceber como a grávida vivencia esta questão, a importância que atribui ao tema e, compreender também o que espera ela do profissional de saúde que a acompanha.

No intuito de colaborar para o aumento do conhecimento nesta área e alertar para a necessidade dos enfermeiros investirem mais tempo nos ensinamentos à grávida sobre a sexualidade, definimos como objectivo principal desta investigação, “*estudar a vivência da sexualidade durante a gravidez*”. A opção pelo termo de vivência tem em conta que este “*designa o conjunto de acontecimentos inscritos no fluxo da existência, que são imediatamente compreendidos e integrados na consciência subjectiva*” (Doron, R. & Parot, F., 2001: 776). Nesta perspectiva, assume particular importância a carga afectiva da experiência vivenciada.

Mediante o exposto, surge como questão de partida deste estudo:

---

***Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?***

---

No âmbito da questão de partida, emergem outras questões que parecem relevantes para conduzir este estudo, na medida em que contribuem para clarificar o fenómeno – sexualidade na gravidez. São elas:

- Que alterações se observam na mulher durante a gravidez?
- Quais as alterações que ocorrem na vivência da sexualidade na mulher durante a gravidez?
- Os significados e expectativas da mulher face à sexualidade durante a gravidez são influenciados por crenças?
- Que importância é que as grávidas atribuem à abordagem do tema da sexualidade nas consultas de vigilância pré-natal?

Depois de determinado o domínio de investigação, e na tentativa de dar resposta às questões levantadas, orientámos a nossa investigação em função dos seguintes objectivos:

- 1) Identificar e conhecer as alterações provocadas pela gravidez;
- 2) Averiguar se as puérperas entrevistadas, internadas no Serviço de Puérperas II da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (M.A.C.), no âmbito da sexualidade, foram ou não influenciadas por mitos ou crenças?
- 3) Identificar o tipo de crenças predominantes relativamente à sexualidade durante a gravidez;
- 4) Compreender de que forma as representações sociais afectam a vivência da sexualidade nas mulheres durante a gravidez;

- 5) Conhecer a importância atribuída pelas puérperas à Educação para a Saúde durante a gravidez em geral e, mais especificamente, no âmbito da sexualidade durante a gravidez.

Por conseguinte, uma investigação neste âmbito representa um desafio interessante e estimulante a enfrentar porque:

1. Permite dar continuidade a uma motivação e interesse pessoal e profissional nesta temática;
2. Se mostra estimulante a ideia de interpretar um fenómeno quotidiano, tido como perfeitamente natural, apesar de se inscrever dentro de domínios aparentemente inquestionáveis e inquestionados pela própria gestante;
3. O facto de vermos os cuidados pré-natais, prestados em cuidados de saúde primários, basicamente limitados às necessidades físicas da mulher (e do bebé), em detrimento do todo interrelacionado e dinâmico que constitui a pessoa;
4. O desafio que constitui uma investigação neste âmbito, face à quase inexistência de obras de referência e de literatura portuguesa que abordem o tema, podendo assim contribuir para aumentar o conhecimento neste domínio e proporcionar intervenções de saúde fundamentadas e mais concretas, com vista a mais e melhor saúde durante a gravidez.

Nesta linha de pensamento, partimos para o nosso estudo de carácter qualitativo, (estudo exploratório e descritivo de orientação fenomenológica), no qual realizámos entrevistas semi-estruturadas, acompanhadas da observação não participante a mulheres, seleccionadas por conveniência, no segundo ou terceiro dia pós-parto, no Serviço de Puérperas II da M.A.C.. Estas entrevistas foram efectuadas entre Março e Maio de 2007.

Na presente dissertação descrevemos esse estudo, enquadrado no VIII Curso de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, na Universidade Aberta de Lisboa. Na

primeira parte deste trabalho, organizada em quatro capítulos, abordamos os aspectos teóricos que considerámos pertinentes para a problemática que nos propomos estudar, focando a gravidez e maternidade como fenómenos bio-psico-sócio-culturais. Esta parte constitui o referencial conceptual que alimenta e justifica a investigação. No primeiro capítulo procedemos a uma revisão da literatura acerca da gravidez, perspectivando-a como vivência humana interpelada por alterações de ordem bio-fisiológica, psicológica e social; posteriormente, no segundo capítulo abordamos a sexualidade humana, as alterações da sexualidade ao longo da gravidez e algumas contra-indicações das relações coitais durante a gravidez. Em seguida, dedicamos atenção a alguns factos antropológicos relacionados com o nosso objecto de estudo. Terminamos este capítulo com uma descrição sucinta da maior parte dos estudos internacionais e nacionais realizados sobre esta matéria. No terceiro capítulo abordamos a representação psicossocial da gravidez e procedemos à definição de alguns conceitos, como sejam: as representações sociais, os mitos, os tabus e as crenças. No último capítulo desta primeira parte, afluamos a importância da Educação para a Saúde no exercício da enfermagem.

Na segunda parte, no primeiro capítulo, delineamos os pressupostos metodológicos adoptados que, em nosso entender, se mostram adequados à persecução dos objectivos a que nos propomos e que se consubstanciam na realização da pesquisa. É neste capítulo que justificamos a escolha do objecto de estudo e da problemática, das questões e objectivos da investigação. Apresentamos também, os instrumentos e técnicas utilizadas bem como as limitações e os obstáculos à realização do estudo. No segundo capítulo fazemos uma breve descrição das entrevistas, procedendo posteriormente ao seu estudo e interpretação através da análise de conteúdo. Terminamos com uma síntese e principais conclusões da investigação que, embora não sendo generalizáveis poderão contribuir para a qualidade dos cuidados a prestar à mulher grávida no âmbito da vigilância pré-natal, mais particularmente, na área da Educação para a Saúde. Estes poderão ainda servir de guias para futuras pesquisas na expectativa de colaborar na construção do conhecimento.

Podemos ainda encontrar em anexo e em suporte digital, um CD com a transcrição das entrevistas efectuadas às participantes, as quais poderão a qualquer momento, caso se justifiquem serem consultadas.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO 1 – A MULHER GRÁVIDA**

Ao procurarmos com este estudo conhecer como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez, entendemos ser oportuno desenvolver este primeiro capítulo em torno de três importantes áreas: a biológica, a psicológica e a sócio-antropológica.

Perspectivar a sexualidade na mulher grávida do ponto de vista bio-psico-social significa, desde logo, o desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar que permita entendê-la como um notável e complexo fenómeno, profundamente enraizado em aspectos culturais que importa conhecer. Significa, por outro lado, utilizar uma abordagem holística<sup>6</sup>, na qual a visão global da mulher grávida permite tratá-la como um fenómeno de natureza multifacetada, que resulta de interacções complexas entre factores físicos, biológicos, psicológicos, culturais e sociais.

Pretende-se que este trabalho, ao olhar a mulher grávida como um todo interrelacionado e dinâmico, se prenda essencialmente com as perspectivas do cuidar em enfermagem, considerando ser o cuidar que nos leva a conhecer melhor o sentido do holismo (Brusco, A., 1999). Para Hesbeen, W. (2000) cuidar designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde. Assim sendo, cuidar é, antes de mais, o estabelecimento de uma relação humana e de ajuda em que devemos considerar o outro como pessoa única, atribuindo-lhe uma carga familiar, social e cultural, de forma a reconhecê-la como um todo. Por essa razão, o profissional de enfermagem perante a mulher grávida, deve realizar acções que possibilitem o seu

---

<sup>6</sup> O termo holismo "*opõe-se a todas as formas de reducionismo e implica a integração de partes para se conseguir a harmonia*" (Griffin, A., 1994: 20).

desenvolvimento, ajudando-a a adaptar-se às mudanças temporárias de saúde, orientando-a e auxiliando-a em cada uma das etapas da gravidez.

As crenças populares que muitas mulheres possuem acerca da aventura que é a gravidez e o nascimento, podem dominar ponderosamente a grávida e a sua família regulando, por vezes, comportamentos e atitudes negativas que podem interferir na vivência da sua gravidez. Promover a saúde no período pré-concepcional e pré-natal é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, modificados ou mesmo eliminados.

Acompanhar uma gravidez, assistir um nascimento ou cuidar num pós-parto, são talvez das experiências mais gratificantes da vida humana. Processos bem definidos, limitados no tempo e ligados à reprodução, eles compreendem um grande espectro de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais, a nível físico, cognitivo, emocional e comportamental. Estas mudanças representam um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação da mulher. No próximo capítulo procedemos à abordagem da gravidez como vivência humana.

## **1. A GRAVIDEZ COMO VIVÊNCIA HUMANA**

*“A única atitude positiva para um casal que espera um filho é a partilha dos problemas, das preocupações, das responsabilidades ... e do prazer”.*

(Gondonneau, J. & Garnier, G., 1975: 113)

Algumas controvérsias em torno de definições simplistas de gravidez, que a encaram como um “*estado do útero ou da mulher grávidos*” (Dicionário Médico, 2000: 291)<sup>7</sup>, levam-nos a adoptar uma visão mais abrangente do termo, na medida em que ao

---

<sup>7</sup> A duração da gravidez humana é de 9 meses de calendário, 10 meses lunares, 40 semanas ou 280 dias, período que medeia entre a concepção e o parto, considerando-se de termo (ou seja, sendo o feto

consideramos a gravidez um fenómeno biológico, temos a preocupação de a enquadrar no domínio psicossocial de cada grávida. Esta visão é consensual entre a comunidade científica que considera que a gravidez na espécie humana não pode ser reduzida somente à sua natureza biológica, *“sendo evidente que as alterações biológicas resultantes do processo gravídico justificam parte das modificações psicológicas vivenciadas pela mulher grávida”* (Portelinha, C., 2003: 15).

A compreensão da interacção entre o biológico e o psicológico implica conhecer e considerar a forte influência que as variáveis psicossociológicas de natureza cultural, profundamente integradas sob a forma de sistemas de valores (e, geralmente manifestadas por crenças), exercem sobre a mulher grávida e o colectivo que a envolve. Kitzinger, S., (1996: 75) reconhece que em muitas sociedades *“há todo um sistema médico-religioso que satisfaz as necessidades das mulheres e que muitas vezes existe paralelamente ao sistema estabelecido, contra o qual actua subrepticamente”*.

Num estudo que realizou sobre a maternidade, esta antropóloga explora esta questão, quando introduz a noção de *“gravidez como um estado ritual”*. Na sua opinião,

*“na maior parte das sociedades, a gravidez é um estado ritual. Uma futura mãe tem uma relação ritual especial com a sociedade, incluindo com o pai da criança, com os clãs de ambos, com o passado na pessoa dos antepassados e com o cosmos representado pelos deuses. (...). Assim, as cerimónias da gravidez têm uma importante função de integração no sistema social. Mas elas são mais do que isto: ligam o presente ao passado e o humano ao divino”*.

(Kitzinger, S., 1996: 75)

Fenómeno fundamental na manutenção da espécie, a gravidez é também um teste à funcionalidade do corpo, logo, uma forma de responder aos imperativos biológicos desde sempre associados à condição feminina. A relevância que lhe tem sido atribuída ao longo dos tempos torna-a alvo fácil de mitos e tabus, geralmente destinados a proteger o feto.

---

apropriado para o nascimento) quando tem pelo menos 37 semanas. O parto antes das 37 semanas completas é considerado prematuro [Moura, J. (1993) in Mendes, M., 1993].

Ao longo da História da Humanidade, verificamos que varia o modo como é vivida a fertilidade e a gravidez. Na perspectiva de Canavarro, M.C. (2006: 18) *“a forma como o tempo, a cultura e a sociedade percebem a maternidade tem grande impacto na experiência de gravidez e maternidade da mulher como pessoa única”*. Desta forma, o “casal grávido”, inserido numa determinada cultura, vai ter expectativas e atitudes que o vão ajudar a compreender e a aceitar os acontecimentos que irão ocorrer ao longo da gravidez.

Logo nas primeiras semanas após a concepção observam-se no organismo materno mudanças notórias em todos os seus sistemas orgânicos. Algumas surgem antes das necessidades fetais o justificarem, como é o caso do aumento do volume mamário, outras vão-se estabelecendo à medida que o desenvolvimento fetal assim o exige. Para além destas modificações bio-fisiológicas, outras alterações ocorrem. Costa, E. & Barroso, M. (1997: 50) referem que *“logo nos primeiros meses de gestação, a futura mãe começa a perceber que tem um desafio pela frente: conviver com a complicada mistura de emoções que caracteriza a gravidez”*. Para estar em condições de receber o bebé, a mulher passa ainda por todo um processo de ajustes quer familiares quer sociais.

Passemos então à abordagem das alterações bio-fisiológicas que ocorrem com frequência a nível dos vários órgãos, seguindo-se as alterações psicológicas mais marcantes e por fim as implicações sociais da gravidez.

### 1.1. ALTERAÇÕES BIO-FISIOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ

O processo gravídico representa um importante desafio adaptativo aos ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos da mulher pelo que, é impossível dissociá-lo dos órgãos reprodutores, os quais sofrem profundas alterações. Ziegel, E. & Cranley, M. (1985: 120) referem-nos que *“estes ajustes funcionais em resposta à carga fisiológica aumentada, começam na primeira semana de gestação e continuam durante toda ela”*.

Por conseguinte, os nove meses de gestação são caracterizados por uma rápida alteração hormonal marcada por um elevado aumento da produção de estrogénios e

progesterona, assim como, por uma diminuição das gonadotrofinas, o que torna inevitáveis as modificações corporais observadas neste período. Segundo Soares, C. (1993) as modificações físicas que ocorrem têm um efeito significativo na experiência da gravidez.

Atentemos com mais pormenor às alterações mais significativas que se observam nalguns órgãos.

O útero para ser capaz de conter o produto da concepção altera-se radicalmente durante a gravidez. *"Cresce muito rapidamente à custa da hipertrofia das células miométriais... o peso do útero não grávido é de 40 a 70g, chegando aos 1200g no final da gravidez, dando-se o crescimento do miométrio predominantemente ao nível do fundo uterino"* (Graça, L., 1996: 81). Este autor acrescenta ainda que, *"paralelamente às alterações das fibras miométriais ocorre hipertrofia e hiperplasia do tecido conjuntivo, dos vasos e da inervação"*. Enquanto que no início da gravidez a parede uterina é muito espessa, nas semanas finais de gestação, adelgaça e diminui de consistência.

A discreta e irregular contractilidade uterina que ocorre na gravidez precoce, vai-se intensificando e regularizando à medida que esta atinge o seu termo.

O colo do útero sofre um amolecimento progressivo ao longo da gravidez, devido ao efeito conjunto de uma variedade de factores: aumento da vascularização; diminuição da agregação das fibras de colagénio; imbebição hídrica e proliferação intensa das glândulas do endocolo. Este último factor está na base do aparecimento da ectopia fisiológica da gravidez. Por sua vez, *"as glândulas endocervicais produzem um muco espesso que oclui o canal cervical até ao final da gravidez – o rolhão mucoso – formando um importante obstáculo às infecções ascendentes"* (Graça, L., 1996: 82).

As alterações verificadas a nível da vagina referem-se principalmente ao aumento da vascularização, a qual vai conferir à mucosa *"uma cor azulada característica da gravidez, conhecida por sinal de Chadwick. A mucosa torna-se mais espessa, a musculatura lisa subjacente hipertrofia-se e o tecido conjuntivo torna-se mais laxo"* (Graça, L., 1996: 82). Estas alterações, não constituem senão uma preparação para a dilatação necessária ao nascimento do bebé.

Durante a gravidez, a vulva fica edemaciada, fruto do aumento da vascularização que, por vezes, acaba por originar varizes vulvares. O períneo também sofre um aumento da vascularização, verificando-se hipertrofia da pele e dos músculos e afrouxamento dos tecidos conjuntivos.

As trompas não sofrem quaisquer alterações. A nível do ovário, verifica-se a persistência do corpo amarelo.

A nível mamário, *“por interacção das diferentes hormonas que preparam a mama para a lactação (estrógenos e progesterona), as mamas tornam-se cheias e sensíveis; o seu tamanho aumenta, a pigmentação da auréola e dos mamilos escurece, as glândulas de Montgomery tornam-se mais proeminentes (proporcionando elasticidade e a lubrificação do mamilo necessária no aleitamento) e o colostro pode começar a ser excretado a partir da décima semana de gestação até sensivelmente ao terceiro dia pós-parto, quando é substituído pelo leite”* (Costa, E. & Barroso, M., 1997: 55).

Os ajustes do sistema circulatório, segundo Ziegel, E. & Cranley, M. (1985: 133) *“são importantes para a mãe e para o feto. Protegem as funções normais da mãe, adaptando o corpo dela às exigências da gravidez”*.

O volume plasmático aumenta progressivamente a partir do fim do primeiro trimestre e atinge o seu máximo à 34.<sup>a</sup> semana de gestação, a partir da qual estabiliza. O aumento máximo deste volume situa-se entre os 1200 ml nas nulíparas e os 1500 ml nas múltiparas. Entre a 6.<sup>a</sup> e a 8.<sup>a</sup> semanas do puerpério, o volume plasmático regressa aos valores pré-gravídicos.

A massa eritrocitária aumenta com a gravidez, levando a um certo grau de hemodiluição e, por consequência, a valores de hematócrito mais baixos. O aumento do volume de eritrócitos é de 250 ml em gestantes a quem não é fornecido suplemento de ferro. A hemoglobina globular média não sofre redução significativa, pelo que o aumento total da hemoglobina materna, no final da gravidez, é de 85 gramas (Graça, L., 1996).

Associada à hemodiluição verifica-se uma diminuição da siderémia, um aumento da capacidade de fixação do ferro e da protoporfirina livre dos eritrócitos, podendo assemelhar-se este quadro ao encontrado nas anemias ferropénicas. “*Porém, não se deve assumir esta situação como um estado patológico já que, as modificações verificadas no sangue periférico traduzem-se numa maior capacidade de transporte de oxigénio, que se torna suficiente para suprimir o aumento do consumo característico da gestação*” (Graça, L., 1996: 84).

A quantidade total de ferro requerida na gravidez é de sensivelmente 1000 mg. Tendo em conta a quantidade de ferro poupada pela amenorreia, a grávida tem de dispensar ainda cerca de 500 mg das suas reservas.

As necessidades em ácido fólico estão muito aumentadas durante a gravidez, quer pelas exigências do feto, da placenta, da hipertrofia uterina e do aumento da massa eritrocitária, quer também pelo significativo incremento da depuração renal deste metabolito. O seu aporte pelos alimentos é insuficiente durante a gravidez, estando, no entanto, mantida a sua absorção intestinal.

Quanto à vitamina B12, os seus níveis séricos sofrem uma diminuição entre duas a vinte vezes relativamente aos valores pré-gravídicos mas, a sua capacidade de fixação plasmática aumenta. A quantidade necessária para satisfazer as necessidades diárias é de três microgramas, a qual é fornecida por um adequado regime dietético (Graça, L., 1996).

Durante a gravidez é normal assistir-se a uma moderada leucocitose, devido ao aumento dos neutrófilos. Graça, L. (1996: 85) acrescenta ainda que “*os seus efeitos bactericidas e metabólicos estão aumentados e a actividade da fosfatase alcalina leucocitária cresce progressivamente até ao terceiro trimestre*”, atingindo níveis que, no estado pré-gravídico, só se verificam durante processos infecciosos. Pensa-se que estas modificações estão associadas com a estimulação estrogénica própria da gestação.

A proteinémia total diminui acentuadamente durante a gravidez devido, essencialmente, à albumina. De facto, a albuminémia reduz-se de cerca de 4.0 g/dl para 2.5 a 3.0 g/dl, durante a primeira metade da gestação. Esta redução traduz-se

directamente na diminuição da pressão oncótica do plasma, o que, segundo Graça, L. (1996: 85), pode *"contribuir para o extraordinário aumento da filtração glomerular que se observa desde as primeiras semanas da gravidez e também para a facilitação da passagem de água para o espaço extra-vascular que favorece o aparecimento de edema"*.

Verificam-se ainda outras alterações no sistema cardiovascular tais como: hipertrofia do miocárdio em consequência do aumento da volémia; horizontalização do coração devido à progressiva elevação resultante do aumento do volume uterino; diminuição da tensão arterial; aumento do débito cardíaco no primeiro trimestre; estase sanguínea nos membros inferiores provocada pela pressão do útero sobre as veias; síndrome supino-hipotensor devido à compressão da veia cava inferior pelo útero grávido, quando a mulher se coloca numa posição dorsal e hipotensão ortostática causada pelo deficiente retorno venoso (Graça, L., 1996).

Ao nível da função pulmonar, não se verificam alterações significativas, excepto a elevação do diafragma, que se deve ao aumento da circunferência torácica durante a gestação, devido ao relaxamento dos ligamentos e afastamento das costelas (Graça, L., 1996). Assim, a respiração passa a ser mais diafragmática e menos costal, verificando-se ainda um aumento da inspiração e expiração, que vão facilitar a entrada do oxigénio e a remoção do dióxido de carbono.

Verifica-se, ao nível do sistema urinário, um *"aumento do volume renal à custa da maior vascularização e da expansão do espaço intersticial"* (Graça, L., 1996: 88). Por outro lado, a pressão exercida pelo útero sobre a bexiga, origina um aumento da frequência urinária. Graça, L. (1996: 88) acrescenta ainda que *"a dilatação da árvore excretora urinária, motivada pela compressão do terço inferior dos ureteres pelo útero grávido, associada ao relaxamento da musculatura lisa causado pela acção da progesterona... provocando estase urinária, facilita a multiplicação bacteriana o que, associado ao encurtamento da uretra típico da gravidez, predispõe as grávidas para uma maior incidência de bacteriúria e de pielonefrite"*.

A nível renal, ocorre também um forte incremento do fluxo e da filtração glomerular, a qual, por nem sempre ser acompanhada por uma reabsorção tubular suficiente, acarreta a eliminação de certos nutrientes.

De entre as principais alterações que ocorrem a nível do aparelho gastrointestinal, Graça, L. (1996: 89), refere que *"as náuseas e os vômitos são os sintomas característicos do primeiro trimestre da gravidez"*. As suas etiologias são ainda desconhecidas mas, os factores psicossociológicos subconscientes parecem desempenhar um importante papel. Se ocorrerem de forma repetitiva, podem causar desnutrição, perda de peso e desequilíbrio electrolítico. Contribuindo também para o desconforto materno, verifica-se *"um afastamento do estômago e dos intestinos pelo volume uterino, causando um atraso nas digestões e trânsito intestinal, favorecendo a azia resultante do reflexo da acidez gástrica para a parte baixa do esófago"* (Mendes, M., 1983: 60). Para além disso, as gengivas tornam-se edemaciadas e hiperémias, sangrando com facilidade. Pode também ocorrer secreção salivar exagerada (*ptialismo*), sendo, porém, pouco frequente.

As situações de pirose, eructação, flatulência ou obstipação estão normalmente mais acentuadas no final da gravidez. Graça, L. (1996) acrescenta ainda que é comum o aumento do apetite a partir do início do segundo trimestre bem como o desejo de alimentos pouco comuns.

Relativamente à movimentação, *"à medida que a gestação vai avançando, desenha-se progressivamente uma lordose da coluna vertebral de modo a compensar o peso que faz desequilibrar o eixo de gravidade para diante"* (Mendes, M., 1983: 60). Esta situação induz, com alguma frequência, a lombalgias e a dificuldades na movimentação.

O sono e repouso na mulher grávida sofrem também alterações, fundamentalmente no último trimestre da gravidez, quando o volume uterino e os movimentos fetais são mais visíveis e impeditivos de um sono tranquilo. Por outro lado, também pode ocorrer cansaço fácil, fadiga e sono intenso como resultado da depressão dos centros talâmicos e medulares pelo efeito da progesterona (Caplan, G., 1974).

## 1.2. ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ

Cada gravidez é uma experiência única, pelo que cada mulher reage de maneira própria e variada à gravidez. Porém, existe *“uma certa qualidade de experiência interior que parece ser característica do estado de gravidez. Esta qualidade... faz da gravidez um momento diferente de qualquer outro na vida”* (Colman, L. & Colman, A., 1994: 31).

Universalmente, a gravidez é vivida quer como um fenómeno físico, quer como psicológico. É inevitável que as mudanças na imagem do corpo, se venham a espelhar na vida mental da mulher grávida. *“Mudanças na identidade vão de mãos dadas com mudanças no corpo e nos papéis sociais. O processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente mudança”* (Colman, L. & Colman, A., 1994: 31). São vários os factores que podem influenciar o desenrolar da gravidez. Entre eles, destacam-se o perfil psicológico da mulher antes da concepção, a estabilidade afectiva e emocional, a situação económica e até mesmo a experiência das gravidezes anteriores.

Para Deutsch, H. (1947) in Ziegel, E. & Cranley, (1985: 218), a mulher necessita de ultrapassar várias etapas para vivenciar positivamente a gravidez: *“aceitação da gravidez como uma simbiose com o feto e em seguida a aceitação da criança como um indivíduo distinto dela própria, em preparação para a separação física do parto; garantia de aceitação da criança que está gerando; procura de uma evolução segura para si e seu filho durante a gravidez, trabalho de parto e parto e aceitação do papel de mãe”*.

Esta opinião coincide com a de outros autores que defendem que a grávida passa, de facto, por diferentes fases de desenvolvimento psicológico, directamente relacionadas com a evolução dos três trimestres de gestação. Burroughs, A. (1995) citado por Costa, E. & Barroso, M. (1997: 60) propõe a existência de quatro fases em tudo semelhantes às de Deutsch porém de uma forma mais sistematizada e diferenciada: *“confirmação da gravidez, incorporação fetal, diferenciação fetal e transição de papel”*.

Também Colman, L. & Colman, A. (1994) nos seus estudos identificaram três estádios no desenvolvimento psicológico da mulher grávida que, embora não claramente marcados, acompanham o relógio biológico da gravidez. Identificaram-nos com os três trimestres da gestação e denominaram-nos de: integração, diferenciação e separação. Na *fase da integração*, a mulher tem que aceitar que está grávida, preparando-se a si e à sua família para a chegada de um novo ser. Na *fase de diferenciação*, através da percepção dos primeiros movimentos fetais, a grávida começa a identificar a autonomia do feto e, na *fase de separação*, a grávida começa a antecipar o termo da gravidez e a inevitável separação mãe-filho.

Concluindo, cada mulher tem diferentes reacções emocionais e físicas perante a gravidez e, a mesma mulher, pode reagir de forma diferente em diferentes gestações. Os factores que influenciam as reacções emocionais da mulher podem incluir aspectos diversos como: a forma como foi tomada a decisão de engravidar, mudanças do estilo de vida actual, a sua relação com os outros, os seus recursos financeiros, a sua auto-imagem e as alterações hormonais. As atitudes e conhecimentos adquiridos pela mulher sobre a gravidez e as suas expectativas e receios acerca da maternidade também contribuem para a sua vivência.

### 1.3. ALTERAÇÕES SOCIAIS E CULTURAIS DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez constitui um fenómeno não só biológico e psicológico, mas também, e de modo não menos importante, um fenómeno social. De facto, a gravidez produz mudanças significativas quer no seio familiar, quer no exercício da profissão, quer em todos os grupos sociais em que a mulher se insere.

Relativamente às alterações produzidas no seio familiar, o nascimento de um novo elemento contribui, não só, para aumentar o número de relações intra-familiares e reordenar as relações interpessoais, como também para reformular a identidade de cada um, funções e papéis sociais. As relações sociais estabelecidas pelo casal fora da

família, bem como a utilização e gestão do dinheiro e do tempo são igualmente afectadas.

A transição para a parentalidade implica um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais para a mulher e para o homem, que durante este período, começam a preparar-se para o seu novo papel de pais. Cada um começa a adquirir consciência da sua função, e consciência de si próprio exercendo essa função, mas também passa a perceber e a incluir o novo papel exercido pelo companheiro(a). Assim, uma mulher grávida pela primeira vez, não só adquire o papel de mãe, como também começa a interagir com o seu companheiro como pai, como marido e como amante (Ziegel, E. & Cranley, M., 1985; Bobak, I. *et al.*, 1999; Canavarro, M.C., 2006).

Com o nascimento do primeiro filho, o casal passa à condição de família. Nesta altura, ao surgir um terceiro elemento na composição da díade conjugal, podem ocorrer algumas modificações na relação entre o homem e a mulher (Canavarro, M.C., 2006). Como em qualquer mudança, coexiste um sentimento de perda com a excitação de entrar numa nova fase da vida. Esta “reviravolta” representa uma possibilidade do casal atingir outros níveis de integração e amadurecimento através de um conjunto de adaptações pessoais e interpessoais. Resulta, assim, um desafio conjugal necessário à entrada do novo elemento na família, cujo sucesso dependerá, em parte, da forma de relacionamento e organização prévia do casal, exigindo alguns ajustes no plano afectivo, de rotina diária e do relacionamento sexual (*ibid.*).

A gravidez e a criança que ela encerra podem ser a concretização e o testemunho de um grande amor e entendimento entre a mulher e o seu companheiro. Contudo, e de acordo com Canavarro, M.C. (2006: 32) *“no caso de a aliança conjugal ser fraca, ou das relações conjugais serem conflituosas, a capacidade de perceber um filho como um indivíduo autónomo, com características próprias, que necessita simultaneamente de protecção e de autonomia, torna-se uma tarefa desenvolvimental da maternidade com exigência acrescida”*.

Segundo a mesma autora, o receio de com o nascimento de um bebé, não conseguir encontrar equilíbrios conjugais satisfatórios é manifesto em muitas mulheres.

E, mais uma vez, a maternidade pode adquirir uma representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade.

Colman, L. & Colman, A. (1994) referem que durante o período de gestação, a relação do casal atravessa diferentes estados emocionais que influenciam a diminuição do desejo sexual e que se agravam por insegurança, desconforto, ausência de reciprocidade sentimental e falta de amor.

Na perspectiva de Figes, K. (2001) quando o corpo de uma mulher está todo ocupado com a reprodução, é natural que a sua mente fique preocupada com a sua mudança de identidade ao planejar e, talvez, reear o futuro, e é inevitável que sinta alguma ansiedade em relação ao bem-estar do bebé e ao parto. Estas alterações irão afectar mais ou menos cada casal, em função da informação que estes possuem sobre o processo de gravidez, das experiências e expectativas prévias, da personalidade, do estado psicopatológico e do nível de stress (Farré, J. *et al.*, 1997).

Ao nível do exercício profissional, a maternidade prejudica nalguns casos a carreira profissional da mulher, podendo-a afastar por longos períodos do trabalho ou, pelo contrário, podendo ocupá-la de tal forma que isso se poderá reflectir na profissão.

Sousa, A. (1971) refere que a maternidade é uma realidade biológica da mulher. Só assumindo-a ela consegue a sua totalidade de ser humano, como só assumindo o trabalho ela consegue a sua totalidade de ser social.

Procriação, maternidade, educação dos filhos, vida familiar e vida profissional devem ser duas componentes harmoniosamente estruturantes da vida de uma mulher, tal como o reconhecem hoje todos os dispositivos legais. Todavia, e apesar da diversa legislação que tem vindo a ser aprovada no nosso país em torno da gravidez, nomeadamente no que diz respeito ao direito à dispensa de trabalho para frequentar as consultas e exames durante a gravidez, licença de parto (150 dias) e de amamentação (até um ano, duas horas por dia), muitas mulheres, ou por desconhecimento ou por receio de represálias, parecem continuar a não exigir os direitos que lhes assistem.

Considerando que o tempo de trabalho aumentou e que as horas extraordinárias são, geralmente, impossíveis de recusar, porque representam um acréscimo significativo

dos magros salários das mulheres, facilmente se deduz que, na nossa sociedade, o trabalho significa claro conflito com outras obrigações da mulher, nomeadamente com a gravidez/maternidade. De facto, o modelo sócio-económico segundo o qual está organizado o nosso país parece ser injusto, não correspondendo às necessidades das mulheres e suas famílias. Não é viável que a mulher trabalhe a tempo inteiro no seu local de trabalho e que, posteriormente, consiga desempenhar com qualidade e eficiência as tarefas de doméstica, cuidadora de membros dependentes da família (pais, tios, avós), mãe, esposa, educadora, entre dezenas de outros papéis sociais que tem que assumir diariamente. Por outro lado, parece existir uma relação inversamente proporcional entre trabalho e gravidez justificada pelo facto de muitas empresas privadas não contratarem grávidas e não as colocarem nos quadros porque reduzem a produtividade. O modelo social vigente leva a que as portuguesas, entre o emprego e o bebé, optem cada vez mais pelo emprego estando esta opção relacionada com a obrigação de suporte financeiro da família.

Assim, são vários os autores que consideram ser necessário proceder a uma reorganização do tempo de trabalho da mulher e do homem e o tempo que têm para dedicar à família, defendendo como alternativas o reforço da segurança social, a inclusão nas cotizações deste sistema do tempo dispendido para o cuidado dos membros da família, a criação de infra-estruturas sociais de apoio à infância e a partilha entre homem/mulher dos cuidados com o lar e família.

A gravidez pressupõe também alguns aspectos culturais que importa conhecer. Como já tivemos oportunidade de assinalar, a gravidez é apreciada na maior parte das sociedades como “um estado ritual” ligando o presente ao passado e o humano ao divino (Kitzinger, S., 1996). Através da existência de rituais e sanções associados à sexualidade e à gravidez, algumas culturas regulam o direito à maternidade numa tentativa de “seleccionar” as mulheres que devem ser mães (Kitzinger, S., 1996; Rynerson, B. & Lowdermilk, D., 1996).

Por outro lado, da revisão da literatura verificamos que, se em algumas sociedades a gravidez é festejada como prova de fertilidade, noutras é rigorosamente controlada não podendo, as mulheres exceder determinado número de filhos. Contudo, durante milhares de anos, assistimos ao elogio da fertilidade em detrimento da

esterilidade. De acordo com Kitzinger, S. (1996), ter filhos era a forma do casal se prevenir da velhice, transmitir o seu nome e assegurar o esforço agrícola e de guerra.

## **2. AS FASES DA GRAVIDEZ**

A gravidez divide-se em três trimestres, cada um dos quais com os seus aspectos característicos de desenvolvimento, quer do ponto de vista fetal quer materno (Mendes, M., 1993). O primeiro trimestre corresponde ao período que fica entre o momento da concepção e as 12 semanas, o segundo trimestre, entre as 13 e as 27 semanas e o terceiro trimestre, entre as 28 e as 40 semanas (Branden, P., 2000). Colman, L. & Colman, A. (1994) consideram igualmente a existência de um quarto trimestre que corresponde ao período entre o nascimento e os três meses pós-parto. Uma vez que nem todos os autores perspectivam este quarto trimestre, não nos parece relevante explorá-lo, no presente estudo. Contudo, acreditamos que há muito a aprender sobre a experiência da gravidez estudando, estágio a estágio, as inevitáveis alterações bio-psico-fisiológicas, a progressão de certos temas, bem como algumas das preocupações que tomam conta da grávida ao longo dos nove meses de gestação.

Após uma abordagem geral à temática da gravidez, seguimos com uma atenção mais focalizada sobre o que acontece exactamente em cada trimestre, em termos físicos e psicossociais.

### **2.1. PRIMEIRO TRIMESTRE**

À semelhança de outros autores, Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R., (1987) referem que quando uma mulher fica a saber que está grávida pode sentir-se feliz, orgulhosa, ambivalente, com medo, irritada ou deprimida. Acrescentam ainda que, as suas reacções vão ser o reflexo de uma grande variedade de factores, tais como, a idade, o estado civil, os recursos económicos, os objectivos profissionais, a escala de

valores pessoais, a relação com o companheiro e as expectativas de maternidade. Mas a sua reacção, referem, vai depender sobretudo do planeamento da gravidez e da sua auto-estima.

O impacto psicológico da gravidez e as suas consequências práticas em termos de responsabilidades parentais são enormes pelo que, a mulher necessitará de algum tempo para reflectir e aceitar a realidade (Masters, W. *et al.*, 1987; Rynerson, B. & Lowdermilk, D., 1996; Farré, J. *et al.*, 1997).

Colman, L. & Colman, A. (1994: 61) referem que *"em circunstâncias óptimas, o primeiro trimestre é um tempo de alegria, quando o segredo do útero está escondido bem dentro da mulher, quando ela pode partilhar a gravidez selectivamente com aqueles a quem escolhe para contar"*.

Contudo, para algumas mulheres a partir da percepção da gravidez ou da sua confirmação clínica, pode surgir a ambivalência afectiva que se poderá manifestar ao longo de toda a gravidez. Nestas situações, a mulher vacila entre o querer e o não querer aquele filho e entre a melhor altura para ter um filho. Ela sente que perde o controlo sobre o seu corpo e sobre o seu destino.

A gravidez terminará com o nascimento da criança, mas ela será mãe para sempre, o que implica novas responsabilidades e um novo modo de vida. Maldonado, M. (1989: 27) considera que *"não existe uma gravidez totalmente aceite ou totalmente rejeitada; mesmo quando há uma clara predominância de aceitação ou rejeição o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente"*.

Outro dos sintomas de ambivalência desta fase é o da dúvida de estar ou não grávida, mesmo após a confirmação clínica. O feto ainda não é sentido e as alterações do corpo são muito discretas.

Além de se aceitar como grávida, a mulher precisa de garantir a aceitação da sua gravidez pelos que a rodeiam e são importantes para si. Esta parece ser a tarefa mais decisiva, visto que a sua realização satisfatória assegura o apoio necessário para a mulher ao tornar-se mãe.

Aproximadamente às dezasseis semanas de gestação a maioria das mulheres já resolveu a ambivalência de rejeição/aceitação e incorporou a ideia de estar grávida. A aceitação psicológica da gravidez é importante para o desenvolvimento da vinculação mãe-bebé (Ziegel, E. & Cranley, M., 1985).

A sonolência é uma das primeiras manifestações na gravidez. Segundo Maldonado, M. (1989) a maior necessidade de dormir ajuda o organismo a preparar-se para as tensões fisiológicas adicionais.

As náuseas e os vômitos, comuns no início da gravidez, podem variar entre a indisposição matinal, e os vômitos persistentes que implicam tratamento médico. A sua etiologia tem a ver com as alterações hormonais, pois estas diminuem o limiar bioquímico dos referidos sintomas. Uma vez que existe uma variação tão grande de mulher para mulher, os factores psicológicos parecem ter influência na sua etiologia, principalmente quando os sintomas são mais intensos (Maldonado, M., 1989). Langer, M. (1986) considera que a ambivalência entre a rejeição e a aceitação da gravidez pode ser um dos factores que influencia as náuseas, os vômitos e os desejos.

O aumento do apetite, por vezes associado aos desejos, é outro dos sintomas comuns do início da gravidez. A mulher pode ter necessidade de evidenciar a sua gravidez através do aumento de peso, no entanto, este aumento no início da gravidez pode significar que o bebé está a crescer (Colman, L. & Colman, A. 1994). As recomendações alimentares podem ser sentidas pela grávida como um sacrifício imposto pela maternidade e os excessos alimentares que ela faz são sentidos como uma compensação pelas privações pessoais impostas pela gravidez. Há mulheres que se tranquilizam por fazerem qualquer coisa para o bom desenvolvimento do feto e da gravidez e isso pode ser, por exemplo, fazer uma dieta apropriada, aumentando ou retirando determinados ingredientes, consoante sejam considerados adequados ou prejudiciais (Colman, L. & Colman, A., 1994).

Uma vez que a maioria das grávidas ainda não sentem o bebé como um ser separado, a sua atenção está mais virada para o que lhes está a acontecer. A mais pequena alteração nos seus corpos pode constituir um drama, ou pode ser motivo de

orgulho, razão pela qual necessitam de maior atenção e demonstração de amor por parte do seu companheiro (Colman, L. & Colman, A., 1994).

## 2.2. SEGUNDO TRIMESTRE

O segundo trimestre é o mais estável, do ponto de vista emocional, pelo que, para a maioria das mulheres é a fase mais agradável da gravidez. O maior perigo de aborto espontâneo já passou, as náuseas e os vômitos diminuíram ou desapareceram e a mulher começa a acreditar que está grávida. Neste trimestre surgem mais sinais exteriores de gravidez. A cintura alarga-se e o abdómen fica mais proeminente.

No início, a gravidez parece ser apenas uma verdadeira simbiose. A mãe relaciona-se com o feto como sendo apenas uma parte de si própria. À medida que a gravidez progride e o feto começa a dar provas de que é um ser independente, a simbiose vai dando lugar a uma verdadeira relação, com necessidades recíprocas, que ajuda a desenvolver uma identidade parental específica para aquela criança (Colman, L. & Colman, A., 1994). Ouvir o coração do feto, ver a sua imagem através da ecografia e sentir os seus movimentos no interior do seu útero, são factores determinantes para a mulher acreditar que o feto é alguém independente de si própria, com características próprias e ao mesmo tempo tão dependente para poder sobreviver (*ibid.*). A mulher começa a atribuir características pessoais ao feto de acordo com as suas interpretações dos movimentos. Pode considerar os movimentos suaves ou agressivos e identificá-los com rapaz ou rapariga (Maldonado, M., 1989). Mas, esta fase pode também ser um período de grande ansiedade para a futura mãe. O medo do desconhecido, o medo do filho disforme, o medo das dores de parto ou de morrer no parto e o medo de permanecer disforme são muitas vezes o reflexo dessa ansiedade (Soifer, R., 1991).

Segundo Maldonado, M. (1989) a relação da mãe com o filho é continuada através da interpretação dos movimentos fetais e estes são especialmente apreciados pelos futuros pais. A mulher, frequentemente, procura estimular o feto para que lhe responda com um movimento. Tenta envolver o marido neste processo, para que

também ele sinta o bebé, se sinta envolvido na gravidez e se inicie a sua relação com o filho.

Simultaneamente, a grávida começa também a considerar o seu papel como mãe. Tem em conta o que significa para ela “ser mãe” e também tem em conta os custos e os benefícios que ter um filho implica. Estes aspectos estão intimamente relacionados com a auto-identificação da mulher, que se questiona “quem sou eu?”. A gravidez oferece às mulheres uma oportunidade única de amadurecimento. Ziegel, E. & Cranley, M. (1985) consideram que, nesta fase, o relacionamento da mulher com a sua mãe ajuda na percepção do significado da maternidade.

A aceitação da criança e a adaptação às suas próprias mudanças exigem um intenso trabalho que leva a uma introversão e passividade características da gravidez, que tem início no segundo trimestre e vai aumentando gradualmente até meados do terceiro trimestre. Algumas mulheres sentem-se mais concentradas em si mesmas e menos dispostas à actividade. Outras, pelo contrário, sentem-se mais dispostas à actividade o que, de acordo com Maldonado, M. (1989), pode ser a expressão da descarga de ansiedade. Algumas mulheres consideram que a gravidez traz uma profunda sensação de produtividade (*ibid.*). A mulher e a sua família ficam apreensivas com esta mudança de comportamento. Ela necessita de receber mais do que dá e está cada vez mais dependente (Ziegel, E. & Cranley, M., 1985). As mulheres que mais afecto recebem durante esta fase da gravidez são as que melhor conseguem dar amor e carinho ao bebé e, as que recebem menos afecto, mais frequentemente privam o bebé nas suas necessidades de afecto (Maldonado, M., 1989).

É nesta fase da gravidez que as alterações do esquema corporal se tornam evidentes. Para Maldonado, M. (1989) a maneira como a mulher sente estas alterações está intimamente relacionada com a atitude do companheiro em relação às modificações corporais, com o modo como ela própria encara a gravidez e com as alterações da sexualidade. A mulher tanto pode sentir orgulho pelo seu próprio corpo grávido, uma vez que é sinónimo de fecundidade, como pode sentir-se feia, monstruosa, sexualmente incapaz de atrair alguém, vivendo as transformações do esquema corporal como deformações. A mulher tem medo de após o parto não voltar à forma antiga, de ficar permanentemente gorda e flácida. Este temor está também associado ao medo de ficar

modificada como pessoa devido à maternidade, transformando-se numa outra pessoa, com mais perdas do que ganhos (Maldonado, M., 1989).

Ziegel, E. & Cranley, M. (1985) referem que durante o segundo trimestre a mulher está muito interessada em aprender mais sobre a gravidez e sobre bebês. Conversa com outras mulheres, lê livros, procura aulas de preparação para o parto e, uma vez que o trabalho de parto ainda está longe, procura o máximo de informação para se sentir segura quando chegar a hora do nascimento.

### 2.3. TERCEIRO TRIMESTRE

No terceiro trimestre a mulher está orgulhosa da sua gravidez. Sente-se realizada pessoalmente, mas ao mesmo tempo eleva-se a ansiedade devido à proximidade do parto e à mudança de rotina que o nascimento do bebé acarreta. A ansiedade torna-se mais intensa nos dias que antecedem a data prevista do parto e tende a intensificar-se quando a data é ultrapassada. Pode surgir novamente um sentimento de ambivalência: por um lado a mulher anseia por ter o filho e que a gravidez termine, mas, por outro, teme o momento do parto.

Segundo Colman, L. & Colman, A. (1994: 78), *"o terceiro trimestre combina orgulho e realização pessoal com antecipação ansiosa do acontecimento eminente, desconhecido e fisicamente desconfortável, do nascimento"*.

Olds, S. *et al.* (1987) referem que no final deste trimestre, ocorre com frequência uma explosão de energia para preparar o "ninho" para o filho que irá nascer.

Os sentimentos negativos em relação à gravidez podem ser disfarçados em desconforto físico e em possíveis expectativas desagradáveis em relação ao parto. Por outro lado, a mulher pode tornar-se consciente dos privilégios da gravidez e apreciá-los, uma vez que passa a ser o centro das atenções, tanto por parte da família como dos amigos e até de pessoas com quem ela tem pouca afinidade (Colman, L. & Colman, A., 1994).

Durante este período o corpo da mulher sofre enormes alterações físicas devido ao grande desenvolvimento do feto. A mulher pode mesmo chegar a duvidar se os seus órgãos ainda terão capacidade para se distenderem mais. As alterações fisiológicas acentuam-se e a mulher tem que adaptar a sua postura corporal para manter a estabilidade. Os desconfortos próprios da gravidez agravam-se e a mulher sente-se volumosa, pouco confortável, desajeitada e cansa-se com facilidade. Todos estes factores podem contribuir para o aumento da ansiedade que se associa ao medo do parto.

À medida que a gravidez progride, a mulher sente-se cada vez mais vulnerável, devido à diminuição de reflexos. É um medo realista, uma vez que, se ela sofrer um acidente, não é só ela que está em risco, mas também o seu filho. Este medo pode estar também relacionado com ansiedade em relação ao parto.

De acordo com Colman, L. & Colman, A. (1994) o medo de perder o bebé é um dos temores do final da gravidez e está associado, nalgumas mulheres, com o facto de sentirem que “perdem” o bebé com o nascimento. Têm medo de não conseguir cuidar dele, de o alimentar, proteger, manter confortável, de o negligenciar. Este sentimento de perda na separação física do bebé, de acordo com a psicanálise, pode estar associado às depressões puerperais.

Para Langer, M. (1986: 216, 217), a angústia do parto “*é a revivescência da angústia mais antiga e arcaica que conhecemos, a da separação da mãe*”, uma vez que a mulher grávida se identifica com o seu filho e vive, através dele, todo o medo de se separar da mãe, “*sente que ele perde a mãe e vive o parto como perda dele*”.

Soifer, R. (1991) considera que muitas das ansiedades dos últimos dias da gravidez são expressas conscientemente através do medo da morte no parto, da dor no parto, do parto distócico, do filho malformado ou da morte do filho. Frequentemente, associa-se a diminuição dos movimentos fetais próprios dos últimos dias da gravidez. Esta ansiedade é bastante intensa, uma vez que se associa à morte fetal.

O medo de ter um filho malformado, para Maldonado, M. (1989) pode ser devido ao facto de se ter uma imagem ora positiva, ora negativa, de si própria,

merecedora de recompensas ou castigos, considerando-se como castigo o facto de ter um filho doente ou malformado, ou o facto da mulher ter tido abortos provocados, levando ao sentimento de culpa. O facto de haver uma história de abortos espontâneos, malformações ou mortes fetais intensifica o medo de malformações.

A profissão assume particular importância durante esta fase da gravidez. Algumas mulheres continuam a trabalhar até ao final da gravidez. Outras preferem ficar alguns dias em casa a descansar ou a fazer os últimos preparativos. Elas começam a preocupar-se com o facto de terem de regressar ao trabalho e terem que entregar o bebé a alguém que cuide dele, ou então a ficar em casa a cuidar do seu filho e não se sentirem realizadas como donas de casa (Colman, L. & Colman, A., 1994).

É geralmente nesta fase que a mulher toma as decisões sobre como irá alimentar o seu filho e sobre o seu nome. Ela prova que aceitou a criança como um ser independente e certifica-se que a sua família também aceitou o novo membro. Evoluiu e cresceu durante toda a gravidez para se preparar para a maternidade, através de *“um complicado entrelaçamento de alterações físicas e trabalho psicológico, ela aceitou primeiramente o estado de grávida e em seguida o facto de uma criança”* (Ziegel, E. & Cranley, M., 1985: 220). O crescimento psicológico ao longo da gravidez e o desconforto dos últimos dias preparam-na para o trabalho de parto e para enfrentar as mudanças de vida necessárias após o nascimento do bebé.

Em suma, ao longo deste sub-capítulo podemos assinalar as alterações mais importantes que a grávida experimenta, trimestre a trimestre. Trata-se de um período de profundas transformações. A grávida toma consciência que a sua vida nunca mais será igual. Avizinham-se novas e diferentes emoções, novas tarefas e inevitavelmente a aquisição de um novo estatuto social, o de mãe. Verificam-se problemas diferentes para a grávida que lhe geram uma enorme ansiedade apesar do sentimento dominante ser, normalmente, de alegria durante os nove meses de gestação.

## **CAPÍTULO 2 – A SEXUALIDADE**

A sexualidade é uma dimensão e expressão da personalidade difícil de definir, uma vez que tem agregados inúmeros e complexos aspectos. Distingue o ser humano das restantes espécies animais porque, para além do corpo e da função reprodutiva, depende da fantasia, dos afectos e do psíquico (Diniz, J., 1993).

Segundo Kaplan, H. (1979), o comportamento humano é comandado pelo mecanismo do evitamento da dor e pela procura do prazer, sendo a sexualidade humana dominada pelo princípio do prazer. A neurofisiologia revelou que, quando se tem relações sexuais satisfatórias, os centros neurofisiológicos responsáveis pelo prazer são activados, promovendo o reforço desta actividade.

Masters, W. & Johnson, V. (1966) perspectivaram um «ciclo de resposta sexual» que consiste nas respostas fisiológicas do ser humano, quando estimulado sexualmente. Essas respostas encontram-se divididas em quatro fases: a fase do desejo, que é a motivação e o desejo pelo outro; a fase da excitação, que resulta de uma estimulação genital; a fase do orgasmo, em que ambos os sexos descrevem sensações de prazer centradas na zona genital e a fase de resolução que se caracteriza por sensações de satisfação e relaxamento.

Contudo, cada ser humano tem uma forma particular de vivenciar, expressar e valorizar a sexualidade, sendo por isso importante que, ao abordarmos o conceito, não nos centremos unicamente nos mecanismos fisiológicos destinados a assegurar a reprodução da espécie, mas também nos aspectos psicológicos, uma vez que a sexualidade abarca também toda a organização da vida afectiva.

A sexualidade humana integra factores biológicos, psicológicos e culturais, de forma holística. O ser humano é bio-fisiologicamente sexuado porque, todo o corpo (desde o seu programa genético até à figura corporal) é sexuado nas suas estruturas e

funções. Os desejos e condutas sexuais dependem, entre outros factores, das hormonas sexuais, da idade, da figura corporal e do estado físico geral. O ser humano é, também, psicossocialmente sexuado, porque todo o seu psiquismo, organização e cultura são sexuados. A partir do momento em que é identificado o sexo morfológico da criança, o comportamento dos pais, parentes e amigos levará à consciência da sua identidade sexual (identificação com o género masculino ou feminino), o que, por sua vez, conduzirá ao aparecimento de comportamentos que a sociedade considera próprios para o seu género (papel de género).

A identidade sexual, juntamente com as crenças respeitantes às diversas formas de expressão sexual, desenvolve-se durante a infância e adolescência. A sociedade regula as condutas sexuais porque, quase sempre, essas condutas implicam outras pessoas. As normas e formas de regulação variam nas diferentes sociedades, mas estão sempre sujeitas às alterações históricas, demográficas, culturais e económicas (López, F. & Fuertes, A., 1989).

Do ponto de vista biológico, a sexualidade tem como principal finalidade a reprodução e a conseqüente perpetuação da espécie. No entanto, essa finalidade não é a única da sexualidade, nem necessariamente, a mais importante. De acordo com López, F. & Fuertes, A. (1989) a maior parte das relações sexuais que as pessoas têm é com a finalidade de obter prazer, bem-estar psicofísico, comunicação e afecto, e não se manifesta como um instinto, uma vez que o comportamento sexual tem uma grande componente de aprendizagem desde os primeiros anos de vida.

Neste âmbito, a sexualidade humana manifesta-se pelo relacionamento que cada indivíduo estabelece com outros e consigo próprio. Começa assim que a criança nasce (provavelmente antes) e está presente em toda a sua existência. As carícias, o carinho, a protecção e o aconchego dado ao bebé são fundamentais para o desenvolvimento de relações saudáveis, uma vez que estes afectos vão “nutrir” a criança para que, quando adulta, possa desenvolver diferentes formas de amor pelos outros e saiba escutar as suas próprias sensações.

Por outro lado, a criança, para além de ser tocada e acariciada, também se toca a si própria, explorando o seu corpo e descobrindo umas zonas mais sensíveis que outras,

apesar de não fazer distinção de sentimentos de prazer, bem-estar ou segurança. Todas estas experiências são importantes pois vão-lhe permitir estruturar as relações afectivas ao longo do seu desenvolvimento, uma vez que “*a intimidade com o outro implica estar à escuta das próprias sensações*” (Pasini, W., 1990: 23).

As relações precoces vão permitir a formação dos primeiros laços afectivos, impregnados de sentimentos, comportamentos e expectativas. A partir daqui, a criança generaliza estas experiências e aprendizagens, adquirindo segurança para estabelecer contactos com outras pessoas, para exprimir necessidades e satisfazer as do outro (López, F. & Fuertes, A., 1989).

Freud (1905) considera que entre os dois e os cinco anos a sexualidade é essencialmente auto-erótica. Segundo a sua perspectiva, o desenvolvimento da sexualidade passa por etapas ou fases de organização que prosseguem até à vida sexual adulta: a fase oral, a fase anal, a fase fálica e, finalmente a fase genital. Ao longo destas fases o próprio aparelho psíquico vai-se desenvolvendo paralelamente<sup>8</sup>.

Na fase oral a sexualidade encontra-se ligada à ingestão e sucção de alimentos e tem como objectivo a incorporação do objecto (do outro). A criança nesta fase dirige a actividade sexual para si própria.

Na fase anal (dois anos) a fonte de prazer e excitabilidade reside na zona anal. A criança começa a controlar os músculos esfinterianos e descobre no acto de reter e expulsar as fezes e a urina uma nova fonte de prazer. Nesta fase é essencial o modo como a criança vai viver e resolver as imposições sociais a que é submetida, uma vez que o seu egocentrismo e a onnipotência vão sendo cada vez menos aceites na relação com o outro.

Na fase fálica (três ou quatro anos), que se desenvolve com o primado do *phallus*, a vida sexual encontra-se determinada pelo contributo das zonas genitais. A criança descobre as diferenças anatómicas entre os dois sexos e, posteriormente, as diferenças dos papéis sociais. A sua curiosidade encontra-se muito desperta para os

---

<sup>8</sup> *Vid.*, na matéria, Freud, S., (2001), *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, 4.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Livros do Brasil.

assuntos sexuais e explora o seu próprio corpo procurando conhecer as sensações e sentimentos que este produz. Simultaneamente, vai integrando o corpo de uma forma global e como uma fonte de prazer. Este período corresponde àquilo que o autor chamou de Complexo de Édipo, uma vez que a criança vai manifestar interesse pelo progenitor do sexo oposto ao seu, e sentimento de rivalidade para com o do mesmo sexo. A vivência de uma relação triangular gera um potencial conflito a ser resolvido pela aproximação ao progenitor do mesmo sexo. Esta fase vai estruturar a relação da criança para com o outro, consoante ela é do sexo masculino ou do sexo feminino.

Dos seis aos dez anos (fase de latência), com o declínio do Complexo de Édipo e a formação de um Super Eu (Ideal do Eu), a criança sofre um desenvolvimento intelectual e toma consciência da permanência da sua identidade sexual, diferenciando os papéis sexuais e interiorizando aspectos de moralidade. Freud defende que neste período a libido encontra-se adormecida por efeito do recalçamento, e as pulsões sexuais são desviadas para outros fins.

Com a puberdade o impulso sexual deixa de estar exclusivamente virado para o próprio e dirige-se para um objecto exterior, submetendo-se a outras zonas erógenas, para além da zona genital – fase genital.

Ao entrar na adolescência dão-se uma série de alterações fisiológicas, sociais e psicológicas. Segundo Félix, I., (1995) intensifica-se o desejo sexual e assiste-se ao início das primeiras relações amorosas.

É nesta altura que a sexualidade se manifesta mais abertamente sob a forma de desejos, fantasias e excitações sexuais e, posteriormente, em masturbação e relação sexual (com coito). A forma como os sentimentos e comportamentos do adolescente se expressam, depende do modo como este interiorizou o que os pais lhe proporcionaram enquanto objectos de relação e depende também das pressões sociais.

Freud baseou a sua teoria em conceitos neurofisiológicos e na divisão e sucessão de zonas erógenas, como fonte de satisfação libidinal, não tendo dado importância à relação de objecto que se encontra subjacente à evolução da libido e da psicosexualidade. Só posteriormente, com a evolução da psicanálise e da psicologia é

que surge a ênfase na importância das relações objectais no desenvolvimento da sexualidade (Klein, M., 1978).

Para o autor o início de uma fase não significa o término da anterior. O que acontece é uma transferência progressiva do domínio das sensações físicas e libidinais de uma zona do corpo para outra. Não fala de uma única fonte de prazer mas sim da primazia de uma zona sobre as restantes, ou seja, de uma sequência de cedência de protagonismo.

Abraham, K. (1924) fez alterações à organização da sexualidade postulada por Freud acrescentando mais três fases ao desenvolvimento que conduz à emergência do Complexo de Édipo: a fase oral inicial (sucção); a fase oral posterior (a criança troca a sucção pelo morder, originando a relação ambivalente com os objectos do meio envolvente. Existem sentimentos meigos e hostis ligados ao prazer. Para o autor esta é a forma original dos impulsos sádicos e também a origem da inveja); a fase anal inicial (expulsão); a fase anal posterior (retenção); a fase genital ou fálica e a fase genital posterior.

O autor citado procedeu a esta sub-divisão de forma a incluir o problema da ambivalência amor – ódio para com o objecto. Na sua teoria do desenvolvimento psicosexual as experiências e sentimentos da criança progredem de objectos parciais para objectos totais.

Para Klein, M. (1978) o desenvolvimento da sexualidade não passa por uma sequência estanque de fases pois, segundo a autora, existe a possibilidade de retorno, em qualquer momento da vida, a relações de objecto anteriormente vividas. Neste sentido, considera que, o sadismo aparece com os primeiros dentes do bebé e os impulsos sádicos estão presentes na relação mais arcaica com o seio da mãe (esquizo-paranoide), ou seja, estes impulsos estão presentes desde o início da vida.

Independentemente das diferentes fases perspectivadas pelos vários autores, é de salientar um denominador comum: todos eles atribuem grande importância aos primeiros anos de vida e, por conseguinte, aos modelos educativos na forma de vivenciar a sexualidade. Desta forma, defendem que um modelo mais repressor e rígido

conduz mais facilmente a uma culpabilidade e inibição face à sexualidade, ao passo que um modelo mais flexível permitirá um desenvolvimento de uma sexualidade mais harmoniosa e em que esta é sentida como natural e satisfatória.

López, F. & Fuertes, A. (1989: 35) reforçam esta ideia quando dizem:

*“A evolução da sexualidade da criança dependerá do modo como ela viva e resolva, neste período as imposições sociais a que cada vez mais é submetida, das quais se destaca o controlo motor e o controlo dos esfíncteres, bem como das situações de ciúme tão habituais nesta fase. São também determinantes as respostas dadas pelos adultos à sua curiosidade sexual, os modelos de identificação e de imitação disponíveis, e por último, a reacção dos adultos aos seus comportamentos sexuais”.*

Os comportamentos, valores e atitudes face à sexualidade que são transmitidos à criança e adolescente, variam consoante se trate de rapaz ou rapariga e encontram-se regulados pela moral e costumes vigentes. A família continua a ter um peso significativo no desenvolvimento sexual da criança. Na opinião de Allen Gomes, F. (1987), apesar de se falar pouco sobre sexualidade dentro da família, é nela que a criança observa e vivencia o sistema de relações entre os membros do sistema familiar, permitindo-lhe adoptar um dos géneros, incorporá-lo na sua personalidade e reflecti-lo num comportamento social que irá depender dos factores culturais e sociais.

Na nossa sociedade, onde a Igreja Católica continua a desempenhar um papel vital na influência de opiniões e atitudes dos indivíduos face ao comportamento sexual, a curiosidade sexual é habitualmente reprimida, pelo que a criança aprende a condenar as questões sexuais, consideradas indecentes e vergonhosas pelos adultos (Pereira, M., 1993). Sobre esta questão importa também destacar, nos últimos anos, a influência crescente exercida pelos *mass media* na construção dos valores e adopção de comportamentos no campo da sexualidade.

De facto, observaram-se algumas alterações a este respeito, tal como o reconhecimento do direito da mulher ao prazer sexual, a relação sexual independente da função procriativa e a aceitação da dimensão sexual da existência como uma componente positiva do desenvolvimento do indivíduo, ao longo da sua vida.

A associação entre amor e sexualidade contribuiu para que esta se tornasse mais rica e satisfatória (López, F. & Fuertes, A., 1998). O aparecimento de métodos contraceptivos eficazes que libertaram a mulher para o prazer, a divulgação de temáticas sexuais e o reequacionamento do papel da mulher na vida social e conjugal contribuíram, igualmente, para uma visão diferente da sexualidade.

Neste domínio, a comunicação é um dos aspectos fundamentais. É importante para a sexualidade do casal que este comunique bem de forma geral e a todos os níveis, de forma a que o parceiro(a) compreenda as sensações de prazer ou desagrado que pode provocar (Bollinger, C., 1988). Esta comunicação não tem que ser necessariamente verbal. A comunicação não verbal ocupa um lugar muito importante na interacção sexual. O toque, as carícias, os abraços, a postura corporal, o olhar ou a entoação das palavras têm um lugar muito próprio na intimidade do casal. Pasini, W., (1990) refere que a intimidade é silenciosa, exige mais pausas silenciosas do que palavras, mas que as palavras também têm o seu papel.

Segundo Andrade, M.I. (1996: 30), *“a sexualidade é uma linguagem privilegiada, que o casal estabelece entre si, quando se sentem atraídos mutuamente”*. Esta definição faz transparecer não só a magia da atracção física mas, também a necessidade de aprendizagem de uma linguagem sexual entre os indivíduos. A actividade sexual durante a gravidez pode constituir um momento especial para duas pessoas que se amam aprofundarem a troca de pensamentos, de acções, de palavras ou de gestos e de conseguirem comunicar reciprocamente o seu amor. O facto de serem capazes de exprimir ternura e afecto, não verbal ou verbalmente, pode ser mais importante para a relação sexual do casal do que as relações coitais. Para isso, homem e mulher precisam apenas de aperfeiçoar a comunicação.

Davis, F. (1979: 45) refere que *“o próprio corpo comunica. Não só através do movimento ou da posição que assume mas também pela forma ou modo como os traços do rosto se organizam”*. Portanto, o aperfeiçoamento da leitura e interpretação das mensagens corporais pode ser uma actividade muito gratificante durante a gravidez. Para isso, é fundamental o bom relacionamento entre o casal.

Durante muito tempo, a actividade sexual do casal limitava-se ao contacto directo entre os órgãos genitais sem que houvesse exposição directa do corpo – os indivíduos não se despiam. *“Hoje, apesar de acreditarmos que muitos casais grávidos durmam nus, o seu relacionamento sexual permanece reduzido ao exclusivo contacto genital. Esquecem, por exemplo o toque, que é tão importante. É uma das primeiras formas de comunicação entre dois seres, permite o crescimento da amizade, da ternura, da sensualidade e do amor entre o casal num período tão sensível das suas vidas como o é a gravidez”* (Costa, E. & Barroso, M., 1997: 37).

As autoras referem ainda o odor e o tacto como sentidos fundamentais no amor. O aroma, particularmente da pele, dos cabelos, da boca, pode ser um estímulo excitante numa relação a dois. O próprio timbre da voz pode comover o homem ou a mulher mais austeros. O ouvido, para além de constituir o órgão nobre da audição e do equilíbrio pode, através das orelhas transmitir erotismos e receber o prazer das palavras murmuradas. A língua desempenha também um papel fundamental na comunicação sexual. *“Além de apreciar os sabores, pode conduzir às mais inesperadas fantasias”* (Andrade, M.I., 1996: 46). Por fim, os olhos *“são o espelho da alma”*, podendo mostrar-se apaixonados, podendo mostrar apelo, ternura. *“O olhar, pode mesmo, acariciar longamente um corpo sem sequer necessitar de o tocar”* (Costa, E. & Barroso, M., 1997: 38).

A capacidade de comunicar sexualmente pode ser treinada durante a gravidez constituindo uma mais valia para a actividade sexual do casal. Neste diálogo é importante saber que os sentidos podem ajudar a ultrapassar os obstáculos sexuais inerentes à própria gravidez.

Quando o casal gera um novo ser, o relacionamento passa por transformações profundas e irreversíveis. Apesar de, para a maioria dos casais, a gravidez ser a expressão mais concreta de seu amor, manter um relacionamento sexual harmonioso neste período em que se verificam significativas alterações físicas e psicológicas torna-se extremamente difícil. Assim, os padrões da sexualidade são, normalmente, alterados, desencadeando constrangimentos e preocupações ao casal que os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para desmistificar, orientar, esclarecer e informar.

De acordo com Barata (1995) citado por Costa; E. & Barroso, M. (1997: 70), “as relações coitais numa gravidez saudável, sem alterações patológicas, não só não são prejudiciais como até podem ser úteis”. Mantêm activos os músculos da pelve e as ligeiras contracções que se produzem aquando do orgasmo fortalecem a musculatura uterina. Funcionam ainda como descarga de energia e, ao desencadarem uma melhor irrigação uterina, proporcionam ao feto momentos de relaxamento.

Delahaye, M. (1993: 53) a este respeito refere também que,

*"se a gravidez se desenrolar normalmente, não há nenhuma razão para interromper as relações sexuais. Contudo, é necessário algumas precauções no decurso do primeiro trimestre... Mas, a Natureza é bem feita pois, os fenómenos psicológicos tais como náuseas, vômitos... não são propícias às relações frequentes ou demasiados entusiastas".*

O casal deve ser livre de viver a sua sexualidade de acordo com os seus sentimentos, e não se sentir forçado a seguir um modelo de comportamento. Se a mulher se sentir relaxada, feliz e despreocupada em relação à sua sexualidade, com mais facilidade se empenhará na gravidez sentindo-se tranquila, feliz e sensualmente satisfeita consigo mesma, o que é uma boa base emocional para a maternidade. Kitzinger, S. (1984: 90) diz que “se for espontâneo, carinhoso e tranquilo, o acto de fazer amor desempenha um papel importante ao ajudar a mulher a relaxar e a saber libertar-se da tensão”.

## **1. A MULHER GRÁVIDA E A SUA SEXUALIDADE**

Nas culturas ocidentais, durante muito tempo considerou-se que a mulher grávida não deveria ter relações sexuais (Reamy, K. & White, S., 1982). No entanto, sendo a sexualidade uma componente básica na vida dos indivíduos, é claro que esta não pode ser ignorada durante o período da gravidez.

Na nossa cultura, e de uma maneira geral, a actividade sexual pode sofrer a influência de uma forte visão cristã (Pereira, M., 1993). Nesse sentido, para algumas pessoas o sexo ainda é visto como sendo algo imoral ou pecaminoso, enquanto que a maternidade assume um carácter divino. Assim, o sexo tem como função básica a reprodução, e o prazer permitido é apenas o de gerar um filho.

Fundamentando-se em algumas crenças e mitos religiosos, algumas ideias pouco científicas surgiram, tais como: a penetração pode magoar o bebé; a ejaculação dentro da vagina pode afogar o bebé; ser mãe é algo sagrado, logo, ter sexo durante a gravidez, não é aceitável uma vez que toda a atenção tem que ser dedicada ao bebé.

*“Um exemplo interessante de atitudes fortemente negativas para com o sexo durante a gravidez pode ser encontrado no livro de Limner<sup>9</sup> «Sex and the Unborn Child» onde o autor compara o sexo e a gravidez com o conceito bíblico de pecado original, atribuindo um atraso mental congénito ao orgasmo materno e à carência de oxigénio do feto durante o início de vida intra-uterina”.*

(Trindade, L., 1987: 87)

Deste modo, e até muito recentemente, devido ao desconhecimento do processo da gravidez e alguns preconceitos e tradições, a mulher receava que a actividade sexual prejudicasse o feto. Contudo, o desenvolvimento de alguns estudos sobre a sexualidade feminina durante a gestação têm permitido um melhor esclarecimento destas questões<sup>10</sup>.

A tendência actual dos ginecologistas/obstetras é de recomendar a relação sexual até ao final da gravidez. As relações sexuais só são contra-indicadas pelo médico quando a grávida apresenta alguma complicação que ponha em risco o normal decurso da gravidez: sangramento vaginal, placenta prévia, contracções precoces, traumatismo abdominal ou patologias gravídicas específicas (Trindade, L., 1987).

---

<sup>9</sup> Cf. Limner, R. R. (1969), *Sex and the Unborn Child: Damage to the Fetus Resulting from Sexual Intercourse during Pregnancy*, Nova Iorque: Julian Press.

<sup>10</sup> *Vid.*, infra, capítulo 2, ponto 5, “*Estudos sobre a sexualidade na mulher grávida*”, pp. 60 – 70.

A fisiologia assegura que biologicamente não existem motivos para recear que o bebé sofra algum dano: o feto encontra-se muito bem protegido no útero, cercado pelo líquido amniótico. O colo cervical, entre a vagina e o útero é outro factor de protecção e, por outro lado, a vagina torna-se mais ácida de forma a destruir impurezas. O orgasmo pode inclusivamente ser benéfico pois as leves contracções que gera estimulam a irrigação sanguínea dos órgãos sexuais auxiliando na preparação para o parto.

Se cientificamente esta questão é muito clara, a verdade é que para a mulher o desejo sexual, durante a gravidez, varia muito e divide espaço com outros factores.

A forma como a mulher vive a maternidade e o seu relacionamento conjugal, as suas expectativas, a forma como a sexualidade era vivida antes da gravidez, as complicações médicas e as preocupações que poderão surgir durante este período, são factores que influenciarão esta nova vivência da sexualidade (Soares, C., 1993).

Na gravidez a relação a dois passa de facto a ser uma relação a três, uma vez que o casal passa subitamente a ver a sua intimidade ser partilhada por um terceiro membro. Esta alteração pode ser sentida como um factor de enriquecimento ou, pelo contrário, como uma invasão da sua intimidade (Raphael-Leff, J., 1997). O futuro pai, começa a ver a sua companheira como mãe, e uma vez que é proibido ter relações sexuais com a mãe, urge uma tarefa de reorganização psicológica.

No período da gravidez são várias as modificações corporais. Estas alterações não são só do conhecimento íntimo da mulher mas visíveis a todas as pessoas, pondo em causa toda a sua aparência. Desta forma, a mulher passa por um processo de adaptação psicológica, durante o qual procura integrar a sua nova imagem. A imagem que a mulher tem do seu corpo grávido pode ter influência na actividade sexual. Algumas mulheres consideram-se menos atractivas sexualmente, podendo essa razão ser suficiente para a modificação do seu comportamento sexual. Outras, no entanto, sentem-se mais atractivas e encantadas com o seu corpo. Estas mulheres sentem-se mais satisfeitas com o relacionamento conjugal (Reamy, K. & White, S., 1982) e algumas até experimentam o orgasmo pela primeira vez durante a gravidez. Para Maldonado, M. (1989: 36) este facto deve-se à mudança de percepção de si própria, uma vez que com a gravidez *“estas mulheres passam a sentir-se mais adultas e mais femininas, saindo de*

*uma posição infantil e, portanto, concedendo-se o «direito» de viver uma sexualidade mais madura”.*

A reacção do companheiro a estas modificações pode ser um factor determinante na aceitação ou rejeição do próprio corpo. Se a mulher sente que o parceiro continua a sentir-se atraído por ela e a solicita para a relação sexual é para ela a prova que o seu aspecto não altera a sua atractividade e capacidade de sedução.

Segundo Kitzinger, S. (1984) mesmo que a mulher não se sinta muito atraente, o facto de se sentir desejada fá-la saber que o seu corpo é sexualmente estimulante, o que leva a valorizá-lo.

Assim, durante a gravidez, a mulher vê a sua consciência invadida por fantasias e pensamentos até então inconscientes, devido a um abrandamento dos processos defensivos. Esta maior permeabilidade entre os níveis de consciência podem trazer algo de positivo à sexualidade feminina, uma vez que torna a mulher mais consciente, não só dos seus sentimentos, como também dos sentimentos do outro e mais sensível às subtilezas da interacção emocional. Ou seja, a mulher pode ver a sua sensualidade potenciada.

Segundo Soares, C. (1993), o desejo sexual da mulher grávida embora possa sofrer modificações em termos qualitativos e mesmo quantitativos, ele continua a existir.

## **2. A ACTIVIDADE SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ**

A resposta sexual humana implica uma sucessão ordenada de acontecimentos fisiológicos que preparam o corpo para o coito. Observam-se modificações a nível do aparelho genital, de carácter anatómico e funcional, durante o acto sexual. Estas modificações acompanham-se de reacções vasculares, neurológicas, musculares e hormonais, e repercutem-se no indivíduo com intensidade variável (Masters, W. & Johnson, V., 1966).

Os estímulos sexuais podem ser divididos em psicológicos e mecânicos ou reflexos. Os primeiros são transmitidos ao cérebro através da visão, audição e olfacto bem como de fantasias conhecidas como estímulos psíquicos. Os segundos são produzidos através de estímulos tácteis, reflexos, sem a interferência da via central, atingindo o sistema nervoso através da espinal-medula (*ibidem*).

Os estímulos psicológicos e os mecânicos encontram-se correlacionados: o estímulo psíquico aumenta a sensibilidade do estímulo reflexo e vice-versa.

Algumas das diferenças entre resposta sexual feminina e resposta sexual masculina residem no facto da mulher ser mais susceptível à dor durante o acto sexual, podendo a sua valorização do orgasmo variar consideravelmente, assim como as expectativas face ao mesmo.

No ciclo da resposta sexual feminina, defendido por Masters, W. & Johnson, V. (1966), existem duas fases fundamentais:

■ **Excitação** – fase que fisiologicamente se traduz pela lubrificação vaginal, o entumescimento dos pequenos lábios vaginais e do clítoris e ainda pela erecção dos mamilos, acompanhada por uma vasodilatação reflexa devido à activação de centros localizados na espinal-medula. As manifestações de tensão sexual aumentam ao longo desta fase atingindo o ponto mais alto com a fase orgástica e decrescendo durante a fase pós-orgástica.

■ **Orgasmo** – o orgasmo feminino é um reflexo genital e manifesta-se por contracções rítmicas e involuntárias da plataforma orgástica, zona onde a vasocongestão é particularmente intensa e localizada no terço externo da vagina. Implica alterações genitais, mudanças no tónus muscular esquelético, movimentos semi-voluntários, mudanças gerais cardio-vasculares e respiratórias, experiências sensorialmente genitais e alterações ao nível da consciência. Na fase pós-orgástica assiste-se a um retorno à normalidade. O orgasmo feminino é uma experiência vivenciada de forma bastante mais subjectiva que o masculino.

A excitação feminina é um fenómeno basicamente sanguíneo e o orgasmo feminino é um fenómeno fundamentalmente muscular, sendo controlados por partes

distintas do sistema nervoso: um deles pode ser inibido enquanto o funcionamento do outro permanece normal (Allen Gomes, F., 1980).

Para Allen Gomes, F. (1980), nas últimas décadas as expectativas face ao orgasmo têm aumentado devido a mudanças de atitudes face à sexualidade feminina. Por isso, se antigamente a mulher considerava perfeitamente normal não ter prazer sexual ou orgasmo durante o coito, o homem também se satisfazia sem se preocupar com o desejo da sua companheira. Na actualidade, a mulher procura activamente a obtenção do orgasmo e o homem sente-se realizado quando proporciona satisfação sexual à parceira.

As alterações biológicas que ocorrem durante a gravidez influenciam a resposta sexual feminina. De facto, o comportamento da mulher grávida pode variar muito ao longo da gravidez e de mulher para mulher. O desejo sexual pode estar diminuído ou aumentado devido a vários factores psicológicos, sociais e às alterações fisiológicas do seu corpo. As alterações no comportamento sexual e as súbitas variações de humor próprios da gravidez, podem-se reforçar mutuamente e perturbar uma relação conjugal estável. Os casais têm que aprender a lidar com a sua sexualidade e emocionalidade em mudança (Colman, L. & Colman, A., 1994).

Durante o primeiro trimestre de gravidez o comportamento da mulher pode variar imenso podendo ir da rejeição voluntária de todas as formas físicas de actividade sexual até à ninfomania (Masters, W. & Johnson, V., 1966). Há mulheres que desfrutam mais o sexo e desejam-no com mais frequência. Podem mesmo alcançar o orgasmo mais depressa e contam que *“se sentem tão eróticas que têm medo de assustar os maridos”* (Colman, L. & Colman, A., 1994: 69). Outras vivem uma sexualidade mais indiferente, preferindo apenas ser mimadas, que alguém cuide delas e lhes dê segurança.

A mulher pode ter uma atitude de culpabilidade face ao sexo, uma vez que agora sexo significa somente prazer e perdeu a mínima característica reprodutiva. Outras sentir-se-ão livres do receio/desejo de engravidar e dos contraceptivos e desfrutam de uma sexualidade livre de barreiras, sentindo-se bastante eróticas.

Como as emoções jogam um importante papel na sexualidade feminina, as alterações do humor vão concertiza implicar novas formas de vivenciar a sexualidade e a intimidade, o que conduz a necessárias adaptações por parte do casal.

A apreensão sobre a gravidez, a mudança de papel e de estilo de vida, juntamente com os desconfortos próprios da gravidez, tais como a fadiga, náuseas e vômitos podem levar a uma diminuição do desejo sexual e mesmo da demonstração de afecto. As alterações fisiológicas da gravidez, nomeadamente as do sistema circulatório e as hormonais, podem ser responsáveis pelas mudanças na resposta sexual da grávida. Estas provocam congestão pélvica, aumento da lubrificação vaginal e aumento das mamas que podem levar a desconforto ou levar a um aumento da satisfação sexual.

No primeiro trimestre os seios crescem rapidamente e as auréolas e mamilos tornam-se entumescidos. Este crescimento, mais acentuado nas primíparas, juntamente com o aumento da tensão sexual, provoca frequentemente hipersensibilidade e por vezes dor nas mamas, especialmente nos mamilos e auréolas (Masters, W. & Johnson, V., 1966). Os órgãos genitais também sofrem um aumento da vascularização, a qual aumenta ainda mais em resposta ao estímulo sexual. É constatável a ocorrência de ardor e câibras, durante e após o orgasmo, na zona inferior do abdómen. Estes sintomas podem fazer com que o casal acredite que o sexo pode prejudicar a gravidez.

Durante o segundo trimestre muitas mulheres sentem-se mais eróticas. Algumas referem sentir o orgasmo pela primeira vez e, Masters, W. & Johnson, V. (1966) relatam que algumas mulheres do seu estudo referiram pela primeira vez experiências multiorgásticas e orgasmos fulminantes.

Esta fase é caracterizada por uma sensação de bem-estar. Psicologicamente, a mulher vive um período calmo. Muitos dos desconfortos físicos desapareceram ou diminuíram de intensidade. Todos estes factores podem dar origem a um aumento do interesse sexual, que se exprime através do interesse pelos encontros sexuais, fantasias e sonhos eróticos (Colman, L. & Colman, A., 1994).

Também as alterações fisiológicas são em grande parte responsáveis pelo aumento da satisfação sexual. As mulheres primíparas referem redução acentuada da

hipersensibilidade das mamas, uma vez que altos níveis de tensão sexual não provocam um aumento evidente das mesmas. A lubrificação vaginal aumenta a partir do final do primeiro trimestre e mantém-se até ao final da gravidez. O aumento da vascularização da zona pélvica e a vasocongestão provocada pelo útero em crescimento, podem levar a um ingurgitamento mais rápido das zonas erógenas durante a fase de excitação. À medida que a gravidez progride, o alívio vasocongestivo posterior ao orgasmo vai sendo mais lento (Masters, W. & Johnson, V., 1966). Algumas mulheres referem ser facilmente excitáveis e continuarem a sentir desejo mesmo depois de ter orgasmos intensos (Colman, L. & Colman, A., 1994).

A dispareunia (relação sexual dolorosa) pode surgir nesta fase. Pode ser devida a vários factores, tais como infecções do aparelho urinário ou vaginais, problemas de lubrificação ou pressão no abdómen. Se a mulher não se sente à vontade com a sua sexualidade durante a gravidez, a dispareunia pode ser devida a factores psicológicos (Reeder, S. *et al.*, 1995).

As alterações da imagem corporal tornam-se mais evidentes à medida que a gravidez progride. A maior parte dos casais experimentam-nas como agradáveis. No entanto, para algumas pessoas as alterações físicas podem contribuir para uma imagem corporal negativa, que pode produzir alterações na resposta sexual. O marido pode não se sentir atraído sexualmente pela sua mulher, à medida que o corpo dela se torna diferente e volumoso. Os movimentos fetais podem provocar diminuição do interesse sexual e medo de magoar o feto. Alguns casais, durante esta fase da gravidez, descobrem novas formas de satisfação sexual que se podem prolongar além do nascimento do bebé (Colman, L. & Colman, A., 1994).

Os autores citados referem que durante o terceiro trimestre há uma diminuição do interesse e da actividade sexual em algumas mulheres, enquanto que outras podem continuar a sentir a sua sexualidade intensificada, principalmente até ao meio do terceiro trimestre.

No terceiro trimestre surgem também desconfortos físicos e factores psicológicos que podem interferir na sexualidade do casal. Regressa a sonolência e a fadiga do primeiro trimestre, a irritabilidade, a tensão pélvica e as dores lombares

acentuam-se, surgem edemas dos membros inferiores e a barriga fica cada vez maior. O abdómen pode ser um obstáculo difícil de transpor para os casais com práticas sexuais conservadoras. O recurso à estimulação manual, sexo oral ou posições que não sejam dificultadas pelo volume da barriga, são as melhores formas de obter prazer mútuo, no entanto, Colman, L. & Colman, A. (1994) mencionam que os casais que não têm por hábito adoptar este tipo de comportamento sexual podem sentir-se mal ao recorrer a ele no final da gravidez.

O aumento das mamas relativo à fase de gravidez completa-se. A tensão sexual não provoca aumento adicional nas mamas mas continuam-se a verificar as reacções de erecção do mamilo e o ingurgitamento aureolar. À medida que a gravidez progride, a vasocongestão pélvica vai sendo mais acentuada, de tal forma que a plataforma orgástica no terço exterior da vagina fica congestionada e o canal vaginal edemaciado. Nessa altura, a intensidade das contracções durante a experiência orgástica parece mínima.

Nas últimas semanas de gravidez, o útero pode entrar em espasmo tónico em vez das contracções regulares da experiência orgástica. Os batimentos cardíacos fetais podem apresentar bradicardia transitória sem, no entanto, terem sido observadas outras perturbações fetais. Durante o terceiro trimestre, na fase de resolução, a vasocongestão não pode ser aliviada completamente qualquer que seja a intensidade do orgasmo, levando as mulheres a sentirem uma continuação da estimulação sexual (Masters, W. & Johnson, V., 1966) ou a sentirem desconforto. A dispareunia pode ocorrer principalmente se a apresentação fetal já está insinuada na pelve. Posições que dificultam a penetração profunda do pénis podem ser adoptadas.

O medo de magoar o feto mantém-se, apesar dele estar bem protegido. Há casais que sentem o feto como uma terceira pessoa na relação. A mulher pode sentir-se pouco atractiva e ter medo que o companheiro perca o interesse por ela. O casal pode sentir-se constrangido em experimentar novas posições, mas o mais comum é que o casal esteja muito ansioso, preocupado ou demasiadamente desconfortável para se interessar pelo sexo (Colman, L. & Colman, A., 1994).

A abstinência pode causar conflitos conjugais ou perturbação emocional em casais que costumam relacionar-se sexualmente com regularidade. Estes precisam de ser esclarecidos sobre as alterações fisiológicas, sobre os seus medos e tabus, sobre mudanças de posição e variações sexuais e sobre a variedade de caminhos que o desejo sexual pode tomar, para que possam viver intensamente a sua sexualidade. No entanto, o profissional de saúde tem de ter em conta que não existe um padrão de normalidade em relação ao desejo sexual. Os sentimentos sexuais e a sua expressão são altamente individualizados.

### **3. AS CONTRA-INDICAÇÕES BIO-FISIOLOGICAS DAS RELAÇÕES COITAIS DURANTE A GRAVIDEZ**

De acordo com Trindade, L. (1987), a associação entre as relações sexuais e a patologia obstétrica remonta à antiguidade mais longínqua.

O autor supracitado refere que as várias perspectivas em discussão, se basearam desde sempre em argumentos de nenhuma credibilidade científica e fundados, sobretudo, em «empirismos pseudo-científicos» e preconceitos religiosos, conseguiram, surpreendentemente, subsistir até ao nosso tempo. Dá como exemplo paradigmático de atitudes negativas para com o sexo na gravidez na obra de Limner, que já tivemos oportunidade de referenciar.

Actualmente e, na opinião de diferentes autores, poucas são as situações que se assumem como contra-indicações da relação coital durante a gravidez. Segundo Pacheco, J. (1998), existem situações concretas que levam a restringir ou até a prescindir da actividade sexual coital durante a gravidez. A ameaça de aborto ou o aborto de repetição são as causas que mais frequentemente desaconselham e até proíbem as relações coitais durante o primeiro trimestre da gravidez. Durante o terceiro trimestre, a placenta prévia ou a ameaça de parto prematuro constituem situações nas quais se desaconselha a actividade sexual coital.

Para Trindade, L. (1987) as consequências negativas do coito e do orgasmo no normal desenvolvimento da gestação e do feto relacionam-se com três áreas principais: factores mecânicos (abortamento, hemorragia e rotura prematura das membranas), contracções uterinas (parto prematuro) e infecção.

### 3.1. ABORTAMENTO

Dentro do útero, o feto encontra-se bem protegido contra as agressões traumáticas provocadas por pressão sobre o abdómen da grávida. No entanto, dada a probabilidade de uma em cada dez gestações o ovo ser anembrionado, torna-se fácil o estabelecimento de uma relação entre uma prática carregada de factores de culpabilização, como o é a cópula, e esse acidente (Rynerson, B. & Lowdermilk, D., 1996).

Segundo Trindade, L. (1987) ainda que os traumatismos nas mulheres grávidas sejam bastantes frequentes, há estudos que mostram que a frequência relativa dos abortamentos espontâneos antes das 9 semanas, se situa na ordem de um por mil traumatismos, não havendo nesses estudos qualquer referência especial ao coito.

O autor citado refere que nas primeiras 9 semanas de gestação, a grande maioria dos abortos espontâneos derivam de defeitos cromossómicos de que resulta a morte precoce do embrião. *“Só a partir da 10.ª semana é que a sua etiologia começa a estar relacionada com factores anatómicos como sejam as malformações uterinas, as sinéquias, os tumores e a incontinência cérvico-istmica. Nestes casos, mesmo quando tratados com cerclage, parece prudente a abstenção sexual, já que a situação mecânica pré-existente pode ser agravada pelas contracções uterinas desencadeadas pelo coito ou pelo orgasmo”* (Trindade, L., 1987: 87).

Ainda a respeito do evitamento das relações coitais, os investigadores Turnbull & Chamberlain (1989) citados por Rynerson, B. & Lowdermilk, D. (1996) defendem que os casais se devem abster das relações sexuais quando, no primeiro trimestre, há cólicas abdominais ou hemorragias após o coito e, também, quando há na história da

grávida casos de aborto espontâneo no primeiro trimestre, embora os estudos dos casos de abortamento precoce não lhe façam referência especial. Nesta perspectiva, os autores citados consideram que essa abstinência, mesmo que não se justifique do ponto de vista etiológico, evita sentimentos de culpa do casal face a um abortamento cuja verdadeira causa foi a patologia obstétrica.

### 3.2. HEMORRAGIA

A coitorragia é uma ocorrência que, segundo Trindade, L. (1987), pode registrar-se em qualquer momento da gravidez, desde que existam condições inflamatórias ou tumorais do colo que a favoreçam. De acordo com o autor, estes são, geralmente, estados previamente conhecidos pelo que, as hemorragias daí resultantes não contra-indicam a relação sexual cuidadosa, desde que se proceda ao tratamento adequado. Todavia, o mesmo não acontece no caso de hemorragias por descolamento prematuro da placenta ou de placenta prévia de causa desconhecida, dado que podem pôr em perigo a vida do feto e da grávida.

### 3.3. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Tendo ainda Trindade, L. (1987) por referência, numa gravidez normal, o coito, só por si, não pode ser causa de rotura das membranas. O clínico explica que estudos dinamométricos de Danforth, realizados na década de 50, demonstram que, no estado normal, a sua resistência é muito superior às pressões que poderão resultar de um coito. Contudo, em casos de pressão intra-uterina excessiva (hidrâmnios, gravidez gemelar), em casos de fragilização anormal (placenta prévia, incompetência do colo, ou infecção) e também perante outros factores, tais como primiparidade idosa, carência de vitamina C e traumatismos, o clínico admite que o coito e o orgasmo podem ser considerados como factores secundários, actuando em terreno patológico pré-existente, e não a sua causa directa.

Esta perspectiva é partilhada também por Rynerson, B. & Lowdermilk, D. (1996), que referem estudos em que a pressão não é considerada a responsável directa pela rotura das membranas mas, antes, o seu dano estrutural resultado da despolimerização enzimática das fibras de colagénio, provocado por enzimas proteolíticas, em particular as libertadas nos processos infecciosos (embora estas enzimas se encontrem também na composição do líquido espermático, o seu efeito não parece ser importante). Assim, um suposto mecanismo da rotura é o resultado das relações sexuais em caso de infecção, mecanismo este que ainda não está provado com segurança.

### 3.4. PARTO PREMATURO

As prostaglandinas presentes no esperma e as contracções uterinas provocadas pelo orgasmo feminino têm sido, frequentemente, apontadas como as responsáveis por alguns partos prematuros. No entanto, os resultados dos estudos que se têm realizado sobre esta problemática não coincidem. Trindade, L. (1987) refere que autores como Wagner, Solberg, Naeye ou Mills não encontraram relação entre o coito e o parto prematuro. Por seu lado, Rynerson, B. & Lowdermilk, D. (1996) apresentam resultados de outros autores que parecem comprovar essa relação, se não directa, pelo menos como factor a considerar em situações de risco. Neste sentido, consideram que, até à resolução destas divergências, se deve recomendar a abstenção da relação coital e do orgasmo nos casos de:

- a) Passado obstétrico carregado;
- b) Interrupção de trabalho de parto prematuro na gestação actual, até que o feto atinja a maturidade;
- c) Parto prematuro anterior inexplicado;
- d) Incompetência cervical ou apagamento precoce do cérvix, ao exame vaginal.

Ainda sobre esta questão do parto prematuro, Portelinha, C. (2003) refere dois investigadores, Hacker & Moore (1994) que valorizam a estimulação mamária como factor capaz de induzir a actividade uterina e, sendo assim, desaconselham igualmente esta prática às grávidas de risco.

### 3.5. INFECÇÃO

Na grávida saudável, um colo competente e membranas intactas oferecem protecção eficaz contra as mais variadas infecções. Em contrapartida, em mulheres com incompetência cervical, membranas rotas ou colo apagado e dilatado na fase final de gestação, o pénis pode arrastar para o útero bactérias patogénicas provocando infecções graves, que podem resultar em morbidade e mortalidade materno-infantil (Trindade, L., 1987).

A este propósito, Portelinha, C. (2003: 30) refere que “*as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a sífilis, o herpes genital, a gonorreia, a clamídia, a tricómona, entre muitos outros agentes infecciosos, a que mais actualmente se veio juntar a SIDA, podem ter efeitos desastrosos na gestante e no feto e, de facto, são habitualmente contraídas por via das relações sexuais*”. Segundo a autora, estas infecções são muito frequentes nas grávidas com vários parceiros sexuais e, nestes casos ou noutros considerados de risco, deve ser aconselhada a utilização de preservativo.

### 3.6. EMBOLIA GASOSA

A embolia gasosa é também, uma ocorrência a que alguns investigadores têm prestado particular atenção, dado tratar-se de uma situação quase sempre mortal. Com efeito, encontram-se já descritos na literatura dez casos de morte materna devidos a embolia gasosa, provocada pela introdução forçada de ar na vagina. Nesta situação, associada à prática sexual do *cunnilingus*, os homens sopram para dentro da vagina,

levando à entrada de ar no sistema vascular materno, através do canal cervical dilatado (Trindade, L., 1987).

Como conclusão, pensamos que a gravidez não provoca uma ruptura na história do casal que, anteriormente, vivia de forma satisfatória a sua própria sexualidade e a sua relação conjugal. Pelo contrário, com a gravidez o casal pode descobrir outro tipo de sexualidade altamente gratificante, sobretudo quando existe a necessidade duma união afectiva. Esta harmonia e bem-estar incidem favoravelmente sobre a saúde mental e física do casal.

Desta forma, cabe aos profissionais de saúde favorecer uma vivência plena da sexualidade durante a gravidez. Com frequência, estes profissionais deixam de considerar a sexualidade como um aspecto importante na vida do “casal grávido”, sendo poucas as informações objectivas no aconselhamento dos casais referentes às intimidades sexuais durante a gravidez (Rynerson, B. & Lowdwermlk, D., 1996). O aconselhamento sexual deve incluir a correcção de informações ou conceitos errados, a garantia de normalidade e a sugestão de comportamentos alternativos. A especificidade de cada casal deve ser enquadrada numa perspectiva biopsicossocial e cultural. O aconselhamento de casais sobre a sua adaptação sexual durante a gravidez exige do profissional de saúde uma avaliação pessoal, bem como um conhecimento profundo das respostas físicas, sociais e emocionais à sexualidade durante este período. É igualmente importante vencer preconceitos e estereótipos, para um aconselhamento neutro, sem juízos de valor e individualizado.

Para os profissionais de saúde pode ser difícil aconselhar as mulheres sobre a sexualidade e gravidez. A principal prioridade é inquirir a respeito das preocupações que a mulher possa ter. As relações sexuais na gravidez não são um assunto que as mulheres apresentem de forma espontânea. É muito importante desfazer os mitos, citando os riscos potenciais e as pesquisas que afirmam que estes não existem, em especial quando a mulher tiver que fazer uma escolha informada. Não existem evidências conclusivas de que as relações sexuais, durante a gravidez prejudiquem a grávida ou o feto (Rynerson, B. & Lowdermilk, D., 1996).

Um número significativo de casais necessita apenas de “permissão” para manter a sua vida sexual durante a gravidez. Muitos outros necessitam de obter informações sobre as alterações fisiológicas decorrentes da gravidez, bem como desfazer alguns mitos sobre o sexo durante a mesma. Um entendimento completo da intimidade do casal também deve incluir aspectos da relação, tais como as orientações dos papéis de gênero, o grau de envolvimento do pai e o padrão habitual da expressão sexual (*ibidem*). Permitir e informar são responsabilidades do profissional de saúde.

É necessário ter uma visão alargada e abrangente sobre a sexualidade. Quando um casal não pode, ou prefere não ter, relações sexuais com penetração, a necessidade de intimidade e união pode assumir diversas expressões. Os actos de beijar, abraçar, massajar, acariciar e uma maior sensibilidade e carinho são formas válidas de exprimir a sexualidade e constituem sinais de afecto. Cada um destes aspectos constitui, por si só, uma experiência agradável e nem sempre conduzem ao acto sexual.

#### **4. CONTRIBUTOS ANTROPOLÓGICOS NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE NA MULHER GRÁVIDA**

*“E não respeitar os ritmos, semear ou colher fora do tempo, como ter relações com a mulher em momentos impróprios, é atrair e desencadear forças de morte, de esterilidade para si e para os seus. Respeitar os ritmos do cosmos e dos corpos e das suas relações com ele é criar vida, fertilidade”.*

(Joaquim, T., 1997: 66)

Ao longo dos tempos, a sexualidade humana tem vindo a sofrer várias vicissitudes. Venerada por uns e negada por outros, a sexualidade não é mais do que aquilo que cada um de nós tem de mais íntimo. Porém, no mundo ocidental, por ter sido relegada pouco a pouco para a clandestinidade, devido a proibições sociais e religiosas, ainda hoje sentimos uma certa repressão na sua vivência. Nos nossos dias, há ainda indivíduos que se recusam a reconhecer a sua importância. *“Atravessam a vida com os*

*olhos vendados, justificando a sua atitude com razões antiquadas*" (Vellay, P., 1998: 33).

A Igreja Católica procurou desde cedo fixar todo um conjunto de normas regulamentadoras da sexualidade, especialmente nas mulheres. Na Sociedade Ocidental, o modo como as mulheres exprimem a sua sexualidade tem sido, ao longo dos tempos, condicionado por estes valores. Os primeiros estudiosos da Igreja Católica começaram por definir, de acordo com a sua actividade sexual, dois tipos de mulheres: as mães e as prostitutas. *"As mães não sentiam qualquer desejo sexual"*, apenas se submetiam ao acto para poderem ter filhos. As prostitutas *"eram totalmente diferentes (...) a sua intensidade sexual era tamanha que, levadas pela lascívia, devastavam os corpos e as almas dos homens"* (Kitzinger, S., 1992: 20).

De facto, desde a Antiguidade, e ao longo dos séculos e das culturas, a gravidez viu-se sempre rodeada de mitos e tabus, geralmente destinados a proteger o feto. O sexo tende a ser encarado como imoral e a maternidade como algo divino, em que se defende que a função básica das relações sexuais é a reprodução, e o prazer "permitido" na maternidade é o de gerar uma vida humana (Teixeira, I., 2000). No entanto, a maioria destas crenças estão fundamentadas, mais nos critérios morais e religiosos do que no conhecimento científico. Assim, tem-se aceitado de forma implícita que a sexualidade durante a gravidez é algo perigoso, incómodo e, inclusive, indecente ou imoral (Trindade, L., 1987; Farré, J. *et al.*, 1997).

Nesta ordem de ideias, Portelinha, C. (2003: 22) reforça esta questão. A autora refere que na tradição judaico-cristã em que culturalmente nos inserimos, as relações sexuais são justificadas pela procriação e proscritas como forma de obter prazer e, o exercício das mesmas durante a gravidez assume um *"carácter paradoxal e transgressivo que, na dificuldade de o ultrapassarmos, transformamos em tabu ou em pontos de vista estereotipados"* (Portelinha, C., 2003: 22). O que, na perspectiva da autora, condiciona algumas mulheres que no seu novo papel de mães vêm alterado o significado do prazer sexual, assumindo-o com culpa e remorso. Não admira pois, que o casal grávido se possa sentir culpabilizado face às suas necessidades e práticas ao longo do tempo de gestação.

Contemporaneamente, a gravidez é encarada como uma fase de desenvolvimento e constitui um momento de crise não patológica, de mudança e adaptação a novos papéis, o de mãe e também o de pai e, simultaneamente, deverá ocorrer uma adaptação às novas condições físicas, psicológicas, familiares e sexuais. Numa gravidez saudável não existem motivos que impeçam o processo normal de uma vida sexual gratificante. Na verdade, não há nenhum impedimento absoluto ou uma condição inexorável para que a vida sexual continue satisfatória. Também seria incorrecto afirmar textualmente que a sexualidade do casal continua, durante a gravidez, como se nada houvesse de diferente (Macy, C. & Falkner, F., 1981; Portelinha, C., 2003).

É interessante notar que, nos mamíferos, a maioria das fêmeas evita o coito durante a gravidez. Contudo, nos primatas, algumas fêmeas parecem aceitá-lo quando a pressão do macho é muito grande. No entanto, apenas a fêmea humana apresenta a possibilidade de manter um relacionamento sexual contínuo, quando não existem tabus sexuais que o reprimem e/ou razões de saúde que o desaconselhem (Farré, J. *et al*, 1997; Kitzinger, S., 1996).

Revisitando a literatura mais relevante sobre a sexualidade na gravidez e vivência da mesma nas diferentes sociedades, ao longo do tempo, constatamos que, a possibilidade de ter relações sexuais durante a gravidez tem sido uma questão muito controversa. De acordo com Barbaut, J. (1990) quer o Antigo como o Novo Testamento não condenam esta prática mas nem por isso há consenso entre teólogos e médicos que, misturando razões médicas, morais e religiosas, têm opiniões muito divergentes. O médico da Grécia Antiga Hipócrates considerava que as relações sexuais durante a gravidez eram benéficas, ao contrário do filósofo Aristóteles que defendia que estas dificultavam o parto. Por outro lado, *“os teólogos temiam que, durante o acto sexual com uma mulher grávida, o homem estivesse «em contacto» com um ser não baptizado, impuro por excelência”* (Barbaut, J., 1990: 109).

O Talmud proíbe as judias de terem relações sexuais durante os primeiros três meses de gravidez considerando que devido à posição fetal neste período elas seriam prejudiciais tanto para a mãe como para o filho. Contudo, são autorizadas nos últimos três meses, crendo-se que beneficiam e fortalecem mãe e filho. Já o Corão proíbe-as às

muçulmanas durante todo o período gravídico, por recearem que ocorra a concepção de um segundo feto, quando já está formado um outro (*ibidem*).

As relações sexuais durante a gravidez eram condenadas por já ter sido cumprida a sua função, a procriação. “*Sendo toda a emissão de sémen inútil considerada como um insulto feito a Deus, criador de todas as coisas, teme-se também que o feto seja atingido, «conspurado» pela semente «supérflua» e perdida*” (Barbaut, J., 1990: 111). Segundo o mesmo autor, o marido que continuasse a ter relações sexuais com a sua mulher, já não a considerava como uma esposa, como a mãe dos seus filhos, mas como uma amante ou uma prostituta, cometendo, desta forma, o pecado da luxúria.

Todavia, a partir da Idade Média, teólogos mais evoluídos e esclarecidos demonstraram uma maior tolerância, querendo principalmente evitar que o marido procurasse satisfação fora do casamento, e aconselhavam actos e posições habitualmente classificados como contrários à natureza.

*“Se a esposa está grávida, ..., e se existe o receio de sufocar o feto, não ousando o marido chegar até ela pela parte anterior, não há pecado mortal em chegar até ela pelo outro lado, desde que não se faça um uso indevido e que não se espalhe a semente para o exterior”.*

[La Palud (s.d.) citado por Barbaut, J., 1990: 111]

Entre a classe médica mantém-se a discordância relativamente a esta prática durante a gestação. Alguns médicos afirmavam que no início da gravidez as relações sexuais eram perigosas por poderem provocar um aborto ou estar na origem de uma criança deficiente. Outros consideravam-nas benéficas, ou mesmo necessárias, pois assim o pai continuava a participar na «modelação» da criança, imprimindo-lhe a sua marca e equilibrando os efeitos da marca materna. No entanto, havia ainda opiniões médicas que contra-indicavam o sexo nos últimos meses de gestação pela possibilidade de ocorrer um aborto ou parto prematuro. Em contrapartida, outros sustentavam que no decurso deste período, as relações sexuais preparavam a criança para o parto: dilatando-lhe o colo do útero abriam-lhe a passagem e facilitavam a sua saída (Barbaut, J., 1990).

Com o filósofo Demócrito, no século X, generalizou-se a crença de que duas ejaculações pouco intervaladas, por constituírem excesso de matéria, provocavam o nascimento de monstros duplos, ligados um ao outro (irmãos siameses). “*Por outro lado ainda, pensava-se em geral que os gémeos eram indicação de uma dupla paternidade e provinham necessariamente de dois pais diferentes*” (Barbaut, J., 1990: 113).<sup>11</sup>

Todas as sociedades e culturas regulam o direito à maternidade numa tentativa de “seleccionar” as mulheres que devem ser mães, através da existência de rituais e sanções associados à sexualidade e à gravidez, os quais directa ou indirectamente, afectam as respostas sexuais da mulher grávida (e do parceiro) (Kitzinger, S., 1996; Rynerson, B. & Lowdermilk, D., 1996).

No século XIX, mantêm-se fortes influências históricas acerca do que eram as mulheres e da natureza da sua sexualidade: “*atribuir sensações sexuais às mulheres era uma vil difamação*” (Kitzinger, S., 1992: 20).

Na última parte do século XIX, as mulheres passavam muito tempo da sua vida grávidas, a amamentar ou doentes (a seguir a abortos espontâneos). A fragilidade era “*considerada uma qualidade inata (...) do desgaste que as gravidezes provocavam na saúde*” (Kitzinger, S., 1992: 20). A fuga a esse processo debilitante era a abstinência sexual durante a gravidez. A “*fraude sexual*”, ou seja, a prática de actividade sexual durante a gravidez, amamentação ou doença, era fortemente punida por espíritos. As consequências que determinava iam da morte “*à hiperestesia dos órgãos genitais, cancro... ovarite, ...*” da mãe (Kitzinger, S., 1992: 22). A criança poderia vir a sofrer de epilepsia e atraso mental que afectariam o carácter moral e até a aparência física.

---

<sup>11</sup> Aliás, uma crença partilhada por numerosas tribos, que consideram que, tendo sido o primogénito gerado pelo pai legítimo, o segundo filho resulta de uma relação adúltera ou é obra de um espírito maligno, de um feiticeiro, de um animal ou de um Deus. Deste modo, os Dayak do Bornéu pensam que um dos gémeos é gerado pela penetração, no interior do útero já grávido, do espírito de uma serpente ou de um macaco. É por isso que, quando se considera que o ventre da mulher apresenta um volume indicador de um nascimento duplo, se provoca sistematicamente o aborto (Barbaut, J., 1990: 113).

A proibição da actividade genital durante a gravidez é, portanto, "tradição" já muito antiga. Vem do tempo em que também os caçadores prestes a partir para uma grande caçada ou os pescadores para uma importante pescaria se viam impedidos de praticar qualquer acto sexual, acreditando-se que, por meio de proibições deste tipo, era protegido o nascimento do novo membro que iria nascer, capturavam-se maiores quantidades de animais e peixes ou vencia-se na guerra. Está por detrás destas crenças a ideia de que as forças vitais devem ser conservadas. Ou seja, se um homem vai ser pai, com todas as responsabilidades e poder que o acontecimento implica, *"não deve desperdiçar a sua substância na ejaculação"* (Kitzinger, S., 1992: 87). A mulher, futura mãe, por ser sagrada, está sob a égide do poder da igreja que, como já vimos, determina a abstenção sexual durante a gravidez. Caso não cumpra, *"a mãe, o futuro pai e o bebé podem ser postos em perigo"* (Kitzinger, S., 1992: 88).

Na verdade, o exercício da sexualidade durante a gravidez baseou-se, desde sempre, e ainda hoje, em crenças e mitos que orientaram as civilizações através dos tempos. *"Entre os povos primitivos, encontram-se enormes variações que vão desde a recomendação de abstenção e punição com pena de morte aos desobedientes, até à liberdade absoluta"* (Tedesco, J., 2000: 247).

Entre o povo Vankar (Índia), a mulher grávida deve suspender as relações coitais com o marido durante toda a gravidez. *"A transgressão trará loucura, malformações ou cegueira irrecuperável para a criança"* [Perez (1992) citado por Couto, A. (1994: 68)].

Em Moçambique existe proibição de relações coitais a partir do quinto mês entre os Macuas (Zambézia) e os Changana (Gaza), *"porque a criança já está quase formada e nasceria com manchas brancas"* (*idem*).

Para os habitantes da Ilha de Alor (Índia) e para os Yao (Moçambique) a criança forma-se a partir da acumulação do esperma. É através da matéria-prima que o homem fornece à mulher (que serve de receptáculo), que a criança se vai formar e crescer. Então, não é de estranhar que para estes povos, as relações coitais posteriores à concepção sejam benéficas, na medida em que vêm acrescentar *"esperma ao corpo da criança, engordando-a, mesmo se elas não forem com o seu progenitor"* (Cordeiro, J., 1987: 52). As relações coitais modelam, alimentam e fortalecem a criança em

desenvolvimento. Acreditam que se elas não existirem "*frequentemente durante a gravidez, a criança nascerá num estado de grande fraqueza e faltar-lhe-ão mesmo uma parte dos seus membros*" (Cordeiro, J., 1987: 53).

Segundo um estudo realizado por Margarete Mead (1967) citado por Langer, M. (1986), na tribo Arepesh, durante as primeiras semanas de gravidez, e à semelhança dos habitantes da Ilha de Alor e Yaus, o marido é obrigado a realizar o coito com a maior frequência possível, porque também consideram que o esperma alimenta o feto dentro do útero. Posteriormente, este identifica-se o mais possível com a sua mulher grávida, passando durante a sua gravidez, parto e puerpério, pelos mesmos tabus e restrições que ela, ou seja, tenta partilhar com ela, no possível a sua capacidade de procriação. Um outro estudo realizado por Kandiner (1974) citado por Langer, M. (1986) foca o facto de, entre os habitantes das Ilhas Marquesas a mulher ser vista pelo homem unicamente como objecto sexual, renunciando aos seus instintos maternos.

Também entre os Bajau, se encorajam as relações sexuais, por se pensar que o pai desempenha o papel essencial na concepção e depois no desenvolvimento embrionário; se o pai não agir deste modo, o filho vai nascer num estado de fraqueza extrema ou virá à luz ainda incompleto, inacabado, podendo faltar-lhe alguns membros (Barbaut, J., 1990).

De acordo com Barbaut, J. (1990: 112) nalgumas civilizações, nomeadamente as que praticam a poligamia, a proibição das relações sexuais começa logo que o marido tem conhecimento da gravidez da sua mulher e mantém-se, por vezes, até ao desmame da criança, frequentemente muito tardio; (nestas sociedades no entanto, o homem tem outras alternativas sexuais).

*“Assim, entre os Massai da África Oriental, quando um homem, infringindo esta interdição, provoca um aborto, sofre um castigo de acordo com as regras: todas as mulheres da vizinhança se reúnem, apoderam-se do culpado, despem-no e açoitam-no, e depois matam muitos dos animais do seu rebanho, estrangulando-os ou sufocando-os com as suas vestes”.*

(Barbaut, J., 1990: 112)

Por oposição a estes tabus, a cultura liberiana defende que manter relações sexuais durante toda a gravidez é importante para o nascimento de um filho saudável.

Sobre o que acabámos de descrever podemos argumentar que sem nenhuma razão séria, a vivência da sexualidade durante a gravidez permanece, desde há séculos, limitada por mitos, rituais e sacralizações que a empobrecem e lhe retiram capacidade de imaginação e de acção.

A este respeito Portelinha, C. (2003: 23) refere que *“do ponto de vista científico, a disposição do casal para manter relações sexuais durante a gestação, as necessidades afectivas de provas de amor e prazer sexual, as “performances” conseguidas e mesmo os eventuais riscos são considerados muito diversamente, respondendo a padrões individuais e alterando-se ao longo da gravidez”*.

A verdade porém, é que estas crenças e mitos entendidas como ideias do passado, mais ou menos distante, ou, padrões típicos de sociedades pouco evoluídas, permanecem ainda hoje, entre culturas avançadas e desenvolvidas. Por exemplo, Colman, L. & Colman, A. (1994), verificaram nos seus estudos que muitos homens e muitas mulheres ainda têm medo que a actividade sexual possa prejudicar o feto. As crenças relacionadas com a gestação em geral e com as relações coitais nesta altura em particular, são ainda muito comuns e determinantes das práticas e inibições relacionadas com a expressão da sexualidade durante a gravidez. E talvez por isso, em muitos países, os casais simplesmente abstêm-se de sexo por pensarem que a penetração pode “magoar” o filho. Por outro lado, e mais recentemente, num estudo levado a cabo por Muniz Silva, F. (1999), citada por Martins, M.F. (2007: 74), na população do Rio de Janeiro *“demonstrou que, embora as crenças instituídas sobre a sexualidade na gravidez estivessem presentes no seu estudo, um número significativo de pessoas rompem, cada vez mais, com essas crenças e tabus”*.

Em termos de intervenção, é importante ter em conta que a eventual inconsistência científica das crenças não pode levar a esquecer que são reais. São realidades vivenciais para quem acredita nelas e as assume no seu dia a dia, o que não quer dizer, porém, que devam permanecer enquanto representações ou saberes. Assim sendo, e em jeito de síntese *“as culturas sexualmente restritivas, estão orientadas para a*

limitação da sexualidade, sendo o sexo temido pelos problemas que pode desencadear. As culturas sexualmente permissivas encaminham para a tolerância da sexualidade, sendo pouco exigentes no controlo das proibições. Finalmente, as culturas sexualizadas conservam a sexualidade de forma a que o sexo seja considerado essencial ao bem-estar e à felicidade do casal (Roque, 2001).

Considerando a actividade sexual de extrema importância para a vida homeostática do casal, é necessário que, neste novo milénio, *"os progressos científicos e técnicos permitam uma análise cada vez mais objectiva no campo da sexualidade, desapareça o medo da carne e a noção de pecado, geradores de reacções violentas que abrem caminho a todos os excessos e à proliferação dos desvios sexuais"* (Vellay, P., 1998: 34).

## **5. ESTUDOS SOBRE A SEXUALIDADE NA MULHER GRÁVIDA**

Os estudos efectuados nos últimos anos sobre a gravidez e sexualidade têm contribuído para um conhecimento mais pormenorizado do comportamento sexual da mulher grávida.

Segundo Von Sydow, K. (1999) os trabalhos acerca da sexualidade e gravidez já publicados podem dividir-se segundo três grandes momentos temporais: de 1950 aos anos 80, em que o principal objectivo era o de saber até que ponto o sexo poderia ser «permitido» durante a gravidez. Dos anos 80 aos anos 90, em que o avanço dos primeiros estudos permitiu a criação de diferentes assumpções ao nível da conceptualização e das premissas de investigação nesta área, problematizando-se já a questão de perceber as relações entre factores sócio-demográficos e actividade sexual na gravidez. E, finalmente, um terceiro momento, no qual se inscrevem os estudos actuais que investigam o modo como a qualidade da relação com o companheiro se desenvolve na transição para a parentalidade, tendo em conta o impacto ao nível do relacionamento sexual do casal durante este período.

Não sendo nosso objectivo uma exploração aprofundada desses mesmos estudos, considerámos importante salientar as conclusões mais pertinentes de algumas dessas investigações, estando certos que as mesmas dar-nos-ão contributos importantes para compreendermos os nossos próprios resultados. Por outro lado, ao termos organizado as investigações por ordem cronológica ascendente, pretendemos perceber a evolução científica operada na abordagem da sexualidade durante a gravidez.

### 5.1. ESTUDOS INTERNACIONAIS

Em 1950, Landis, J. descreve, através do seu estudo, um declínio no interesse sexual ao longo da primeira gestação. Esta constatação fundamenta-se numa investigação efectuada com 212 estudantes universitárias.

Em 1966, Masters, W. & Johnson, V. realizaram um dos trabalhos mais conhecidos que aborda a questão da sexualidade durante a gravidez. Tratou-se de um estudo longitudinal com 101 mulheres, às quais foram realizadas entrevistas pessoais durante os três trimestres de gravidez e no período pós-parto. Com esta investigação pretendiam conhecer as mudanças fisiológicas da resposta sexual da mulher grávida e após do nascimento do filho. Verificaram um aumento do desejo e da satisfação sexual durante o segundo trimestre, comparativamente com o período anterior à gravidez. Verificaram, igualmente, uma diminuição no desejo sexual das primíparas no primeiro trimestre, o que não se verificou com as múltíparas. Sugeriram, também, que o nascimento iminente e o terceiro trimestre de gravidez tinham uma forte influência na resposta sexual feminina pré-parto.

Em 1973, Falicov, C. entrevistou 19 primíparas e constatou uma diminuição no interesse sexual no primeiro e terceiro trimestres e um ligeiro aumento no segundo.

No mesmo ano, Solberg, D. *et al.*, num estudo com 260 mulheres no período pós-parto imediato que foram questionadas relativamente ao seu comportamento sexual durante a gravidez, referem que, para a maioria das mulheres, a frequência das relações sexuais começa a diminuir assim que é feito o diagnóstico de gravidez. A taxa de

orgasmos, o interesse sexual e o comportamento não coital são igualmente afectados. As razões mais frequentes, dadas pelas mulheres, para a diminuição das experiências sexuais foram o desconforto físico (em aproximadamente 50% das mulheres), o medo de prejudicar o feto (em 27% das mulheres) e a perda de interesse (em 23% das mulheres).

Em 1975, Morris, N. entrevistando, por intermédio de enfermeiras de saúde pública, 110 mulheres tailandesas relativamente às suas actividades sexuais, concluiu que a actividade sexual decresce à medida que se aproxima a data do parto.

Lukesch, H. (1976), estudando 239 mulheres, através de uma entrevista pós-parto, conclui que há um decréscimo progressivo, no que diz respeito à actividade sexual, durante o período da gravidez. A maior parte das inquiridas refere que, no período que antecedeu a gravidez, a frequência das suas relações sexuais era elevada. A actividade sexual é influenciada negativamente pelo fraco envolvimento dos parceiros, segundo elas. As mulheres que demonstram uma atitude positiva face à gravidez e ao parto, referem uma maior frequência das relações sexuais durante o período de gestação, registando-se uma alta associação entre a frequência das relações sexuais anteriores e durante a gravidez. Concomitantemente, todas as mulheres que referem uma alta frequência de relações sexuais antes da gravidez, mostram-se, também, mais activas durante a mesma. Por último, não foi encontrada qualquer tipo de associação entre as relações sexuais no terceiro trimestre e complicações durante o parto.

Holtzman, L. em 1976, Lumley, J. em 1978 e Perkins, R. em 1979 verificaram uma frequência decrescente na actividade sexual e das sensações orgásticas à medida que progride a gestação.

Schebat, C. em 1978 estuda uma amostra de 281 grávidas e conclui que a maioria das grávidas apresenta uma actividade coital normal ou ligeiramente diminuída no primeiro trimestre e uma diminuição mais ou menos marcada no segundo e terceiro.

Robson, K. *et al.* (1981), num estudo transversal com 119 mulheres primíparas (questionadas durante a gravidez e um ano após o parto) relataram uma diminuição da frequência da actividade sexual, do desejo sexual e da satisfação sexual durante a

gravidez, mais marcada no terceiro trimestre. As suas descobertas não apoiam a perspectiva de que a actividade sexual feminina diminui de forma linear à medida que a gravidez avança. O padrão observado no primeiro e no segundo trimestres foi muito semelhante, o número de indivíduos que referiam um aumento da frequência de relações sexuais foi análogo aos que apresentavam reduções. Também não houve evidências de um aumento de comportamentos sexuais, no segundo trimestre, para níveis superiores aos do período antes da gravidez.

Reamy, K. & White, S. num estudo prospectivo efectuado em 1983 com 52 grávidas casadas verificaram uma diminuição do desejo sexual, da actividade sexual, do prazer e da incidência do orgasmo. Esta diminuição torna-se mais evidente com o evoluir da gestação à excepção de um aumento do desejo durante o segundo trimestre, que se aproximava do desejo sexual da pré-gestação.

Em 1984, Ryding, E. ao estudar a relação entre os trimestres de gravidez e o desejo sexual, constata, através de uma investigação com 50 mulheres, uma elevada incidência de dispareunia, mais comum nas primíparas, embora todas as outras alterações de comportamento se verifiquem indiscriminadamente em primíparas ou múltiparas. De entre as alterações constatadas, desempenham um papel mais notório a diminuição da frequência da actividade sexual e da capacidade de obtenção do orgasmo, evoluindo estas à medida que a gravidez avança. Na amostra estudada, 72% dos sujeitos referem um decréscimo a nível do desejo sexual durante a gravidez. Três meses após o parto, 20% das mulheres continuava a manifestar inibição do desejo sexual, enquanto 21% apresentava perda total de desejo ou aversão à actividade sexual.

A fase da gravidez em que a mulher se encontra influencia de sobremaneira a sexualidade feminina. O interesse das mulheres na actividade sexual pode ser afectado por modificações físicas e por alterações nos níveis hormonais durante o período de gestação e, apesar das diferenças individuais, a gravidez tende a ser acompanhada por uma diminuição no desejo sexual, na frequência da actividade sexual e na obtenção de orgasmos (White, S. & Reamy, K., 1982).

Hees-Stauthmer, J. verifica em 1985 que as primíparas relatam uma diminuição do desejo e da resposta sexual, enquanto que as múltiparas referenciam uma mudança

mínima. Já no segundo trimestre o investigador afirma que as mulheres sentem pouca necessidade de sexo e no último mês chega mesmo a ser frequentemente evitado. Segundo Masters, W. & Johnson, S. (1966), 80% das mulheres afirmam que a sua vida sexual sofre uma melhoria significativa, contrariando um pouco a afirmação de Hees-Stauthmer (1985).

Elliott, S. & Watson, J. no mesmo ano, através da realização de um estudo longitudinal concluíram que existe uma diminuição clara da frequência e satisfação sexuais no decurso da gravidez.

Se nos centrarmos em estudos mais recentes, é possível verificar que as mudanças que se produzem na sexualidade durante a gravidez mudam de acordo com a fase em que se encontra a gravidez, e não está claro que interfiram numa resposta sexual normal. De acordo com alguns estudos, a actividade sexual, durante a gravidez, sofre uma redução de 40 a 60%, em virtude de alguns factores. No primeiro trimestre, os desconfortos físicos e o medo que a actividade sexual possa ser prejudicial para o feto ou para a mãe podem ter implicações negativas na resposta sexual (Farré, J. *et al.*, 1997; Kitzinger, S., 1992). Colman, L. & Colman, A. (1994) consideram ainda que as mulheres muito centradas na maternidade ou que acreditam que a actividade sexual tem como função primordial a reprodução têm tendência para rejeitar a sexualidade nesta fase. Durante o segundo trimestre poderá ocorrer um aumento do desejo sexual, explicado, em parte, pelo desaparecimento do medo de abortar. No terceiro trimestre, os factores que vão ter mais impacto sobre a resposta sexual são a baixa auto-estima da mulher relacionada com as modificações corporais, o medo de magoar o bebé e as situações de contra-indicação médica para a manutenção das relações sexuais (Bogren, L., 1991; De Judicibus, M. & McCabe, M., 2002). Embora, de acordo com vários autores (Bogren, L., 1991; Robson, K., *et al.*, 1983), a perda de desejo sexual, das mulheres conduza a uma menor actividade sexual e a uma diminuição da satisfação sexual, esta relação está longe de ser linear.

Em 1991, Bogren, L. relatou, num estudo realizado com 112 casais à espera do primeiro filho, que se verifica uma diminuição no desejo sexual e na frequência da actividade sexual, mais marcada no terceiro trimestre. Em relação à satisfação sexual, durante a gravidez verifica-se uma diminuição da satisfação, embora esta seja mais

evidente no primeiro e no terceiro trimestres. A principal diferença entre os dois elementos do casal consiste na diminuição da satisfação sexual. Nas mulheres esta é mais marcada no primeiro trimestre, enquanto nos homens é mais notória no terceiro trimestre. O autor citado refere que, para as mulheres, as ideias, preocupações e fantasias sobre a gravidez podem começar antes da confirmação da gravidez. Durante o primeiro trimestre a diminuição do desejo sexual vai resultar numa diminuição da satisfação sexual. Durante o segundo trimestre, normalmente, a grávida já se sente melhor, já aceitou a gravidez e o parto ainda vem longe. Não há grandes desconfortos somáticos e o humor está estável. Nesta altura, o homem também já aceita a gravidez de uma forma mais emocional e tem cada vez menos preocupações acerca da gravidez, do parto e da saúde da criança. Não há grandes factores que afectem negativamente o relacionamento sexual e o casal normalmente sente-se mais próximo do que nunca. Bogren refere ainda que, durante o terceiro trimestre o desejo sexual diminui, tanto na grávida como no parceiro. O parto está cada vez mais próximo e as preocupações em relação à saúde do bebé e da mãe aumentam. O homem começa a ter receio de magoar o feto durante as relações sexuais, e o crescimento do abdómen da mulher grávida torna mais difícil continuar a manter relações sexuais como era habitual.

Num estudo levado a cabo por Hart, J. *et al.* (1991), 219 mulheres testemunharam um declínio gradual da libido durante a gravidez, mais acentuadamente no terceiro trimestre. Contudo este estudo foi efectuado em Israel, cujo contexto sócio-cultural e religioso é muito contrastante dos países europeus e por isso oferece bastantes reservas.

Barclay, L. *et al.* (1994), através de um estudo longitudinal que realizaram com 25 casais concluíram existir um decréscimo acentuado relativamente ao desejo das mulheres, não se verificando o mesmo relativamente aos seus parceiros. A maioria dos casais recorre a práticas alternativas como o sexo oral (76%) ou o sexo anal (12%). Do total de mulheres inquiridas através de entrevista semi-estruturada, 28% referem que nem sempre atingem o orgasmo durante o período de gravidez.

Adinma, J. (1995), num estudo com 440 grávidas nigerianas não registou diferenças estatisticamente significativas entre a actividades sexual e satisfação sexual antes e durante a gravidez, desde que a gravidez decorra normalmente.

Haines, C. *et al.* (1996) levaram a cabo um estudo retrospectivo com 150 mulheres chinesas residentes em Hong Kong que foram entrevistadas após o parto. Revelaram um declínio abrupto durante o primeiro trimestre de gravidez, tornando-se mais intenso à medida que a gestação progride.

Byrd, J. *et al.* (1998), efectuaram uma investigação com 570 grávidas, com idades compreendidas entre os 20 e os 43 anos, e 550 dos seus maridos ou parceiros cujas idades variavam entre os 20 e os 56 anos, em quatro momentos distintos: I) até ao quinto mês de gravidez; II) até ao primeiro mês pós-parto, III) até ao quarto mês pós-parto e IV) até ao primeiro ano pós-parto. Sensivelmente 90% dos casais mantêm relações sexuais em I, III e IV e a percentagem diminui drasticamente em II (19%). Em média, os casais só reiniciam a actividade sexual sete semanas após o parto. A grande diferença regista-se ao nível de II, onde há um grande decréscimo no âmbito do relacionamento sexual. As mulheres que amamentaram os seus filhos em II e III referem uma diminuição da satisfação e actividade sexuais comparativamente às que não o fizeram. São estatisticamente significativas, as diferenças entre a frequência sexual de mulheres cujos filhos nasceram de parto normal ou cesariana, com maior percentagem para as primeiras, excepto quando a referida actividade é retomada precocemente, ou seja, antes das referidas sete semanas após o parto.

Ribeiro, F. (1998) efectuou um estudo comparativo onde encontrou diferenças significativas entre mulheres grávidas e mulheres não grávidas, relativamente à qualidade do seu relacionamento conjugal e uma correlação negativa entre a satisfação sexual nas grávidas e a qualidade do seu relacionamento conjugal. Observou ainda que as grávidas, da sua amostra, que se encontravam no segundo trimestre possuíam uma satisfação sexual mais elevada e um melhor relacionamento conjugal, do que as mulheres do primeiro e terceiro trimestres.

Sueiro, E. *et al.* (1998) investigaram 206 grávidas, tendo recolhido os dados no seio do Programa de Psicoprofilaxia Obstétrica durante um período de dois anos (Janeiro de 1993 a Janeiro de 1995). Concluíram da existência de um perfil característico das investigadas: 28 anos, casadas, escolaridade obrigatória e primíparas. A gravidez foi desejada e com desenvolvimento normal. O desejo e a frequência sexuais mantiveram-se inalteráveis (1 a 2 relações por semana). As relações sexuais foram

descritas como gratificantes e a posição mais adoptada foi a tradicional – mulher por baixo. Por vezes, os casais recorreram a outro tipo de actividades, como a masturbação, tendo, também, sido considerados como gratificantes. Todos os comportamentos adoptados foram referidos como satisfatórios pelas participantes. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a frequência sexual antes da gravidez e a frequência sexual no decurso desta.

Num estudo realizado por Oruç, S. *et al.* (1999), com uma amostra de 158 mulheres grávidas que foram inquiridas através de um questionário sobre o seu comportamento sexual e outro relativamente à sua caracterização demográfica, concluiu-se que a dispareunia era uma disfunção sexual comum. Estes autores concluíram, igualmente, que a gravidez tinha um efeito negativo na qualidade do orgasmo e que a frequência das relações sexuais diminuía.

Von Sydow, K. em 1999 analisou 59 estudos, realizados entre 1950 e 1996, sobre a sexualidade parental durante a gravidez e período pós-parto. No geral, esta análise mostrou que o interesse sexual das mulheres e a frequência das relações sexuais decrescem tenuamente no primeiro trimestre de gravidez. No segundo, existe alguma variabilidade ao nível dos estudos efectuados. Por fim, no último trimestre, constata-se uma diminuição brusca e bastante pronunciada. Inúmeros casais não referem a ocorrência de quaisquer contactos sexuais nos dois meses que antecedem o parto.

Os resultados de um estudo realizado por Bermúdez, M. *et al.* (2001) sugerem que o desejo sexual não é afectado significativamente durante a gravidez. Estes resultados contradizem os de outros estudos que demonstraram que na gravidez há uma diminuição do desejo sexual e da função sexual na mulher (Elliott, S. & Watson, J., 1985; De Judicibus, M. & McCabe, M., 2002; Portelinha, C., 2003). Uma explicação possível para a inibição do desejo sexual verificada neste estudo (Bermúdez, M. *et al.*, 2001) pode ser encontrada nas alterações das práticas sexuais que ocorrem neste período e que foram relatadas por vários autores. Nesta linha, a maioria dos estudos aponta para um declínio progressivo na frequência das relações sexuais à medida que a gestação avança (Perkins, R., 1982; Oruç, S. *et al.*, 1999; Portelinha, C., 2003), contudo também é verificada a ocorrência de outros tipos de comportamento sexual que podem substituir o coito, o que explica o facto do desejo sexual não diminuir necessariamente.

Reichenbach, S. *et al.* (2001) realizaram um estudo cujo objectivo consistia em determinar a evolução da actividade coital e não coital, do homem, durante a gravidez. Este trabalho mostrou que, nos homens, o desejo sexual e o prazer sofreram um ligeiro declínio no primeiro e segundo trimestres de gravidez; no terceiro trimestre sofreram uma redução repentina. Contudo, a relação afectiva do casal permaneceu estável.

Num estudo realizado por Lazar, M.C. (2002), cujo objectivo era o de conhecer algumas práticas sexuais de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, a investigadora entrevistou 36 mulheres tendo concluído que a partir do segundo trimestre, ocorreram mudanças significativas na posição de coito vaginal, quando a posição do homem superior à mulher mais frequente 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 o decréscimo na frequência de todas estas práticas com o evoluir da gestação. A frequência de relações sexuais sofreu queda linear de 25% a cada trimestre, em relação ao período pré-gestacional, até ao terceiro, quando a queda se acentuou para 50% em relação ao trimestre anterior. A frequência de orgasmos 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.

## 5.2. ESTUDOS NACIONAIS

Em 1985, Branco, J. entrevistou 87 grávidas da consulta de obstetria do Hospital Egas Moniz e concluiu que existe uma diminuição progressiva do desejo e frequência orgástica durante o decurso da gravidez. No que respeita aos vários trimestres, verificou que a frequência sexual do primeiro é idêntica ao período que antecede a gestação, no segundo há uma diminuição e no terceiro uma diminuição mais acentuada. A gravidez, como se constata através destes estudos, apesar de existirem outros que contrariam estas conclusões, está ligada a um padrão de resposta sexual caracterizado por um declínio lento e progressivo do desejo sexual, da frequência orgástica e da frequência sexual.

Num estudo realizado por Trindade, L. (1987), este encontrou um padrão de actividade sexual diferente do descendente-ascendente-descendente, tendo concluído que durante uma gravidez desejada e emocionalmente bem aceite, as mulheres mantinham uma actividade sexual semelhante aos níveis antes da gravidez, até praticamente ao fim do terceiro trimestre. A partir do oitavo mês havia uma diminuição mais ou menos marcada e justificada pela perda de interesse sexual e desconforto físico durante a relação sexual. Estudos mais actuais a nível internacional (Bérmudez *et al.*, 2001; Sueiro G. *et al.*, 1998) reforçam esta perspectiva, verificando-se que o desejo sexual e a frequência das relações sexuais não sofrem alterações com a gravidez e que a mulher tem prazer com o coito. Por vezes, o casal tem relações sem penetração e recorrem à masturbação, tendo prazer com estas actividades sexuais.

No ano 2000, Taborda, L. ao estudar mulheres grávidas e não grávidas nos diferentes trimestres, não encontrou diferenças para a satisfação conjugal ao longo da gravidez. Já o desejo e a frequência sexual diminuíram no primeiro e segundo trimestres. No terceiro trimestre houve uma redução de todos os parâmetros da resposta sexual. O referido autor encontrou um modelo explicativo da satisfação conjugal nas grávidas, em que esta esteve principalmente dependente da satisfação conjugal antes da gravidez e, em menor grau, de uma boa adaptação sexual durante a gravidez e de um menor número de filhos.

Medeiros, M.A. (2000) realizou um estudo, no distrito de Beja, cujo objectivo foi o de saber se existe diferença no grau de satisfação sexual e na qualidade do relacionamento sexual nas mulheres grávidas e nas mulheres não grávidas, ao longo da gravidez e em relação à paridade. A amostra contou com 149 mulheres não grávidas e 129 mulheres grávidas, com gravidez de baixo e médio risco. Os sujeitos da amostra foram inquiridos em quinze Centros de Saúde e em seis consultórios particulares de médicos obstetras. Os resultados obtidos mostram que as mulheres grávidas têm maior qualidade no relacionamento conjugal que as mulheres não grávidas e que quanto maior a qualidade do relacionamento conjugal, maior a satisfação sexual das mulheres não grávidas e das mulheres grávidas e neste último grupo, ao longo da gravidez bem como em relação à paridade. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas na qualidade do relacionamento conjugal tanto ao longo da gravidez como em relação à paridade.

Em 2002 Rosa, A. ao estudar o impacto da imagem corporal da mulher grávida na sua sexualidade, numa amostra de 204 mulheres grávidas, da Grande Lisboa, Baixo Alentejo e Algarve, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos, verificou que na amostra estudada, as grávidas apresentavam uma boa satisfação com a sua imagem corporal, bem como uma boa satisfação sexual, não tendo sido encontrada uma relação estreita entre a satisfação com a imagem corporal e a satisfação sexual. A investigadora verificou ainda que variáveis demográficas como a escolaridade e de suporte social como a presença ou ausência de um companheiro, revelaram ter influência na satisfação com a imagem corporal.

Portelinha, C. (2003), numa pesquisa em que foram entrevistadas 210 mulheres grávidas do distrito de Coimbra, constatou a existência de um padrão “médio” caracterizado por um decréscimo gradual da libido, da frequência coital e da satisfação sexual ao longo de toda a gravidez e com maior declive entre o segundo e o terceiro trimestres.

Em 2003, Martins, S. *et al.* realizaram no Hospital de Santa Maria, um estudo transversal e analítico, no qual foram inquiridas 475 puérperas. Os investigadores estudaram as variáveis respeitantes à caracterização sócio-demográfica, gravidez, parto, recém-nascido e sexualidade durante a gravidez. Verificaram que a maioria das mulheres (59%) refere alteração da vivência da sexualidade com a gravidez, o que se relacionou com a idade e a escolaridade, mas não com outros factores sócio-demográficos. Destas, 75% diminuíram a actividade sexual e 21,1% abstiveram-se desta actividade durante a gravidez. Interessante notar que apenas uma mulher referiu aumento da frequência de actividade sexual durante este período e as restantes 3,5% não especificaram a alteração da frequência de actividade sexual durante a gravidez. Não se verificou correlação entre a actividade sexual durante a gravidez e a idade gestacional ou peso do recém-nascido ao nascer. Em relação à informação apresentada pelos sujeitos verificou-se que 53,9% das mulheres se encontram informadas sobre a sexualidade durante a gravidez e que 36,4% referem a comunicação social como a principal fonte de informação.

Em 2005, Pereira, M. realizou um estudo no qual pretendia compreender se a sexualidade do casal e as suas manifestações, em termos de satisfação conjugal, comportamento sexual e atitudes que estes têm face à sexualidade, são influenciados pela gravidez. A amostra constituída por casais em diferentes fases de gravidez contou com a participação de 172 indivíduos, 119 do sexo feminino e 53 do sexo masculino. Segundo a investigadora foi possível verificar nas mulheres, um acréscimo do desejo no primeiro trimestre de gravidez e um aumento da excitação no segundo trimestre. Ao longo da gravidez, as mulheres apresentaram níveis mais elevados de excitação e orgasmo e os homens relataram maior frequência sexual.

### CAPÍTULO 3 – OS SABERES SOCIAIS DA GRAVIDEZ

Ao longo deste desenvolvimento teórico e até ao momento, foi nossa intenção explorar o fenómeno da gravidez nas suas vertentes bio-fisiológica, psicológica e social. Constatámos que o corpo vivido pela grávida não é apenas um corpo anátomo-fisiológico. Mais do que isso, ele representa uma realidade subjectiva, uma vivência psicológica, antropológica e cultural. Dessa forma, o impacto do corpo grávido sobre a personalidade da grávida será mais ou menos determinado por factores constitucionais e por atitudes e comportamentos de origem social e cultural. A vivência desse corpo representa um objecto social, no sentido em que as representações que dele temos são socialmente construídas. *“Essa vivência desempenha uma função adaptativa para com o próprio corpo e com o exterior extremamente importante para a qualidade de vida das pessoas (...)”* (Germano, C., 2003: 60).

Ao queremos estudar a vivência da sexualidade durante a gravidez importa, antes de mais, considerar e conhecer as realidades emergentes e construídas, por cada mulher grávida de forma isolada e individual. A essa realidade Jodelet (1989) dá o nome de representação mental<sup>12</sup>. Segundo a autora, a representação mental possui uma função expressiva, originando uma representação socialmente partilhada.

Este conceito torna-se mais claro se olharmos à definição de Abric proposta por Serralheiro (2000: 8). De acordo com a autora *“... a «representação social ... é o produto e processo de uma actividade mental pela qual o indivíduo ou o grupo reconstitui a realidade com a qual é confrontado e lhe atribui um significado específico»*. Nesta perspectiva e, concordando com Germano Couto (2003), podemos inferir que as representações sociais se constroem na comunhão das representações mentais de cada elemento constitutivo do grupo. A representação social tem como

---

<sup>12</sup> Jodelet, D. (1989) procurou identificar as categorias mentais e os modelos cognitivos e normativos que controlam a experiência vivida e o nosso conhecimento do corpo.

suporte a actividade mental ou cognitiva das pessoas, a qual se refere à sua auto-representação sobre um determinado objecto<sup>13</sup>.

Em continuidade com o que foi dito anteriormente, consideramos que é essa representação socialmente construída e partilhada que nos vai permitir compreender e justificar a existência de crenças e saberes sociais na gravidez.

Desta forma, procurámos, neste terceiro capítulo, introduzir algumas noções relativas às representações sociais para melhor compreender o que está por detrás dos saberes, práticas e atitudes das mulheres relativamente à vivência da sexualidade na gravidez. Consideramos igualmente importante abordar de forma genérica o corpo da mulher/corpo grávido.

No ponto seguinte exploramos o conceito de representação social.

## **1. O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

Integrado numa sociedade, o ser humano interage constantemente com a natureza e com os outros seres humanos. No processo de desenvolvimento e formação, ele adquire conhecimentos que lhe asseguram uma progressiva adaptação à realidade natural e social. Este conhecimento, que designamos por conhecimento do senso comum, está marcado pela época histórica, pelos grupos a que o sujeito pertence, pelas atitudes e preconceitos, pela ideologia vigente e permite-lhe orientar-se, relacionar-se com os outros e resolver os seus problemas do quotidiano.

---

<sup>13</sup> A este propósito Germano, C. (2003: 61) cita Moscovici, S. (1991: 667) segundo o qual as representações mentais ou cognitivas são “... entidades de natureza cognitiva reflexiva, dentro de um sistema mental de um indivíduo, uma fracção do universo exterior a esse sistema”, ou seja, a interiorização cognitiva reflexiva que cada pessoa faz sobre determinado aspecto ou momento da sua vida. Para Germano Couto, a percepção que a enfermagem poderá obter sobre as representações dos utilizadores de cuidados sobre determinado assunto, permitirão ajustar e desenhar cuidados de saúde mais próximos dos seus interesses.

É no grupo em que se nasce – a família – que vai decorrer o processo inicial de socialização, que leva a que a criança adapte os seus comportamentos biologicamente determinados às práticas culturais de cada grupo social a que pertence – socialização primária. Este processo não decorre sem dificuldades e todos os valores, atitudes, conhecimentos adquiridos no seio da família visam tornar o indivíduo apto a responder de forma adequada a diferentes situações sociais. É também, e essencialmente, no seio da família que as crianças aprendem um sistema de crenças, de saberes tradicionais e de representações sobre a gravidez e a maternidade. O processo de socialização mantém-se ao longo da vida, sempre que seja necessária a adaptação a uma nova situação. A socialização secundária designa o processo de integração do indivíduo no grupo ou situação social específica. As escolas, os grupos são a forma de alargamento do leque de conhecimentos ou de socialização secundária, na nossa sociedade (Barbosa, A., 1987).

Em todas as situações novas da vida, a pessoa tem de adoptar novos modos de agir, interiorizar normas e modelos, enfim, socializar-se. Sendo assim, o indivíduo desde sempre está marcado e marca a sociedade em que se encontra inserido. Isto mesmo explicita Morin, E. (1987: 88) quando refere que *“os indivíduos fazem a sociedade que faz os indivíduos. Os indivíduos dependem da sociedade que depende deles”*. Inerente a esta vivência em sociedade, o indivíduo submete-se a normas, a padrões de conduta e ao sistema de valores. A necessidade de ser aceite, de se integrar, leva-o a submeter-se às diferentes forças de pressão social.

No entendimento de Rocher, G. (1979: 12) a socialização pode ser definida como o *“processo pelo qual, ao longo da vida a pessoa humana aprende e interioriza os elementos sócio-culturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências de agentes sociais significativos e se adapta assim ao ambiente social em que se deve viver”*.

A este respeito, Laplantine, F. (1989) alerta para a necessidade de considerar a existência de um *“saber social”*. Segundo o autor trata-se de *“um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um grupo social elaboram acerca de um segmento da sua existência... é uma interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna, para os que a ela aderem, a própria realidade”* (Laplantine, F., 1989: 278), e que se reflecte em expressões ou comportamentos de

utilização comum. Estas são tentativas de explicação e de orientação para determinados fenómenos que acontecem no dia a dia. Existe um legado cultural – provérbios, dizeres, adágios, superstições, crenças – que visam determinados objectivos como explicar, compreender e prever condutas e acontecimentos. Em muitos casos apresentam, de uma forma simples, conselhos, regras e orientações para comportamentos eficazes e desejáveis.

O Homem como ser social desde cedo foi levado a produzir cultura e esta manifesta-se das mais variadas formas, tais como nos comportamentos, usos e costumes, sistemas de valores, formas de expressão, normas políticas, religiosas, morais, nas concepções do mundo e da morte, nos saberes organizados das ciências, na organização social.

Para Titiev, M. (1985: 13), cultura é toda uma “*série completa de instrumentos não geneticamente adquiridos pelo ser humano, assim como todas as facetas do comportamento adquiridas após o nascimento*”. A este respeito Morin, E. (1987) acrescenta que é a cultura que institui as regras e as normas que organizam a sociedade e orientam o comportamento dos indivíduos. Além disso, a cultura constitui o capital colectivo dos conhecimentos adquiridos, dos saberes práticos aprendidos, das experiências vividas, da memória histórico-mítica e da própria identidade de uma sociedade.

Em continuidade com esta ideia podemos acrescentar que as culturas não são rígidas nem fechadas e reflectem os processos de desenvolvimento da sociedade, as suas aquisições e mudanças. Cada cultura relaciona e reinterpreta o seu sistema, no contacto com culturas diferentes. A aculturação designa os processos complexos de contacto cultural através dos quais as sociedades ou os grupos sociais assimilam, ou são-lhes impostos, hábitos e valores culturais de outras sociedades. Nos nossos dias, os meios de comunicação social, o turismo, a migração, as trocas comerciais e a deslocação de população têm proporcionado a transmissão de novos modelos comportamentais que são rapidamente assimilados e reintegrados na cultura de cada povo (Laplantine, F., 1989).

A aquisição de cultura é, segundo Lima, A. (1982: 38), todo o “*património de artefactos materiais ou espirituais em que o Homem se movimenta e de que se serve para satisfazer as suas necessidades físicas, fisiológicas e espirituais, que recebeu dos seus antepassados ou que acrescentou, modificou, transformou ou inventou e que transmite*”. Herskovits, M. (1975) atribui a esta aquisição de cultura o conceito de “endoculturação”, definindo-o como um processo de consciente ou inconsciente condicionamento que se efectua dentro de limites sancionados por determinado aspecto de costume.

A aquisição de cultura é o mecanismo dominante para a formação da estabilidade do indivíduo nos primeiros anos de vida e é importante no processo de mudança, tendo em conta a vertente dinâmica, explícita no conceito apresentado, de modificação e transformação, no adulto.

Na perspectiva de Durkheim, E. (1984)<sup>14</sup> todo este conhecimento social leva à existência de uma “representação colectiva”. Segundo o sociólogo francês, a vida social é “*essencialmente formada de representações*”, de representações colectivas que, apesar de comparáveis às individuais, são radicalmente distintas e exteriores a elas, defendendo assim, que as representações colectivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem a coesão social e constituem fenómenos diversos como a ciência, a religião, os mitos e o senso comum, [Vala, J., 1997: 485 citando Durkheim, E. (1993)]. Sobressai, desta forma, que para o autor uma representação colectiva é uma pertença comum e homogénea de todos os sujeitos de uma dada comunidade, correspondendo à forma como a sociedade se pensa a si mesma e preservando o elo de ligação, entre os seus elementos, preparando-os para agirem e pensarem em conformidade e de forma uniforme.

---

<sup>14</sup> «O conceito de representação (ões) foi amplamente trabalhado por Durkheim, o pai da escola francesa de Sociologia, em obras como: “*Da Divisão Social do Trabalho*” (1893); “*Regras do Método Sociológico*” (1894); “*O Suicídio*” (1897); “*As Formas Elementares de Vida Religiosa*” (1912) e mais especificamente num artigo publicado em 1898 pela *Revue de Metaphysique et Morale*, intitulado “*Représentations individuelles et représentations collectives*» (Teixeira, P., 2006: 28-29).

Numa altura em que se começava a interiorizar este conceito durkheimiano, da representação colectiva, Moscovici, S. (1976)<sup>15</sup> vem defender um conceito bem diferente. Com base no princípio de que *“os indivíduos não se limitam a receber e processar a informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social”* (Vala, J., 1997: 457), e pegando no conceito de representações colectivas de Durkheim, Moscovici propõe o conceito de “representação social”, entendendo-o *“como um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que permite não só a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, mas constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e da elaboração das resposta”*.

A representação social apresenta-se-nos assim, como algo de fundamental e integrante do processo de desenvolvimento de cada indivíduo, pois é a partir dela que cada um interage com o mundo que a rodeia. Jodelet, D. (1989) explicita que este conhecimento constituído pelas nossas experiências, informações, saberes e modelos de pensamento, é transmitido pela tradição, educação, comunicação social, ou seja, acaba por designar um saber específico que é o “saber do senso comum” ou “saber natural”, cujos conteúdos demonstram a força de todo um processo gerador e funcional socialmente marcantes.

Moscovici, S. (1984) acrescenta ainda que, na nossa sociedade as representações sociais são o equivalente aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais assegurando uma função mediadora entre o ser humano e o seu meio, através da fixação das concepções da natureza e das relações sociais<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> A partir da obra de Moscovici *“La Pshycanálise, son image et son public”* em 1976, assiste-se a uma expansão na utilização e emergência do conceito de representação social nas mais diversas áreas da psicologia, antropologia, história, filosofia, sociologia, enfermagem, etc., sendo hoje um conceito central em psicologia social e designa *“uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”* (Jodelet, D., 1989: 36).

<sup>16</sup> A Teoria das Representações Sociais concebida por Moscovici, S. (1976) caracteriza-se por dois processos formadores, através dos quais se pode apreender como o social transforma um conhecimento em representação, a objectivação e como esta representação transforma o social, a ancoragem. Estes dois

Parece difícil determinar o momento em que o conhecimento e o saber adquirem o estatuto de “social”, e tanto mais difícil é separá-lo do conhecimento científico, até porque o primeiro é iniciado aquando da socialização, ou seja, na altura do nascimento do indivíduo.

O senso comum, enquanto conceito filosófico, surge no século XVIII e representa o combate ideológico da burguesia emergente contra o irracionalismo do antigo regime. É contra ele que as ciências sociais nascem no século XIX. As ciências naturais sempre recusaram frontalmente o senso comum (Sousa Santos, B., 1990).

Actualmente, segundo Boaventura Sousa Santos (1990) reconhece-se que o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum se interpenetram, tornando-se difícil estabelecer a sua distribuição hierárquica. *“Todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum”* pois entende-se que este tem virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. Ainda segundo o mesmo autor *“o senso comum é prático e pragmático, reproduz-se colado às trajectórias e às experiências de vida de um dado grupo social* (Sousa Santos, B., 1990: 55,56).

Deste modo, ao considerarmos a representação social como saber do senso comum, estamos a atribuir-lhe uma importância fundamental na construção e controle da dinâmica do saber social. O estudo das representações sociais situa-se no campo de estudo das diversas modalidades de interacção do Homem na sociedade. Introduz-nos no estudo das modas de conhecimento e dos processos simbólicos na sua relação com as condutas, inscrevendo-se na problemática das ligações do campo psicológico com o campo social (Couto, A., 1994).

---

processos permitem compreender a articulação entre a actividade cognitiva e as condições sociais em que são construídas as representações. Deste modo, a objectivação transforma em imagens noções abstractas, as coisas em palavras e, finalmente, dá corpo a esquemas conceptuais. Enquanto que a ancoragem permite compreender a forma como os diferentes elementos que integram a teoria contribuem para exprimir e constituir as relações sociais e articular as três funções de base da representação: a função cognitiva de integração da inovação, a função de interpretação da realidade, a função de orientação das condutas e das referências sociais (Martins, M.F., 2007).

Para concluir podemos afirmar que é o conceito de representação social que permite interpretar as ligações entre crenças e os mitos relacionados com a vivência da gravidez e as atitudes das grávidas e dos profissionais de saúde, em função de múltiplos factores e que permite também lidar com teorias do senso comum, socialmente elaboradas e partilhadas como objectivo de explorar e partilhar a realidade.

## **2. A REPRESENTAÇÃO PSICOSSOCIAL DA GRAVIDEZ**

Com a abordagem genérica sobre as representações sociais que acabámos de desenvolver no ponto anterior, pensamos ter conseguido os contributos necessários à compreensão e análise de uma dimensão mais específica do conceito de representação social, que é o da representação social da gravidez. Conscientes da dificuldade em sermos bem sucedidos pela quase ausência de matéria específica sobre este assunto, interessa-nos, no presente ponto, compreender o significado que cada mulher atribui à sua gravidez e, para isso, é importante conhecer as representações com que cada uma delas caracteriza a gravidez e a maternidade.

Antes de avançarmos neste ponto, importa distinguir gravidez e maternidade. Segundo Canavarro, M.C. (2006: 19) *“embora os conceitos de gravidez e maternidade se encontrem muitas vezes associados, representam realidades distintas que, se do ponto de vista físico é possível não serem coincidentes (...) do ponto de vista psicológico, a possibilidade de divergência nas suas vivências pode facilmente ocorrer”*. Para a autora *“a gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto (...) com durações temporais diferentes, gravidez e maternidade são processos. Do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento”*.

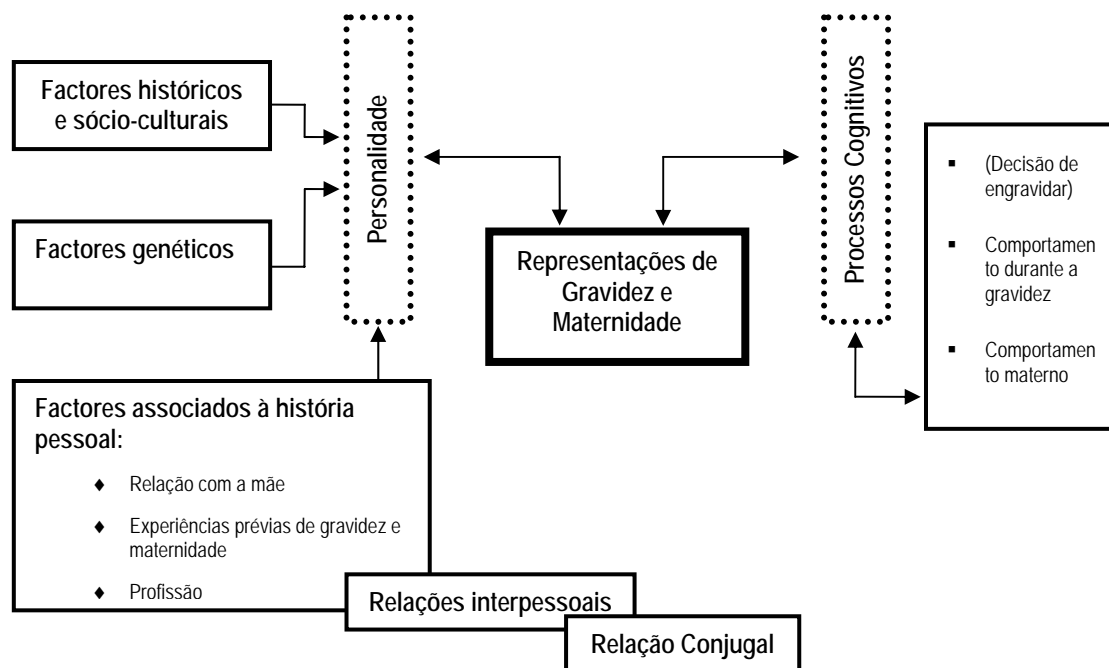
Em poucas palavras e recorrendo às definições destes conceitos preconizadas pela mesma autora (2006: 19) podemos afirmar que *“a gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas,*

(...). *A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um projecto a longo prazo, (...) um projecto para toda a vida*”.

A atitude da mulher perante este estado de alteração fisiológica do seu corpo, bem como perante a maternidade, pode ser diversa mas, em grande medida, depende do significado que lhe é atribuído. A gravidez pode ser encarada como uma fase de desenvolvimento em que a maternidade desempenha um papel relevante na personalidade da mulher preparando-a para os cuidados maternos, ou então, pode ser encarada como um obstáculo a vencer, uma «espécie de doença», podendo apresentar mudanças transitórias que conduzem à desorganização e a reacções, por vezes, patológicas em personalidades frágeis (Cordeiro, J., 1987).

Canavarro, M.C. (2006) propôs um modelo geral, no qual procurou sintetizar e articular os factores com maior influência na construção de representações sobre gravidez e maternidade (Figura 1).

**Figura 1. Determinantes das representações de gravidez e maternidade**



Fonte: Canavarro, M.C. (2006), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra, Quarteto Editora, p. 21.

Baseando-se em vários autores a psicóloga explora e tece algumas considerações sobre três dos factores que considera no seu esquema: factores históricos e sócio-

culturais, factores genéticos e factores desenvolvimentais (factores associados à história pessoal). De forma sintética vemos então o que a autora refere:

➤ Os factores genéticos *“dizem respeito a influências constitucionais, conceptualizadas como tendências básicas ou potenciais abstractos do indivíduo, que incluem capacidades perceptuais e cognitivas, drives fisiológicas, características físicas, assim como traços de personalidade”* (Canavarro, M.C., 2006: 22).

➤ Os factores históricos e sócio-culturais onde cada mulher é inserida influenciam a forma de perceber a gravidez e a maternidade. Desde os tempos mais remotos e através da arte se verifica a centralidade do tema maternidade na vida humana. Barbaut, J. (1990) citado por Canavarro, M.C. (2006: 24) referencia que, *“mulheres grávidas, de grandes seios e grandes barrigas; mulheres a dar à luz e mulheres a amamentar são representações e temas redundantes ao longo dos tempos”*. Actualmente, segundo a autora citada, *“a veiculação da imagem da mulher que tem um maior número de receptores é a que é feita pelos mass média. Esta é multifacetada, comportando e valorizando características e papéis intelectuais, profissionais, físicos, relacionais, sociais e maternos”*. Por tudo isto, o contexto sócio-cultural pode contribuir para a construção de crenças *“sobre o que uma mulher deve ser, fazer e sentir que não permitem utilizar plenamente a sua liberdade”* (ibid.).

➤ Os factores de desenvolvimento *“dizem respeito à história do indivíduo, ou melhor, aos marcadores das suas experiências e aprendizagens ao longo do ciclo de vida”* (Canavarro, M.C., 2006: 25). Neste modelo a maternidade é encarada como uma situação relacional, de encontro, na qual as relações significativas ao longo da vida têm um peso acrescido na construção de representações sobre o tema. Neste sentido, são destacadas algumas *“relações específicas pelo seu peso na formação de significados sobre a gravidez e a maternidade”*. A relação que se estabelece com a sua própria mãe tem um papel na formação destes significados servindo de modelo de comportamentos e afectos maternos. A psicóloga destaca ainda as relações próximas e o relacionamento conjugal/marital. Na sua perspectiva para além da possibilidade de poderem ser importantes elementos na reestruturação de modelos relacionais, podem constituir-se como uma importante fonte de apoio social. *“Da mesma forma que a existência de suporte social durante a gravidez e a maternidade tem sido consistentemente associada*

à adaptação da mulher e à qualidade dos cuidados que presta à criança durante este período (...), a percepção de possibilidade de apoio afectará, certamente, as representações de gravidez e maternidade” (Canavarro, M.C., 2006: 28). Dentro ainda dos factores desenvolvimentais é mencionada a profissão como factor determinante destas representações. Para a autora essa determinação é essencialmente feita de duas formas. “A primeira prende-se com a percepção da organização prática da vida – maternidade e actividade profissional, pelas exigências de tempo e investimento pessoal que implicam, podem representar tarefas que sejam avaliadas como difíceis de conciliar. Por outro lado, (...), a percepção de si própria pode comportar a valorização de dimensões intelectuais, de responsabilidade e utilidade comunitárias que poderão ter que ser articuladas com a percepção da gravidez e da maternidade como valorização de dimensões mais fisiológicas (estar grávida; dar à luz e amamentar), de responsabilidade e utilidade mais restritas” (Canavarro, M.C., 2006: 30).

Na sua perspectiva a mulher não possui apenas uma representação de gravidez e maternidade, mas múltiplas representações “dinâmicas, sujeitas a processos sucessivos de reformulação, no confronto e interacção com a experiência (...)” (Canavarro, M.C., 2006: 31). Estas representações estão relacionadas com a existência de diferentes perfis de mulheres face à maternidade, ou seja, mulheres para quem “ser mãe” faz parte do seu projecto de vida familiar, mulheres para quem “ser mãe” é um dos aspectos mais importantes nesse projecto, mulheres que têm medo de ser mães, mulheres que não desejam ser mães e mulheres para quem “ser mãe” é o único aspecto importante do seu projecto de vida familiar<sup>17</sup>.

O nascimento de um filho pode ou não significar a criação de uma relação conjugal mais forte e íntima, mas, indubitavelmente, esse mesmo nascimento implica a “situação irreversível de ligação entre duas famílias biológicas e o aparecimento de

---

<sup>17</sup> Canavarro, M.C. (2006) ilustra esta variabilidade de representações com alguns exemplos. Assim, refere algumas mulheres para quem a gravidez e os primeiros tempos de maternidade são percebidos como uma experiência de intimidade física e psicológica única; para outras mulheres maternidade é também responsabilidade e dádiva pessoal mas é absolutização dessa mesma representação que faz com que outras mães funcionem como «escravas» dos seus filhos e, outras, para quem a maternidade é também continuidade, pessoal, conjugal e familiar. O número de exemplos poderia multiplicar-se.

*uma série de laços de parentesco, também eles irreversíveis (avós, tios, primos, sobrinhos, ...) independentemente do percurso dos pais, mesmo quando este inclui a separação, o divórcio ou até a morte”* (Canavarro, M.C., 2006: 33). Neste caso, o nascimento de um bebé pode ser entendido como uma unificação familiar e geracional, sendo a única possibilidade de não desperdiçar todo um acumular de experiências familiares, nas suas dimensões biológicas, materiais e simbólicas e que permite a continuidade de uma família (a perpetuação da espécie).

Considerando o que se disse anteriormente, poder-se-á dizer que, na situação de gravidez, haverá propensão à aquisição de novos padrões de comportamento, em função da representação que se construiu dela. Ao tomar conhecimento que está grávida, a mulher passa a olhar-se a ela própria e pela sociedade de uma forma diferente. Experimenta uma redefinição de papéis e conseqüente adaptação aos mesmos, vivencia mudanças a vários níveis (mudanças corporais, emocionais e económico-sociais), passa a usufruir de alguns direitos específicos e relativos a este estado mas, também passa a ter outras responsabilidades. Estas alterações vão-se reflectir no seu dia-a-dia, levando-a a uma aprendizagem de comportamentos como grávida, o que vai influenciar a vivência da própria gravidez.

Pelo exposto e à semelhança de Couto, A. (1994) e Martins, M.F. (2007), dois investigadores portugueses que mais recentemente se debruçaram sobre a questão das crenças na gravidez em Portugal, também nos parece que a representação social da gravidez passa por uma visão triangular entre a representação de saúde, de doença e representação do corpo, consoante os diferentes sistemas de referência, pelo que será nesta linha de pensamento que desenvolveremos de forma breve os temas seguintes.

## 2.1. A REPRESENTAÇÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA

Ao longo da história da humanidade têm sido propostos vários conceitos de saúde. Assim, no princípio do século XX, a saúde era apenas concebida como a ausência de doença ou de enfermidade.

Em 1946 a O.M.S. divulgou a primeira definição de saúde, descrevendo-a como “*um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença*”. Encontramos, pela primeira vez, o termo bem-estar que se opõe à doença como ao mal-estar, mas que traduz uma situação de equilíbrio e harmonia, que deve envolver todas as dimensões da pessoa, seja elas de ordem biológica, psicológica, espiritual ou social. Trata-se portanto, de um conceito dinâmico porque procura um estado de equilíbrio entre o seu corpo e o seu espírito, entre os diferentes estados da sua personalidade e o meio social em que está inserido.

Para Herzlich, C. (1984: 13, 14) a representação social da saúde e da doença não pode ser encarada nem estudada de uma forma linear, pois a sua construção depende de “*como o conjunto de valores, de normas sociais e modelos culturais é pensado pelos indivíduos da nossa sociedade*”. A autora assegura que a saúde e a doença são vividas pelo indivíduo não só como estados, mas como universos de comportamentos e condutas. Fustigados pela doença, alguns indivíduos podem interromper as suas actividades sociais enquanto que outros continuam a desempenhá-las sem qualquer alteração.

Na opinião de Martins, M.F. (2007) esta perspectiva sugere que o estudo das representações sociais da saúde e da doença corresponde à necessidade de compreender a forma como o indivíduo arquitecta a realidade social e nela se orienta, o que lhe permite dominar o meio social e material que o envolve. A saúde e a doença aparecem sempre como a forma que os indivíduos as interpretaram na sociedade em que vivem mas também da forma de relação que estes estabelecem com a sociedade. Herzlich, C. (1984) encara a doença como uma interpretação colectiva, complexa e contínua em que o indivíduo tem necessidade de dar sentido à doença, de compreender o que lhe aconteceu de explicar as causas que justificam o mal que o atingiu.

Pelo que foi dito podemos afirmar que os diferentes grupos culturais têm costumes e sistemas complexos de crenças sobre a saúde e sobre a gravidez. “*Contudo, na sociedade moderna, o interesse dirige-se especialmente para as anomalias de estrutura e funcionamento do sistema corporal e para o tratamento de doença, enquanto aqueles que acreditam no modelo tradicional têm outras convicções e outros*

*hábitos de saúde, obedecendo a costumes populares também moldados pela cultura”* (Martins, M.F., 2007: 58).

Transpor estes conceitos para o tema central do nosso trabalho “vivência da sexualidade durante a gravidez” implica considerar que o contexto social da grávida e as suas experiências, afectam o significado atribuído aos sintomas e às alterações que ocorrem na gravidez, bem como, às suas expectativas em relação ao atendimento quer nas consultas, quer nas unidades de saúde e, ainda, quanto às necessidades de informação e educação. Quer isto dizer que, se por um lado a mulher grávida relativamente aos seus sintomas e desconfortos pode desenvolver as suas próprias explicações sobre as causas, por outro lado, tem consciência da necessidade de obter ajuda junto dos profissionais de saúde. E, porque é também no corpo que se manifestam os sintomas próprios da gravidez importa perceber a representação que dele se pode ter.

## 2.2. A REPRESENTAÇÃO DO CORPO

*“O corpo da mulher tem a sua história. Uma história que vale a pena ser contada, pois ela não deixou de influenciar o modo como as mulheres percebem e vivem a sua feminilidade”.*

[Shorter, (1948) citada por Joaquim, T., 1997: 52]

*“Escrever este texto é lidar com sombras, com fantasmas, com desejos masculinos sobre as mulheres, com o imaginário masculino, com aquilo que normalmente chamamos de representações... é também saber que um corpo se faz tanto do imaginário que existe em torno dele, a que ele próprio adere e pratica, como das práticas variadas que se articulam em espaços definidos, em horários, em ritmos, em modos de vestir e utilizar a língua, em leituras, em gestos, em olhares permitidos e proibidos”.*

(Joaquim, T., 1997: 19)

A abordagem da representação do corpo humano implica perceber que *“este é mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença, é um*

*sistema de acção e também o foco de um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico”* (Martins, M.F., 2007: 59). O corpo é também o objecto mais privado que possuímos, mas é, simultaneamente, aquele através do qual nos damos, de imediato, na interacção social”.

Giddens, A. (2001: 146) refere que *“enquanto seres humanos, somos corpóreos – isto é, todos possuímos um corpo. O autor sublinha que “o corpo não é algo que nos limitemos a ter, nem algo puramente físico que existe separado da sociedade. Os nossos corpos são profundamente afectados pelas nossas experiências sociais, bem como pelas normas e valores dos grupos a que pertencemos”*.

Para Alferes, J. (1987) o corpo é um objecto social, um objecto público, no sentido em que as *representações* que dele temos são socialmente construídas e partilhadas e porque é, por excelência, um objecto de troca social. O corpo é matéria e é signo. É objecto de troca e de consumo. Na expressão de Baudrillard (1970) citada por Alferes, J. (1987: 212), é mesmo *«o mais belo objecto de consumo»*.

Na perspectiva do mesmo autor (Alferes, 1987) o corpo funciona como lugar de categorização social, como superfície de inscrição de marcas distintivas. O autor citado dá como exemplos, as *marcações* operadas pelo vestuário ou pelos modos de apresentação de um corpo semi-nu, as *ficções* em torno do corpo do desportista ou do atleta sexual e, mesmo, os mecanismos de estigmatização de um corpo deficiente ou deformado.

Nesta linha de pensamento, Le Breton, D. (1988: 19) afirma que *“o corpo é o eixo da nossa relação com o mundo”*. É através deste que o ser humano se insere num espaço social e cultural porque o corpo permite a produção de mensagens, a recepção e descodificação destas produzindo, deste modo, continuamente significados. Ele existe enquanto fenómeno social devido ao efeito conjugado da educação que recebeu e das identificações que o levaram a assimilar os comportamentos da sua sociedade, sendo assim essencialmente um produto social.

Mas, o corpo é também memória:

*“O corpo é uma memória na qual se fazem estruturas diversas, entre estas o masculino e o feminino de cada sociedade, as graduações enormes que cada sociedade pode estabelecer entre o que cada uma determinou ser “feminino” e “masculino”, nas manipulações diversas que cada sociedade exerce sobre os corpos, estruturando-os para exercerem funções e papéis diferentes”.*

(Joaquim, T., 1997: 43).

Segundo Joaquim, T. (1997: 43, 51) “ (...) a nossa sociedade sempre leu, viu a mulher a partir do seu corpo e das suas produções, fechando-a na reprodução, no “claustro virginal”, materno, modo de nomear que diz a clausura do ventre da mãe, a asfixia”. Deste modo, e porque é “ (...) através do corpo da mulher, é ela que produz os seres vivos (...) em torno deste corpo, do seu lugar, do seu papel, houve sempre uma enorme proliferação de discursos, de teorizações, de leituras, da sua anatomia, fisiologia, psicologia, etc., tentando precisar, descrever a sua «natureza» ”. Para a antropóloga “não existe um corpo feminino, não existe uma natureza feminina, mas existe uma cultura em que durante séculos as mulheres foram vistas como seres naturais” (Joaquim, T., 1997: 28).

Parafraseando Simone de Beauvoir (1987: 13) “ninguém nasce mulher: torna-se mulher”. Por conseguinte, “cada sociedade possui um conjunto de técnicas corporais, de modos de marcar os corpos, diferenciando-os” (Joaquim, T., 1997: 44).

Para Colière, M.F. (1989) o corpo da mulher, lugar da concepção e do nascimento, está marcado pelo sangue menstrual. É este mesmo corpo que “conhece períodos de cuidados mais atentos nestes momentos decisivos da sua vida que são a puberdade, a gestação, o parto, o nascimento” (Colière, M.F., 1989: 42). A relação do corpo da mulher com as coisas modifica-se em função do seu estado, o que pressupõe a ideia de um corpo aberto e em relação com o meio ambiente.

Metaforicamente Joaquim, T. (1997: 70) refere que “quando uma mulher está grávida, passa-se no seu corpo um processo de cozedura, ele está «a cozer uma

*criança» (...)*”, “(...) *esse corpo é, está nesse momento pleno de outro corpo: é um e outro. Mesmo e outro*” (Joaquim, T., 1997: 62).

Os médicos gregos na antiguidade pensavam que a mulher tendo um temperamento “húmido”, tinha um corpo que produzia muitos líquidos sendo necessário o escoamento regular deste sangue supérfluo para “equilibrar os humores”. Tanto a gravidez como a menstruação são identificadas como estados quentes. Como a gravidez representa a falta da menstruação, a mulher é dominada pelo excesso de sangue sendo abalizada pelo olhar de tudo o que a rodeia (Joaquim, T., 1984). A mulher com o seu corpo, torna-se ameaçada e vulnerável ao olhar exterior.

Segundo Martins, M.F. (2007: 61) citando Bruhns (1995) refere que “*estes significados do corpo codificam a definição social da mulher. Esta é interpretada como sendo uma “natureza quente”, daí que o equilíbrio se encontra em perigo de ruptura, nomeadamente durante o fluxo menstrual e a gravidez. A mulher está num permanente estado de transição entre a “saúde e a doença”. É por isso que lhe são aplicados modelos simbólico-rituais de proibições alimentares e de cuidados médico-mágicos*”.

Na cultura ocidental o corpo da mulher é considerado um corpo em relação com o meio ambiente, ou seja, um corpo aberto ao exterior onde circulam os fluxos e refluxos de sangue, da imaginação, do esperma, de vapores uterinos, de monstros de crianças. Esta relação possibilita assim, todo o tipo de metamorfoses, de bruxarias, de feitiçarias (Joaquim, T., 1997). Este corpo inclui-se então numa categoria de fenómenos essencialmente femininos e perigosos.

Em conclusão, podemos afirmar que independentemente das concepções ou representações do corpo surge, na nossa cultura, um ponto de convergência, que parece ser a unidade susceptível de maior consenso: “é no corpo que se dão as doenças, é sobre ele que a medicina se debruça, independentemente do tipo de sociedade ou classe social.

*“A representação da gravidez poderá passar, assim, pelas três dimensões referidas, consoante é percebida como um estado de saúde, de doença ou, fundamentalmente, uma transformação do corpo”* (Couto, A., 1994: 56).

### **3. AS CRENÇAS E OS MITOS**

Ao longo dos tempos, à saúde e à doença, sempre se ligaram forças transcendentais, divindades, poderes, que se traduzem nas mais diversas “crenças”. A este respeito ocorre-nos perguntar se haverá alguma relação entre crenças e saberes, entre crenças e representações e entre representações e saberes? No presente enquadramento teórico já fizemos uma abordagem às representações sociais e saberes, resta-nos por isso e, para compreender melhor as relações que podem existir entre os termos enunciados e explorar a questão das crenças e dos mitos.

O sentido mais frequente e consignado nos dicionários de língua portuguesa é de que as crenças são opiniões adoptadas pelas pessoas com fé e, principalmente, numa forma convicta. A fé, refere-se à atitude, provavelmente à convicção e à persistência da adesão.

Neste sentido e, na perspectiva de Durkheim, E. (1984) as crenças provêm de fenómenos religiosos e estão relacionadas com práticas definidas que, por sua vez, se relacionam com objectos definidos em tais crenças (a natureza, o infinito, o desconhecido e o ideal). A religião trata de um conjunto mais ou menos organizado e sistematizado de fenómenos que englobam crenças ou sistemas de fé, práticas ou sistemas de culto e objectos de crença. Assim, as crenças são determinantes das práticas, já que estas últimas só se definem por referência a objectos de crença.

As crenças, na opinião deste autor, caracterizam-se ainda, pela sua obrigatoriedade, já que, como representações colectivas se “impõem aos indivíduos”. A obrigatoriedade – aspecto característico de todos os fenómenos sociais – converte-se no núcleo de definição do religioso, ou seja, a religião é composta por crenças e ritos. Assim, as crenças consistem em representações do sagrado e implicam ritos que são determinados modos de acção que somente podem ser caracterizados em termos das representações do sagrado de que são objecto.

A este propósito alguns autores como Lima, A. (1982) sublinham que as crenças, e não apenas a entidade geral, crença, provêm do que se enriqueceu ou empobreceu

através de narrativas, quase sempre orais e habitualmente anónimas, na passagem de geração em geração. Neste sentido, toda a crença tem um conteúdo, o mito.

O mito vem da palavra “mythos” que significa “palavra” podendo definir-se, por um lado, como um conjunto de narrativas orais, anónimas, transmitidas de geração em geração e, por outro, como uma verdadeira linguagem cuja continuidade deve ser salvaguardada. Na sua essência, o mito é uma história narrada em que o seu autor, criador, se perde no tempo, pelo que, por vezes, lhe é atribuída uma origem sobrenatural (Lima, A., 1982).

*“O mito dá gosto a quem o escuta, encanta, seduz, reencontramo-nos nele, numa comunidade afectiva que pode ocultar as diferenças culturais”.*

[Copans (1979) citado por Couto, A., 1994: 57]

Como qualquer género narrativo, o mito não chega até nós na sua forma original, uma vez que sobre ele foi incidindo todo um processo de alterações ou enriquecimento, através da sucessiva transmissão a que esteve sujeito ao longo dos tempos. Para Burkert, W. (1991: 19) embora o mito não exista na sua forma pura, ele tem como alvo a realidade, utilizando a metáfora para se referir a ela. Para o autor poder-se-ia dizer, assim, que seria dotado de sentido e de verdade, desde que compreendido como “*falar de algo diferente*”, como encobrendo uma outra mensagem sobre um domínio inteiramente susceptível de ser experimentado e descrito.

Resulta assim que, o mito, em si, não tem qualquer finalidade explicativa. Ele é, sobretudo, o objecto perante o qual cada indivíduo toma uma atitude – a crença no seu conteúdo.

Segundo Copans, J. *et al.* (1971) é relativamente fácil reconhecer o mito no nosso quotidiano, pois toda a gente conserva recordações de infância, pelas histórias transmitidas de geração em geração. Mas a tentativa de explicação das suas causas, de análise do seu mecanismo, de descrição do seu funcionamento, dispersa-se e dissolve-se rapidamente.

Couto, A. (1994: 58) refere que *“a adesão ao mito ou à crença poderá ser determinada por diversos factores, mas a forma e a força atribuída na sua transmissão cultural terá, certamente, bastante influência. O medo gerado quando acontece essa transmissão, em consequência do respeito ou não por determinado ritual, pode ser determinante, principalmente nos episódios críticos do ciclo vital do Homem, como a doença”*.

O mesmo autor acrescenta ainda que, outro episódio sensível a este tipo de adesões é a gravidez, tendo em vista a protecção quer da grávida, quer do feto.

A este respeito, Joaquim, T. (1983: 50) faz uma afirmação bem elucidativa da preocupação em respeitar os mitos e crenças transmitidos pelas gerações anteriores: *“Tudo o que rodeia a concepção terá influência no corpo da criança, daí os interditos sobre o que a mulher deve ou não fazer durante a gravidez, porque estes corpos (o da mãe e o da criança) estão de tal modo ligados que o corpo da criança não é visto como corpo autónomo do da mãe; então todos os actos, pensamentos, desejos, sentimentos da mãe neste período poder-se-ão materializar sob a forma de marcas/sinais no corpo da criança, a sua forma ou não forma (o disforme) deles dependem”*.

De facto, perdem-se nos séculos da História as práticas e princípios de protecção à mulher grávida, que se vão transmitindo de geração em geração, sob a forma de histórias, mitos e crenças. Barbaut, J. (1990) descreve várias práticas e crenças relacionadas com a gravidez, correspondendo umas à adopção de um estatuto social e outras a convicções e práticas relacionadas com a preservação do feto e com o bom *terminus* da gravidez.

Exemplo disso temos que na antiga Grécia, a casa da mulher grávida era considerada um lugar de asilo inviolável. Em Esparta, procurava-se que a grávida não assistisse a espectáculos de lutas ou outras situações violentas, para não lhe causarem “impressão” (Barbaut, J., 1990). Já *“no povo Romano as mulheres grávidas não eram obrigadas a afastarem-se quando passavam magistrados, para não correrem o risco de queda, que poderia ser prejudicial ao seu estado. Nos últimos meses de gravidez, usa roupas largas, para não prejudicar o desenvolvimento do feto, para não correr o risco*

*de o comprimir. Por isso, não devia usar anéis, pulseiras, laços, que seriam sinal de fecho e aberto, nem devia dar nós ou laços”* (Barbaut, J., 1990: 115).

Desta forma era dada já uma importância primordial ao bem-estar da grávida, quer físico, quer emocional. Consequentemente, muitas vezes, passa a ser protegida e torna-se o alvo das mais diversas medidas preventivas. Muitas destas medidas, interdições ou prescrições, subsistem nos nossos dias, umas sob a forma de mitos ou crenças, revestindo-se de uma linguagem metafórica ou através de simples conselhos, com o intuito de proteger o desenvolvimento do feto (Couto, A., 1994).

Couto, A. (1994) na sua investigação sobre crenças na gravidez, agrupou-as em três categorias:

- 1) Relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé;
- 2) Relativas a interdições;
- 3) Relativas a prescrições.

É no grupo das interdições durante a gravidez que vamos encontrar um conjunto variado de crenças a este respeito (assunto já desenvolvido no tema dos contributos antropológicos da sexualidade durante a gravidez).

Face à bibliografia e trabalhos de investigação consultados a segmentação feita por este autor parece-nos ajustada para a temática das crenças e mitos na gravidez. Uma vez que na presente investigação queremos estudar particularmente a vivência da sexualidade durante a gravidez, não nos parece relevante o desenvolvimento das categorias acabadas de mencionar.

Em síntese, podemos afirmar, com Le Breton, D. (1988), que as crenças não são fantasmagóricas, nem muito menos se encontram sem ligação com as vivências em circunstâncias sócias. Com efeito, o seu peso na decisão, em qualquer decisão, aparece como determinante.

Em termos de intervenção, é importante ter em conta que a sua eventual inconsistência em termos bio-fisiológicos não pode levar a esquecer que são reais. São

realidades vivenciadas para quem as assume no seu dia-a-dia. Isso não quer dizer, porém, que devam permanecer inalteradas, enquanto representações ou enquanto saberes.

## **CAPÍTULO 4 – BREVE APONTAMENTO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E.), aprovado e descrito no Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, refere-se que os cuidados de enfermagem são caracterizados por englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, várias formas de actuação, onde se refere a função de *“orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias”* (Artigo 5.º). Esta descrição orienta-nos para a educação para a saúde, que constitui a base das competências autónomas do enfermeiro em todas as vertentes da sua profissão.

Sendo assim, pareceu-nos essencial fundamentar um pouco este tema, para tentarmos compreender a importância que o enfermeiro pode assumir no quotidiano da grávida, procurando esclarecê-la relativamente a diversas questões e especificamente às crenças na gravidez.

Desde logo debatemo-nos com a dificuldade de definir educação para a saúde, pois podemos encontrar tantas definições como educadores de saúde. Encontrar uma definição que satisfaça a todos é, nas palavras de Couto, A. (1994), quase tão difícil como definir saúde. No entanto, segundo este autor, podemos verificar que a educação para a saúde é um processo que serve de ponte entre a informação sobre a saúde e as práticas de saúde. Assim, a educação para a saúde é, na perspectiva de Green, W. & Simons-Morton, B. (1988) um processo cujo objectivo de estudo é a saúde, tendo em conta as características da população a que se destina, as estratégias educativas apropriadas, a formação dos educadores e os resultados obtidos.

Neste sentido, o educador tem uma importância primordial na orientação dos indivíduos, necessitando de informação, conhecimentos suficientes, pertinentes e úteis,

relativamente aos mais diversos assuntos e métodos adequados a cada situação, de modo a facilitar a aprendizagem de comportamentos saudáveis. Claro que o profissional, para estar apto a seleccionar e a utilizar os métodos que considera mais adequados, necessita de conhecer cada situação.

Considera-se actualmente que todos os profissionais de enfermagem deverão estar preparados de forma a corresponder a situações de educação para a saúde. É, no entanto, importante criar condições de formação aos prestadores de cuidados de saúde que lhes permitam assimilar verdadeiramente o que implica uma educação dirigida à população e deixar de se preocupar unicamente em prevenir e combater a doença, além de ser necessário facilitar a via de acção (O.M.S., 1983).

Segundo algumas investigações realizadas por Couto, A. (1994), é reconhecida grande importância, por parte dos enfermeiros, a esta actividade e encaram-na como momentos de esclarecimento e oportunidades que favorecem a confiança nos técnicos e nas instituições.

Relativamente às crenças e superstições na gravidez, em estudos anteriores (Couto, A., 1994), verifica-se que a atitude dos profissionais de enfermagem perante aquilo que as grávidas podem dizer sobre as crenças é de aceitação e existe a preocupação de desmistificar um pouco. Existe um reconhecimento da importância do diálogo com as grávidas mas que alguns factores como o tempo, o espaço e pressões de outros profissionais condicionam a sua realização. Reconhece-se também que a informação transmitida pelas vizinhas acaba sempre por se sobrepor à informação dada pelos enfermeiros, donde resulta a dificuldade na orientação. A adopção de comportamentos diferentes acontece consoante a situação de gravidez, abrangendo diversas áreas do seu estilo de vida, determinadas pelos conhecimentos baseados nos “saberes sociais”.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

Podendo à primeira vista, este capítulo ser encarado como de menor importância face aos demais, sublinhamos que o mesmo se constitui como o pilar central para a compreensão do objecto de estudo definido: o **fenómeno sexualidade na gravidez**. A metodologia explica a forma como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados (Bell, J., 2002).

### 1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A Metodologia é uma disciplina que estuda os métodos ou a forma de conduzir uma pesquisa. Preocupa-se com as etapas a seguir num determinado processo e tem como finalidade captar e analisar as características dos vários métodos disponíveis, avaliar as suas capacidades, potencialidades, limitações ou distorções e criticar os pressupostos ou as implicações da sua utilização. Segue uma série de passos codificados, de forma mais ou menos esquemática, para atingir um determinado objecto científico (Quivy, R. & Campenhoudt, L., 1992).

Partindo da sua definição etimológica, o termo metodologia vem do grego *Meta* = largo; *Odos* = caminho e *Logos* = discurso, estudo. A metodologia consiste, portanto, em estudar e avaliar os vários métodos e técnicas de pesquisa disponíveis, com vista à resolução do problema de investigação (Fernandes, D. & Dias, C., 2000).

Barros, A. (1986) explicita que a metodologia é a operacionalização, sistematização e racionalização do método. Acrescenta ainda que, enquanto que o método é uma visão abstracta do agir, a metodologia é uma visão concreta da operacionalização.

Entende-se por método a forma ordenada de proceder ao longo de um caminho para alcançar um fim. É um conjunto de processos ou fases empregues na investigação, com o

propósito de atingir o conhecimento (Fernandes, D. & Dias, C., 2000). O método ordena inicialmente o pensamento em sistemas e traça os procedimentos do cientista ao longo do caminho até atingir o objectivo científico preestabelecido (Trujillo, A., 1974).

A técnica assegura e instrumentaliza a acção das fases metodológicas. Barros, A. (1986) refere que as técnicas são aplicadas em obediência e com orientação geral do método, solucionando os problemas para que as diversas etapas do método sejam alcançadas.

Face ao exposto, apresentamos neste capítulo a metodologia de investigação, entendida como a operacionalização do método através de processos e técnicas utilizados para alcançar os objectivos traçados para este estudo. Para tal, foi organizado em onze pontos essenciais, a saber: fase exploratória (limitações e soluções); problemática (questão de partida e outras questões orientadoras); objectivos do estudo; opções metodológicas (metodologia e tipo de estudo); delimitação do campo de estudo e selecção dos sujeitos de investigação; local de recolha de dados; técnica de recolha de dados, tratamento da informação, validação da análise e procedimentos formais e éticos.

### 1.1. FASE EXPLORATÓRIA: LIMITAÇÕES E SOLUÇÕES

Tendo em conta a quase inexistência de estudos portugueses sobre a vivência da sexualidade na mulher grávida, foi-nos inicialmente difícil definir as questões metodológicas inerentes à problemática da sexualidade durante gravidez. Partimos então para uma aprofundada pesquisa bibliográfica, a qual permitiu verificar que a generalidade dos estudos são efectuados fundamentalmente com enfoque clínico, revestidos de discursos e conceitos técnicos, de interpretação e compreensão difícil, com notória ausência de uma abordagem psico-sociológica.

Esta constatação e ainda o facto da investigadora o verificar na sua prática profissional, despertou-nos o interesse em explorar esta matéria, realçando os aspectos psico-emocionais, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento multidisciplinar neste domínio.

A nível nacional, já podemos contar com um diminuto conjunto de estudos que abordam o tema da sexualidade na gravidez, destacando diferentes aspectos relacionados com esta matéria, e que nos serviram de apoio no arranque da nossa investigação: “*Crenças e Representações da Gravidez na Educação para a Saúde*” (de António de Jesus Couto, 1994), “*Sexualidade durante a Gravidez*” (de Cândida Portelinha, 2003) e, “*Mitos e Crenças na Gravidez. Sabedoria e Segredos Tradicionais das Mulheres de Seis Concelhos do Distrito de Braga*” (de Maria de Fátima Da Silva Vieira Martins, 2007). Já a nível internacional, a quantidade de estudos efectuados é substancialmente maior, verificando-se também nestes casos, o enfoque clínico dado ao estudo do tema.

Como forma de ultrapassar estas limitações e, com a finalidade de nos familiarizarmos com os discursos produzidos em torno da sexualidade durante a gravidez, recorreremos ao contacto informal com especialistas das áreas de clínica geral e da sexologia e participámos em congressos e acções de formação sobre sexualidade. Para além disso, investimos numa abrangente pesquisa bibliográfica de investigações nacionais e internacionais efectuadas sobre este assunto, que nos deram importantes contributos para a compreensão do tema e, nos permitiram orientar o estudo numa vertente mais ajustada à nossa actividade profissional, bem como aos objectivos delineados para este estudo.

## 1.2. A PROBLEMÁTICA: QUESTÃO DE PARTIDA E OUTRAS QUESTÕES ORIENTADORAS

*“(...) Desorientado, ele procurou ajuda com dois amigos, mas não obteve nada de concreto. «Na gravidez é assim mesmo», diziam eles. «Depois do parto melhora. O jeito é você fazer como todo o mundo e se virar por fora». Ele pensou em discutir o assunto com o obstetra na próxima consulta pré-natal; o médico saberia como orientar este tipo de situação. Mas ficou desanimado com a atitude profissional e distante do médico (...)”.*

(Okawara, H. & Sawaya, R., 1979: 90)

Serve este pequeno excerto (texto integral em **Anexo 1**) para ilustrar uma história comum vivida por muitos “casais grávidos”: a desinformação na temática da sexualidade, mas também, a ausência de orientação, nalguns casos, por parte dos profissionais de saúde.

Actualmente, segundo as normas de orientações técnicas de vigilância pré-natal e revisão do puerpério emanadas pela Direcção Geral da Saúde (1993)<sup>18</sup>, a questão da sexualidade deve ser abordada durante as consultas pré-natais. Todavia, este é, talvez, o tema mais delicado e difícil de ser abordado com o “casal grávido”, mas também, aquele que lhe suscita maior preocupação. O medo de que possam prejudicar o bebé é ainda uma realidade nos dias de hoje.

Por outro lado, não nos podemos esquecer que, com a finalidade de proteger o bebé e a mãe, a sociedade onde a grávida se insere criou desde sempre uma série de mitos, rituais, proibições e crenças que envolvem o corpo da mulher e da criança. O corpo da criança é visto como corpo dependente da mãe. Por isso, *“todos os actos, pensamentos, desejos, sentimentos da mãe neste período poder-se-ão materializar sob a forma de*

---

<sup>18</sup> Documento editado pela Direcção Geral de Saúde que tem como finalidade fornecer, ao pessoal de saúde dos Centros de Saúde, as orientações técnicas indispensáveis para se conseguir um impacto positivo na qualidade de Saúde Materna e Fetal. Desta forma, segundo este documento, a consulta pré-natal tem como objectivos: *“avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar correctamente cada situação e, por último, promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez”* (Orientações Técnicas. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério, 1993: 3).

*MARCAS/SINAIS no corpo da criança, a sua forma ou a sua não forma (o disforme) deles dependem.*” (Joaquim, T. 1983: 50). É dada uma importância primordial ao bem-estar da grávida, quer físico quer emocional, passando a ser super-protegida e tornando-se o alvo das mais diversas medidas preventivas que se podem revestir de uma linguagem metafórica ou através de simples conselhos. Paralelamente, surgem também histórias que são transmitidas de geração em geração, veículos de crenças que, embora muitas vezes não verbalizados, determinam comportamentos. A questão da sexualidade é apenas uma das dimensões onde, não raras vezes, essa influência se faz sentir, daí o papel do enfermeiro no sentido de clarificar e desmistificar as crenças e tabus ligados à sexualidade durante a gravidez.

A este respeito Martins, M.F. (2007: 114) refere que *“o enfermeiro, como membro privilegiado no atendimento e relacionamento com a mulher grávida, deve esforçar-se por estar ciente das crenças e das práticas culturais que a orientam e condicionam, de forma a integrar na consulta os seus saberes sociais, criando um ambiente de mútua confiança, propício a que as grávidas verbalizem perante ele os seus medos e receios”*.

Do que foi referido até ao momento, ressalta que as crenças, nos dias de hoje, continuam a ser uma realidade experimentada por algumas mulheres. Assim sendo, e considerando o contexto multicultural em que exercemos a actividade de enfermagem, optámos por desenvolver um estudo, cujo o objecto central é a mulher grávida. Conscientes das várias intervenções de enfermagem de que a mulher grávida pode e deve ser alvo, resolvemos limitar o nosso estudo à sexualidade durante o período gravídico. E porquê esta opção?

A sexualidade é uma área que faz parte integrante dos cuidados de enfermagem. Contudo, em termos académicos é, quase sempre, um tema “esquecido”, ou talvez, “passado à frente” e, embora alguns livros de obstetrícia e de enfermagem obstétrica abordem esta questão, quando o fazem, é essencialmente no sentido de chamar a atenção sobre os riscos que pode trazer para a gravidez. Daqui resulta, por vezes, que o tema sexualidade assume um carácter inibidor, para alguns profissionais de saúde, que poucas ou nenhuma vez o abordam nas consultas de saúde materna. E, se os profissionais de saúde, não se mostram disponíveis para abordar esta questão, a grávida/companheiro, o casal, também o não faz. Como consequência, o casal pode viver uma gravidez pouco

gratificante nessa vertente da intimidade, sem razões obstétricas que o justifiquem, o que pode originar conflitos na relação conjugal.

Perante este quadro surgiu-nos o interesse de perceber como é que as mulheres grávidas vivem a sexualidade durante a gravidez. O objectivo não era de saber se aumentavam ou diminuían a frequência das relações sexuais<sup>19</sup>, quais as suas práticas sexuais, etc., mas sim, como experienciavam elas a sexualidade nesta fase. Como viviam este fenómeno? O que pensavam sobre este assunto? O que sentiam? Que informações receberam durante as consultas de vigilância pré-natal?

Chegámos assim à seguinte pergunta de partida:

---

***“Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?”***

---

Com o intuito de precisar o caminho a percorrer para levar a cabo esta investigação e de acordo com o problema em estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação<sup>20</sup>:

- Que alterações se observam na mulher durante a gravidez?
- Quais as alterações que ocorrem na vivência da sexualidade na mulher durante a gravidez?
- Os significados e expectativas da mulher face à sexualidade durante a gravidez são influenciados por mitos e crenças?
- Que importância é que as grávidas atribuem à abordagem do tema da sexualidade nas consultas de vigilância pré-natal?

---

<sup>19</sup> Neste caso consideramos “relações sexuais”, relações sexuais com coito.

<sup>20</sup> Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. As questões de investigação constituem as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação (Fortin, M.F. 2000).

### 1.3. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Inserida no âmbito do Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, esta investigação tem como objectivo<sup>21</sup> principal contribuir para aumentar o conhecimento no domínio da saúde sexual durante a gravidez e, constituir-se como um ponto de partida para futuras pesquisas nesta área no sentido de melhorar a actuação e intervenção da enfermagem na vigilância e acompanhamento das mulheres grávidas.

Ao definirmos como objecto de estudo a mulher grávida, e ao delimitarmos o campo de estudo ao domínio da sexualidade, delineámos os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer e caracterizar as vivências sexuais durante a gravidez de um grupo de puérperas;
- Identificar os principais factores motivadores e desmotivadores para a actividade sexual durante a gravidez;
- Identificar algumas crenças e mitos sobre as relações sexuais durante a gravidez;
- Incentivar a realização de educação para a saúde no âmbito das alterações produzidas pela gravidez, possibilitando que se discutam as necessidades sexuais e, se necessário, ajudar o casal a encontrar métodos de expressar a sua sexualidade;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade abordar mais abertamente a questão da sexualidade nas consultas pré-natais.
- Realçar a importância da comunicação e informação dada ao “casal grávido” nas consultas pré-natais;
- Desmistificar a ideia de que manter uma vida sexual activa durante a gravidez pode ser prejudicial para a mãe e para o bebé;

---

<sup>21</sup> Os objectivos de uma investigação representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder às questões de investigação. Trata-se de um enunciado que deve indicar com clareza o que o investigador pretende fazer ao longo do estudo (Ribeiro, J., 1999).

Estimular na comunidade científica o interesse pelo estudo da sexualidade na mulher grávida.

## 1.4. OPÇÕES METODOLÓGICAS

### 1.4.1. Metodologia seleccionada

Após a definição do objecto de estudo, elaboração das questões de investigação e objectivos, sentimos a necessidade de definir o paradigma segundo o qual se rege este estudo.

Habitualmente faz-se a distinção entre dois grandes paradigmas<sup>22</sup>. Aquele que até agora é o paradigma dominante, que se baseia no positivismo, na crença de que tudo é mensurável, objectivo e normativo e o paradigma construtivista ou interpretativo, que engloba o conhecimento social dos indivíduos e por isso mais difícil de quantificar (Sousa Santos, B., 1990).

Existem ainda dois métodos de colheita de informação científica, o método quantitativo e o método qualitativo. A pesquisa quantitativa enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, contrariamente à pesquisa qualitativa que salienta os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, apreendendo tais aspectos na sua totalidade e no contexto daqueles que os vivenciam (Polit, D. & Hungler, B., 1995).

Para Parse, R. (1985: 18) os métodos de investigação são escolhidos “*de acordo com a natureza do fenómeno em estudo, o paradigma do qual o fenómeno nasce, e o quadro de referências do investigador*”.

Desta forma, conseguir alcançar a experiência subjectiva da vivência da sexualidade nas mulheres grávidas é um desafio apenas conseguido seguindo a linha de

---

<sup>22</sup> Segundo Cordella, B. (1999: 24), paradigma “*é padrão, conjunto de ideias e valores. É modelo para descrição, explicação e compreensão da realidade. A mesma realidade é percebida de forma diferente quando observada através de paradigmas também diferentes*”.

pensamento de Watson, J. (1988), para quem a pessoa é um organismo dinâmico com experiências e percepções e não apenas um organismo físico. A totalidade da vivência constitui o campo fenomenal da pessoa.

O presente trabalho, na medida em que estuda aspectos relativos à condição humana, revestiu-se de um carácter subjectivo, apenas possível de ultrapassar através do método de investigação qualitativo.

Os métodos qualitativos fornecidos pelas ciências humanas nos quais “*se estudam as experiências vividas pelo homem, focam-se na descrição e explicitamente expressam o valor dos pensamentos, percepções e sentimentos dos sujeitos sobre as experiências vividas*” (Polit, D. & Hungler, B., 1995: 270), oferecem ao investigador a possibilidade de estudar fenómenos subjectivos, tal como eles foram vividos pelos sujeitos que os experienciaram.

É uma abordagem em que o investigador explicitamente participa, descobrindo o significado dessas experiências, tal como foram humanamente vividas, não devendo, portanto, procurar a verdade sobre um fenómeno, pois este em si mesmo não existe, ele é composto pelas várias realidades que são vivenciadas por cada sujeito. É igualmente um importante método para colocar em evidência essências, sentimentos e significados.

Enquadra-se por isso, no objectivo principal deste trabalho que pretende perceber como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez, num grupo de puérperas.

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998: 180) reforçam as ideias enunciadas quando afirmam: “*os investigadores são «sensíveis aos contextos» – os actos, as palavras e os gestos só podem ser compreendidos no seu contexto. Também o significado assume grande importância, e os investigadores procuram compreender os sujeitos a partir dos quadros de referência desses mesmos sujeitos*”.

Foi pois, com base nestes pressupostos, em que o conhecimento das experiências humanas é susceptível de interpretação e descrição que escolhemos para a abordagem de investigação uma metodologia qualitativa.

#### 1.4.2. Tipo de estudo seleccionado

Tendo em consideração o objectivo desta investigação, optámos por efectuar um estudo exploratório e descritivo de orientação fenomenológica. É exploratório porque tal como diz Carmo, H. & Ferreira M. (1998: 47) “*o objectivo é, tal como o nome indica, proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade*”. Pretende-se que também seja descritivo, recorrendo-se à descrição rigorosa e directa dos dados recolhidos respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo o qual os dados foram registados ou transcritos, na tentativa de “*conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir ou modificar*” (Rudio, F., 1986: 75).

A orientação é fenomenológica pois esta abordagem permite conhecer a experiência individual e subjectiva da vivência da sexualidade na gravidez, a partir das descrições pormenorizadas de cada uma das participantes. Neste sentido, interessa tomar nota das percepções que cada uma tem da sua realidade, partindo-se do pressuposto que não há uma visão única da realidade mas sim, uma visão única que cada participante tem da sua realidade.

A fenomenologia faz parte integrante do paradigma qualitativo, pois segundo Reichardt & Cook (1986) citados por Carmo, H. & Ferreira (1998: 29), “*interessa-se em compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que actua*” e, além disso, de todas as abordagens qualitativas, entende-se a investigação fenomenológica como a mais aplicada às Ciências da Enfermagem.

Em suma, “*o paradigma qualitativo postula uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjectiva e orientada para o processo*” (Carmo, H. & Ferreira M., 1998: 177).

A vantagem deste método fenomenológico é segundo Gualda, D. *et. al* (1995), a obtenção de uma maior compreensão do fenómeno estudado. Este método parte das descrições dos participantes, sendo através das análises de tais descrições, que emerge a natureza do fenómeno, para assim ser compreendido o significado da experiência daqueles.

Também Munhall, P. & Olier, J. (1986: 57) defendem que “*a finalidade da fenomenologia é descrever um fenómeno tal e qual ele é vivido pela pessoa*”. Assim, de

acordo com estas visões, não se pedirá ao investigador fenomenológico a descoberta da verdade sobre determinado fenómeno, pois o que existe são as diferentes realidades. Estas correspondem às vivências de cada sujeito. O resultado da pesquisa será então, a essência do fenómeno, exactamente como ele é vivenciado pelas pessoas no seu quotidiano.

Por este motivo, o investigador tem que ter a capacidade para relatar os fenómenos percebidos sem ideias pré concebidas e sem juízos de valor. Este aspecto vai ao encontro do que diz Carmo, H. & Ferreira, M. (1998: 180) ao afirmar *“que a investigação qualitativa é descritiva. A descrição deve ser rigorosa e resultar directamente dos dados recolhidos”*.

Só quando se consegue, através da interpretação e descrição dos factos relatados, conhecer como experiencia a grávida a sua sexualidade, é que se pode compreender as vivências, experiências, destas mulheres.

Contudo, a faculdade para perceber esta experiência é relativa, já que ninguém poderá compreender na globalidade a experiência pessoal vivida, tal como é referido por Gevaert, J. (1981: 66): *“encontrar o outro, escutar a sua chamada, responder-lhe... é sempre encontrar-se frente a «outro». Por muito que se comunique e se manifeste, continuará sempre sendo um outro frente a ele”*.

Ao optar por uma metodologia qualitativa, de orientação fenomenológica definimos como finalidade o envolvimento tão profundo quanto possível no mundo da mulher grávida para, deste modo conseguir compreender o significado da gravidez e sexualidade.

Existem orientações explícitas a seguir pelo investigador na aplicação fenomenológica, independentemente da orientação desenvolvida por cada autor. São elas: a redução, a análise e a descrição.

A redução é um processo que deverá ser mantido ao longo da pesquisa, e significa “colocar-se em suspenso” para conseguir chegar ao fenómeno no seu estado mais puro, ou seja, colocar entre parêntesis as ideias preconcebidas face ao fenómeno a estudar.

Por este motivo, o investigador tem que ter a capacidade de relatar os fenómenos tal qual eles são descritos, não fazendo juízos de valor. Então para compreender a experiência destas mulheres, puérperas, é necessário entender as suas experiências, tal qual são

descritas através das suas palavras. Ao falar da sua experiência a puérpera transmite os seus sentimentos, enfim os significados do seu mundo.

No seguimento da operação redução, surge a intuição. Esta comporta a intervenção do investigador, o qual, de acordo com Spiegelberg citado por Olier, C. (1982: 78), *“tem que ter os olhos bem abertos, investir-se de muita concentração, de forma a colocar de lado os conhecimentos e as convicções que possui sobre o fenómeno”*.

Na aplicação do método fenomenológico surge então a operação de análise que Spiegelberg citado por Olier, C. (1982: 80) diz ser *“o processo de identificação dos vários ingredientes do fenómeno em estudo e o modo como estes se relacionam entre si. Desenvolve-se conforme as descrições que vão sendo comparadas e contrastadas”*.

Finalmente, e ainda de acordo com o autor supracitado, ocorre a última operação ou seja a descrição, *“cujo objectivo é identificar a estrutura essencial do fenómeno a partir da descrição de tudo que foi observado”*.

Pelas condicionantes tempo, recursos e experiência, a nossa intenção não foi a de realizar uma investigação complexa e exaustiva de toda uma realidade, mas sim, como diz Hesbeen, W. (2000: 157) uma *“investigação modesta”* de uma parcela dessa mesma realidade.

## 1.5. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E ELEMENTOS DA AMOSTRA

Considerando as questões orientadoras desta investigação e o tipo de estudo seguido, mostra-se agora fundamental apresentar os motivos que serviram de base para a escolha das participantes neste estudo.

Segundo Carmo, H. & Ferreira, M. (1998: 191), *“população é um conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição... com uma ou mais características a todos eles que os diferenciam de outros conjuntos de elementos”*.

A população alvo do nosso estudo foi constituída pelas puérperas, internadas no Serviço de Puérperas II da M.A.C..

A justificação de nos restringirmos apenas a este serviço de internamento deveu-se à limitação de tempo para a realização do estudo, por um lado, mas, por outro a uma maior acessibilidade a esta população, por exercermos funções nesta maternidade e, especificamente neste serviço.

Para dar consecução ao presente estudo, optámos por um processo de amostragem não probabilística por conveniência que, tal como afirma Carmo, H. & Ferreira, M. (1998: 197) permite estudar “*um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários*”. Esta opção teve em conta que “*a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles que a partir dos quais se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação, daí o termo amostra intencional*” (Patton, M., 1990: 169). E ainda, porque é igualmente importante que “*as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade para se exprimir*” (Fortin, M.F., 2003: 156). Ao escolher intencionalmente as participantes cremos estarem reunidas as condições para que desponte uma maior riqueza de informação para análise.

Ao se optar por uma amostra não probabilística, que segundo Fortin, M.F. (1999: 208) “*(...) é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra*”, há que considerar os critérios de fiabilidade e validade da mesma, de modo a que os resultados ou possíveis conclusões a que se cheguem sejam credíveis e merecedores de confiança. Exige-se rigor na descrição dos factos e “*tenta-se que os dados obtidos estejam de acordo com o que os indivíduos dizem e fazem*” (Carmo, H. & Ferreira, M., 1998: 197).

Tendo presente que o objectivo principal da nossa investigação é atingir a essência do fenómeno “sexualidade na gravidez”, isto é, compreender como vivem e experienciam as mulheres grávidas a sua sexualidade neste momento, definimos como critérios de inclusão:

- Ter idade compreendida entre os 18 e os 45 anos;
- Ter um relacionamento afectivo estável;

- Ter nacionalidade portuguesa (devido à multiculturalidade de utentes que acede aos serviços da M.A.C., considerámos importante restringir a nossa investigação somente às mulheres portuguesas, de modo a assegurar maior uniformidade cultural);
- Estar internada no serviço de Puérperas II da M.A.C. (neste ponto queremos ressaltar que, apesar deste ser um serviço destinado principalmente ao internamento de puérperas submetidas a cesariana, pontualmente, por falta de vagas no serviço de Puérperas I (partos normais), este é também um serviço de recurso e de internamento de puérperas de parto normal. Assim sendo, na nossa amostra pudemos contar com a participação de duas puérperas de parto normal);
- Terem sido mães há mais de 24h (quando definimos este critério de inclusão pretendíamos assegurar algum tempo para que as mães pudessem recuperar fisicamente e emocionalmente do parto, e deste modo, estarem mais disponíveis e mais capazes para participarem na nossa investigação);
- Sem antecedentes obstétricos de risco pelos quais pudessem estar obrigadas à abstinência sexual durante toda a gravidez (este factor de inclusão impõe-se na medida em que, perante alguns sintomas, problemas, o médico aconselha à abstinência sexual, logo não fazia sentido entrevistar puérperas que por motivos de saúde não pudessem ter vivido plenamente a sua vida sexual durante a gestação);
- Que aceitassem participar voluntariamente no estudo, após informadas sobre a natureza do mesmo;
- Estarem disponíveis e autorizarem a entrevista audiogravada.

Após a definição dos critérios de inclusão das participantes no estudo, surge a questão da dimensão da amostra. De acordo com Patton, M. (1990) não existem regras, sendo a riqueza de informações dos casos seleccionados o aspecto mais significativo. Para Parse, R. (1985: 17), aquela dimensão será adequada quando “*o investigador encontra redundância nas descrições. Redundância é a repetição de declarações relativamente ao fenómeno em estudo*”.

Tendo em conta as perspectivas de diferentes autores sobre este aspecto, optámos por ir realizando as entrevistas sem definir previamente o número de participantes no nosso estudo. Este seria determinado pelo atingir da saturação da informação, isto é, quando no

decurso das mesmas não emergissem novos temas e os dados se repetissem. Contudo, devido aos constrangimentos de ordem temporal, foi determinado um número mínimo de participantes cujas informações “abarcassem” razoavelmente o fenómeno (Patton, M., 1990), que neste caso situámos em dez puérperas. Porém, este número acabou por ser superado, num total de dezoito entrevistas, dada a mais valia e enriquecimento dos dados recolhidos para a nossa investigação.

### 1.5.1. Local de recolha de dados

Este estudo foi desenvolvido numa maternidade pública da cidade<sup>23</sup> de Lisboa – Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Na actualidade a M.A.C. é, segundo o artigo 1.º do seu regulamento interno, considerada um *“hospital integrado na rede de prestação de cuidados de saúde, com a natureza de estabelecimento público, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial (...)”*, ou seja, um hospital central especializado de nível III, com internamentos nas valências de obstetria, ginecologia e neonatologia.

Ainda segundo o referido regulamento, no seu artigo 2.º, podemos observar que a M.A.C. tem como missão *“garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida”*.

Desta forma, ao longo dos anos tem esta instituição procurado promover e exercer uma política global de qualidade e individualização dos cuidados prestados a todos os utentes. Esta é também uma política de trabalho promovida pela Direcção de Enfermagem que face aos objectivos da instituição pretende, entre outras coisas: estimular a investigação, com a apresentação e publicação de trabalhos e promover o desenvolvimento

---

<sup>23</sup> O termo urbano deriva de urbe, palavra de origem latina que significa “cidade”. Segundo Beaujeu-Garnier, J. & Chabot, G. (1970: 142) *“uma cidade é um agrupamento cujos meios de existência normais consistem na concentração de formas de trabalho que não estão consagradas à agricultura, mas sim, particularmente, ao comércio e à indústria”*. Os habitantes de uma área urbana têm habitualmente maior acesso à informação, melhores e mais sofisticados meios de saúde, além de melhores acessos geográficos. Galston & Baehler citados por Abromovay, R. (2000: 12) referem *“... a imagem da vida urbana como anónima, violentamente competitiva e desprovida do impulso sentido da ajuda mútua”*.

profissional através da formação, pesquisa e apresentação de temas na M.A.C. e no exterior.

A M.A.C. abrange uma extensa área de influência que inclui o concelho de Lisboa com as seguintes freguesias: Coração de Jesus; São José; São Sebastião da Pedreira; Chelas; Marvila; Olivais Norte e Sul; Encarnação; Beato; São João; Sta. Engrácia; Campolide; Senhora de Fátima e São Domingos de Benfca e o concelho de Loures que abrange todas as freguesias de Odivelas e Sacavém.

A diversidade de cuidados oferecidos por esta instituição à população é grande. No que respeita aos serviços de internamento destacam-se: Puerpério I (Normal), Medicina Materno-Fetal e Puerpério II (Patológico), Unidade de Cuidados Intensivos de Recém-Nascidos, Unidade de Cuidados Intermédios de Recém-Nascidos e Espaço Bebê situado no serviço de Puérperas II. Estes serviços articulam-se com todas as especialidades existentes na Maternidade, assim como, com os Centros de Saúde, por intermédio das Unidades Coordenadoras Funcionais e também com o Instituto Ricardo Jorge (entre outros). Além dos serviços de internamento, existem outros vários serviços de apoio que proporcionam uma abordagem multidisciplinar aos utentes.

### **SERVIÇO DE PUÉRPERAS II**

O Serviço de Puérperas II situa-se no 1.º andar, ala sul. Observando o serviço de este para oeste, podemos identificar duas alas: a direita e a esquerda. A ala esquerda é constituída por cinco enfermarias que no total apresentam uma lotação para 29 puérperas, apresentando duas, seis, oito e seis camas respectivamente. Do lado direito, encontram-se as salas de apoio à prestação de cuidados: sala de sujos, sala de prestação de cuidados ao recém-nascido, casa-de-banho, sala de trabalho de enfermagem, copa e gabinete da enfermeira responsável /especialista. Existe ainda, a meio do corredor que divide ala norte da ala sul, o gabinete médico e a secretária de unidade, que dá apoio a ambas as alas. Trata-se de um serviço que admite puérperas de cesariana. No entanto, quando o serviço do puerpério normal (Puérperas I) se encontra lotado, este serviço poderá, também, receber puérperas de parto normal.

Na parte final da ala direita está a funcionar, há cerca de dois anos, o Espaço Bebê, com capacidade para oito berços e que tem como objectivo principal o acolhimento dos recém-nascidos, quando por impossibilidade clínica da mãe não a podem acompanhar.

Neste serviço são desenvolvidos cuidados especialmente direccionados para a mãe e recém-nascido, nomeadamente os inerentes a uma pós-cesariana, mas sobretudo, acções de índole educativa.

## 1.6. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Qualquer instrumento de pesquisa deve permitir recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de investigação. Tendo em consideração a natureza do presente estudo, com o qual pretendemos obter descrições de um fenómeno vivenciado – a sexualidade durante a gravidez – e tentar chegar à essência desse fenómeno, optámos por seleccionar como instrumento de colheita de dados a entrevista.

Jasper, M.(1994) refere que o método mais comum na colheita de dados acerca das experiências vividas pelos sujeitos é a entrevista, sendo “*frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos*” (Fortin, M.F., 2003: 245). Também para Streubert, H. & Carpenter, D. (2002: 27) “*a entrevista... é a técnica mais comum no estudo qualitativo*”.

Segundo Bogdan, R. & Biklen, S. (1994: 134), “*a entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas (...) dirigida por uma das pessoas, com o objectivo de obter informações sobre a outra*”. Neste sentido, a entrevista foi o nosso instrumento de recolha de informação, uma vez que esta permite à participante no estudo desenvolver de forma oral as suas ideias acerca de um determinado assunto e permite dar as suas opiniões. Isto mesmo afirmam Azevedo, C. & Azevedo, A. (1996: 29) dizendo que “*a entrevista pretende recolher a opinião do sujeito da investigação sobre temáticas de interesse para a própria investigação. Na entrevista ocorre uma interacção entre entrevistador e entrevistado pelo que se torna necessário observar certos aspectos comportamentais por parte do investigador*”.

Os autores falam em três tipos de entrevistas que podem variar quanto ao seu grau de estruturação, relativamente ao seu nível de profundidade. O nível de profundidade tem a ver com a complexidade dos dados e o grau de liberdade da forma como são colocadas as questões e a possibilidade que se apresenta ao entrevistado de moldar o seu conteúdo (Quivy, R. & Campenhoudt, L., 1992). Sendo assim, as entrevistas variam na sua tipologia em: entrevistas não estruturadas; entrevistas semi-estruturadas e entrevistas estruturadas.

A consulta bibliográfica efectuada levou-nos a optar pela entrevista semi-estruturada, em que *“o indivíduo é convidado a responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (tema)”* (Ghiglione, R. & Matalon, B., 1993: 96) e em que *“o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério”* (Ghiglione, R. & Matalon, B., 1993: 70)

De facto, após as primeiras entrevistas efectuadas, no âmbito do pré teste, sentimos a necessidade de conduzir um pouco as ideias proferidas pelas participantes. Na verdade, apesar de lhes darmos oportunidade de libertarem e exprimirem de forma clara e aberta as suas ideias e as suas vivências no que respeita à sexualidade durante a gravidez, as ideias ficavam algumas vezes incompletas, pouco esclarecidas, pouco ricas em informação (talvez porque as puérperas não se sentiam completamente à vontade connosco). Confrontados com isto, concluímos que teríamos de reorientar um pouco o discurso das vezes seguintes, esclarecendo com elas algumas opiniões para obtermos uma informação mais rica. Aliás, Lessard-Hébert, M. *et al.* (1994), citando Powney & Watts argumentam que a entrevista semi-estruturada ou orientada caracteriza-se pelo papel que o investigador assume de promover algum controlo sobre o decurso de todo o processo, não controlando a aparição das questões por uma ordem sequencial.

Tratando-se de uma entrevista semi-estruturada, não elaborámos um guião rígido, uma vez que não sabíamos o que se ia passar no decorrer da entrevista e que tipo de questões seriam importantes colocar em determinado momento.

Assim, as questões colocadas no guião tinham um carácter abrangente, fornecendo áreas temáticas que nos permitiram explorar livremente e colocar questões no sentido da clarificação. As questões em causa não sendo totalmente abertas, nem colocadas às participantes pela ordem anotada, permitiram-nos fazer as adaptações consideradas

necessárias no decurso da sua realização. Durante a realização da mesma, a nossa intervenção enquanto entrevistadoras limitou-se a reencaminhar o assunto, sempre que a entrevistada se desviava das questões, encorajando-a a explicar os seus sentimentos e a esclarecer melhor a sua vivência da sexualidade na gravidez.

O guião das entrevistas foi construído a partir da literatura previamente consultada, com vista à obtenção de informação que permitisse chegar à compreensão do fenómeno em investigação e, dessa forma, conseguir elaborar uma resposta para a questão de partida.

Este guião, apresentado como Anexo 2, fornece um inventário de temas a abordar durante a entrevista, ou seja, contém “*as grandes linhas dos temas a abordar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões específicas*” (Fortin, M.F., 2003: 247), tendo em conta que no fim os temas propostos tenham sido cobertos. Esta flexibilidade permite a adaptação do grau de cooperação do entrevistado.

Constituído por duas partes, pretendia-se na primeira parte, obter dados que nos permitissem caracterizar em termos sócio-demográficos e culturais as participantes no nosso estudo, bem como perceber as suas histórias obstétricas passadas e actuais, sendo que, na segunda parte da entrevista foi nossa intenção explorar questões intimamente relacionadas com o objecto da nossa investigação – a sexualidade durante a gravidez. Estrategicamente optámos por entrevistar mulheres já puérperas pois, deste modo, poderíamos recolher informações importantes para a investigação, tendo em conta que todas as participantes já haviam passado pelos três trimestres de gestação.

Foram formuladas, pela investigadora, questões abertas, gerais ou combinadas com sub-questões, de modo a deixar a participante livre para responder como entendesse, sem que tivesse de escolher respostas pré-determinadas.

Importa ainda referir que, na primeira parte, em que pretendíamos obter dados de caracterização sócio-demográfica, necessitámos de recorrer à utilização da conhecida Grelha de Graffar para caracterizar o nível sócio-económico das participantes na investigação. Esta grelha é constituída por cinco escalas graduadas em cinco categorias cuja descrição permite atribuir uma pontuação respectiva: à categoria característica do mais alto nível social ou económico corresponde a atribuição de um ponto e, em contrapartida, à categoria característica do nível mais baixo correspondem cinco pontos.

As dimensões (escalas) avaliadas são:

- 🖼 Estatuto profissional;
- 🖼 Nível de instrução;
- 🖼 Fontes de rendimento;
- 🖼 Tipo de alojamento;
- 🖼 Características do local de residência.

Após a atribuição da pontuação de acordo com cada uma das dimensões, procedeu-se à soma desses pontos, obtendo-se assim um índice que utilizámos como medida do nível sócio-económico das entrevistadas. A expressão da medida é inversa, isto é, a uma pontuação mais elevada corresponde um nível mais baixo, e vice-versa.

Esta pontuação pode ainda servir para classificar as famílias em classes:

- 🖼 Classe I (nível muito bom) – de 5 a 9 pontos;
- 🖼 Classe II (nível bom) – de 10 a 13 pontos;
- 🖼 Classe III (nível razoável) – de 14 a 17 pontos;
- 🖼 Classe IV (nível reduzido) – de 18 a 21 pontos;
- 🖼 Classe V (nível mau) – de 21 a 25 pontos.

Como todas as técnicas de colheita de dados, a entrevista tem as suas virtudes e os seus defeitos. Se até ao momento destacámos as suas vantagens e, por isso mesmo, a técnica de colheita de dados por nós privilegiada, não poderíamos dar por encerrado este desenvolvimento sobre esta técnica sem referenciar brevemente as suas desvantagens.

Assim, e tomando como referência alguns autores, tais como Marconi, M. & Lakatos, E. (1990) chamamos atenção para alguns problemas que existem ao utilizar como método de recolha de dados as entrevistas. Um dos problemas tem a ver com o relacionamento que se estabelece entre entrevistador/entrevistado, o background de características e predisposições psicológicas, comportamentais e ambientais para a

entrevista por parte dos elementos intervenientes e a forma do entrevistador enunciar as perguntas e do entrevistado evitar as questões embaraçosas.

Gostaríamos ainda de referir que embora inicialmente não tivéssemos seleccionado a observação como método estratégico para a recolha de dados, sentimos necessidade de, no decorrer da entrevista, recorrer a este método com o objectivo de complementar ou comprovar a informação recolhida.

A observação por nós realizada pode ser considerada de observação não participante, uma vez que não existiu uma relação interactiva entre o observador e os observados. Todavia, acabou por se estabelecer uma conversação com as entrevistadas e descobrir a interpretação que elas dão aos acontecimentos sobre que foram questionadas através de uma singela observação.

O entrevistador observa escondendo a dimensão de observador, utilizando o envolvimento numa observação oculta. Esta observação acabou por ser efectuada de forma espontânea e em simultâneo com a realização das entrevistas.

## 1.7. RECOLHA DE DADOS

Em qualquer investigação há requisitos a que temos de obedecer no que respeita à recolha de dados. Esta deve respeitar as normas e, essas implicam antes de mais obter a necessária autorização por parte dos responsáveis do local onde pretendemos fazer a nossa investigação (Fortin, M.F., 2003).

No presente estudo, solicitámos autorização para a sua realização através de um pedido formal, dirigido ao Conselho de Administração da M.A.C.. Neste pedido foi explicitada a natureza do estudo, os seus objectivos e metodologia e assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das mesmas. De igual forma, efectuámos um contacto informal com a responsável de enfermagem do serviço de Puérperas II, de modo a obtermos autorização para contactarmos com as puérperas que constituíam a nossa amostra. A autorização foi obtida através de ofício, em tempo considerado útil para a realização do estudo (Anexo 3) o que nos permitiu passar de imediato à recolha de dados.

As entrevistas foram realizadas em tempo pós-laboral, na instituição, conforme combinámos com cada uma das participantes, durante os meses de Março, Abril e Maio do ano de 2007. Pelo facto de as participantes permanecerem, geralmente, apenas três dias no serviço, optámos por realizar a entrevista no primeiro ou segundo dia de internamento, porque dessa forma, se houvesse necessidade de validar algum aspecto referido na entrevista que não estivesse esclarecido, disporíamos de mais algum tempo para o fazer.

Houve por parte da investigadora o cuidado de encontrar um local recatado e silencioso para se proceder às respectivas entrevistas, no entanto, pontualmente, durante a realização de algumas, surgiram alguns imprevistos que, não tiveram consequências significativas no decurso das mesmas. Antes de iniciarmos cada uma das entrevistas, foi explicado à participante a razão da sua inclusão no estudo; foi feita uma abordagem sumária acerca do tema e solicitada autorização para gravar a entrevista, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Segundo Fortin, M.F. (1999: 117) “(...) o direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associado às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”. No entanto, dadas as características da investigação qualitativa, o anonimato não é concretizável na globalidade uma vez que como investigadores, facilmente reconhecemos os participantes aquando da leitura do relatório de investigação.

O tempo de duração das entrevistas foi variável, teve sempre em consideração a vontade da entrevistada, finalizando sempre que demonstrava vontade de o fazer. Assim, o tempo da entrevista variou entre 15 a 30 minutos.

O conteúdo das entrevistas foi então transcrito no próprio dia da entrevista de modo a conseguir contextualizá-lo no ambiente envolvente. Após cada transcrição, fazíamos a sua leitura e voltávamos novamente a ouvir a gravação áudio, de modo a confrontar o que tinha sido transcrito, com o objectivo de clarificar algo que tivesse ficado menos explícito e para percebermos as ideias principais em cada uma delas.

No sentido de evitar que terceiros pudessem identificar ou aceder aos dados identificando as participantes, procedemos à codificação das mesmas. Assim, no nosso estudo, cada puerpera foi designada pela letra P seguida do número correspondente à

ordem de realização das entrevistas. Desta forma, o código EP4, por exemplo, diz respeito a uma entrevista realizada a uma puérpera que foi a 4.<sup>a</sup> entrevistada.

O conteúdo das entrevistas foi então analisado de modo a obter a estrutura da vivência da sexualidade durante a gravidez.

As entrevistas foram lidas e relidas várias vezes, para podermos familiarizar-mo-nos com os discursos e isolar a experiência vivida por cada entrevistada.

Em seguida fomos sublinhando frases e afirmações relacionadas com o fenómeno em estudo, questionando-nos sobre os significados que cada uma tem no contexto.

## 1.8. DETERMINAÇÃO DO TEMA CENTRAL

Com as frases significativas seleccionadas começaram a surgir significados, os quais agrupamos resultando em temas centrais. Estes temas foram identificados através da repetição ao longo das entrevistas de ideias, crenças e/ou preocupações, manifestadas pelas participantes no decorrer das entrevistas e de elementos não verbais, tais como o silêncio, o choro, o sorriso, a mudança de expressão facial, elementos que deram uma qualidade significativa ao conteúdo expresso.

Numa primeira análise de cariz exploratório foram identificados seis temas, descritos na tabela seguinte:

**Tabela 1 – Temas das entrevistas**

TEMA	TÍTULO
1	Confirmação do diagnóstico de gravidez
2	Evolução da gravidez
3	Alterações sentidas durante a gravidez
4	Vivência da sexualidade durante a gravidez
5	Crenças e medos relacionados com as relações sexuais durante a gravidez
6	Abordagem da sexualidade na gravidez nas consultas de vigilância pré-natal

**Fonte:** Entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

## 1.9. ALGUNS ASPECTOS SUBJACENTES AO TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

O propósito da análise dos dados é impor uma ordem sobre um corpo de informações, de modo a que possam ser tiradas algumas conclusões, a serem comunicadas num relatório (Polit, D. & Hungler, B., 1995).

Neste caso, a análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, que tem por objectivo, organizar os conteúdos de um conjunto de mensagens num sistema de categorias.

Berelson (1952) citado por Vala, J. (1986: 103), define análise de conteúdo como “*uma técnica de investigação para a descrição objectiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação com a finalidade de interpretação*”.

Para Bardin, L. (1977: 42) a análise de conteúdo consiste num “*conjunto de técnicas de análise da comunicação que traduzem procedimentos sistemáticos e objectivos do conteúdo das mensagens, para obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens*”. De acordo com a mesma autora citada por Vala, J. (1986: 104), “*é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que forem levantadas, enumeradas e organizadas*”.

Também Vala, J. (1986) se refere às finalidades da análise de conteúdo como uma forma de efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Para o autor este tipo de análise pressupõe cinco operações: 1) delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa; 2) constituição de um *corpus* (constituído pelo conteúdo das entrevistas realizadas); 3) definição de categorias (entendendo-se por categoria um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito); 4) definição de unidades de análise e 5) quantificação (não obrigatória).

Para Trivinos, citado por Bardin, L. (1991: 95) que salienta a importância deste tipo de análise no “*... estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências...*”, esta técnica deve percorrer os três pólos cronológicos seguintes:

1. A pré-análise;
2. A exploração do material;
3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Não existe uma forma ideal ou mais correcta de fazer análise de conteúdo, no entanto, exige-se sempre uma sistematização e coerência do esquema, tendo em consideração o objectivo do estudo.

De seguida procederemos à descrição dos procedimentos efectuados nesta fase da investigação, tendo por base os três pólos cronológicos supracitados. Ao fazê-lo pretendemos tornar mais clara e objectiva esta parte da investigação empírica e, proporcionar uma melhor compreensão das opções nela tomadas.

A pré-análise caracteriza-se por ser “... *uma fase de organização propriamente dita*”. O investigador passa por um período de intuição cujo objectivo é operacionalizar as ideias iniciais e conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise (Bardin, L., 1991: 101). Neste momento dedicámo-nos a uma audição das entrevistas gravadas, à transcrição integral das mesmas e procedemos a uma leitura flutuante, das entrevistas para percebermos as ideias principais em cada uma delas.

A exploração do material, que na perspectiva do mesmo autor consiste na “... *administração sistemática das decisões tomadas*”, caracteriza-se fundamentalmente por operações de codificação, desconto ou enumeração, de acordo com as regras previamente traçadas. Assim, e no nosso estudo, a análise e interpretação da informação obtida foi auxiliada pela codificação das entrevistas. Cada puérpera foi designada pela letra P, seguido do número absoluto referente à ordem das entrevistas.

No tratamento dos resultados obtidos pretende-se que os resultados brutos sejam organizados de forma a extrair significado ou expressividade (Bardin, L. 1991). Também Hill, M. & Hill, A. (2000: 335) acrescentam que “... *o processo de descodificação é, essencialmente, um processo em que o receptor interpreta o significado das palavras...*”. Percorremos este caminho analisando e codificando minuciosamente a informação das entrevistas e construindo quadros (matrizes) que permitiram agrupar a informação por categorias e sub-categorias.

Segundo Bardin, L. (1991: 152) “o sistema de categorias pode resultar da classificação analógica e progressiva dos elementos, em que o título conceptual de cada categoria só é definido no final da operação, ou pode existir à partida repartindo-se os elementos à medida que vão sendo encontrados”. O mesmo afirma Eco, U. (1999: 231) referindo-se ao uso da categorização na vida quotidiana, na medida em que “... agrupamos os objectos pelo que podem servir-nos, pela sua relação com a nossa sobrevivência, por analogias formais...”.

De acordo com Carmo, H. & Ferreira, M. (1998) durante o processo de categorização devem ser tidas em conta as regras de categorização: exaustividade, exclusividade, homogeneidade, objectividade, e pertinência. Assim, para análise da informação partimos de categorias pré-definidas, que no fundo remetem para as perguntas da nossa entrevista, recortando no texto da informação unidades de análise que nos permitiram organizar as opiniões das puérperas em sub-categorias. A informação é apresentada em tabelas com as respectivas sub-categorias relativamente a cada uma das categorias e o respectivo score, isto é, o número de vezes que a qualidade daquela ideia é representada no grupo em análise. A este propósito Trivinos, A. (1990: 142) afirma que “a pesquisa qualitativa [...] é essencialmente descritiva. E como as descrições de fenómenos estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga, e como aquelas são produto de uma visão objectiva, rejeita toda a expressão quantitativa, numérica, toda a medida”. Também Polit, D. & Hungler, B. (1995) referem que nos trabalhos de índole qualitativa descritiva, apenas se deverá ir até à “quase estatística” (indicação da frequência relativa) no sentido de determinar apenas a representatividade das ideias.

Na fase interpretativa, foi construída uma análise a partir de todas as relações que se estabelecem entre os temas e conceitos, tendo em conta as possibilidades práticas, pelo quadro teórico e os objectivos do estudo. Nesta análise, os dados que se encontram dissociados da sua fonte, são situados num contexto construído pela investigadora baseada no seu conhecimento que leva “a descoberta de sentidos ocultos e interpretativos que a recomposição dos fragmentos, em puzzles temáticos, proporciona como resposta às questões teóricas que, simultaneamente, vamos colocando” (Amado, J., 2000: 61).

A interpretação dos resultados assume relevo na medida em que, tal como referem Carmo, H. & Ferreira, M. (1998: 258), “além da descrição, a análise de conteúdo deverá (...) possibilitar a compreensão do fenómeno em estudo...”.

## 1.10. ESTUDO PILOTO

Qualquer instrumento de pesquisa, após a sua elaboração e antes da sua aplicação definitiva, precisa de passar por um pré-teste efectuado a um grupo de indivíduos representativos da população que se pretende estudar, a fim de verificar se as questões são ou não bem compreendidas, se as questões elaboradas permitem colher as informações desejadas e não apresentam ambiguidade e saber até que ponto o instrumento de colheita de dados se encontra adequado ao tipo de estudo que se pretende fazer.

É uma etapa importante pois permite corrigir ou modificar o instrumento de colheita de dados a utilizar, resolver problemas imprevistos, com os quais não se estava a contar, ou verificar a redacção e a ordem das perguntas. Segundo GIL, A. (1988) a finalidade do pré-teste é assegurar a validade e precisão do instrumento de colheita de dados.

Assim sendo, e anteriormente à realização das entrevistas, foi realizado um estudo piloto, com o objectivo de testar o número, o impacto e a pertinência dos temas e as questões do guião de entrevista, de forma a identificar dificuldades sentidas nas respostas, e a tomar decisões de reformulação relativas à duração da entrevista, condução do diálogo e compreensão por parte do entrevistado das questões formuladas, ou seja, facultar dados empíricos susceptíveis de melhoramento do guião de entrevista.

Foram quatro as entrevistas exploratórias submetidas a pré-teste. A sua realização permitiu:

- Validar as orientações do guião no que dizia respeito à clareza e precisão, sequência das questões, assim como a sua pertinência face aos objectivos do estudo;
- Desenvolver competências em relação à técnica da entrevista;
- Desenvolver competências relativamente ao como e quando colocar novas questões, no sentido de clarificar e validar aspectos da entrevista;
- Prever a duração das entrevistas;
- Treinar a utilização do gravador que foi o meio utilizado para o registo das entrevistas.

A partir daí elaborou-se a versão definitiva do guião de entrevista.

### 1.11. OBSTÁCULOS À REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LIMITAÇÕES DO MESMO

Apesar de terem sido bastante pensados os procedimentos e estratégias para a realização do presente estudo, foram várias as condicionantes com que nos confrontamos e as quais tivemos de ultrapassar, nesta parte empírica da investigação.

Desta forma, um dos obstáculos registados logo de início foi a dificuldade em realizar as entrevistas às puérperas seleccionadas. Se, por um lado manifestavam interesse em participar no estudo, por outro, tinham grande dificuldade em conseguir um espaço de tempo livre para serem entrevistadas. O facto, do horário de visitas ser bastante alargado, das 14h30 às 20h30, contribuía bastante para a limitação de tempo de que as participantes tanto se “queixavam”. Como resultado, tivemos de redefinir o campo de pesquisa e, optámos por só realizar entrevistas no serviço de Puérperas II da M.A.C., eliminando assim, o Serviço de Puérperas I. Este facto obrigou a que se prolongasse o período de entrevistas até Maio de 2007.

Outro problema existente, já a nível da consecução das entrevistas, teve a ver com a dificuldade de, por vezes, se conseguir um gabinete disponível para a realização das mesmas, bem como a frequência de interrupções, quer pelo telefone que tocava incessantemente, quer por profissionais que, batendo à porta, reclamavam a necessidade de utilizarem aquele espaço. Este obstáculo foi minorado ao longo do tempo, tendo a entrevistadora a preocupação de se certificar que estava a utilizar um gabinete que não iria ser utilizado nesse período, e a opção de fazer as entrevistas só aos fins-de-semana.

Outro obstáculo registado teve a ver com a enorme dificuldade na comunicação, que por vezes se verificou entre a investigadora e os sujeitos, pela inibição que a abordagem do tema sexualidade gerava nalgumas participantes. Apesar de terem sido postos em prática os diversos aspectos relativos à técnica de entrevistar, sentimos em inúmeras vezes a necessidade de estimular a resposta a algumas perguntas, nomeadamente as que se ligavam a sentimentos e vivências mais íntimas, o que por vezes se traduziu em respostas curtas e lacónicas. Julgamos que as respostas sucintas e os períodos de silêncio,

que por vezes as antecediavam, devem-se ao facto de se falar de experiências íntimas difíceis de partilhar com os outros. Pontualmente, fomos obrigadas a excluir entrevistas do nosso estudo por significativa ausência de conteúdo para a investigação do fenómeno em análise, o que contribuiu para despendar mais tempo que o previsto nesta fase da investigação.

Apesar de procurarmos assegurar o máximo rigor metodológico ao longo do desenrolar dos vários procedimentos, estamos conscientes de que existem limitações que devem ser tidas em conta:

- A inexperiência da investigadora neste tipo de abordagem de investigação;
- A pouca experiência em conduzir entrevistas em profundidade, exigida e desejada neste tipo de abordagens, o que pode ter dificultado o acesso ao encontro de aspectos essenciais;
- Todo o tratamento dos dados foi realizado manualmente, devido à falta de domínio de programas informáticos específicos, o que se revelou moroso e cansativo;
- A gestão do tempo para a realização do estudo;
- A opção de entrevistar apenas as mulheres (neste caso puérperas) sobre um assunto que ao casal diz respeito;
- De salientar que, por se tratar de um processo de selecção subjectivo dos sujeitos da investigação coloca-se o problema da validade externa dos resultados obtidos, não se podendo generalizá-los à população à qual pertence o grupo de conveniência, situação que está perfeitamente clara nas intenções da investigadora.

## CAPÍTULO 2 – AS ENTREVISTADAS

A gravidez é um fenómeno que assume grande importância na vida de uma mulher. No entanto, com a gravidez dão-se um conjunto de grandes e significativas transformações, biofisiológicas, psicológicas e sociais que vão ter um importante impacto ao nível da sexualidade do casal. Como vivenciam e experienciam a sexualidade as mulheres grávidas foi o aspecto que nos importou conhecer com a realização deste estudo. Desta forma, e na continuação do trabalho que temos vindo a desenvolver considerámos pertinente para uma melhor compreensão da investigação apresentarmos, de forma sintética, cada um dos casos estudados, caracterizando aspectos considerados importantes, e que posteriormente fizeram parte da análise de conteúdo das entrevistas. Por uma questão de anonimato e confidencialidade dos dados vamo-nos referir aos casos, atribuindo um número crescente, com início em 1.

### 2.1 CASO N.º 1

EP1, de origem caucasiana, nasceu em Lisboa e tem 42 anos. Estudou até ao 12.º ano e actualmente é assistente administrativa. Vive em união de facto e mora num apartamento em bairro residencial, nos arredores da cidade. Assume-se como católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos sem interesse.

#### **Antecedentes obstétricos:**

– Infertilidade primária por défice ovárico. Foi submetida a quatro tentativas de fertilização *in vitro*. Nas duas primeiras tentativas não houve nidação; a terceira foi interrompida por abortamento espontâneo à terceira semana de gestação e a quarta resultou na gravidez actual.

## História da gravidez actual

Gravidez planeada, resultado de uma fertilização *in vitro* em Junho de 2006. No primeiro trimestre registaram-se perdas hemáticas ligeiras. O segundo e terceiros trimestres evoluíram normalmente, terminando em parto distócico<sup>24</sup> (cesariana) à 39.<sup>a</sup> semana + 2 dias, por sofrimento fetal no dia 19/03/2007. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar<sup>25</sup> 9/10 e P.N. (peso ao nascer) 2950 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médica obstetra particular.

## Resumo da entrevista

Trata-se de uma puérpera com antecedentes de infertilidade primária por défice ovárico. Após três tentativas de procriação assistida (no Brasil), sem sucesso, faz um quarto ensaio, com óvulo de dadora anónima, em Espanha, da qual resultou a gravidez actual. No primeiro trimestre ocorreram alguns sinais de alarme, pequenas perdas hemáticas, que cessaram por volta da 9.<sup>a</sup> semana, com repouso, tratamento médico e abstinência sexual. Às 39S+2d dias é submetida a cesariana por sofrimento fetal.

Diz a entrevistada que esta gravidez foi vivida com muita ansiedade devido ao medo de perder o bebé, sentimento este que se intensificou quando surgiram as primeiras

---

<sup>24</sup> **Parto distócico** é “*um parto longo, difícil e anormal, e é causado por várias condições associadas aos cinco factores essenciais do parto. Qualquer um dos seguintes factores pode causar distócia:*

1. Trabalho de parto disfuncional resultante de contracções uterinas ou esforços expulsivos da mãe ineficazes;
2. Alterações da estrutura pélvica;
3. Causas fetais incluindo anomalias de apresentação ou posição, malformações, tamanho exagerado e número de fetos;
4. Posição da mãe durante o parto;
5. Reacções psicológicas da mãe em relação ao parto, relacionadas com experiências passadas, preparação, cultura e sistemas de apoio.” (Bobak, I. *et al.*, 1999: 717)

<sup>25</sup> A **Tabela do Índice de Apgar** “*fornece uma orientação prática para avaliar o estado do recém-nascido, existência ou não de depressão e grau de depressão, e determinar a sequência das condutas imediatas*” (Jarró, M. *et al.* 1998: 78). Os parâmetros a quantificar são a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a resposta reflexa e a coloração, os quais adquirem uma pontuação de 0 a 2 até um total de 10. A avaliação faz-se ao nascer, aos 0, 1 e 5 minutos, e é imprescindível que a contagem do tempo seja rigorosa.

perdas hemáticas. Apesar de ter sido aconselhada pelo médico a abster-se de relações sexuais no primeiro trimestre, admite que esta recomendação não alterou de modo significativo a vida sexual do casal, já que:

1.º Houve sempre relacionamento íntimo, que não passava só pela relação “*corpo a corpo*”, mas por outro tipo de carícias, relação essa igualmente gratificante;

2.º A partir do segundo trimestre até ao final da gravidez, tiveram actividade sexual satisfatória, de acordo com as necessidades e desejos do casal. Sublinha que no final, no terceiro trimestre, a frequência terá diminuído por desconforto e receio de “*magoar o bebé*”;

Este casal sempre discutiu abertamente todas as questões concernentes à sua vida íntima. No entanto, realça a disponibilidade que encontrou por parte da sua médica quanto ao esclarecimento e orientações nesta matéria.

Revelando alguma desinibição na abordagem da sexualidade durante a gravidez, a puérpera vinca a importância de manter um relacionamento íntimo e sexual pois, fortalece a ligação entre o casal e entre o casal e o bebé. Assim, “*as crianças nasceriam mais felizes... porque elas sentem...*”.

## 2.2 CASO N.º 2

EP2, de origem caucasiana, nasceu no Sabugal e tem 26 anos. Estudou até ao 11.º ano e actualmente é empregada de balcão. É casada e vive num apartamento em bairro residencial, de classe média. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos sem interesse.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> “**Nulípara**”: “*Mulher que não atingiu o fim de uma gravidez com feto (s) com viabilidade*” (Bobak, I., et al., 1999: 96)

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada e vigiada. Registaram-se alguns sinais de alarme no segundo trimestre, perdas hemáticas ligeiras. É concluída às 38S+2d por parto eutócico com episiotomia, no dia 19/03/2007. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar. 9/10 e P.N. 2750 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médico obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Estamos perante uma gravidez que apesar de planeada só foi descoberta, segundo a entrevistada, aos três meses, quando começou a ter náuseas e vômitos. Foi também nessa altura, já com o diagnóstico de gravidez, que surgiram as primeiras perdas hemáticas, que atribuiu, em parte, aos esforços que a sua actividade profissional implicava. Por recomendação da sua médica assistente ficou em repouso e inibida da actividade sexual. Neste domínio:

1.º Refere que a gravidez alterou o normal envolvimento sexual do casal, uma vez que, por motivos de saúde esteve proibida de ter relações sexuais até cerca da 36.ª semana de gestação.

2.º Admite que, embora existisse vontade e desejo de ambos em retomar a actividade sexual, o desconforto e o medo de “*acelerar o trabalho de parto*” levaram a uma diminuição da frequência das relações sexuais.

Diz que estas alterações não tiveram qualquer influência no relacionamento conjugal, pelo contrário, sentiu que esta gravidez reforçou os laços do casal. Realça o apoio, afecto e atenção por parte do companheiro com quem sentia abertura suficiente para discutir este assunto.

Já no que respeita às consultas de vigilância pré-natal manifesta algum desagrado pela falta de disponibilidade da sua médica assistente em esclarecê-la e orientá-la nesta matéria, frisando que quando tal acontecia era por sua iniciativa.

### 2.3 CASO N.º 3

EP3, de origem caucasiana, nasceu em Barca D'Alva e tem 39 anos. Estudou até ao 12.º ano e actualmente encontra-se desempregada. É casada e vive num apartamento em bairro residencial de classe média. É a única participante que se assume como católica praticante. Antecedentes pessoais patológicos sem interesse.

#### **Antecedentes obstétricos:**

– Dificuldade em engravidar devido a azoospermia diagnosticada ao marido. Casal inscrito na consulta de infertilidade da M.A.C..

#### **História da gravidez actual**

Gravidez espontânea, concluída às 38S por parto eutócico<sup>27</sup> com episiotomia, no dia 19/03/2007. No seu decurso observaram-se alguns sinais de alarme: perdas hemáticas escassas e ameaça de parto. Recém-nascido do sexo ♀, Apgar 9/10 e P.N. 3010 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médico obstetra particular.

#### **Resumo da entrevista**

Nesta situação estamos perante uma gravidez espontânea ocorrida num casal com diagnóstico de azoospermia. Esta gravidez terminou às 38S por parto eutócico com episiotomia no dia 19/03/2007.

A nossa entrevistada, católica convicta, acredita que foi a Fé e os amigos que lhe proporcionaram a tranquilidade de espírito que lhe permitiu conseguir esta gravidez.

No seu desenvolvimento o aparecimento de alguns sinais de alarme, como as perdas hemáticas e a ameaça de parto levaram o obstetra a aconselhar a abstinência sexual. Recomendação que, optou por cumprir durante todo o período de gestação, mesmo quando já não se faziam sentir os sinais de alerta. Esclarece que esta foi uma decisão tomada pelo casal com o objectivo de salvaguardar a gravidez e o bem-estar do feto, apesar de, como

---

<sup>27</sup> “**Parto eutócico**” é um parto que se realiza por via vaginal. Em linguagem do senso comum é referenciado como parto por via-baixa (Bobak, I. *et al.*, 1999).

pessoa minimamente informada que se considera, saber que, a sexualidade durante a gravidez não faz mal, salvo alguma contra-indicação médica.

A entrevistada diz ter sentido que esta gravidez, para além de ser a concretização de um desejo de ambos, veio fortalecer o relacionamento conjugal. Salienta que, apesar da ausência de actividade sexual, mantiveram um contacto íntimo, pautado por outro tipo de carícias, igualmente gratificantes.

Alerta para a importância de estudos, como o presente, para combater a falta de informação nesta matéria, sobre a qual a existência de “*receios infundados*” leva a que alguns casais vivam “*restringidos dos seus desejos e vontades*”.

## 2.4 CASO N.º 4

EP4, de origem caucasiana, nasceu em Viana do Castelo e tem 32 anos. É licenciada exercendo a sua actividade como professora de ciências físico-químicas. É casada, tem um filho e vive num apartamento em bairro residencial de classe média. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos: sem interesse.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Multípara, gesta 2, para 1<sup>28</sup>.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, de 39S+2d, vigiada e com evolução normal. Parto distócico (cesariana) no dia 20/03/2007, por sofrimento fetal. Recém-nascido do sexo masculino, Apgar 9/10 e P.N. (peso ao nascer) 2950 gr.

---

<sup>28</sup> “**Multípara**”: “Mulher que completou duas ou mais gestações até ao estágio de viabilidade fetal.”

“**Gesta**” refere-se ao número de gravidezes que a mulher já teve, não esquecendo que neste parâmetro se incluem também os abortos.

“**Para**” refere-se ao número de vezes que a mulher deu à luz (Bobak, I. *et al.* 1999: 96).

Gravidez vigiada e acompanhada por médico obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez planeada e desejada, que decorreu normalmente sem história obstétrica digna de registo, concluída por parto distócico (cesariana) às 39 semanas no dia 20/03/2007.

Refere a puérpera ter sentido que esta gravidez terá reforçado os laços do casal. Diz no entanto que no domínio do relacionamento sexual algumas inibições vieram à superfície, não tendo tido oportunidade de as discutir com o seu médico assistente, tanto por falta de iniciativa própria, como por não existirem orientações dos serviços (médico-obstétricos) nesse sentido. Confessando-se “*tímida*” e apesar de reconhecer falta de informação sobre a vida sexual durante a gravidez, refere abertura suficiente para discutir com o marido. Diz nomeadamente:

- 1.º Aumento do desejo e frequência no primeiro trimestre;
- 2.º A partir do início do 2.º trimestre, há diminuição do desejo e surge o receio de “*prejudicar*” ou “*fazer mal ao bebé*”;
- 3.º Durante o terceiro trimestre por desconforto causado por “*aquele barrigão*” e o medo de um parto prematuro terão contribuído para que a actividade sexual deixasse de ter expressão.

### **2.5 CASO N.º 5**

EP5, de origem caucasiana, tem 32 anos e nasceu em Alcochete. É licenciada e possui uma pós-graduação. Profissionalmente é gestora de produtos. É casada, sem filhos e vive num apartamento em bairro residencial de classe média. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos sem interesse.

#### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, de 39S e com evolução normal. Parto distócico (cesariana) no dia 19/03/2007, por sofrimento fetal. Recém-nascido do sexo ♀, Apgar 9/10 e P.N. 2975 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médica obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Trata-se de uma gravidez planeada e desejada, que decorreu normalmente sem história obstétrica digna de registo, concluída por parto distócico (cesariana) às 39 semanas no dia 19/03/2007.

Neste caso a puérpera refere que a gravidez não teve qualquer impacto no relacionamento conjugal pois, as transformações físicas próprias da gravidez foram aceites com agrado pelo companheiro.

No domínio sexual refere que este era um assunto frequentemente abordado por iniciativa da sua médica assistente que sempre a incentivou a manter a actividade sexual. No entanto, assume que a frequência foi diminuindo gradualmente de trimestre para trimestre, sublinhando que, tal diminuição não se deveu à falta de desejo sexual mas, a outro tipo de condicionantes do dia-a-dia como o cansaço, o sono e o trabalho até tarde.

No casal, alguma inibição de ambas as partes, impediu a discussão deste assunto, havendo uma espécie de “acordo pressentido” quanto à iniciativa para o envolvimento sexual.

## **2.6 CASO N.º 6**

EP6, de origem caucasiana, nasceu em Lisboa e tem 40 anos. Estudou até ao 6.º ano de escolaridade e actualmente é empregada de balcão. Vive em união de facto, tem uma filha e mora numa vivenda nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Como antecedentes pessoais patológicos refere hipotiroidismo; rinite alérgica e apendicectomia aos 17 anos.

### **Antecedentes obstétricos:**

- Multípara, gesta 3; para 1;
- Aborto espontâneo às 8 semanas em 2006;
- Cesariana anterior por incompatibilidade feto-pélvica em 1988.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, de 42S e com evolução normal. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 22/03/2007, por incompatibilidade feto-pélvica Recém-nascido do sexo♀, Apgar 9/10 e P.N. 3480 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médico obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez planeada e desejada, que decorreu normalmente, sem história obstétrica digna de registo, concluída por parto distócico (cesariana) às 42 semanas no dia 22/03/2007.

Refere a puérpera não ter sentido que a gravidez tenha provocado qualquer alteração no seu relacionamento conjugal. Todavia, no domínio sexual, admite que a gravidez possa ter tido algumas repercussões ao nível da frequência. A este respeito diz que:

- 1.º No primeiro trimestre teve de abster-se sexualmente por indicação médica, visto estar a fazer um tratamento específico por antecedentes de aborto espontâneo;
- 2.º A partir do início do segundo trimestre retomou a actividade sexual, no entanto, esclarece que o desconforto e o “*medo de fazer mal ao bebé*” inibiram o casal de um envolvimento sexual mais frequente.

Acrescenta que, no casal sempre houve abertura suficiente para discutir estes assuntos mais íntimos e, todas as decisões eram tomadas de comum acordo.

## 2.7 CASO N.º 7

EP7, de origem africana, nasceu em Lisboa e tem 25 anos. Estudou até ao 12.º ano mas actualmente encontra-se desempregada. É solteira, sem filhos e vive num apartamento em bairro residencial nos arredores da cidade. Assume-se católica, não praticante. Antecedentes pessoais patológicos sem interesse.

### **Antecedentes obstétricos:**

- Nulípara, gesta 2; para 0;
- Aborto provocado que não referiu na entrevista (sem data).

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, de 39S+2d. No seu desenvolvimento há a registar como intercorrência a diabetes gestacional. Foi concluída por parto distócico (cesariana) no dia 22/03/2007, por macrosomia fetal. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 9/10 e P.N. 3770 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada no Centro de Saúde pela médica de família e enfermeira.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso, estamos perante uma gravidez resultante de um relacionamento que terminou antes do diagnóstico da mesma. Actualmente, a puérpera mantém uma ligação afectiva com um companheiro, que não o pai do bebé.

Esta gravidez foi planeada mas não desejada pelo pai. No decurso da mesma é diagnosticada diabetes gestacional que passa a ser controlada exclusivamente com a alimentação. Termina às 39S+2d em parto distócico (cesariana) por macrosomia fetal, no dia 22/03/2007.

Considera a entrevistada que a gravidez ajudou a consolidar a recente ligação afectiva. Destaca o apoio e compreensão dispensados pelo companheiro durante o período gravídico. Salienta a importância que este e a família tiveram no decurso da gravidez.

No domínio sexual confessa que “já antes de estar grávida não era muito de fazer” mas, mesmo assim, acha que teve mais desejo sexual do que o habitual, isto é, o padrão de desejo sexual que tinha antes de engravidar. Diz nomeadamente que:

1.º Apesar de sentir mais desejo sexual, as relações sexuais quase não tiveram expressão, em parte porque estava a viver o início de uma nova ligação amorosa;

2.º No segundo e terceiros trimestres considera que o desejo se manteve, no entanto a frequência aumentou comparativamente ao primeiro trimestre, até porque não sentiu qualquer desconforto na fase final da gravidez;

3.º Entre o casal também houve um outro tipo de sexualidade, “à base de carinho”, igualmente importante e satisfatório para ambos, que muitas vezes proporcionava situações de diálogo aberto sobre este assunto.

Já no que se refere às consultas de vigilância pré-natal reprovava a falta de iniciativa por parte das profissionais de saúde que a acompanharam (médica e enfermeira) na abordagem e orientação da vida sexual na gravidez. Admite que da sua parte também nunca expôs qualquer questão nesta matéria, pois não se “sentia à vontade para perguntar”. Neste ponto acentua que é importante receber informações sobre sexualidade durante a gravidez.

## 2.8 CASO N.º 8

EP8, de origem africana, nasceu em Cabo Verde, tem nacionalidade portuguesa e 39 anos de idade. Estudou até ao 12.º ano e frequentou o ensino superior na área de assistente social. Actualmente exerce a profissão de técnica de audiologia. É casada, sem filhos e vive com o marido num apartamento numa zona central da cidade. Em referência à religião diz que não tem. Antecedentes pessoais patológicos sem interesse.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara, gesta 3; para 0;

– 1 aborto espontâneo em 1999, sem curetagem;

– 1 aborto provocado em 2001, com curetagem que não referiu na entrevista (sem data).

### **História da gravidez actual**

Gravidez não planeada, de 38S. Inicialmente foi considerada gravidez de risco, não só pela idade da grávida mas também por alterações analíticas que entretanto voltaram a valores normais. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 21/03/2007, por mecónio II. Recém-nascido do sexo ♀, Apgar 8/10 e P.N. 2340 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada no Centro de Saúde pela médica de família e enfermeira.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez não planeada mas, aceite pelo casal e muito desejada. Inicialmente considerada gravidez de risco, pela idade materna e alterações analíticas, terminou às 38S, por parto distócico (cesariana) no dia 21/03/2007.

A entrevistada refere que esta é a sua primeira gravidez (facto que não condiz com os dados do seu processo clínico) e, assume que, após o diagnóstico às 8 semanas de gestação, passou por uma fase de negação pois, ficar grávida era “*um caso para pensar num futuro longínquo*”.

Apesar de surpreendidos pela notícia, acredita que esta gravidez os tornou mais cúmplices enquanto casal e, nesta perspectiva, a relação terá sido mais fortalecida.

Evasiva nas respostas às questões de índole sexual e, vivência da sexualidade na gravidez, mostra alguma inibição em falar da sua própria experiência. Realça que, na gravidez, a “*cumplicidade, compreensão e carinho*” assumem maior importância, na intimidade do casal, do que as relações sexuais, no entanto, não faz qualquer referência, neste ponto, ao seu caso pessoal.

Esclarece que se considera uma pessoa bem informada nesta matéria e, por isso, sabe perfeitamente que as relações sexuais na gravidez, se não contra-indicadas pelo médico, não fazem mal.

Confessa que só se sente à vontade para falar sobre este assunto com o marido. Nunca sentiu necessidade de se esclarecer e orientar com a sua médica assistente nesta

matéria. Por outro lado, recorda que esta também nunca tomou iniciativa na abordagem destas questões.

## 2.9 CASO N.º 9

EP9, de origem caucasiana, tem 25 anos e nasceu em Lisboa. É licenciada e possui ainda uma pós-graduação. Encontra-se a exercer a profissão de educadora de infância. É casada e vive com o marido num apartamento nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Como antecedentes pessoais patológicos refere: rim esquerdo único; útero bicórnio e apendicectomia.

### **Antecedentes obstétricos:**

- Nulípara, gesta 2; para 0;
- Curetagem uterina por aborto retido às 8S, em 2006.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, de 36S, com intercorrências na sua evolução: às 6S surgiram as primeiras perdas hemáticas e, aos três meses de gestação começou a sentir contracções. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 12/04/2007, por apresentação pélvica. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 9/10 e P.N. 2815 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médico obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Trata-se de uma gravidez planeada e muito desejada. No seu decurso registaram-se alguns sinais de alarme, perdas hemáticas às 6S e contracções a partir dos três meses que obrigaram ao repouso. Às 36S é submetida a cesariana, por apresentação pélvica, no dia 12/04/2007.

Exterioriza alguma labilidade emocional quando fala do relacionamento conjugal na gravidez. Assume que o casal passou por “*alturas muito complicadas*”, o que atribui ao “*egoísmo*” do marido. Culpa-o de desatenção às suas necessidades afectivas e emocionais

e acusa-o de não querer envolver-se na gravidez. Considera que não foi compreendida pela sua situação, grávida em repouso e, queixa-se da solidão que experienciou durante a gravidez, principalmente na fase inicial.

Reconhece ter havido alguma incapacidade de ambos para dialogarem e conversarem sobre a situação que, apesar de tudo e, com o decurso da gravidez, melhorou bastante.

No domínio sexual considera terem havido algumas mudanças. Com o aparecimento de sinais de alarme no início da gravidez, perdas hemáticas e contracções, foi aconselhada pelo obstetra a fazer repouso e a abster-se de relações sexuais. Diz nomeadamente:

1.º No primeiro trimestre sentiu diminuição do desejo sexual, o que atribui ao desentendimento conjugal vivido na fase inicial da gravidez e à proibição médica em resultado do aparecimento de sinais de alarme;

2.º Com a evolução da gravidez e a quase ausência de sinais de alarme retomou, por auto-iniciativa, a actividade sexual. Refere um aumento progressivo do desejo e da frequência sexual no segundo e terceiro trimestres. Confessa que nem o “*desconforto*” nem o “*medo de magoar o bebé*” lhe tiraram a vontade do envolvimento sexual. Assume, que no último trimestre o desejo e frequência sexual foram superiores aos padrões normais do casal antes de ficar grávida.

3.º Considera que a sexualidade a partir do segundo trimestre foi bastante satisfatória para o casal. Realça que a par das relações coitais, houve um envolvimento afectivo pautado por outro tipo de experiências e carícias, igualmente agradáveis.

Sobre este assunto a entrevistada relembra que nas consultas de vigilância pré-natal nunca sentiu abertura suficiente por parte do obstetra para a esclarecer e orientar sobre a sua vida sexual. Talvez por isso, terá retomada a actividade sexual por auto-iniciativa e sem consentimento médico. Nota, que nesta matéria foi importante a partilha e o diálogo que estabeleceu com amigas e colegas de trabalho, com as quais desabafou e das quais recebeu conselhos, que não precisou, que considera terem sido muito úteis.

## 2.10 CASO N.º 10

EP10, de origem caucasiana, nasceu em Lisboa e tem 28 anos. Estudou até ao 9.º ano de escolaridade e actualmente é gerente de uma loja Telepizza. Vive em união de facto num apartamento nos arredores da cidade e não tem filhos. Assume-se católica, não praticante. Antecedentes pessoais patológicos não relevantes.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, de 39S+6d, que evoluiu sem intercorrências. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 11/04/2007, por incompatibilidade feto-pélvica Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 10/10 e P.N. 3690 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médico obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez planeada e desejada, que decorreu normalmente sem história digna de registo, concluída por parto distócico (cesariana) às 39S+6d no dia 11/04/2007.

Refere a puérpera que esta gravidez terá reforçado os laços do casal. Sente que se tornaram um casal mais unido para o que terá contribuído a maior atenção e disponibilidade dispensada pelo companheiro.

No que respeita à sexualidade sempre ouviu dizer que “*o sexo era bom na gravidez*”, no entanto, confessa que houve alguma inibição do casal na abordagem deste assunto. Apesar disso esclarece que se entendiam perfeitamente no domínio sexual. Sobre isto diz que houve uma diminuição gradual do desejo e da frequência sexual ao longo dos três trimestres. Assume mesmo uma ausência de vontade de ambos, no último trimestre. Contudo, realça um aumento do prazer nas relações sexuais durante a gravidez.

Nas consultas de vigilância pré-natal recorda a disponibilidade que encontrou por parte do seu obstetra quanto ao esclarecimento e orientações nesta matéria.

## 2.11 CASO N.º 11

EP11, de origem caucasiana, nasceu em Lisboa e tem 33 anos. Estudou até ao 9.º ano de escolaridade e exerce a profissão de escriturária. É casada, tem um filho e vive num apartamento nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos não relevantes.

### **Antecedentes obstétricos:**

- Multípara, gesta 2, para 1;
- 1 cesariana por sofrimento fetal em 2000.

### **História da gravidez actual**

Gravidez não planeada, mas desejada, de 40S, que evoluiu sem intercorrências. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 11/04/2007, por paragem secundária de trabalho de parto. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 9/10 e P.N. 4420 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada pela médica de família e enfermeira no Centro de Saúde e por médico obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez não planeada, mas aceite e desejada pelo casal, que decorreu normalmente sem história obstétrica digna de registo e concluída por parto distócico às 40S no dia 11/04/2007.

A nossa entrevistada, refere que a gravidez não produziu qualquer alteração no relacionamento conjugal. No entanto, na questão da sexualidade diz que, por desconforto e alguma inibição, o casal tomou a opção de não ter relações sexuais a partir do segundo trimestre. Esclarece que usufruíram de outro tipo de carícias igualmente satisfatórias e gratificantes para ambos.

Este casal discutiu abertamente todas as questões concernentes à sua vida íntima. Nesta matéria a puérpera critica a falta de iniciativa dos profissionais de saúde que a acompanharam em abordar estas questões. Assume que, da sua parte nunca o fez porque tentava ler e informar-se através das revistas.

## 2.12 CASO N.º 12

EP12, de origem caucasiana, tem 29 anos e nasceu em Mação. Estudou até ao 12.º ano, e actualmente é portageira. É solteira, não tem filhos e vive com o companheiro numa vivenda nos arredores da cidade. Assume-se como católica não praticante. Como antecedentes pessoais refere nódulo sólido da tiróide e glaucoma à direita.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, desejada, de 39S+2d, que evoluiu sem intercorrências. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 21/04/2007, por C.T.G. suspeito. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 7/8/9 e P.N. 3035 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada na M.A.C. por médico e enfermeira.

### **4. Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez planeada e muito desejada, que decorreu normalmente sem história obstétrica digna de registo e concluída por parto distócico (cesariana) às 39S+2d no dia 21/04/2007.

A nossa entrevistada refere que esta gravidez reforçou os laços do casal sentindo por parte do companheiro “*mais afecto*” e “*mais carinho*”.

No âmbito da sexualidade diz ter tido sempre abertura suficiente para conversar com o companheiro sobre este assunto, no entanto, realça a disponibilidade que encontrou por parte da médica e enfermeira quanto ao esclarecimento e orientações nesta matéria.

No domínio sexual manifesta grande à-vontade na exposição da sua experiência pessoal. Refere que houve sempre um bom entendimento entre o casal, que o desejo sexual se manteve e que, por isso, mantiveram a actividade sexual durante toda a gestação. Confessa ainda que na fase final da gravidez, apesar do desconforto nas relações, sentia mais desejo sexual. Já o companheiro manifestava, nesta fase, alguma inibição pois “*pensava que aleijava o bebé*”.

Refere que sobre a sexualidade na gravidez costuma conversar e partilhar experiências com as colegas e, inclusivamente aconselha-as a fazerem, “*façam!*”.

### 2.13 CASO N.º 13

EP13, de origem caucasiana, nasceu na Guarda e tem 37 anos. Estudou até ao 12.º ano e é assistente administrativa. É casada, não tem filhos e vive com o marido num apartamento nos arredores da cidade. Assume-se como católica não praticante. Como antecedentes pessoais patológicos refere rinite alérgica.

#### **Antecedentes obstétricos:**

- Nulípara;
- Diabetes gestacional na actual gravidez.

#### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada, desejada, de 39S+6d. Às 8 semanas foi diagnosticada diabetes gestacional. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 20/04/2007, por sofrimento fetal. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 9/10 e P.N. 3045 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada na M.A.C. por médico e enfermeira.

#### **Resumo da entrevista**

Trata-se de uma primeira gravidez, planeada e muito desejada. Decorreu sem intercorrências significativas até às 8 semanas de gestação, altura em que lhe é diagnosticada diabetes gestacional, que passou a controlar exclusivamente com a alimentação. No dia 20/04/2007, às 39S+6d é submetida a cesariana por sofrimento fetal.

Refere a entrevistada ter sentido que a gravidez influenciou de forma positiva o relacionamento conjugal. Considera que houve mais união, carinho e compreensão o que terá fortalecido a relação. No entanto, confessa que a nível sexual houve uma diminuição significativa do desejo de ambas as partes, principalmente no último trimestre, em que “*o medo de estar a prejudicar o bebé*” era uma constante.

Neste ponto, assume que alguma inibição no casal não permitiu que se discutissem assuntos concernentes à sua vida íntima. Talvez por isso, também nunca tenha tomado iniciativa de questionar os profissionais que a acompanharam. Ainda assim, reprova a “indisponibilidade” dos mesmos para o esclarecimento e orientação neste campo.

#### 2.14 CASO N.º 14

EP14, de origem caucasiana, tem 31 anos e nasceu em Lisboa. É licenciada e exerce a profissão de professora de geografia. É casada, tem dois filhos e vive num apartamento nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos não relevantes.

##### **Antecedentes obstétricos:**

- Multípara, gesta 3, para 2;
- 1 parto eutócico com episiotomia;
- 1 cesariana.

##### **História da gravidez actual**

Gravidez não planeada e desejada, de 39S+2d, que evoluiu normalmente sem intercorrências. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 23/04/2007, por cesariana anterior. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 9/10 e P.N. 3280 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada no Centro de Saúde pela médica de família e enfermeira.

##### **Resumo da entrevista**

Neste caso trata-se de uma gravidez não planeada, mas desejada pelos pais, que decorreu normalmente sem história obstétrica digna de registo, concluída por parto distócico (cesariana), às 39S+2d no dia 23/04/2007.

Refere a entrevistada que esta gravidez, apesar de não planeada, não teve quaisquer reflexos no relacionamento conjugal, admitindo que isso talvez se devesse ao facto desta ser já a sua terceira gravidez.

No domínio sexual confessa que, à semelhança com as gravidezes anteriores, sentiu maior desejo sexual do que quando não estava grávida, no entanto, a frequência das relações manteve-se constante ao longo do período de gestação. Timidamente revela que, durante a gravidez conseguiu atingir “*o clímax muito mais facilmente*”.

Assume que no casal há abertura suficiente para discutir qualquer assunto concernente à sua vida íntima, no entanto, teve necessidade de esclarecer-se uma única vez com a sua médica obstetra. Neste ponto mostra algum desagrado pela falta de iniciativa da médica em abordar mais vezes este assunto e orientá-la nesta matéria.

## 2.15 CASO N.º 15

EP15, de origem caucasiana, tem 32 anos e nasceu em Lisboa. Estudou até ao 12.º ano e é auxiliar de acção médica. É casada, não tem filhos e mora numa vivenda nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Como antecedentes pessoais patológicos refere estenose do cárdia, tendo sido operada em 1999.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada e desejada, de 40S, que evoluiu normalmente sem intercorrências. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 04/05/2007, por apresentação pélvica. Recém-nascido do sexo ♀, Apgar 9/10 e P.N. 3470 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médica obstetra particular.

## **Resumo da entrevista**

Neste caso, trata-se de uma primeira gravidez, planeada e desejada. Evoluiu normalmente sem história obstétrica digna de registo. Às 40S é submetida a cesariana por apresentação pélvica.

Para a nossa entrevistada esta gravidez veio reforçar os laços do casal. Considera que houve mais união e proximidade entre ambos.

Na questão do relacionamento sexual admite ter experienciado uma diminuição significativa do desejo sexual o que, acabou por se concretizar numa completa ausência de actividade sexual durante o período de gestação.

Sobre este assunto esclarece que no casal sempre houve abertura suficiente para discutir as questões concernentes à sua vida íntima e que, a opção da abstenção sexual foi tomada e bem aceite pelos dois.

Já no que respeita às consultas de vigilância pré natal assume que nunca manifestou qualquer interesse em esclarecer-se nesta matéria mas, por outro lado, também critica a falta de iniciativa da médica obstetra em o fazer pois, considera que *“se a médica tivesse falado, se calhar... tinha sido informada e a ansiedade se calhar diminuía e a vontade até podia aumentar”* e, dessa forma poderia ter mantido uma vida sexual activa durante a gravidez.

### **2.16 CASO N.º 16**

EP16, de origem caucasiana, nasceu em Loures e tem 37 anos. Estudou até ao 8.º ano de escolaridade e exerce a profissão de auxiliar de acção médica. É divorciada, tem dois filhos e mora numa vivenda nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos não relevantes.

#### **Antecedentes obstétricos:**

– Múltipara, gesta 3, para 2.

### **História da gravidez actual**

Gravidez não planeada, mas desejada pelos pais, de 39S+5d, que evoluiu normalmente sem intercorrências. Concluída por parto distócico (cesariana) + laqueação tubar no dia 03/05/2007, por 2 cesarianas anteriores. Recém-nascido do sexo ♂, Apgar 9/10 e P.N. 3415 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada no Centro de Saúde pelo médico de família e enfermeira.

### **Resumo da entrevista**

Trata-se de uma terceira gravidez para a nossa entrevistada. Não foi planeada mas foi bem aceite pelo casal. Evoluiu sem história obstétrica digna de registo e, foi concluída por parto distócico (cesariana) às 39S+5d por duas cesarianas anteriores.

Esta gravidez surge no âmbito de um segundo relacionamento, sendo o primeiro filho em comum do casal e, para a puérpera veio reforçar os laços que os unem.

No domínio sexual não terá a gravidez tido qualquer repercussão na relação, embora admita algumas alterações, nomeadamente:

- 1.º Diminuição do desejo sexual e da frequência no primeiro trimestre;
- 2.º Aumento do desejo e frequência no segundo trimestre;
- 3.º Nova diminuição do desejo e da frequência em resultado do desconforto do estado avançado da gravidez.

Diz a puérpera que no casal sempre houve abertura suficiente para discutir aspectos concernentes à sua vida íntima. No entanto, esclarece que alguma falta de curiosidade da sua parte por um lado, e por outro lado, a falta de iniciativa dos profissionais de saúde na abordagem e orientação nesta matéria, nunca possibilitaram qualquer conversa sobre este assunto nas consultas de vigilância pré-natal.

## 2.17 CASO N.º 17

EP17, de origem caucasiana, tem 24 anos e nasceu em Lisboa. Tem o 12.º ano e é esteticista. É casada, não tem filhos e vive com o marido num apartamento nos arredores da cidade. Assume-se católica não praticante. Antecedentes pessoais patológicos não relevantes.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara.

### **História da gravidez actual**

Gravidez não planeada, mas desejada pelos pais, de 38S, que evoluiu normalmente sem intercorrências até às 34S, altura é que se começam a registar as primeiras contracções. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 04/05/2007, por desacelerações mantidas. Recém-nascido do sexo ♀, Apgar 9/10 e P.N. 2640 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada por médica obstetra particular.

### **Resumo da entrevista**

Neste caso, trata-se de uma gravidez não planeada mas muito desejada pelo jovem casal. Decorreu normalmente até às 34S, quando começam a surgir as primeiras contracções. Nesta altura, por recomendação médica, é aconselhada a fazer repouso e fica inibida da actividade sexual. Às 38S foi submetida a cesariana por desacelerações mantidas.

Recém casados, a entrevistada confessa terem sido apanhados de surpresa aquando do diagnóstico de gravidez, no entanto, realça que foi mais um motivo de união no casal.

No domínio sexual considera que houve algumas alterações, que não valorizou por entender que era normal na gravidez. Sobre esta questão explícita que:

1.º Aos três, quatro meses de gestação sentiu mais desejo sexual do que não estando grávida. O próprio companheiro reconheceu esse aumento da libido;

2.º Durante a gestação sempre houve um desejo de actividade sexual, no entanto, reconhece que a frequência diminuiu gradualmente;

3.º No terceiro trimestre o desconforto, o medo de poder “*vir a provocar alguma coisa*” e a indicação médica de abstinência sexual limitaram bastante a actividade sexual que quase não teve expressão;

4.º Viveram uma sexualidade diferente, na qual atribuíram importância a outro tipo de carícias e experiências sexuais igualmente satisfatórias.

Revela que no casal sempre existiu abertura suficiente para discutir todos os assuntos respeitantes à sua vida íntima pelo que, nunca tomou iniciativa de abordar estas questões com a sua médica assistente. Por outro lado, confessa que também da parte desta poucas foram as vezes que se referiu e a orientou nesta matéria.

Considera importante a partilha de experiências e informações neste âmbito com colegas e amigas. Diz que o fez e isso fê-la sentir-se mais desinibida e encarar este assunto de uma forma muito mais natural. Neste sentido, acha “*que o casal sai prejudicado se não falar*”.

## 2.18 CASO N.º 18

EP18, de origem caucasiana, tem 29 anos e nasceu em Lisboa. Estudou até ao 12.º ano e frequenta actualmente o ensino superior. Exerce a profissão de assistente administrativa. É solteira, não tem filhos e mora numa vivenda nos arredores da cidade Assume-se católica, não praticante. Antecedentes pessoais patológicos não relevantes.

### **Antecedentes obstétricos:**

– Nulípara.

### **História da gravidez actual**

Gravidez planeada e desejada, de 38S+2d, que evoluiu normalmente sem intercorrências significativas. Concluída por parto distócico (cesariana) no dia 04/05/2007, por sofrimento fetal. Recém-nascido do sexo ♀, Apgar 9/10 e P.N. 2740 gr.

Gravidez vigiada e acompanhada na M.A.C. por médico e enfermeira.

### **Resumo da entrevista**

Trata-se de uma gravidez planeada e desejada. Algumas alterações nas primeiras ecografias, levaram a puérpera a ser seguida nas consultas do D.P.N. na M.A.C.. Também aqui, a repetição das ecografias revelou uma alteração que, mais tarde não se confirmou. Outros exames efectuados pela nossa entrevistada como a amniocentese também não revelaram quaisquer alterações. Às 38S+2d é submetida a cesariana por sofrimento fetal. Nasce um bebé, saudável, do sexo masculino, com Apgar 9/10 e P.N. 2.740 gr.

Refere a entrevistada ter sentido que esta gravidez veio fortalecer mais o relacionamento conjugal. Destaca a cumplicidade, o carinho, o apoio e a preocupação manifestados pelo companheiro.

No domínio sexual confessa que alguma inibição impediu o casal de falar abertamente sobre questões da sua vida íntima. Esclarece que a este nível a gravidez produziu algumas alterações. Explica que:

- 1.º No primeiro trimestre apesar da ansiedade e preocupação resultante das alterações observadas nas ecografias, mantiveram actividade sexual;
- 2.º A partir do segundo trimestre, as preocupações mantiveram-se e, nessa altura experimentaram uma diminuição do desejo e da frequência;
- 3.º No terceiro trimestre, constrangimentos de ambos e algum desconforto inviabilizaram qualquer envolvimento sexual do casal, no entanto, experienciaram “*outro tipo de sexualidade*” igualmente satisfatória e prazerosa para ambos.

Já no que respeita às consultas de vigilância pré-natal manifesta algum desagrado pela falta de disponibilidade da sua obstetra em abordar esta matéria, frisando que talvez

por isso também nunca sentiu à-vontade para o fazer. Assim, explica que a actividade sexual durante a gestação foi regulada por sua auto-iniciativa.

Apresentadas que estão as nossas participantes no estudo, deixamos uma nota final neste capítulo. Até ao momento, foi nossa preocupação conhecer os discursos proferidos pelas puérperas acerca da vivência da sexualidade durante a gravidez. O que pensam? O que sentem? E, o que dizem? interessa-nos particularmente pois, constituem o ponto de partida para tentarmos compreender o significado atribuído pelas grávidas à sexualidade na gestação. Não é nossa intenção atingir com este estudo qualquer tese determinista. Nem sequer, estamos em condições de afirmar que para a generalidade das puérperas entrevistadas as conclusões se repetem sempre. Diremos apenas, humildemente, que as conclusões expressas ao longo deste trabalho se baseiam apenas na reflexão sobre a opinião/vida das participantes, sabendo sempre do relativismo que é dizermos que as mesmas são mais ou menos representativas. É disso que trata o terceiro capítulo desta segunda parte. Passemos à análise e interpretação dos dados, começando pela caracterização sociodemográfica da amostra.

### **CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Como já foi referido anteriormente, propomo-nos neste capítulo apresentar os resultados da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas às participantes que constituíram a nossa amostra.

Com o intuito de contextualizar a análise, discussão e interpretação das entrevistas considerámos importante iniciá-la com a apresentação das características sócio-demográficas e culturais das entrevistadas, aquelas que proferiram os discursos alvos da nossa análise.

#### **1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CULTURAL DAS PARTICIPANTES NO ESTUDO**

A amostra é constituída por dezoito puérperas, que à data da recolha de dados se encontravam internadas no Serviço de Puérperas II da M.A.C. Todas cumpriam os requisitos de inclusão e todas deram voluntariamente o seu consentimento para fazerem parte do presente estudo.

Ao caracterizarmos as participantes no estudo optámos pela realização de um quadro, que se refere às perguntas de resposta directa de identificação, considerando que este seria de mais fácil leitura e de acesso aos dados. É já de seguida que apresentamos o Quadro 1, onde descrevemos as características sócio-demográficas e culturais das entrevistadas.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica e cultural das entrevistadas

Identificação das entrevistadas	Idade	Local de nascimento	Origem	Nacionalidade	Estado civil	Nível de instrução	Profissão	Nível socioeconómico	Religião
EP1	42	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	União de facto	12.º ano	Assistente administrativa	Razoável	Católica Não praticante
EP2	26	Sabugal	Caucasiana	Portuguesa	Casada	11.º ano	Empregada de balcão	Razoável	Católica Não praticante
EP3	39	Barca D'Alva	Caucasiana	Portuguesa	Casada	Frequência universitária	Vendedora	Bom	Católica Praticante
EP4	32	Viana do Castelo	Caucasiana	Portuguesa	Casada	Licenciatura	Professora	Muito Bom	Católica Não praticante
EP5	32	Alcochete	Caucasiana	Portuguesa	Casada	Licenciatura+Pós Graduação	Gestora de produtos	Bom	Católica Não praticante
EP6	40	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	União de facto	6.º ano	Empregada de balcão	Razoável	Católica Não praticante
EP7	25	Lisboa	Africana	Portuguesa	Solteira	12.º ano	Desempregada	Reduzido	Católica Não praticante
EP8	39	Cabo Verde	Africana	Portuguesa	Casada	Frequência universitária	Técnica de audiologia	Bom	Católica Não praticante
EP9	25	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	Casada	Licenciatura+Pós Graduação	Educadora de infância	Bom	Católica Não praticante
EP10	28	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	União de facto	9.º ano	Gerente de uma loja	Razoável	Católica Não praticante
EP11	33	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	Casada	9.º ano	Escriturária	Razoável	Católica Não praticante
EP12	29	Mação	Caucasiana	Portuguesa	Solteira	12.º ano	Portageira	Bom	Católica Não praticante
EP13	37	Guarda	Caucasiana	Portuguesa	Casada	12.º ano	Assistente administrativa	Razoável	Católica Não praticante
EP14	31	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	Casada	Licenciatura	Professora	Bom	Católica Não praticante
EP15	32	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	Casada	12.º ano	Auxiliar de acção médica	Bom	Católica Não Praticante
EP16	37	Loures	Caucasiana	Portuguesa	Divorciada	8.º ano	Auxiliar de acção médica	Razoável	Católica Não praticante
EP17	24	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	Casada	12.º ano	Esteticista	Bom	Católica Não praticante
EP18	29	Lisboa	Caucasiana	Portuguesa	Solteira	12.º ano	Assistente administrativa	Bom	Católica Não praticante

Fonte: Entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007

Ao observarmos o Quadro 1, podemos verificar que as **idades** das nossas entrevistadas variam entre os 20 e os 44 anos, sendo a média de idades de 32.22 anos. Neste sentido, a maioria (doze das dezoito entrevistadas) encontra-se na faixa etária ideal para procriar (dos 20 aos 34 anos).

Importa ainda referir que segundo a Escala de Goodwin modificada<sup>29</sup> usada para cálculo do **grau de risco na vigilância pré-natal**, dez participantes apresentam gravidez de baixo risco, enquanto que as restantes oito são consideradas grávidas de

---

<sup>29</sup> De acordo com a **Escala de Goodwin modificada**, o risco pré-natal é determinado em função do somatório das valorações seguintes:

**História reprodutiva:**

- *Idade*: <17 e > 40=3; 18-29=0; 30-39=1
- *Paridade* (n.º de partos). 0=1; 1-4=0;> 5=3
- *História obstétrica anterior*: aborto habitual (> 3 abortos consecutivos) =1; infertilidade=1; hemorragia pós-parto/dequitação manual (extração manual da placenta) =1; recém-nascido com um peso> 4000gr; pré-eclâmpsia/eclâmpsia=1, cesariana anterior=2, feto morto/morte neo-natal=3; trabalho de parto prolongado ou difícil=1

**Patologia associada:**

- Cirurgia ginecológica anterior=1;
- Doença renal crónica=2;
- Diabetes gestacional=1;
- Diabetes melitus=3;
- Doença cardíaca=3

**História da gravidez actual:**

- Hemorragia: se <a 20 semanas de gravidez=1; se> a 20 semanas=3;
- Anemia=1;
- Hipertensão=2;
- Rotura prematura de membranas=2;
- Atraso de crescimento=3;
- Gravidez múltipla=3.

É considerada gravidez de **baixo risco** se obtivermos uma pontuação entre 0 e 2, **médio risco** se entre 3 e 6 e **alto risco** se> a 7.

Fonte: Martins, M. F. (2007: 141)

médio risco. Este facto é relevante na medida em que, quase metade das nossas entrevistadas, são grávidas de médio risco, o que pode ter limitado a actividade sexual. De facto, EP1, EP2, EP3, EP6, EP9 e EP17 referiram que por indicação médica, estiveram inibidas da intimidade sexual, por alguns períodos durante a gravidez. Assim, pensamos que nestes casos, os relatos obtidos estão condicionados por eventuais limitações a este nível pelo que, os resultados, ainda que válidos apenas para a amostra em estudo, podem não ser representativos desta mesma. Esta é, por isso, uma limitação do estudo que importa considerar.

O **local de nascimentos** é diversificado, no entanto, é possível afirmar que dez das dezoito participantes nasceram em Lisboa, sete nasceram noutros locais de Portugal Continental distribuídos da seguinte forma: Sabugal (uma), Barca D'Alva (uma), Viana do Castelo (uma), Alcochete (uma), Mação (uma), Guarda (duas) e Loures (uma) e uma outra nasceu em Cabo Verde. Só numa situação o país de nascimento não corresponde ao da nacionalidade. É o caso da puérpera nascida em Cabo Verde que tem nacionalidade portuguesa (EP8). Esta última, actualmente com 39 anos, veio aos 15 anos para Portugal onde se integrou, estudou e estabeleceu a sua vida. Por isso, podemos afirmar que existe uma homogeneidade cultural entre as várias puérperas, visto serem todas de nacionalidade portuguesa. Podemos verificar ainda que dezasseis têm origem caucasiana e apenas duas são de origem africana.

Em relação ao **estado civil** constatamos que onze das dezoito participantes na investigação são casadas, demonstrando que a maioria dos nados-vivos continua a ocorrer no seio da instituição matrimonial. As restantes mulheres tiveram os seus filhos sem se encontrarem juridicamente casadas. Todavia o casamento não é a única forma de conjugalidade, pois, outras formas como a união de facto, estão a ganhar importância. Com efeito, três entrevistadas vivem em união de facto. Outras três são solteiras e uma é divorciada mas, todas mantêm relacionamentos afectivos estáveis com os seus companheiros.

Quanto ao **nível de instrução** verificamos que cinco dos dezoito sujeitos de investigação não têm o ensino secundário completo, sete sujeitos têm o 12.º ano, dois frequentaram o ensino superior mas não concluíram as respectivas licenciaturas, outras duas entrevistadas licenciaram-se e duas outras além da licenciatura possuem ainda uma pós-graduação.

Da análise do Quadro 1 podemos comprovar que dezassete das dezoito entrevistadas têm uma **vida profissional** activa, sobressaindo as seguintes profissões: assistentes administrativas (três), empregadas de balcão (duas), auxiliares de acção médica (duas) e professoras (duas). Nas restantes podemos observar as seguintes actividades: uma vendedora, uma gestora de produtos, uma técnica de audiologia, uma educadora de infância, uma gerente de loja, uma escriturária, uma portageira e uma esteticista.

No que respeita ao **nível socioeconómico**, utilizando como critério a Grelha de Graffar, constatamos que nove dos dezoito sujeitos de investigação possuem um bom nível socioeconómico e sete um nível socioeconómico razoável. Só uma das entrevistadas apresenta um nível socioeconómico muito bom e também só uma apresenta nível socioeconómico reduzido.

Os resultados apurados para os três últimos indicadores acabados de discutir, muito provavelmente não traduzem, as características das utentes que acedem aos cuidados de saúde disponibilizados pela M.A.C.. Já dissemos que o nosso objectivo ao realizar um estudo de carácter qualitativo não é a generalização dos resultados que, mais uma vez frisamos, só são válidos para a amostra em estudo. No entanto, não podemos deixar de reflectir sobre os mesmos. Assim pensamos que o facto de termos excluído as puérperas de outras nacionalidades, levou igualmente à exclusão de um número significativo de emigrantes que, geralmente não apresentam nem os níveis de instrução nem os níveis socio-económicos que obtivemos, todavia, não temos dados que nos permitam fazer uma comparação fiel desta situação.

Em referência à **espiritualidade**, verificamos que todas as puérperas inquiridas referiram professar a religião católica, no entanto, das dezoito participantes só uma refere ser católica praticante. As restantes dezassete confessaram serem católicas não

praticantes. Este indicador parece trazer alguma “mudança” em termos de comportamentos religiosos. Sobre este aspecto, Giddens, A. (2000) salienta que com o desenvolvimento das sociedades modernas, a influência das religiões diminui porque as actividades cerimoniais e rituais ocupam, cada vez mais, um pequeno lugar na vida das pessoas.

Antes de procedermos à análise dos discursos das entrevistadas relativamente ao tema em estudo, parece-nos pertinente fazer uma breve caracterização da história obstétrica das participantes, para melhor entender como foi vivenciada a gravidez actual e, perceber como foi experienciado o domínio concreto da sexualidade nesta fase. Da leitura e análise do Quadro 2 ficamos a conhecer a história obstétrica das mulheres entrevistadas.

**Quadro 2 – Caracterização sucinta da história obstétrica das entrevistadas**

Identificação das entrevistadas	Tipo de parto	A gravidez actual é a:			Abortos:	
		Primeira gravidez	Segunda gravidez	Terceira gravidez	Sim/N.º	Não
EP1	Cesariana		Sim		1 aborto espontâneo	
EP2	Parto eutócico	Sim				Não
EP3	Parto eutócico	Sim				Não
EP4	Cesariana		Sim			Não
EP5	Cesariana	Sim				Não
EP6	Cesariana		Sim		1 aborto espontâneo	
EP7	Cesariana		Sim		1 aborto provocado	
EP8	Cesariana			Sim	1 aborto espontâneo 1 aborto provocado	
EP9	Cesariana		Sim		1 aborto espontâneo	
EP10	Cesariana	Sim				Não
EP11	Cesariana	Sim				Não
EP12	Cesariana	Sim				Não
EP13	Cesariana	Sim				Não
EP14	Cesariana			Sim		Não
EP15	Cesariana	Sim				Não
EP16	Cesariana			Sim		Não
EP17	Cesariana	Sim				Não
EP18	Cesariana	Sim				Não

**Fonte:** Entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Quanto ao **tipo de parto**, na nossa amostra dezasseis participantes tiveram um parto por cesariana e apenas duas tiveram um parto eutócico. Esta discrepância, que pudemos antever no desenvolvimento metodológico deste estudo, não altera a forma como analisámos os discursos recolhidos. Contudo, estamos conscientes que um número tão expressivo de cesarianas pode indicar que, na nossa amostra, algumas mulheres tenham tido alguns condicionamentos na vivência sexual durante a gravidez, o que se poderá ter reflectido nos relatos que produziram. E isto sim, poderá constituir-se como uma limitação ao nosso estudo.

Relativamente à **história obstétrica** das participantes no estudo, a análise do Quadro 2 permite-nos comprovar que das dezoito entrevistadas cinco são nulíparas, com antecedentes de gravidezes não evolutivas. EP1, EP6 e EP9 tiveram um aborto espontâneo anteriormente à gravidez actual, EP7 1 aborto provocado e EP8 tem antecedentes de 1 aborto espontâneo e de um aborto provocado. Estas situações podem ter influenciado a presente gravidez, vivendo-a com mais ansiedade e medo e, deste modo, ficarem mais receptivas a conselhos, podendo ser mais facilmente influenciadas por mitos e crenças. Duas das dezoito participantes, são múltíparas sendo esta a sua terceira gravidez, é o caso de EP14 e EP16. Para EP4 esta é a sua segunda gravidez (única primípara<sup>33</sup> do grupo das participantes). Número significativo é o das primigestas<sup>34</sup> que, constituem um grupo de dez em dezoito entrevistadas, são elas: EP2, EP3, EP5, EP10, EP11, EP12, EP13, EP15, EP17 e EP18.

---

<sup>33</sup> **“Primípara”**: Mulher que completou uma gestação até ao estágio de viabilidade fetal (capacidade para viver fora do útero; cerca de 22 semanas de amenorreia (20 gestacionais) ou com um peso superior a 500gr

<sup>34</sup> **“Primigesta”**: Mulher grávida pela primeira vez (Bobak, I. *et al.*, 1999: 96).

Após uma breve caracterização das entrevistadas, passaremos finalmente à análise dos depoimentos proferidos, que nos permitirão compreender o fenômeno em estudo.

## **2. O DISCURSO DAS ENTREVISTADAS: VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ**

Os relatos das participantes constituem vivências e realidades de vida únicas, onde se cruzam uma imensidade de experiências. O fenômeno em estudo é experienciado a partir da história de vida pessoal de cada uma destas mulheres.

De acordo com a questão de investigação, foram encontrados os temas resultantes da repetição, ao longo das entrevistas, de ideias, crenças, sentimentos e/ou preocupações manifestadas pelas entrevistadas.

As declarações significativas que dizem respeito ao fenômeno em estudo foram agrupadas em seis áreas temáticas:

- 1) Confirmação do diagnóstico de gravidez;**
- 2) Evolução da gravidez;**
- 3) Alterações sentidas durante a gravidez;**
- 4) Vivência da sexualidade durante a gravidez;**
- 5) Crenças e medos relacionados com as relações sexuais durante a gravidez;**
- 6) Abordagem da sexualidade durante a gravidez nas consultas de vigilância pré-natal;**

No Quadro 3 podemos observar a grelha de análise que servirá de apoio à exploração dos temas, discussão e algumas considerações, dos discursos produzidos pelas participantes neste estudo, seguindo-se uma análise mais particularizada para cada tema.

Quadro 3 – Categorias e sub-categorias criadas e referentes às entrevistas realizadas

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
I. Confirmação do diagnóstico de gravidez.	i. Diagnóstico de gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Amenorreia</li> <li>◆ Teste de gravidez</li> <li>◆ Análise laboratorial</li> <li>◆ Sintomatologia (náuseas, enjoos, etc.)</li> <li>◆ Ecografia</li> </ul>
	ii. Sentimentos que emergiram aquando do diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Emoção forte</li> <li>◆ Felicidade</li> <li>◆ Alegria</li> <li>◆ Satisfação</li> <li>◆ Surpresa</li> <li>◆ Ambivalência</li> <li>◆ Ansiedade</li> <li>◆ Medo</li> <li>◆ Egoísmo</li> <li>◆ Choque</li> <li>◆ Pânico</li> <li>◆ Sofrimento</li> <li>◆ Choro</li> </ul>
	iii. Planeamento da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Planeada</li> <li>◆ Não planeada</li> </ul>
	iv. Aceitação da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aceite</li> <li>◆ Não aceite</li> <li>◆ Sem intercorrências</li> <li>◆ Complicado</li> <li>◆ Difícil</li> </ul>
II. Evolução da gravidez	v. Como decorreu o período de gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Medos e receios</li> <li>◆ Ansiedade</li> <li>◆ Preocupações</li> <li>◆ Labilidade emocional</li> <li>◆ Expectativa</li> <li>◆ Náuseas e vômitos</li> <li>◆ Azia</li> <li>◆ Aumento de peso</li> <li>◆ Sono</li> <li>◆ Cansaço/Fadiga</li> <li>◆ Fome</li> <li>◆ Aumento do volume mamário</li> <li>◆ Desconforto/Dor</li> </ul>
III. Alterações sentidas durante a gravidez.	i. Alterações físicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Labilidade emocional</li> <li>◆ Irritação</li> <li>◆ Perturbações do humor</li> </ul>
	ii. Alterações emocionais.	
	iii. Alterações no relacionamento conjugal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Não houve</li> <li>◆ Proximidade/União</li> </ul>

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
	iv. Alterações da sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Fortalecimento do vínculo conjugal</li> <li>◆ Mais afecto (carinho, mimos, etc.)</li> <li>◆ Atenção/Apoio</li> <li>◆ Compreensão</li> <li>◆ Preocupações/Incertezas</li> <li>◆ Sexualidade com alterações</li> <li>◆ Sexualidade sem alterações</li> </ul>
IV. Vivência da sexualidade durante a gravidez.	i. Alterações vividas ao longo dos três trimestres de gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desejo sexual</li> <li>◆ Frequência</li> <li>◆ Satisfação sexual</li> <li>◆ Iniciativa</li> <li>◆ Outras experiências (sexo oral, sexo anal, masturbação)</li> </ul>
	ii. Sentimentos experimentados no domínio sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Dor/desconforto</li> <li>◆ Ansiedade</li> <li>◆ Medo/Receio</li> </ul>
	iii. Diálogo conjugal acerca deste assunto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Houve diálogo sobre este assunto</li> <li>◆ Não houve diálogo sobre este assunto</li> </ul>
V. Crenças e medos relacionados com as relações sexuais durante a gravidez.	i. Crenças centradas na grávida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Provoca parto prematuro</li> <li>◆ Acelera o trabalho de parto</li> <li>◆ Saudável</li> </ul>
	ii. Crenças centradas no feto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Prejudica o bebé</li> <li>◆ Magoa o bebé</li> <li>◆ Temor que o pénis toque no bebé.</li> <li>◆ O bebé sente que a mãe está feliz</li> </ul>
	i. Abordaram questões relacionadas com a sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Momento de abordagem</li> <li>◆ Tipo de informação</li> </ul>
	ii. Iniciativa de quem	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Médico (a)</li> <li>◆ Enfermeiro (a)</li> <li>◆ Própria</li> </ul>
	iii. Não abordaram questões relacionadas com a sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Razões</li> </ul>
	iv. Importância atribuída pela grávida à abordagem deste tema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Vivência da sexualidade com mais liberdade</li> <li>◆ Diminuição de receios/ansiedade</li> </ul>

**Fonte:** Entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

## 2.1. CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

Embora, para alguns casais a decisão de ter um filho surja fácil e espontaneamente, para outros (talvez a maioria) ter um filho implica tomar uma decisão bastante difícil. Decidir se, ou quando se vai ter um filho envolve muitos factores, pessoais e complexos, como o tipo de relacionamento que se tem, a forma como se vive, onde se vive, a situação económica, os compromissos profissionais e, acima de tudo, o futuro de cada um. Tentar tomar uma decisão pode fazer surgir alguns conflitos na relação conjugal. Neste sentido torna-se pertinente para o nosso estudo, perceber a partir de que momento as nossas entrevistadas tomaram conhecimento de que iam ser mães, como reagiram e que sentimentos experienciaram. Deste modo, analisando o discurso das entrevistadas, identificámos a existência de quatro categorias para este primeiro tema:

- 1) Diagnóstico de gravidez;
- 2) Sentimentos aquando do diagnóstico;
- 3) Planeamento da gravidez;
- 4) Aceitação da gravidez.

### 2.1.1. Diagnóstico de gravidez

Várias formas de tomada de conhecimento do diagnóstico de gravidez foram assinaladas pelas nossas entrevistadas. Este facto permitiu-nos a construção de uma tabela onde registámos as cinco sub-categorias encontradas.

Tabela 2 – Diagnóstico de gravidez

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Amenorreia	7/18
Teste de gravidez	6/18
Análise laboratorial	3/18
Sintomatologia (náuseas, enjoos)	2/18
Ecografia	1/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Da análise dos discursos verificamos que sete das dezoito entrevistadas tomou conhecimento da gravidez pela **ausência de período menstrual (amenorreia)**.

*“Soube que estava grávida logo no primeiro mês, na primeira falta (...)”*. (EP13)

*“Estava de dois meses. Já ia na segunda falta”*. (EP16)

A este respeito, Moura, J. (1993) *in* Mendes, M. (1993: 42) salienta que *“o diagnóstico da gravidez - ou a sua exclusão - não pode basear-se cegamente na informação acerca da data da última menstruação”*. O clínico afirma que *“uma gravidez sem noção de amenorreia é possível sempre que não existe a expectativa de ciclos menstruais regulares, como sucede nas mulheres não reguladas, na puberdade, no climatério e durante a amamentação. Acrescenta ainda que “por paradoxal que possa parecer a amenorreia é um dado potencialmente enganador: há, por vezes, amenorreia sem gravidez e, outras vezes, existe gravidez sem que haja a noção de falta menstrual”*.

Isto mesmo comprova o discurso de EP2:

*“...eu não sabia que estava grávida e já estava de quase três meses... porque eu não tinha sintomas nenhuns e, como eu tenho muito pouca menstruação não detectei logo, porque sempre tive um bocadinho.”*

Seis das dezoito participantes não hesitaram em confirmar o resultado com os **testes de gravidez** de farmácia que geralmente são de muito fácil acesso. Vejamos os seus depoimentos:

*“Eu já sabia que estava grávida... a última menstruação devia ter vindo por volta do dia 20. Ao dia 21 fiz o teste de farmácia, que ainda vinha muito clarinho, mas vinha lá positivo.”* (EP9)

*“Eu já sabia que estava grávida! Não tinha período... os testes é que só deram positivo aos três meses e meio... fiz p’raí uns vinte testes!”*. (EP10)

*“Faltou-me a menstruação ... fiz um teste... fiquei em pânico porque não estava à espera daquele resultado!”* (referindo-se ao teste de gravidez positivo). (EP17)

*“Tive um atraso na menstruação... já tinha feito um teste de gravidez que tinha dado negativo. No mês a seguir é que deu positivo... logo na primeira falha da menstruação percebi que estava grávida”*. (EP18)

Com expressão pouco significativa, apenas duas entrevistadas referem que o aparecimento dos primeiros **enjoo**s levaram-nas a equacionar imediatamente a hipótese de uma gravidez:

*“Só descobri que estava grávida quando já estava com onze semanas porque enjoeei... enjoeei uns iogurtes... resolvi fazer o teste que confirmou que eu já estava grávida.”* (EP12)

*“Só me apercebi porque comecei a sentir muitos enjoos”*. (EP2)

Importa destacar um único caso em que a participante só toma conhecimento da sua gravidez através da realização de uma **ecografia**. Apesar da ausência de menstruação, o teste de farmácia que realizou anteriormente à ecografia não confirmou a gravidez.

*“... faltou o período... fiz um teste da farmácia,... que deu negativo... fiz primeiro a ecografia e vi logo que estava grávida”*. (EP14)

Uma análise atenta das respostas dadas permite-nos concluir que de uma maneira geral, as mulheres apercebem-se da gravidez pela primeira falta menstrual. A incerteza deste método de diagnóstico leva-as a procurar confirmar ou não uma gravidez através dos testes de gravidez vendidos nas farmácias. Confirmado o resultado positivo é que recorrem aos serviços médicos na expectativa que através de uma **análise laboratorial** a gravidez seja finalmente confirmada pelo médico:

*“... fiz a análise de sangue (...) liguei para o meu médico (...) ele confirmou que eu estava grávida!”.* (EP1)

*“... fui à médica e já estava realmente de três meses.”* (EP2)

### **2.1.2. Sentimentos que emergiram aquando do diagnóstico**

As reacções à notícia da gravidez são variadas e reflectem a vivência e a personalidade de cada mulher. Para muitas mulheres a gravidez constitui um teste à funcionalidade do seu aparelho reprodutor.

No entanto, se por um lado, a gravidez pode aparecer como um processo gratificante, intensamente desejado e que permite a constituição de uma família, por outro lado, pode tornar-se algo indesejável e perturbador. Por isso mesmo, a notícia da gravidez desencadeia, quase sempre, na mulher uma série de sentimentos por vezes contraditórios. Podemos então citar alguns dos sentimentos referidos por estas mulheres, que se assumem como as sub-categorias relativamente à categoria aqui definida. Vejamos, antes de mais a tabela seguinte – tabela 3:

**Tabela 3 – Sentimentos que emergiram aquando do diagnóstico**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Emoção forte	2/18
Felicidade	1/18
Alegria	1/18
Satisfação	1/18
Surpresa	1/18
Ambivalência	1/18
Ansiedade	1/18
Medo	1/18
Egoísmo	1/18
Choque	1/18
Pânico	1/18
Sufrimento	1/18
Choro	1/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Podemos observar que os sentimentos expressos pelas entrevistadas são muito diversos. Uns revestem-se de um cariz mais negativo, como que uma rejeição à notícia de gravidez, enquanto que outros reflectem uma imediata aceitação da gravidez.

Assim sendo, é interessante notar que das dezoito puérperas só uma expressou objectivamente ter tido uma imensa **alegria**, partilhada com o companheiro, quando soube que estava grávida:

*“... foi uma imensa alegria, ficámos os dois muito felizes...”*. (EP3)

Duas puérperas referiram terem sentido uma **emoção forte**, todavia não conseguiram especificar de que tipo. Vejamos as suas narrativas:

*“... foi assim um bocado muito forte mesmo.”* (EP12)

*“... foi assim um bocado...uma emoção... mas, pronto ficámos satisfeitos e na perspectiva de ser talvez a menina.”. (EP14)*

Por muitos sonhos que tenham tido acerca de ter um bebé, a sua concretização é para muitas mulheres um **choque**, muitas vezes não totalmente agradável, em especial quando a criança é concebida por acidente e quando o casal está ainda a dar os primeiros passos na aprendizagem da vida em comum. Foi o que sucedeu com a nossa entrevistada EP17:

*“ [...] Foi um choque no início porque foi na altura... nós casámos e a gente queria mais um ou dois anos pelo menos sem filhos. Eu casei em Setembro e soube em Setembro que estava grávida. Eu fui grávida para o casamento sem saber. Mas, pronto...não foi nada... pensámos assim, ... «Deus me perdoe», «Foi Deus que quis assim» e pronto, ... há surpresas que vêm por bem. Na altura foi um bocado choque, porque não estávamos à espera. (...). É assim, eu vou ser sincera, na altura fiquei em pânico, porque não estava à espera que fosse ficar logo grávida. (...) e depois foi uma surpresa boa!” (EP17)*

Um sentimento mais contraditório foi de forma bastante emotiva expresso pela puérpera EP8. Com 39 anos, casada, profissionalmente realizada e bom nível sócio-económico, esta seria a sua primeira filha (não a sua primeira gravidez). Contudo, confessou que até esta gravidez *“ser mãe... era um caso para pensar num futuro longínquo”* e, quando soube que estava grávida *“não quis acreditar”*. A partir desse momento assume ter experienciado uma mistura de sentimentos. Consideremos o seu testemunho:

*“... pelo medo de perder a minha liberdade. Egoísmo requintado. E com medo também de não poder ser capaz de educar o meu filho (...) inicialmente me fez muita confusão, (...). Não quis acreditar. Quando tomei conhecimento não sabia se havia de chorar, o que é que havia de fazer. Houve ali um momento de muita tensão...muito sofrimento (...) acho que foi a melhor opção que fiz e, estou muito feliz por isso”. (EP8)*

Neste testemunho ressalta um sentimento de **ambivalência** que aliás só foi proferido por esta entrevistada. Este sentimento, já identificado na primeira parte do nosso estudo, é um sentimento perfeitamente normal no primeiro trimestre de gravidez.

Na narrativa em análise podemos constatar ainda outros sentimentos experienciados conscientemente pela puérpera tais como o **egoísmo** e o **medo**, que poderão advir do imaginário da puérpera, isto é, da forma como ela imagina a sua vida mudar com o aparecimento de um bebé. Esta vivência sentimental resulta, em nosso entender, por ter sido confrontada com uma gravidez não programada. Para Izard, C. (1977) citado por Rodrigues, C. *et al.* (1989: 87), o medo tende a “... *arquivar na memória experiências inesquecíveis passíveis de serem revividas através da evocação activa ou de sonhos. A função adaptativa do medo consiste na mobilização da energia que motive para fugir ao perigo*”.

A **ansiedade**, relatada por apenas duas das dezoito participantes no estudo, é também evocada juntamente com o medo como uma sensação que acompanha a gravidez e que vai gradualmente aumentando à medida que se aproxima a data do parto.

Ankrett, V. *et al.* (1992: 125) refere-se à ansiedade como “...*estado emocional desagradável – variando desde um ligeiro desconforto até ao terror intenso -, sempre associado à sensação de que algo de trágico vai acontecer, mesmo que não exista qualquer ameaça real, e ao qual se associa um conjunto típico de sintomas físicos e psíquicos.*”

“... *eu ficava mais ansiosa porque tinha medo de perder o meu bebé...*”. (EP1)

“*Estava sempre com medo que alguma coisa não estivesse bem... mais ansiedade*” (EP11).

### **2.1.3. Planeamento da gravidez**

Considerando os discursos proferidos pelas nossas entrevistadas, identificámos esta categoria “*planeamento da gravidez*”, nela distinguimos duas sub-categorias – planeada e não planeada – e, deste modo, construímos a tabela seguinte:

**Tabela 4 – Planeamento da gravidez**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Planeada	10/18
Não planeada	5/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Ao longo dos discursos todas as participantes referiram se a gravidez tinha sido, ou não, planeada. Assim, e numa análise mais atenta, verificámos que dez das dezoito entrevistadas afirmaram ter planeado a gravidez e cinco das dezoito afirmaram terem sido surpreendidas por este facto. Tomemos em atenção alguns excertos mais relevantes das entrevistas sobre este assunto. Começemos pelas entrevistadas que **planearam a gravidez:**

*“ [...] Foi uma gravidez planeada e muito desejada.”* (EP2)

*“ [...] Foi uma gravidez muito planeada e desejada por todos.”* (EP3)

*“Foi também uma gravidez planeada e desejada.”* (EP4)

*“A gravidez foi planeada e desejada.”* (EP6)

*“... estava a planear engravidar...”* (EP9)

*“Sim, foi uma gravidez planeada e muito desejada.”* (EP12)

As participantes que **não planearam a gravidez**, disseram o seguinte:

*“ [...] Mas, não foi planeada.”* (EP8)

*“Planeada não foi, mas foi muito desejada...”* (EP11)

*“Não foi planeada não, não!”* (EP14)

*“Esta terceira gravidez não, não foi planeada.”* (EP16)

*“... não foi muito planeada...”* (EP17)

Como podemos constatar o número de gravidezes planeadas é mais significativo do que o das não planeadas. Importa, por isso, determinar algumas explicações para este facto. O uso generalizado dos mais diversos métodos contraceptivos, nestes últimos anos, principalmente a pílula e o preservativo, não serão, por certo, alheios a este facto. Relativamente ao preservativo, devemos destacar que o seu uso foi desmistificado através das campanhas publicitárias que promoveram a sua utilização, não tanto como meio contraceptivo, mas antes como forma de evitar a proliferação das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente da S.I.D.A..

Das cinco participantes que referiram terem sido surpreendidas pela gravidez, uma assumiu falta de cuidado na utilização de métodos contraceptivos. Explicou que parou a pílula e, não tomou outros cuidados:

*“... apareceu-me um caroço no peito e parei a pílula porque a médica aconselhou-me a parar a pílula... e fiquei grávida.” (EP16)*

#### 2.1.4. Aceitação da gravidez

Uma gravidez desejada é firmemente reconhecida e sublinhada pela generalidade das entrevistadas. No entanto, e confrontadas com algumas gravidezes não planeadas, pareceu-nos importante perceber a aceitação das gravidezes, principalmente as não planeadas. Vejamos a tabela seguinte onde destacamos as sub-categorias para este tema:

**Tabela 5 – Aceitação da gravidez**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Aceite	18/18
Não aceite	0/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Podemos verificar que o facto de cinco entrevistadas não terem planeado a gravidez, não teve interferências na aceitação da mesma. Assim, e quanto ao **nível de**

**aceitação** a gravidez terá sido aprovada por todas as participantes no estudo. Seguem-se alguns relatos:

*“ [...] Houve inicialmente um momento de negação: «Isto não está a acontecer comigo», «Logo eu, não!», «Como é que isto me foi acontecer?», «Não não está a acontecer» ... e depois... comecei a ver as coisas de outra forma.”* (EP8)

*“Planeada não foi, mas foi muito desejada e também correu bem.”* (EP11)

*“ [...] Foi um acidente, mas pronto, muito desejada na mesma.”* (EP14)

*“ [...] Não foi planeada mas, pronto, foi desejada.”* (EP16)

*“... não foi muito planeada porque nós... depois foi uma surpresa boa!”* (EP17)

De uma forma geral, podemos concluir que para a maioria das participantes no estudo, a gravidez foi planeada. Nos casos em que tal não aconteceu, salienta-se o bom nível de aceitação registado. Não será abusivo da nossa parte considerar que todas as gravidezes foram muito desejadas. A amenorreia foi o sinal mais relatado como sugestivo de uma gravidez seguindo-se a confirmação com a realização de um teste de gravidez. Quanto a sentimentos, não há nenhum que possamos destacar. Podemos inferir que o sentimento dominante poderá ter sido o de alegria e felicidade, pela forma expressiva e entusiasta como as puérperas relatavam as suas experiências durante a entrevista mas, a verdade é que a maioria não verbalizou objectivamente um sentimento específico. Individualmente foram expressos os mais diversos sentimentos: emoção forte, felicidade, alegria, satisfação, surpresa, ambivalência, ansiedade, medo, egoísmo, choque, pânico, sofrimento e choro. Importa salientar que pontualmente foram verbalizados pela mesma participante mais do que um dos sentimentos descritos.

## 2.2. EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

A gravidez, enquanto estado e sentimento, revela-se segundo a vivência pessoal de cada mulher a vários níveis. Colman, L. & Colman, A. (1994) referem-se à gravidez como *“um acontecimento tanto psicológico como físico... mudanças na identidade vão de mãos dadas com mudanças no corpo e nos papéis sociais. O processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente um processo de mudança”*.

E é neste sentido, de profundas alterações a vários níveis, que a gravidez é considerada como um momento de crise no ciclo de vida da mulher.

### 2.2.1. Como decorreu o período de gravidez

Ao longo das quarenta semanas de gravidez a mulher experiencia diferentes estádios psicológicos, desde a ansiedade à depressão, da euforia e felicidade à tristeza e preocupação. Afinal, um sem fim de sentimentos que, numa situação de normalidade, estão directamente relacionados com os clássicos períodos em que se divide a gravidez. Referimo-nos ao primeiro, segundo e terceiro trimestres da gravidez. Esta miscelânea de sentimentos vai, inevitavelmente, condicionar a sua própria percepção da evolução da gravidez.

Seguindo, mais uma vez, o modelo equacionado no Quadro 3, definimos apenas uma categoria para este tema, *“como decorreu o período de gravidez”*, para a qual emergiram seis sub-categorias que passamos a enunciar. Atentemos à tabela 5:

Tabela 6 – Como decorreu o período de gravidez

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Sem intercorrências	9/18
Complicado	5/18
Difícil	3/18
Medos e receios	2/18
Ansiedade	2/18
Preocupações	1/18
Labilidade emocional	1/18
Expectativa	1/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Quando relatam a evolução da gravidez a maioria das entrevistadas, nove em dezoito, referem que esta terá decorrido **sem intercorrências**. Saliendam a boa-disposição durante todo o período gestacional e frisam a ausência de complicações. Seguem-se algumas narrativas como exemplo:

“... *correu tudo bem.*” (EP4)

“ [...] *A gravidez correu muito bem, não tive problema nenhum.*” (EP5)

“ [...] *Correu dentro das normas. Correu bem... correu tudo bem nunca tive sinais... nem complicações nenhuma.*” (EP6)

“ (...) *inicialmente foi considerada uma gravidez de risco devido à idade e aos valores que no início não estavam bem, não é? ... e fiz a amniocentese cá. Correu bem. Eu tinha muito sono. De resto toda a gravidez correu muito bem.*” (EP8)

“... *correu sempre tudo bem. (...) a gravidez toda passei muito bem*” (EP10)

“ [...] *Não tive absolutamente nada, nenhum problema.*” (EP14)

“... *e correu tudo muito bem... sem problemas nenhuns.*” (EP15)

*“ [...] Correu bem, correu optimamente. Já foi considerada uma gravidez de risco, mas correu tudo bem. (...). A partir dos 5 meses fiquei em casa porque me sentia muito cansada.”* (EP16)

*“ [...] Passei uma gravidez muito boa.”* (EP17)

Cinco mães disseram que viveram a gravidez como um período **complicado** e **difícil** porque surgiram algumas complicações durante este período. É provável que essas complicações sejam as alterações que ocorrem durante os três trimestres de gestação, nomeadamente as alterações físicas. Outras, todavia, estão relacionadas com o medo de abortar, medo que se encontra presente na maioria das grávidas. Por conseguinte, no nosso estudo tivemos que considerar e dar relevo aos **medos** e **receios** apontados por duas mães. Verificámos que os medos e receios sentidos pelas entrevistadas durante a gestação, manifestaram-se sobretudo, em **preocupação** e **ansiedade** de que alguma coisa corresse menos bem com elas ou com os seus bebés. Duas das dezoito mulheres referiram ansiedade e uma esclareceu que o sentimento predominante durante a gravidez foi sem dúvida a preocupação. É nossa convicção de que a falta de informação durante a vigilância pré-natal terá agravado estes sentimentos de preocupação e ansiedade, por vezes, excessivos.

*“Eu acho que correu bem porque eu tive bastante apoio da minha família, mesmo muito apoio (...) Os primeiros meses mesmo... os quatro primeiros meses foram horríveis porque eu emagreci e, não comia nada... passei mesmo muito mal (...).”* (EP7)

*“ [...] Tinha de estar sossegada e não abusar muito. Pronto, nem saía de casa nem nada e, nem voltei a trabalhar. (...) tinha a outra experiência de ter perdido a outra gravidez e então foi tudo muito cauteloso.”* (EP9)

*“ [...] No começo foi muito difícil... muito difícil... até aí às nove semanas, ... porque eu continuava a perder sangue... e, nessas alturas eu ficava mais ansiosa porque tinha medo de perder o meu bebé... e isso «atrapalha» muito a gravidez. (...) nunca tive problema nenhum depois daquelas hemorragiazitas que entretanto pararam.”* (EP1)

“ [...] Depois com a gravidez tudo correu bem... e não tive problema nenhum, nada assim daqueles problemas mais sérios, diabetes, nem nada. (...) fiquei um bocadinho preocupada, porque antes e quando ainda estava na maternidade a fazer exames, detectaram-me um pólipó no colo do útero, uma situação super comum, nada de especial e tive umas hemorragiazitas e, no início da gravidez tive uma pequena “babazita”, assim, fiquei um bocadinho assustada. E falei com o meu ginecologista que ... disse-me para ficar tranquila e isso. Não era nada mas, pronto, fiquei um bocadinho assustada.” (EP3)

“ [...] Estava sempre com medo que alguma coisa não estivesse bem. Vivi esta gravidez com mais ansiedade, talvez, que a anterior... não sei porquê... não lhe sei explicar porquê... (...). Não tive nenhuns daqueles sintomas habituais... Trabalhei sempre, até às 37 semanas, tanto numa como noutra gravidez. Quando vim ser assistida aqui, na maternidade, deixei de trabalhar. De resto até me sentia bem fisicamente.” (EP11)

“ [...] Depois apareceu a diabetes gestacional às oito semanas. Aí foi um bocadinho mais complicado, tive que fazer dieta, mas não passou da dieta. Mas tive que fazer dieta, tive que me controlar muito bem e deixar de comer muita coisa, não é?... para tentar controlar o máximo possível, porque eu não queria insulina. E este foi o problema que me acompanhou ao longo da gravidez. Foi o problema da diabetes e daqueles 3 primeiros meses mais complicados mas, acho que também que era medo que alguma coisa corresse menos bem comigo ou com o bebé.” (EP13)

O relato seguinte demonstra as preocupações de uma mãe quando informada de alterações que poderiam revelar malformações fetais. A falta de informação, ou a informação pouco pormenorizada e adaptada aquela grávida, podem explicar estas preocupações e uma certa revolta que manifesta em relação aos profissionais de saúde:

“ [...] foi tudo muito complicado, ... a primeira ecografia foi feita por alguém que devia ter um bocadinho mais de tacto, ... disse-me que se calhar ía ter um menino deficiente, ... por causa da translucência da nuca e, para me explicar o que era começou assim a enumerar pelos dedos «pode ser assim, pode ser

*assado, ...», ... ele (o bebê) ainda não tinha doze semanas e isso foi muito complicado. Mandaram-me logo para aqui, para a consulta do D.P.N. ... Depois disso, foi mais a nível da minha saúde... tive placenta... bem não era... prévia mas, era muito cá em baixo, ... o bebé também foi sempre muito grande... ”. (EP18)*

Das dezoito entrevistadas é interessante notar que apenas uma referiu viver a evolução da gravidez com **expectativa** em relação ao nascimento do bebê. Eis o seu discurso:

*“ [...] O meu marido dizia-me «ainda não tens barriga e já estás a fazer festas!» Era mesmo assim. Eu andava sempre a fazer festinhas na barriga... estava desejosa que ele nascesse! Era um desejo muito grande. Era o primeiro filho para os dois... e então... foi assim um bocado muito forte mesmo... uma expectativa muito grande.” (EP12)*

De igual forma, só uma entrevistada exprimiu sentimentos de **labilidade emocional** durante a gestação sem encontrar grandes explicações para esses acontecimentos:

*“ (...) eu era muito chorona... só o desacordo entre um prato, para mim era já motivo de choro... não sei explicar... mas chorei muito durante a gravidez...qualquer motivo servia para chorar...mas correu bem.” (EP5)*

Colman, L. & Colman, A. (1994) referem que a labilidade emocional “*é uma condição psicológica caracterizada por uma vasta série de estados de espírito que variam rapidamente em resposta a situações que geralmente não despoletariam tais reacções. Os altos e baixos emocionais de uma mulher grávida são frequentemente de maior dimensão do que o seu habitual. Podem subir e descer rapidamente e passar de um extremo ao outro a um ritmo que pode ser confuso e angustiante para ela própria e para os que lhe são próximos*”. Esta explicação permite-nos compreender os sentimentos vivenciados pela entrevistada EP5, sentimentos que nem a própria entendeu.

Em jeito de conclusão e ilustrando a evolução da gravidez, a maioria das entrevistadas relata uma evolução normal do período gravídico. Há, no entanto, problemas diferentes em cada gravidez como consequência inevitável das alterações que ocorrem quer físicas, quer psicológicas ou outras. A história de gravidezes anteriores e o facto de ter planeado a gravidez, pode determinar um aspecto importante nestas vivências. Contudo, não podemos deixar de registar vivências mais complicadas e difíceis da gravidez onde medos e receios, ansiedade, e preocupações estão muitas vezes presentes. De assinalar a pouca expressão de gravidezes vividas com expectativa do nascimento do bebé, uma vez que na nossa amostra dez mulheres são mães pela primeira vez.

Ainda antes de terminar gostaríamos de destacar o papel que todos os profissionais de saúde devem desempenhar no acompanhamento das grávidas durante a consulta, demonstrando uma total disponibilidade e não apenas procedimentos mecanizados. Segundo Couto, G. (2003: 36) o papel fundamental do profissional de enfermagem consiste “*em quebrar a ansiedade natural da grávida e isso consegue-se através da empatia e da simpatia (...)*”. Manter-se disponível para responder às dúvidas e prestar explicações científicas, isentas de juízos de valor, são necessárias para que se estabeleça uma verdadeira relação enfermeiro/grávida.

### 2.3. ALTERAÇÕES SENTIDAS DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez é um momento único e de transição, caracterizado por enormes mudanças e adaptações físicas, psicológicas e sociais. Por isso, na nossa investigação fomos procurar perceber que alterações tinham sido sentidas e vividas pelas nossas participantes. As suas respostas levaram-nos a delimitar quatro grupos de alterações. São elas:

- 1) Alterações fisiológicas;
- 2) Alterações emocionais;
- 3) Alterações no relacionamento conjugal;
- 4) Alterações da sexualidade.

### 2.3.1. Alterações fisiológicas

As alterações fisiológicas observadas na gravidez são devidas principalmente a factores hormonais e mecânicos.

Pinho, L. (1993) in Mendes, M. (1993: 67) refere que tais alterações fisiológicas “*devem ser consideradas normais, embora determinem, por vezes pequenos sintomas molestos para a grávida e necessitem de algum tratamento*”.

Para esta categoria emergiram oito sub-categorias, sendo que os transtornos de carácter neurovegetativo, nomeadamente transtornos do apetite, azia, náuseas e vômitos gravídicos, aqueles que assumiram maior expressão junto das nossas participantes.

Na tabela seguinte podemos observar as sub-categorias encontradas:

**Tabela 7 – Alterações fisiológicas**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Náuseas e vômitos	8/18
Azia	2/18
Aumento de peso	3/18
Sono	2/18
Cansaço/Fadiga	2/18
Fome	1/18
Aumento do volume mamário	1/18
Desconforto/Dor	1/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

A grávida tem frequentemente **náuseas e vômitos** durante o primeiro trimestre. Os vômitos de predomínio matutino, carácter bilioso e mucoso podem ser desencadeados ao ver ou cheirar determinados alimentos. Terminam em geral espontaneamente pelo terceiro mês e excepcionalmente persistem até ao fim da gravidez. Das dezoito entrevistadas oito referiram mais vezes as náuseas e vômitos

como sendo os transtornos mais desagradáveis que terão vivido durante a gestação, sendo que numa situação esses vômitos persistiram até ao momento do parto. Seguem-se alguns excertos mais representativos dos seus discursos, neste âmbito:

*“... comecei a sentir muitos enjoos... tive náuseas e vômitos até ao final da gravidez.”* (EP2)

*“ [...] No início tive vômitos, náuseas mas, foi normal... depois pararam.”* (EP4)

*“Tive náuseas e vômitos... até aí aos três meses tomava o nausef...”*. (EP9)

*“ (...) enjoiei, enjoiei quando estava no trabalho, enjoiei uns iogurtes...”*. (EP12)

*“... comecei a enjoar ao cheiro dos cigarros e do tabaco, ... Tive um bocadinho de enjoos, ..., já quase perto dos três meses de gravidez é que comecei a ficar um bocadinho com náuseas, não é bem enjojo porque nunca cheguei a vomitar.”* (EP14)

*“... tive muitos...muitas náuseas, enjoos, vômitos.”* (EP15)

A **azia** ou **pirose** constitui uma das queixas mais frequentes da gravidez. É devida ao relaxamento do esfíncter gastroesofágico pelo útero aumentado, favorecendo o refluxo do conteúdo gástrico para a porção terminal do esófago. Só duas das nossas dezoito entrevistadas referiram esta queixa:

*“ [...] A azia também tive só no fim, no último mês. Eu tinha muita azia porque de resto, ...”*. (EP10)

*“ [...] Só tive azia no final. Depois aí às oito semanas passei uma altura com muito sono, ...”* (EP17)

O **aumento de peso** na gravidez foi referido por três entrevistadas:

*“ (...) engordei imenso.”* (EP1)

*“... eu é que me achava mais gorda e evitava, estava forte quando engravidei e, estava com 80 quilos, e emagreci durante a gravidez até aos 74 quilos, e depois quando o vim ter estava com 82.5 quilos, ... sentia-me pesada na mesma. E ele dizia «não estás nada gorda, estás uma grávida linda!», «gosto de ti assim» e pronto, não se importava que eu estivesse gorda, ...” (EP12)*

*“ [...] Tive aumento de peso e tive que controlar com a alimentação... aumentei 23 quilos.” (EP18)*

O **cansaço** e a **fadiga** são mais frequentes no último trimestre da gravidez em consequência das alterações da postura e do aumento do peso. Duas participantes referiram esta queixa:

*“ [...] Correu bem, tirando aquelas coisas os enjoos, e essas coisas todas e um bocadinho de cansaço, mas de resto correu tudo bem.” (EP6)*

*“... porque me sentia muito cansada.” (EP16)*

Duas puérperas relataram **alterações do sono**:

*“ [...] Eu tinha muito sono.” (EP8)*

*“ [...] Tive só mais fome que o normal e muito sono, depois passou. Depois só lá mais para o fim é que houve aquela sonolência outra vez.” (EP10)*

Está descrito na literatura que as mamas se modificam sensivelmente com a presença de uma gestação. Existe um aumento do seu volume, peso e vascularização, surgindo também alterações a nível do mamilo e da auréola, com hiperpigmentação e o aparecimento dos tubérculos de Montgomery a partir das 8-10 semanas de amenorria. Apesar de ser uma alteração sentida pela generalidade das grávidas, no nosso estudo, só duas participantes assumiram, com notória satisfação, um aumento do volume mamário. Vejamos os seus discursos:

*“ [...] Por exemplo, a nível do peito, ficou mais volumoso e com a auréola maior...” (EP9)*

“*Ele adorou o facto das mamas crescerem!*” (EP17)

Apenas uma das participantes mencionou **síndrome doloroso**. Explica que no início da gravidez sofreu dores intensas, que a deixavam preocupada:

“*[...] No início tive muitas dores. (...). Tive muitas dores, dores nos rins, dores na barriga que eu pensei que havia algum problema. (...). Durante os primeiros três meses tive sempre, sempre, sempre muitas dores. Na primeira ecografia estava tudo normal, os médicos diziam que era normal, que era o corpo a adaptar-se, mas para não me preocupar...*”. (EP13)

Pinho, L. in Mendes, M. (1993: 70) explica que o síndrome doloroso se manifesta em “*dores na região lombo-sagrada, ciática transitória, síndrome dos escalenos, osteopatias gravídicas e hipogastralgias*”, podendo ocorrer em qualquer período da gravidez, embora sejam mais frequentes no terceiro trimestre.

A mesma autora assinala que as dores na região lombo-sagrada são muitas vezes denominadas “dores de rins” e, são devidas quer à influência das hormonas que provocam um relaxamento das articulações da bacia quer, no último trimestre, às alterações posturais (lordose exagerada) e ao ventre em pêndulo.

### **2.3.2. Alterações emocionais**

A atitude mental da mulher para com a gravidez é extremamente variável, mas existe sempre com uma enorme carga de sentimento. De uma forma geral, as grávidas são caracterizadas pela sua labilidade emocional. Elas tornam-se cada vez mais sensíveis e irritáveis, em parte devido às alterações hormonais e em parte devido ao impacto da gravidez. Existe mesmo a probabilidade de terem uma explosão de alegria como de romper em lágrimas sem causa aparente. Experimentam uma panóplia de sentimentos que tivemos oportunidade de constatar pelos relatos obtidos. Foi a partir desses relatos que determinámos três sub-categorias para a categoria agora em análise. Vejamos a tabela seguinte:

Tabela 8 – Alterações emocionais

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Labilidade emocional	5/18
Irritação	2/18
Perturbações de humor	2/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Não foi fácil apurar as alterações emocionais vividas pela maioria das mulheres entrevistadas face, por um lado, à dificuldade de expressão, pelas próprias, dos seus sentimentos mas, por outro pela forma vaga como o faziam. Contudo, atrever-nos-íamos a considerar a labilidade emocional como a alteração mais significativa no grupo das nossas entrevistadas. Não só porque algumas nos referiram claramente esse sentimento mas, porque ele existiu mesmo, em algumas delas, quando estas recordavam e relatavam factos concernentes às suas gravidezes, o que demonstra a sensibilidade e emoção que estas recordações lhes provocavam. E, como é a qualidade da experiência interior e não a quantidade que nos interessa para a nossa investigação, registámos algumas alterações emocionais que passamos desde já a exemplificar.

A **labilidade emocional** foi experienciada por cinco das dezoito participantes:

“... eu era muito chorona...” (EP5)

As **perturbações de humor** e uma **irritação** incompreensível foram pontualmente afirmadas pelas mulheres. Duas em dezoito referiram os sentimentos citados. Eis um exemplo interessante:

“... havia tempos que eu não tinha paciência nem para mim, como eu dizia e, o meu marido aturou-me muita coisa. Dei aquelas respostas que a gente às vezes dá, e ele nem respondia, pronto e dizia «tem lá calma!», ... andava mesmo stressada. Mas, eu reconhecia logo, eu depois de responder dizia « desculpa não fiz por mal!», «não era isso que eu queria dizer!», e ele respondia-me «pronto eu sei deixa lá!», ... nunca foi pessoa de se zangar. Não sei o que se passou comigo. Tão depressa ria como chorava.” (EP12)

### 2.3.3. Alterações no relacionamento conjugal

A relação conjugal ou de compromisso não é estática, evolui com o tempo. O nascimento de uma criança altera, para sempre, os laços de união existentes no casal. Lederman, R. (1996) afirma que o casal se torna mais unido durante a gravidez. Nesta perspectiva a gravidez assume uma função reforçadora de maturidade nas relações entre marido e mulher, à medida que estes assumem novos papéis e descobrem novas facetas um do outro. Mas será sempre assim?

Foi esta interrogação que nos conduziu na análise desta categoria, na qual verificámos a existência de sete sub-categorias, descritas na tabela que se segue.

**Tabela 9 – Alterações no relacionamento conjugal**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Não houve	6/18
Proximidade/União	6/18
Fortalecimento do vínculo conjugal	4/18
Mais afecto (carinho, mimos, ...)	4/18
Atenção/Apoio	2/18
Compreensão	1/18
Preocupações/Incertezas	1/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Para seis das dezoito entrevistadas a gravidez **não influenciou significativamente o relacionamento do casal**. Apresentamos de seguida pequenos excertos de alguns relatos obtidos:

*“Não houve alterações a esse respeito...”*. (EP5)

*“Não houve assim grandes alterações...”*. (EP6)

*“Não. Acho que não. Acho que não influenciou o facto de estar grávida, de forma alguma. Estaria a mentir se dissesse que sim.”* (EP8)

*“Não, não se alterou assim grande coisa... manteve-se igual, ...”.* (EP11)

*“É assim, sendo este o terceiro filho, já não me levantava assim grandes diferenças nem grandes preocupações, pronto. (...). Não notei grandes alterações.”* (EP14)

*“... não senti que a gravidez nos distanciasse mais.”* (EP17)

Estes relatos que acabámos de descrever parecem contradizer a perspectiva defendida por alguns autores, segundo os quais numa situação de gravidez o relacionamento conjugal vai ser desafiado, tendo que o casal reajustar a sua relação no plano afectivo, de rotina diária e de relacionamento sexual pois, só assim, dizem, é possível flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental (Canavarro, M.C., 2006, Lederman, R., 1996).

Levando em linha de conta a bibliografia consultada, estamos em condições de afirmar que, na generalidade haverá sempre alterações mais ou menos significativas na relação de um casal que espera um filho, ainda que, em relacionamentos estáveis e harmoniosos, tais alterações possam passar despercebidas a ambos ou a algum dos membros do casal. Parece-nos pois ter sido esta a razão porque seis participantes nos referiram não terem sentido quaisquer alterações a este nível.

Por outro lado, na nossa investigação a maior parte das entrevistadas que referiu **alterações no relacionamento conjugal**, explicaram que estas terão passado maioritariamente pela promoção de uma união e aproximação do casal. Seis em dezoito participantes assim o disseram. Observem-se os seus discursos:

*“..., unimo-nos muito mais. Pode-se dizer que nos tornámos pais a partir daquele momento que soubemos, (...). O relacionamento estreitou-se mais... a gravidez favoreceu o nosso relacionamento.”* (EP3)

*“ [...] Se calhar o facto de estar grávida ajudou um bocadinho nesse tipo de relacionamento, ficámos mais unidos...”.* (EP7)

*“Houve e para melhor... não sei, mas acho que une mais o casal. Acho que quando o filho é desejado pelos dois, não é? Acho que une mais o casal.”* (EP10)

*“Eu acho que nos aproximou ainda mais, acho que houve mais afecto... ele sempre foi carinhoso, mas acho que notei mais carinho quando estava grávida. Pensei que fosse ao contrário, normalmente dizem que os homens são um bocado afastados das mulheres e, não achei, pelo contrário até achei mais próximo de mim e da criança...”. (EP12)*

*“Acho que nos aproximou mais.”* (EP16)

*“É assim, eu acho que nos aproximámos mais... houve talvez mais carinho, (...) Acho que o que houve foi uma cumplicidade ainda maior.”* (EP18)

Por outro lado, quatro participantes sentiram que a gravidez terá **reforçado o vínculo conjugal**. O **afecto** (carinho, mimos, etc.) também foi referenciado por quatro mulheres, como componente afectiva igualmente importante para a relação do casal:

*“Acho que reforçou... houve mais apoio a nível de carinhos, de mimos, de atenção, completamente.”* (EP2)

*“A gravidez fortaleceu, sem dúvida, os laços que nos unem.”* (EP4)

*“A gravidez influencia sempre um bocadinho. Houve assim... sei lá... ficámos mais unidos e, em termos afectivos houve talvez mais carinho e compreensão entre nós. A nossa relação ficou mais fortalecida...”. (EP13)*

*“Houve um fortalecimento, e mais proximidade entre nós.”* (EP15)

Colman, A & Colman L. (1994) consideram que as alterações nas atitudes sexuais e labilidade emocional, características da gravidez, podem perturbar mesmo os relacionamentos conjugais mais estáveis. Não podemos afirmar que tais alterações estejam na origem de alguns problemas que surgiram no casamento da nossa nona entrevistada, que refere ter vivido momentos de grande ansiedade e incerteza em relação ao seu casamento durante a gravidez, mas estamos certos que, dos factos relatados, a

labilidade emocional agravou por períodos o relacionamento conjugal a ponto de ter sido equacionada no casal a hipótese de uma separação:

*“Houve algumas alturas muito complicadas... não me leve a mal (a entrevistada chora) ... Eu falo mas, ... Houve alturas muito complicadas... às vezes achava que havia um bocado de egoísmo por parte dele, porque acho que eles às vezes também não percebem bem as nossas alterações, pronto e, ou as nossas exigências, não é? a nível afectivo e emocional e mesmo de atenção, não é? ..., era por altos e baixos, havia alturas em que estava tudo muito bem e depois havia alturas em que as coisas não estavam assim tão bem... houve alturas em que eu questioneei o meu próprio casamento.” (EP9)*

#### **2.3.4. Alterações da sexualidade**

O interesse e a resposta sexual da mulher podem sofrer alterações ao longo da gravidez. À medida que esta avança, as modificações no contorno do corpo e na imagem corporal e os graus de desconforto, influenciam o desejo sexual, não só da mulher mas também do homem (Kitzinger, S., 1992).

Perceber e compreender se no grupo das nossas entrevistadas houve ou não alterações da sexualidade era imprescindível para o nosso estudo. A revisão da literatura nesta matéria diz que as alterações no domínio sexual são quase sempre inevitáveis. Será que as nossas entrevistadas pensam da mesma maneira? Será que sentiram alteração da sua sexualidade durante a gravidez?

Através dos discursos proferidos, verificámos a existência de duas subcategorias relacionadas com a sexualidade – a alteração da sexualidade e a sexualidade sem alterações – descritas na tabela seguinte.

**Tabela 10 – Alterações da sexualidade**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Alteração da sexualidade	14/18
Sexualidade sem alterações	4/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

A análise dos discursos leva-nos a constatar que das dezoito entrevistadas catorze referem que durante a gravidez **experienciaram alterações da sua sexualidade**, explicitando várias razões para este facto. Por isso, resolvemos destacar aquelas que nos parecem ter mais significado no grupo das participantes e que, de seguida passamos a enunciar e exemplificar com pequenos excertos retirados das entrevistas realizadas.

O medo de prejudicar o bebé, aparece-nos referido por cinco mulheres como sendo factor condicionador de ter relações sexuais durante a gravidez.

*“... vinha-me sempre à ideia que pudesse acontecer qualquer coisa ao bebé ou mesmo a mim,...”*. (EP2)

*“ [...] O que influenciou a minha decisão sobre essa situação, (de não ter relações sexuais durante a gravidez) foi mais uma vez os receios que eu tive devido a outro tipo de problemas...não tanto para nossa satisfação íntima mas mais preocupações com o bebé. Eu decidi e o meu marido concordou não termos relações sexuais mais prolongadas mais frequentes porque, ... sei que pode haver às vezes infecções urinárias mais frequentemente e, que podem prejudicar de certa forma o bebé...”*. (EP3)

*“... há um certo medo de fazer mal ao bebé, está a perceber?”* (EP5)

*“... e depois também para ele que já pensava que aleijava o bebé, ... não aleijava, não é? Mas é sempre aquela sensação de que pode aleijar o bebé e era o aleijar-me a mim também.”* (EP12)

*“Fizemos menos sempre com medo de estar a prejudicar o bebé. (...). Até ao último momento a pessoa está sempre com medo «Será que faz mal ao bebé?», «Será que está bem?» ” (EP13)*

A segunda razão, medo de ter um parto prematuro, foi descrita por duas mulheres.

*“... mas no final... também os medos e receios de provocar o parto mais cedo,... ”. (EP5)*

*“... na minha situação, como tinha contracções... podia evoluir para um quadro de parto prematuro, por isso é que nós tivemos muito cuidado no fim “. (EP17)*

Relativamente à terceira razão, alterações do desejo, salientamos que cinco mulheres alegam terem tido alterações que traduziram por expressões do tipo “diminuição do apetite”, “pouca vontade”, “desconforto”, comprovando-as pelas citações que se seguem:

*“... digamos que a nível sexual, eu acho que... sou sincera, a partir de um certo momento da gravidez, diminui de ambas as partes a vontade de ter relações sexuais... ”. (EP4)*

*“ [...] Para os últimos meses já não, ele já não tinha vontade e eu também não.” (EP10)*

*“ [...] Não tive relações a partir... pr’áí no... tive só no primeiro trimestre. (...). Talvez porque depois já sentia desconforto.” (EP11)*

*“...nível sexual talvez tenha havido uma alteraçãozita... o que é normal... não tínhamos tanta vontade em ter relações sexuais.” (EP13)*

*“...optei por não fazer... também porque para uma pessoa manter uma vida sexual activa, tem que ter vontade, não é? e desejo e essas coisas, e eu não sentia nada disso.” (EP15)*

Constatámos ainda que, para uma mulher, existiu algo que bloqueou a relação entre o casal, mesmo sabendo que ter relações sexuais é saudável para ambos.

*“... a gravidez aproximou-nos mais mas, a nível sexual não... teve que parar e, para o fim ainda pior ... havia constrangimento de ambas as partes.”* (EP18)

Duas entrevistadas referiram aumento do desejo sexual:

*“É assim, eu não sou muito de ... normalmente já antes de estar grávida não era muito de fazer, nem nada disso. E depois de estar grávida fiquei com mais vontade.”* (EP7)

*“ [...] Tenho muito mais desejo sexual do que se não estando grávida, ...”*  
(EP14)

Três grávidas alteraram os seus hábitos sexuais devido a complicações. Estas complicações são fundamentalmente de dois tipos: hemorragias e ameaça de parto pré-termo.

*“ [...] Só no início é que não pudemos ter relações sexuais porque eu perdia sangue e o médico tinha avisado para não fazer... «Agora não!».* (EP1)

*“... a médica disse-me para eu não ter relações sexuais, porque como tinha aquele risco, tinha aquela perda de sangue, disse para não ter.”* (EP2)

*“ [...] A nível sexual, fomos adoptando estratégias e, pronto, porque tínhamos muitas limitações, porque depois com o colo do útero curto e isso tudo não podíamos fazer grandes aventuras, ...”.* (EP9)

Apenas quatro grávidas referiram **não terem tido qualquer alteração da sua sexualidade** tentando sempre vivê-la de forma positiva.

*“Não houve alterações a esse respeito até porque eu não sou propriamente uma top model.”* (EP5)

*“Não houve assim grandes alterações (...) Mas, eu tive uma vida sexual praticamente até ao fim porque o próprio médico, como eu tinha o colo do útero muito fechado, ele dizia-me que pelo contrário até fazia bem eu fazer... ter relações sexuais porque ajudava a ver se «aquilo» desenvolvia mais.” (EP6)*

*“... há sempre essas dúvidas e a gente como tinha muita actividade nisso (risos), não queríamos parar e, não parámos porque ela (a médica) disse que não fazia mal. (...) mas fiz sempre até ao final.” (EP12)*

*“É assim, no que respeita a mim, à minha experiência pessoal, não tive alterações nenhuma até ao fim.” (EP16)*

A análise efectuada a este tema permite-nos concluir que com a notícia da chegada de um bebé, a mulher grávida inicia um processo de mudança onde estão implicadas alterações a vários níveis. No nosso estudo, as entrevistadas manifestaram, na sua grande maioria, uma aceitação natural às alterações físicas e emocionais, sendo que as mudanças no aspecto físico se deveram às principais adaptações que o corpo materno sofre com o desenvolvimento do feto, e em relação às quais as puérperas salientaram os enjoos, náuseas, azia, aumento peso, sono, cansaço/fadiga, fome, aumento volume mamário e desconforto/dor. No âmbito das alterações emocionais, na nossa investigação, dada a superficialidade dos discursos obtidos, não nos foi possível explorar este domínio contudo, e tendo por base as entrevistas e os dados obtidos, através da observação, durante a realização das mesmas, podemos afirmar que a labilidade emocional foi o sentimento que predominou, para grande parte das entrevistadas, durante a gravidez. A irritabilidade e perturbações de humor foram, também, pontualmente referidas.

Para além destas alterações, a vinda de um filho pode afectar o relacionamento conjugal. Há casais que aceitam a gravidez de uma forma natural e simples e cuja relação se fortalece. Outros – mesmo casais muito próximos – vivem maus momentos e a gravidez pode agravá-los mais do que habitualmente.

De um modo geral, as participantes estudadas descrevem uma maior proximidade/união com o seu companheiro aquando da gravidez. O fortalecimento do vínculo conjugal, mais afecto, atenção/apoio e compreensão foram também experienciados pelas entrevistadas. Importa ainda sublinhar que no presente estudo seis das dezoito entrevistadas não sentiram qualquer efeito da gravidez no seu relacionamento conjugal, quer uma aproximação quer um afastamento, o que indica um desvio dos parâmetros que se consideram normais nestas situações.

Podemos ainda concluir que as relações sexuais durante a gravidez são ainda uma espécie de tabu e trazem insegurança para muitos casais. Se algumas mulheres se sentem seguras para manter a frequência e a intensidade das relações, outras, porém, repudiam esta ideia. Esta situação poderá ajudar a explicar que catorze participantes tenham mencionado alterações da sexualidade durante a gestação. Enquanto que, apenas quatro mulheres afirmam ter vivenciado a sexualidade durante a gravidez como habitualmente o faziam quando ainda não estavam grávidas.

#### 2.4. VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ

Da análise que fizemos até ao momento, ficámos a conhecer as principais alterações produzidas pela gravidez nas participantes da nossa investigação. Para além das óbvias alterações fisiológicas, foram-nos relatadas alterações emocionais, alterações no relacionamento conjugal e alterações da sexualidade.

São as alterações fisiológicas e emocionais ao longo da gravidez que influenciam mais significativamente a globalidade das respostas sexuais da mulher. Todavia a disposição sexual e o modo como o casal expressa a sua sexualidade são altamente individuais, produzidas num contexto de crenças e valores culturais, societários e religiosos (Rynerson, B.& Lowdermilk, D., 1996).

Na análise e discussão do tema identificado “*vivência da sexualidade durante a gravidez*” emergiram três categorias:

- 1) Alterações da sexualidade vividas ao longo dos três trimestres de gravidez;
- 2) Sentimentos experimentados no domínio sexual;
- 3) Diálogo conjugal acerca deste assunto.

A partir da análise destas categorias vamos tentar conhecer como foi vivenciada a sexualidade na gravidez. As alterações e variações ao longo dos três trimestres de gravidez, os sentimentos envolvidos e o diálogo, se é que houve diálogo no casal sobre esta matéria, interessam-nos particularmente.

Por conseguinte, o nosso objectivo não é identificar um padrão mas sim, apreciar e reflectir sobre os vários discursos obtidos neste assunto. Vamos sim, tentar alcançar a experiência íntima da vivência da sexualidade na gravidez, de cada uma mulheres entrevistadas.

#### **2.4.1. Alterações vividas ao longo dos três trimestres de gravidez**

Considerando os factores biológicos e emocionais relacionados com a sexualidade durante a gravidez, é de esperar uma diminuição da actividade sexual no primeiro trimestre, uma intensificação no segundo trimestre, e no terceiro trimestre novamente um decréscimo. Contudo, os resultados dos vários estudos que se têm realizado sobre esta problemática, nem sempre coincidindo, chamam a atenção de que não há um padrão único de vivenciar a sexualidade na gravidez.

Da análise das entrevistas definimos cinco sub-categorias para discussão, nesta primeira categoria:

**Tabela 11 – Alterações vividas ao longo dos três trimestres de gravidez**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Desejo sexual	12/18
Frequência	14/18
Satisfação sexual	6/18
Iniciativa	11/18
Outras experiências (sexo oral, sexo anal, masturbação)	14/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

### **Desejo sexual**

A maior parte dos autores são unânimes quando afirmam que o desejo sexual da grávida diminui. No entanto, ao longo da gravidez podem surgir variações interessantes do desejo sexual. Na nossa investigação três mulheres revelam até ter sentido um aumento do desejo sexual durante a gravidez:

*“ [...] E depois de estar grávida fiquei com mais vontade.”* (EP7)

*“... para o fim, que era supostamente quando ainda é mais desconfortável por causa da barriga, foi quando senti mais vontade... e melhor adaptação um ao outro, pronto.”* (EP9)

*“... eu durante a gravidez tenho mais apetite, mais desejo sexual do que não estando grávida. Que ainda não percebi bem porquê.”* (EP14)

Na verdade, a actividade sexual pode representar uma maior fonte de prazer, para a mulher, quando sabe que está grávida, pois já não há risco de engravidar e pode ser mais fácil entregar-se aos seus sentimentos. Contudo, não podemos afirmar que foi esta a razão que originou um aumento do apetite sexual nas entrevistadas citadas pois, elas próprias, quando o verbalizavam, manifestavam algum desconforto e incompreensão para explicar este facto.

Outras entrevistadas, admitiram ausência de variações a este nível – seis das dezoito mulheres referiram que durante a gravidez mantiveram desejo sexual semelhante ao que tinham antes de engravidarem. Estes resultados vão ao encontro das conclusões obtidas por Silva citado por Canella, P. (2000), em que na sequência de um estudo acerca da sexualidade do casal grávido, apurou que o desejo sexual se mantém, tanto na grávida como no companheiro. Seguem-se alguns excertos dos seus relatos:

*“ [...] O desejo e a vontade mantiveram-se ao longo da minha gravidez...o prazer também foi sempre o mesmo. Não senti qualquer desconforto... também sempre tivemos a vontade juntos... é incrível! Não era vontade só de um, “Ah! Eu quero...não”. Sempre foi dos dois.” (EP1)*

*“ [...] Sempre houve desejo e vontade.” (EP2)*

*“ [...] O desejo e a vontade mantiveram-se a par com a frequência. E em termos de prazer também posso dizer que sim.” (EP4)*

*“ [...] Nunca perdi o desejo de ter...” (EP6)*

*“A vontade de fazer foi sempre a mesma... é assim, tive mais vontade de fazer ao final.” (EP12)*

*“É assim, a mim manteve-se (desejo sexual)... e a ele também... tá sempre disposto.” (EP17)*

Os estudos de Perkins, R. (1982) e Solberg, D. *et al.* indicam que, embora algumas mulheres não observem alterações em termos de desejo sexual durante a gravidez, muitas outras referem uma diminuição no segundo trimestre relativamente ao primeiro.

Olds, S., London, M. & Ladwing, P. (1987), à semelhança de grande parte dos estudos, afirmam que durante o primeiro trimestre muitas mulheres experimentam uma diminuição do desejo sexual, provavelmente relacionada com os desconfortos característicos deste trimestre, tais como a fadiga, as náuseas, os vômitos e o sono.

Apenas uma entrevistada referiu este tipo de situações. Ela explicou o seguinte:

“... também é assim, não foi propriamente uma diminuição (do desejo sexual) por menos vontade, foi porque eu também passei a adormecer mais cedo, durante a semana muito mais cedo e chegamos a casa muito tarde, os dois do trabalho, muito tarde e, portanto resta sempre mais o fim-de-semana e portanto, há outra disposição que durante a semana... aí sim, isto tudo por casualidades do dia-a-dia, e não por alguma ideia fixa ou por algum medo.” (EP5)

Provavelmente a melhor etapa para a actividade sexual durante a gravidez seja o segundo trimestre. Já desapareceram a fadiga excessiva, as náuseas e os vômitos, e devido ao aumento da congestão vascular da região pélvica a mulher pode experimentar uma maior satisfação sexual, esta pode inclusive ser maior que a experimentada antes da gravidez. O interesse pelo coito pode começar a diminuir de novo ao aproximar-se do terceiro trimestre, altura em, que o volume abdominal é cada vez maior.

Master W. & Johnson; V. (1966) relataram um aumento do desejo sexual durante o primeiro trimestre e uma diminuição no terceiro trimestre. Outros investigadores relataram que as mulheres não referem alterações ou não experimentam uma ligeira diminuição do desejo (Kenny, J., 1973; Perkins, R., 1982; Solberg, D. *et al.*, 1973) e da excitação ao longo da gravidez (Oruç, S. *et al.*, 1999). Bogren, L. (1991) relatou que, durante o primeiro e segundo trimestres, quase metade das mulheres experimentaram uma diminuição do desejo.

Um estudo realizado por Portelinha, C. (2003) evidencia uma diminuição progressiva do desejo sexual das mulheres do primeiro trimestre para as do terceiro trimestre. De acordo com outros estudos (Perdiz, C. *et al.*, 1998; White, S. & Reamy, K., 1982), no primeiro trimestre, geralmente, o desejo e a actividade sexual não se modificam de forma importante durante a gravidez, são variáveis no segundo e decrescem no terceiro trimestre.

Sem conseguirem caracterizar objectivamente as variações do desejo sexual vivenciadas ao longo dos três trimestres, duas participantes mencionaram uma diminuição do desejo sexual durante a gestação. De seguida apresentamos os seus relatos:

“ [...] Acho que o desejo e a vontade de fazer também já não eram os mesmos, acho que houve uma quebra nessa parte... principalmente no terceiro trimestre de gravidez.” (EP13)

“... desejo e essas coisas, e eu não sentia nada disso. O desejo e a vontade diminuíram muito durante toda a gravidez.” (EP15)

### **Frequência do relacionamento sexual**

Durante a gravidez, a frequência das relações sexuais tende a seguir a mesma tendência que o desejo sexual. Os primeiros estudos efectuados centraram-se na frequência de relações nos três trimestres de gestação e as possíveis causas destas variações (Masters, W. & Johnson, V., 1966; Falicov, C., 1973; Solberg, D. *et al.*, 1973; Tolor, A. & Degrazia, P., 1976).

Tendo como referência algumas revisões de trabalhos científicos sobre esta temática e, de uma maneira geral “*a frequência do coito diminui no primeiro trimestre, mantém-se no segundo e diminui de novo no terceiro trimestre*”, (Tedesco, J., 1999: 250). O autor citado acrescenta que pouco mais de metade das grávidas mantêm relacionamento sexual duas a três vezes por semana até ao início do terceiro trimestre, e que mais de metade das grávidas abstêm-se três a seis semanas antes do parto, devido à perda do desejo sexual.

Do mesmo modo, Vittiglio citado por Canella, P. (2000) apurou que a frequência das relações sexuais diminui ao longo da gravidez, chegando a verificar-se abstinência sexual no final do terceiro trimestre.

Das dezoito puérperas entrevistadas, e de forma global, seis assumiram uma diminuição da frequência coital com a evolução da gravidez. No entanto, registaram-se variações significativas no que respeita à frequência quando comparados os três trimestres de gestação no grupo das seis participantes referidas. A tónica é, de facto, a de que, durante a gravidez, a frequência das relações sexuais diminui, com algumas variações de trimestre para trimestre. Assim, EP4 sublinha um aumento da frequência no primeiro trimestre, registando-se uma diminuição a partir do segundo, enquanto que EP5 assinala desde logo uma diminuição da frequência no primeiro trimestre e, mais

significativa no segundo e terceiro trimestres. EP7 e EP16 salientam uma diminuição no terceiro trimestre e EP10 e EP17 relatam uma diminuição progressiva da frequência coital com o decurso da gravidez. Atentemos aos seus relatos como exprimiram as nossas entrevistadas esta questão:

*“ [...] No primeiro trimestre até aumentou a frequência. No segundo as coisas mantiveram-se normais e a partir do segundo é que a «coisa» diminuiu. Há um aumento no primeiro trimestre e depois torna-se regular, vá... depois, diminui no último.” (EP4)*

*“ [...] Se calhar no primeiro trimestre tive mais cuidado em termos de relacionamento sexual, a frequência diminuiu, mas também se calhar foi mais no segundo e terceiro do que no primeiro.” (EP5)*

*“ [...] Talvez no segundo trimestre a frequência manteve-se. No terceiro como eu já estava mais cansada, diminuiu mas também não parei, porque também, tinha mais desejo só que também tinha mais cansaço, tinha a barriga muito grande.” (EP7)*

*“Quanto à frequência foi diminuindo à medida que avançávamos na gestação.” (EP10)*

*“ [...] É assim, no primeiro diminuiu um bocadinho. (...). No terceiro trimestre a frequência também diminuiu um pouco porque também já era um bocado incómodo, não é?!” (EP16)*

*“... a frequência é que baixou um bocadinho, ao longo dos três trimestres, principalmente no último.” (EP17)*

A pesquisa efectuada por Lopes, G. (1993) teve resultados ligeiramente diferentes: verificou-se uma diminuição da frequência das relações sexuais no primeiro trimestre (tendo explicado o facto pelo interesse que a grávida apresentava pelas modificações que estavam a ocorrer no seu corpo); no segundo trimestre a frequência coital aumentou, chegando a ser maior do que a existente antes da gravidez; no terceiro

trimestre ocorreria nova diminuição devido, fundamentalmente, ao tamanho do abdómen.

Os resultados obtidos por Tedesco J. (1999: 250), foram semelhantes aos de Lopes, G.

Num estudo realizado por Trindade, L. (1987), este concluiu que durante uma gravidez desejada e emocionalmente bem aceite, as mulheres mantinham uma actividade sexual semelhante aos níveis antes da gravidez, até praticamente ao fim do terceiro trimestre. A partir do oitavo mês havia uma diminuição mais ou menos marcada e justificada pela perda de interesse sexual e desconforto físico durante a relação sexual. As narrativas que se seguem ilustram, de alguma forma, esta perspectiva

*“ No primeiro trimestre estivemos um tempo que não podíamos fazer, ter relações porque, ... andei a pôr ... uns comprimidos, (...) E pronto, no segundo e terceiro trimestres foi normal.” (EP6)*

*“Fazíamos muitas vezes...” (EP12)*

*“... nesta gravidez, manteve-se sempre o mesmo ritmo, indiferentemente de ser o primeiro, segundo ou terceiro trimestre, ... foi sempre o mesmo.” (EP14)*

*“ [...] No primeiro trimestre tive uma vida sexual normal. Depois no segundo parei completamente (por recomendação médica). E agora foi a partir das 36 semanas que retomei a vida sexual, mas com muito medo e com menos frequência.” (EP2)*

Uma vez que múltiplos factores de carácter subjectivo e pessoal parecem estar envolvidos nesta problemática, cada caso pode apresentar características específicas e até mesmo surpreendentes. Por exemplo EP9 confessa que:

*“Relativamente à frequência foi aumentando ao longo da gravidez, ...” (EP9)*

Na nossa investigação obtivemos ainda três relatos em que as mulheres assumem ter tomado a decisão de suspender o envolvimento sexual durante a gravidez:

*“Por opção não tive relacionamento sexual no segundo e terceiro trimestres...”*  
(EP11)

*“... mas, eu por exemplo a minha vida sexual na gravidez..., optei por não fazer...”* (EP15)

*“... a nível sexual não... teve que parar e, para o fim ainda pior.”* (EP18)

### **Satisfação sexual**

Relativamente à satisfação sexual vamos também encontrar opiniões e resultados científicos divergentes.

Portelinha, C. (2003) numa investigação sobre sexualidade na gravidez, obteve resultados que evidenciam um padrão “médio” caracterizado por um decréscimo gradual da libido, da frequência coital e da satisfação sexual ao longo de toda a gravidez e com, maior declive entre o segundo e terceiro trimestres. Estes resultados coincidem com outros estudos efectuados anteriormente em Portugal, nomeadamente: Sousa, M. *et al.*, 1982 e Trindade, L., 1987.

Outros trabalhos, todavia, obtiveram resultados em que sobressaem algumas divergências. Masters, W. & Johnson, V. (1966) registaram um aumento do desejo, da frequência e da satisfação sexual em cerca de 80% das grávidas do segundo trimestre.

Num estudo realizado por Ryding, E. (1984) concluiu-se que o orgasmo ocorre com menor frequência durante a gravidez. No entanto, no mesmo estudo apurou-se que 40% das mulheres experimentaram o orgasmo pela primeira vez e que algumas grávidas vivenciaram orgasmos múltiplos.

Mais uma vez confrontamo-nos com a dificuldade de posicionarmos os nossos resultados com os estudos precedentes nesta matéria. Das dezoito mulheres entrevistadas apenas seis se referiram a este indicador. Das seis, três assumiram um aumento da satisfação sexual durante a gravidez, sem precisarem que tal se devesse a uma maior capacidade orgástica, embora, tal se depreendesse dos seus relatos:

*“ [...] Tinha um pouco mais de prazer, um bocadinho mais.”* (EP7)

“ [...] Mas, eu até acho que em termos de prazer foi melhor, talvez, acho que sim.” (EP11)

“...atinge-se o clímax muito mais facilmente, do que sem estar grávida, talvez porque há maior desejo, não sei.” (EP14)

Outras três entrevistadas não vivenciaram variações na satisfação sexual. Referiram o seguinte:

“... o prazer também se manteve,...” (EP2)

“... eu tinha o prazer na mesma, o normal...” (EP12)

“... a satisfação era igual apesar de eu me sentir mais cansada...” (EP18)

Torna-se importante assinalar que, talvez por alguma inibição e desconforto na abordagem do tema, a grande maioria das entrevistadas, doze, escusaram-se a fazer qualquer comentário ou observação à sua satisfação sexual durante a gravidez. De facto, foi a sub-categoria onde registámos menor número de referências, apenas seis em dezoito possíveis. De uma forma geral, constatamos que, em relação às outras sub-categorias obtivemos vários relatos e, nesta especificamente, possivelmente por se tratar de uma questão muito íntima, nota-se uma diminuição significativa nos discursos das participantes.

### **Iniciativa**

Ao contrário do que esperávamos, e contrariando a tendência de outros estudos que evidenciam que a iniciativa em relação à prática sexual é predominantemente masculina, independentemente da mulher estar ou não grávida (Lazar, M.C.S., 2002), na nossa investigação verificamos que iniciativa do envolvimento sexual durante a gestação, foi na grande maioria tomada pelos dois elementos do casal. Em dezoito entrevistadas, onze referiram-se a esta sub-categoria, sendo que dos onze relatos, oito indicam claramente uma decisão a dois no envolvimento sexual. Vejamos as narrativas seguintes que ilustram o que acabamos de dizer:

“ [...] Quando podíamos os dois tomávamos a iniciativa.” (EP2)

“ [...] A iniciativa partia dos dois.” (EP5)

“ [...] Os dois tomávamos a iniciativa do relacionamento sexual, só que se eu não quisesse, ele não insistia, não havia mesmo insistência da parte dele.” (EP7)

“ [...] A iniciativa desse contacto era de ambos.” (EP8)

“A uma certa altura éramos os dois que tomávamos a iniciativa... porque ao princípio se calhar era mais ele.” (EP9)

“Normalmente ó começava eu ó começava ele, ...” (EP12)

“... a iniciativa era dos dois.” (EP13)

“Ah! isso tanto um como o outro tomávamos a iniciativa.” (EP14)

Apenas três entrevistadas revelam que a iniciativa da prática sexual era tomada predominantemente pelo companheiro. Seguem-se os seus relatos:

“ [...] Normalmente é mais ele que toma a iniciativa. Eu sou assim muito envergonhada para essas coisas. Normalmente é mais ele. Ele toma tantas vezes a iniciativa, portanto... não é preciso tomar eu!” (EP4)

“ [...] Era sempre mais ele que tomava a iniciativa.” (EP16)

“... se calhar era mais ele que tomava a iniciativa... sempre foi assim... já antes era assim.” (EP17)

### **Outras experiências**

Práticas sexuais alternativas ao coito vaginal foram tema de vários estudos, como resultado das mudanças físicas que dificultam a penetração vaginal, ou opção para casais cujo coito vaginal foi contra-indicado por motivos de ordem clínica ou obstétrica. Barclay, L. *et al.* (1994) encontraram 76% de sexo oral durante a gestação, tanto *felatio* 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, J. *et al.*, 1991; Foster, C. *et al.*, 1994; Haines, *et al.*, 1996).

Quanto à masturbação durante a gestação, a sua frequência é controversa. Durante a gravidez, 8% a 31% das mulheres masturbam-se, enquanto que no período de três a seis meses 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. Num terço dos casais, só o homem é estimulado sexualmente (masturbação) (Solberg, D. *et al.*, 1973; Holtzman, L., 1976; Perkins, R., 1979; Alder, E. *et al.*, 1986; Hyder, J. *et al.*, 1996).

Neste estudo não encontramos um aumento significativo das práticas sexuais variantes para a obtenção do prazer. No entanto, em dezoito discursos, catorze fazem referência a esta sub-categoria, sendo de destacar três relatos onde é notória uma tentativa do casal em experienciar novas posições sexuais para satisfação sexual. O que, aliás, seria de esperar pois, enquanto que no primeiro trimestre a sensibilidade das mamas pode impedir uma pressão directa sobre elas, no terceiro trimestre o útero excessivamente aumentado impossibilita a posição tradicional onde o parceiro permanece por cima o que obriga o casal a tentar outras posições facilitem o acto sexual.

*“Sempre que queríamos inovar parecíamos dois atoleados... a gente começava a inventar! Variávamos porque tinha que ser... a barriga a isso obrigava.”* (EP1)

*“... novas posições para facilitar e para agradar aos dois.”* (EP9)

*“... houve novidades... havia posições que eu não fazia e comecei a fazer.”* (EP12)

A este respeito, alguns autores referem, no entanto, que alguns casais mostram grande relutância quanto à experimentação de novas posições o que, associado ao desconforto das posições mais clássicas, os conduz a optar por limitar os contactos

sexuais. Os exemplos seguintes ilustram, de alguma forma, a situação acabada de descrever:

*“ [...] Nem no início tivemos um contacto muito íntimo. E no final, também não. Por opção e iniciativa dos dois... sem ninguém ficar ofendido com ninguém. Passámos a focar a nossa atenção no nosso objectivo que era ter um filho.”*  
(EP3)

*“... foi um período, em que não fizemos coisas diferentes, e então no último trimestre...”* (EP10)

*“Isso foi um bocado monótono e, então, no final, fartava-se de dizer «ah, isto agora é sempre a mesma coisa, vira o disco e toca o mesmo». No final a pessoa já não pode utilizar tantas posições e então tinha que ser mesmo o mais básico.”*  
(EP17)

Uma das modificações que é esperada na sexualidade durante a gravidez, tendo em conta os estudos efectuados neste domínio, é a substituição do coito pela estimulação manual ou oral. Das catorze referências à sub-categoria em análise apenas uma entrevistada assumiu, sub-repticiamente, é certo, a prática da masturbação mútua para a obtenção de prazer.

*“Mas fizemos... quer dizer...tentamos substituir. A nível sexual... fazia-lhe coisas a ele... (risos). Porque nós somos novos e precisávamos de fazer alguma coisa... não é por mal... eu dizia-lhe «tu gostas de teres os teus orgasmos e eu gosto de ter os meus e, não vamos modificar isso». Se não pode haver penetração, e isso era mais pelo esperma, pelo aquilo que me apercebi, pelo que eu li, ...”* (EP17)

Não deixa de ser interessante verificar que, de uma maneira geral, parece-nos que as nossas entrevistadas aceitaram bem as alterações da sexualidade inerentes ao estado de gravidez, focando a sua atenção para “outro tipo de sexualidade”, como referem, igualmente satisfatória e gratificante, tão ou mais importante que o acto sexual em si mesmo.

Nos relatos seguintes podemos observar os aspectos salientados pelas participantes, como sendo aqueles a que efectivamente atribuem importância no relacionamento íntimo com o companheiro:

*“ ... mas dormíamos sempre juntos (...) Sim, nós tínhamos que aprender as formas de fazer, para não magoar nem pôr em risco o bebé. A vontade era sempre dos dois... para não deixar morrer o amor e o sexo... a gravidez não é doença. E não é nenhum tabu. Se não possível ter corpo a corpo, há outras formas... beijinhos, abraçinhos, ... tive sempre relações sexuais... até quando não dava para ter.” (EP1)*

*“... é assim, relações sexuais há muita variedade de relações sexuais, não é só o acto sexual em si, há carícias, há mimos, há... Mantivemos sempre as mesmas brincadeiras.” (EP2)*

*“... há muitas formas de acarinhar sem ter uma relação mais profunda, pronto, mais íntima. Por isso, sempre estivemos felizes e contentes. E isso, acho que é o mais importante.” (EP3)*

*“... não tivemos necessidade de experimentar novas posições, era só mesmo à base de carinho, essas coisas assim...” (EP7)*

*“ [...] Depois, a sexualidade quanto a mim não é, ... é importante na medida em que faz bem à saúde, faz bem à mente e ao corpo, sem dúvida, mas não é importante. O que é importante é uma dose elevada de carinho e compreensão. Porque uma relação não se pode basear só e apenas na parte da sexualidade. (...) Portanto, o carinho, o afecto, a compreensão, a cumplicidade estão patentes numa relação e quando existe uma gravidez eu acho que isso é fundamental. Não o acto em si, ...” (EP8)*

*“... mas, havia sempre outro tipo de intimidades, era mais o carinho, os abraços e muita compreensão.” (EP11)*

*“Mas, também, há sempre um outro tipo de sexualidade, ... às vezes basta tomar banho juntos para os laços se manterem, não é preciso, ... não houve nada que já não tivéssemos feito ou, tivéssemos feito de forma diferente, ...” (EP18)*

Da leitura destas narrativas destacamos a necessidade da grávida em manter uma sexualidade baseada no carinho, compreensão e afecto, que não passa, claramente, pela relação sexual (relação coital).

#### 2.4.2. Sentimentos experimentados no domínio sexual

Ao longo da análise que temos vindo a fazer nesta investigação, foi nossa preocupação explorar os sentimentos vivenciados pelas entrevistadas. Até ao momento, tivemos oportunidade de observar os sentimentos experienciados com a notícia de gravidez e com a evolução da mesma. Chegados ao campo sexual, consideramos inevitável a abordagem dos sentimentos vividos neste domínio. O que sentiram as mulheres grávidas aquando do envolvimento sexual? E, os companheiros? Foram estas questões que nos conduziram na definição de três sub-categorias para a categoria agora em análise. Vejamos a tabela 11:

**Tabela 12 – Sentimentos experimentados no domínio sexual**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Dor/Desconforto	6/18
Ansiedade	5/18
Medo/Receio	4/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Os sentimentos de **dor/desconforto** foram os que predominaram quando convidávamos as puérperas a exprimirem o que sentiam aquando do acto sexual durante a gravidez. Sentimento que, aliás, é muitas vezes referenciado na revisão bibliográfica sobre esta temática, uma vez que está directamente relacionada com as alterações bio-psico-fisiológicas inerentes à gravidez. Seis entrevistadas em dezoito referiram-no.

Seguem-se algumas narrativas que explicam a origem da dor/desconforto, das nossas participantes durante a gestação e que, nos atrever-nos-íamos a arriscar que o volume da barriga foi a causa de desconforto na maior parte dos relatos obtidos.

*“ [...] No entanto, também, às vezes, sentia algum desconforto, da minha parte, mas no final... também os medos e receios de provocar o parto mais cedo, e mesmo eu, sentia-me pouco à vontade no final.”* (EP4)

*“ [...] Agora no fim tinha muito desconforto já, não é?”* (EP6)

*“... mas, desconforto algum, não é?”* (EP9)

*“E, sentia mesmo desconforto, não era dor...”* (EP10)

*“... sentia já mais aquele desconforto, aquela sensação às vezes de me magoar,...”* (EP12)

*“... já começava a sentir desconforto... ao fim já me sentia um bocado desconfortável.”* (EP16)

A **ansiedade** foi mencionada por cinco entrevistadas. Afirmaram que:

*“ [...] Havia sempre muita ansiedade de ambas partes.”* (EP1)

*“...porque eu sou uma pessoa muito ansiosa e, pronto, tinha uma ansiedade muito grande...”* (EP6)

*“Mas, havia alguma ansiedade.”* (EP9)

*“Claro que tivemos sempre algum receio e alguma ansiedade.”* (EP10)

*“... havia constrangimento de ambas as partes, acho eu, ... foi um período de grande ansiedade.”* (EP18)

O **medo** também foi expresso por quatro puérperas, que explicaram o seguinte:

*“Ele tinha medo... no final quem ficava com medo era ele. Eu provocava-o e ele ficava com medo.”* (EP1)

“... a médica aí já disse p’ra gente ter (relações sexuais) ... e ele tinha receio”.  
(EP2)

“ [...] Estávamos os dois, um bocadinho ansiosos... às vezes ele evitava, ficava com medo, só que... eu também tentava dizer-lhe para ele não se preocupar, porque de toda a maneira se eu sentisse alguma coisa eu dizia-lhe... ele também evitava um bocadinho.” (EP7)

Importa salientar, a título de curiosidade e porque também não passa despercebido que, o medo é um sentimento que as entrevistadas atribuem aos seus companheiros, ou seja, na perspectiva delas, não são elas ou ambos que têm medo mas sim, só o companheiro manifesta este sentimento. Se entrevistássemos os companheiros será que estes admitiriam algum receio ou medo no acto sexual durante a gestação? Cremos que poderíamos chegar a conclusões interessantes. Aproveitamos pois para lançar este desafio a futuros trabalhos que abordem este assunto.

### 2.4.3. Diálogo conjugal acerca deste assunto

A capacidade de se entregar com felicidade à actividade sexual não acontece num vazio, mas depende do equilíbrio existente na vida do casal. A gravidez surge num determinado momento do processo de comunicação entre o homem e a mulher, de forma que a harmonia e a vivência gratificante da sexualidade, também nesta fase, é consequência de um relacionamento de muito cuidado e comunicação entre ambos (Colman, L. & Colman, A., 1994). Deste modo, definimos duas sub-categorias na análise desta categoria e que, podemos ver descritas na tabela que se segue:

**Tabela 13 – Diálogo conjugal acerca deste assunto**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Casal dialogou sobre este assunto	13/18
Não houve diálogo no casal sobre este assunto	2/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Na nossa investigação verificámos que de dezoito entrevistadas, treze, portanto, um número significativo, declararam que **a questão da sexualidade foi sempre conversada no seio do casal**. Algumas, inclusive, salientam a abertura que sempre existiu no casal para a discussão da sua sexualidade o que, demonstra uma mudança de atitude e postura no casal moderno pois, em Portugal, há uns anos atrás, podíamos considerar que a sexualidade era entendida como um tabu e, atrever-nos-íamos a afirmar, que seriam poucos os casais que conversariam com à-vontade sobre esta questão. Apresentamos de seguida algumas narrativas que descrevem o que acabámos de explicar:

*“Desde que comecei a tentar engravidar sempre conversámos. Manteve-se sempre um namoro... não podemos deixar morrer o enamoramento... não vamos dizer que todos os dias são dias maravilhosos!”* (EP1)

*“ [...] E falava abertamente com o meu marido sobre isto. E ele também fala. Não há nenhuma espécie de tabu sobre isso. Falamos abertamente.”* (EP2)

*“ [...] Nós falávamos disto. A rir a rir íamos dizendo as coisas.”* (EP4)

*“Falávamos e ele sempre...”* (EP6)

*“Sim, conversávamos.”* (EP7)

*“Sim conversámos às vezes. Temos uma relação muito aberta.”* (EP8)

*“Costumamos falar abertamente sobre tudo e sobre essas coisas também. Mas foi sempre mais para o fim... tanto que para o fim até já era mais ... a conversa era mais na «descontra» e na brincadeira.”* (EP9)

*“Sim, em tudo a gente fala abertamente... não há nada para esconder.”* (EP12)

*“Não muito. Mas sim, às vezes falávamos quando calhava. Falávamos sobre isso e, pronto, achávamos que não devíamos fazer com tanta regularidade porque poderia prejudicar o bebé.”* (EP13)

“ [...] Falamos abertamente sobre estes assuntos, não há tabus nenhuns!”  
(EP14)

“Sim conversávamos, mas nunca houve qualquer problema por causa disso.”  
(EP15)

“Sim, conversávamos muito e, ele perguntava-me sempre antes de termos se ... pronto, se eu estava com disposição para isso e se me sentia bem, e nunca tive problemas nenhuns.” (EP16)

“Sim. Falámos muito. Eu acho que é... a nossa relação é um bocado à base do companheirismo e falamos muito sobre isso...” (EP17)

Duas participantes confessaram **ausência de diálogo sobre este assunto** durante o período gravídico, o que, demonstra as dificuldades de comunicação no casal que, nalguns casos resultam em conflitos conjugais. Seguem-se os seus relatos:

“ [...] Ele achava que eu não estava bem e também por isso não demonstrava que queria fazer...e eu igual... foi mútuo, por isso, nem sequer falámos... nunca houve uma conversa sobre isso.” (EP10)

“É um bocado complicado falar... tivemos de arranjar um meio-termo, isto é, comunicar sem palavras...” (EP18)

Sintetizando, podemos afirmar que a análise e reflexão que tivemos oportunidade de fazer em torno dos discursos das entrevistadas sobre a vivência da sexualidade na gravidez, reveste-se de uma subjectividade tal que inviabiliza qualquer tentativa de encontrar um padrão típico no que respeita à vivência da sexualidade na gravidez.

De facto, em relação a todos os indicadores/sub-categorias estudados (as) – *desejo sexual; frequência; satisfação sexual; iniciativa e outras experiências sexuais* – e considerando qualquer um dos trimestres, algumas mulheres que entrevistámos manifestam um padrão de desejo elevado e de satisfação com a resposta sexual, o que

contraria a tendência que se verifica na maior parte dos estudos que se debruçam sobre esta matéria de que há um declínio da sexualidade no casal que espera um filho.

A análise dos dados referentes à avaliação retrospectiva feita pelas participantes do nosso estudo, comparando os três trimestres de gestação, faz realçar variações importantes existentes entre as mulheres. Desta avaliação sobressai que para a maioria das entrevistadas o desejo sexual se manteve ao longo da gestação enquanto que a frequência sofreu uma diminuição com a evolução da gravidez. Globalmente as entrevistadas referem terem mantido os mesmos níveis de satisfação sexual que tinham antes de estarem grávidas. Uma minoria refere inclusivamente aumento de satisfação sexual durante a gravidez. Quanto à iniciativa para a prática sexual, grande parte das entrevistadas referiu que a mesma partia da decisão dos dois elementos do casal. Importa ainda salientar, neste domínio, a quase ausência de referências a outras práticas sexuais por parte das participantes no nosso estudo, quando muitas investigações revelam que outras práticas sexuais (sexo oral, anal e masturbação) são recorrentes no período gravídico. Esta situação pode indiciar alguma dificuldade em adoptar alternativas mais adequadas à condição da grávida, devido, nomeadamente, à objecção do homem em aceitar uma alternativa que considere menos “masculina”, a algum outro preconceito dos elementos do casal ou a simples desconhecimento.

As constatações feitas neste domínio, levam-nos a concluir que a diversidade que se observa na vivência da sexualidade na gravidez pode dever-se ao facto de os factores biológicos e emocionais não serem os únicos determinantes do comportamento sexual durante a gravidez. Cremos que existe um conjunto de convicções e normas de origem cultural que, mesmo que inconscientemente, interferem com a experiência sexual nesta fase crítica do ponto de vista do desenvolvimento humano.

Na verdade, a sexualidade constitui um importante meio de aproximação amorosa do casal. Por isso, é importante considerar o modo cada um dos elementos do casal sente a necessidade de contacto físico e reage às solicitações do outro. Apesar de todos os esclarecimentos que possam obter, pode subsistir da parte do homem, ou da parte da mulher, como que um “medo” de ter relações sexuais nesta altura. O desconforto físico inerente às alterações físicas provocadas pela gravidez e ansiedade de que alguma coisa corra menos bem foram também sentimentos experienciados pelas

entrevistadas. Nestas situações, o diálogo aberto e a compreensão mútua são, geralmente, suficientes para manter um relacionamento sexual equilibrado. A maioria das entrevistadas declarou ter mantido um diálogo aberto sobre estes assuntos com o companheiro durante a gravidez.

## 2.5. CRENÇAS RELACIONADAS COM AS RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE A GRAVIDEZ

Pretendendo nós, com o presente estudo, analisar e reflectir em torno dos discursos sobre vivência da sexualidade na gravidez, nas mulheres entrevistadas, parece-nos ter chegado o momento de explorarmos a questão das crenças, já amplamente abordada no enquadramento teórico desta investigação.

No desenvolvimento teórico do nosso estudo, definimos “crenças” como opiniões adoptadas pelas pessoas com fé e, principalmente, numa forma convicta, sendo que a fé refere-se à atitude, provavelmente à convicção e à persistência da adesão. Também vimos que as crenças podem ser resultado de um saber social que, Laplantine, F. (1989: 278) definiu como “... *interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna, para os que ela aderem, a própria realidade*”.

Pelo exposto, e o facto de intitularmos este tema com a palavra crenças, queremos ressaltar que não nos referimos às opiniões adoptadas com fé, mas sim, a uma interpretação da realidade social, que se traduz num saber social partilhado e que, por sua vez se pode manifestar através das crenças que, consideramos serem opiniões adoptadas com persistência e aceites como verdadeiras, como sendo a realidade.

Tendo em conta a dificuldade das puérperas entrevistadas em verbalizarem as suas crenças em relação às relações sexuais durante a gravidez, não nos foi possível explorar esta questão como inicialmente havíamos pensado. Contudo, e trabalhando alguns relatos que obtivemos definimos para a análise deste tema duas categorias:

- 1) Crenças centradas na grávida;
- 2) Crenças centradas no feto.

### 2.5.1. Crenças centradas na grávida

Para a análise desta categoria e tendo por referência os relatos das nossas participantes definimos apenas três sub-categorias, enunciadas na tabela seguinte:

**Tabela 14 – Crenças centradas na grávida**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Provoca parto prematuro	3/18
Acelera o trabalho de parto	1/18
Saudável	1/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

No que respeita às crenças relacionadas com a actividade sexual durante a gravidez, centradas na grávida, a primeira noção que ressalta dos escassos relatos obtidos no âmbito do nosso estudo é de que existe um **medo de prejudicar a normal evolução da gravidez**. As crenças explicitadas assentam, essencialmente, no medo de que o acto sexual possa provocar um parto prematuro (três participantes referiram esta crença). Podemos constatá-las observando as narrativas seguintes:

*“... também os medos e receios de provocar o parto mais cedo...”* (EP4)

*“... e depois o meu excesso de peso, o peso do bebé, ... era estarmos a pôr em risco o bebé e a provocarmos um parto antes do tempo...”* (EP18)

*“Eu por acaso, li sobre isso, ... que no final, poderia provocar o parto...”*  
(EP17)

Atribuindo um **sentido mais favorável ao envolvimento sexual** durante a gravidez, uma participante refere que:

“É assim, ... para os últimos meses, quando a gente tem oito meses de gravidez, faz muito bem porque acelera o parto, como contrai o útero, que acelera o parto. E durante, diz que também faz bem para o casal. Desde que não haja nenhuma complicação.” (EP2)

Duas outras explicam que:

“ (...). As pessoas pensam que não, mas ele (o bebé) entende. As pessoas pensam que não mas o bebé entende e isso até dá mais prazer à mãe... é incrível... pensam que não, mas dá.” (EP1)

“... se a mãe está mais satisfeita que até é melhor para a gestação do que se não fizer.” (EP14)

### 2.5.2. Crenças centradas no feto

Esta categoria foi analisada após a definição de três sub-categorias, descritas na tabela que se segue:

**Tabela 15 – Crenças centradas no feto**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Prejudica o bebé	2/18
Magoa o bebé	2/18
Temor que o pénis toque no bebé	2/18
O bebé sente que a mãe está feliz	2/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

São vários os autores que mencionam que o medo por parte do casal de que as relações sexuais possam ser perigosas para o feto, provocando parto prematuro ou aborto, é uma importante razão inibidora da continuação da actividade sexual durante a gravidez (Sousa, M. *et al.*, 1982; Colman, L. & Colman, A., 1994; Rynerson, B. & Lowdermilk, D., 1969).

Apesar dos relatos obtidos neste âmbito serem bastante escassos para que os possamos desenvolver, pudemos constatar na nossa investigação isso mesmo. De facto, considerando a preocupação com o bem-estar do feto, a maioria das crenças explicitadas, de alguma forma, limitam o acto sexual.

Duas participantes referiram inibição para o acto sexual por **“receio de magoar o bebé”**. É interessante notar que esse medo/receio é na maioria das vezes atribuído ao companheiro. Atentemos aos seus relatos:

*“ (...) ele também tinha medo de magoar o bebé e também no final... Porque eu já estava muito pesada e ele ficava com receio.”* (EP1)

*“ [...] Ele (o companheiro) tinha muitos receios só que prontos... tinha medo de magoar o bebé...”* (EP7)

Outras duas entrevistadas manifestaram preocupação de que as relações sexuais pudessem **“prejudicar o bebé”**:

*“... o meu marido estava sempre com muito cuidado porque podia fazer mal ao bebé...”* (EP6)

*“ [...] Fizemos menos sempre com medo de estar a prejudicar o bebé. Pode não ser verdade.”* (EP13)

Referida também por duas participantes foi-nos contada uma outra crença que tem a ver com o **“temor que o companheiro tem em que o seu pénis toque no bebé”**:

*“ ... ao sexto mês ele (o bebé) empurrou o pai e nós começámos a rir! Foi o bebé que empurrou o pai... e a gente fartámo-nos de rir.(...). Mas nos últimos meses ele é que ficava com receio de magoar e de chegar perto do bebé”.* (EP1).

*“ [...] Eu quando lhe dizia «olha disseram-me que, ... pessoas amigas disseram-me que fazia bem agora a gente fazer, vamos experimentar?» ... «Aí não, depois ainda toco no bebé... ou acontece alguma coisa ao bebé».* (EP2)

Um outro tipo de crenças mencionadas favoráveis à actividade sexual assenta na convicção de que o feto, de alguma forma, partilha as emoções e os sentimentos dos pais. A título de exemplos podemos apresentar as seguintes narrativas:

“ (...) *as crianças nasceriam mais felizes... porque elas sentem...*” (EP1)

“...*olha, por um lado ainda bem porque ele sente tudo aquilo que eu sinto, e se eu sinto prazer e se eu me sinto bem, o rapaz deve vir aí todo feliz da vida, ...*” (EP9)

Estas crenças baseiam-se, provavelmente, nos resultados de algumas investigações recentes, muito divulgadas pelos meios de comunicação social e que atribuem ao feto um conjunto de aptidões sensoriais e de resposta a emoções fortes da mãe. E, nesse sentido, reforçam a ideia de que é possível uma intervenção educativa para a mudança de crenças e atitudes, contrariando ideias negativas veiculadas pela tradição.

A este respeito, Rynerson, B. & Lowdermilk, D. (1996) referem que todas as culturas possuem vários rituais e sanções associadas tanto à sexualidade como à gestação, as quais de alguma forma afectam as respostas sexuais da mulher.

Em jeito de conclusão podemos afirmar que estes relatos parecem contrariar a perspectiva de alguns autores, que consideram a sexualidade na gravidez como um campo onde os mitos e tabus sexuais encontram maior expressão, ao ponto de, como é convicção de Trindade, L. (1987: 53), esses mitos e tabus, com origem na mais remota antiguidade e geralmente destinados a proteger o feto, terem progressivamente criado “*um clima psicológico de «anormalidade»*” que, segundo o autor, “*se tem mantido até aos nossos dias e que as vitórias científicas destes anos não conseguiram alterar*”. Ora, os nossos resultados não confirmam esta ideia e, antes pelo contrário, revelam, da parte da maioria das mulheres, uma atitude bastante favorável à actividade sexual durante a gravidez, embora, como já referimos, se registe uma diminuição progressiva desse sentido favorável, mais acentuada no último trimestre.

## 2.6. ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

Sendo nós profissionais de saúde que, em algum momento da nossa actividade profissional participamos nas consultas de vigilância pré-natal, sentimos necessidade de escutar o que tinham as entrevistadas para nos dizerem no que respeita à informação que lhes foi dada pelos profissionais de saúde que as acompanharam na vigilância da gravidez. A discussão deste tema não é nova. Em investigações anteriores, e nacionais, este tema já foi abordado. Em 2003, Germano Couto, numa investigação sobre as representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural, concluiu que:

*“a informação oferecida às grávidas pelos profissionais de saúde é por vezes inexistente ou escassa, sendo estas situações mais notórias na cidade do que na aldeia. A «consulta» da grávida limita-se a uma avaliação de parâmetros programados, não se valorizando a grávida enquanto pessoa que necessita de esclarecimentos, de retirar dúvidas, de diminuir angústias de uma primeira vez. Quando na consulta é transmitida alguma informação, esta dirige-se para a alimentação correcta, repouso, à necessidade de exercício físico, realçando ainda que a respiração de forma controlada diminui a dor de parto”.*

(Couto, G., 2003: 119, 120)

Mais recentemente, em 2007, Fátima Martins numa investigação intitulada *“Mitos e Crenças na Gravidez – Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos dos distritos de Braga”*, ao explorar a questão da abordagem dos mitos e crenças nas consultas de vigilância pré-natal verificou que em cem das mulheres entrevistadas, apenas oito referiram que tiveram a possibilidade de falar do tema durante a gravidez essencialmente com o médico. Três mencionaram o enfermeiro como um dos elementos que proporcionou esta abordagem. E, surpreendentemente, trinta e duas entrevistadas referenciaram que ninguém falou sobre este tema. Estas constatações fazem-nos pensar em quais serão as razões que motivam esta ausência de informação dada pelos principais educadores, médicos (as) e enfermeiros (as)? Porque é dada tanta

primazia à avaliação física da grávida em detrimento dos ensinamentos, neste período tão específico que é a gravidez? São questões que nos fazem reflectir e ansiar por uma resposta que, por agora e, porque não é o objecto do nosso estudo, vamos deixar para um futuro trabalho.

Relativamente ao tema apresentado, dos discursos das entrevistadas emergiram três categorias:

- 1) Abordaram questões relacionadas com a sexualidade;
- 2) Não abordaram questões relacionadas com a sexualidade;
- 3) Importância atribuída pela grávida à abordagem deste tema.

### 2.6.1. Abordaram questões relacionadas com a sexualidade

No que concerne a esta primeira categoria, as opiniões centralizaram-se em duas sub-categorias, enunciadas na tabela seguinte:

**Tabela 16 – Abordaram questões relacionadas com a sexualidade**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Momento da abordagem	1/18
Tipo de informação	11/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Das dezoito mulheres que emitiram opinião, apenas uma se referiu ao **momento** em que lhe falaram sobre o tema:

*“Por acaso, nunca ouvi falar muito, para ser sincera. O que eu sempre ouvi dizer é que o sexo era bom na gravidez... fiz foi a preparação para o parto. E lá foi-me explicado que não havia perigo, que o poderia fazer, claro que com cuidado, e durante a gestação, mas que não havia motivo para não fazer.”*  
(EP10)

As restantes não conseguiram identificar o momento em que esta abordagem aconteceu, referindo apenas que foi no decorrer da gravidez.

Quanto ao tipo de informação que lhes foi dada e, pela análise das respostas, verificámos que quatro das dezoito que emitiram esta opinião, referiram que não lhes foi dito nada em particular quanto às relações sexuais durante a gravidez, assumindo alguma expressão o número de entrevistadas que dizem não terem ouvido nada em contrário ao acto sexual na gravidez. Para percebermos melhor como exprimiram esta questão, observemos excertos dos seus relatos:

*“Nunca ouvi dizer que não se podia fazer.”* (EP3)

*“ [...] Nunca me disseram para não fazer.”* (EP4)

*“... daquilo que ouvi dizer, nunca me disseram que não podia fazer por isto ou por aquilo ou porque podia magoar o bebé, ou uma outra coisa qualquer. ... no meu caso pessoal nunca influenciou nada. (...). Portanto, só ouvi falar de coisas positivas a esse respeito e que só favoreceriam a gestação.”* (EP14)

*“... também nunca ouvi falar nada de especial acerca deste assunto.”* (EP16)

Sete participantes aludiram a **informações que lhes foram transmitidas** por outras pessoas que não profissionais de saúde. As seguintes narrativas ilustram esta situação:

*“ Eu estava informada e sempre soube, ... que a sexualidade até ao fim da gravidez não... a menos que, a conselho médico ou por algum problema mais sério que possa haver, risco de aborto, ou assim, que não fazia mal. Ouvia dizer que fazia mal ao bebé, mas para mim são mitos. Sei que está provado cientificamente que não faz nada mal, aliás, no fim da gravidez as pessoas dizem que até ajuda a acelerar as contracções.”* (EP3)

*“ Em relação ao relacionamento sexual... disso aí sempre ouvi dizer que era bom manter uma vida sexual activa, porque era depois mais fácil na hora do parto e, (...) Nunca ouvi dizer que fizesse mal ao bebé”.*  (EP7)

“... eu nunca levei em consideração aquilo que as pessoas diziam, (...) Não posso dizer que o contacto físico com o meu marido vai fazer mal ao bebé... sei que isso é um mito.” (EP8)

“...nunca liguei muito a isso. Esses mitos não. E se ouvi não me lembro de nada em específico, ...” (EP9)

“É assim, eu tinha ouvido que não devia ter relações sexuais durante a gravidez. (...) Não valorizei essas informações só a opinião dos médicos é que contou.” (EP12)

Apenas uma participante explica que **não obteve qualquer informação**, nem dos profissionais de saúde nem das outras pessoas em geral, atribuindo grande importância à experiência de vida na aquisição de conhecimentos nesta matéria. Contou que:

“Eu não tive informação, portanto a informação é aquela que a gente adquire na vida...” (EP15)

### 2.6.2. Iniciativa de quem

Em relação às participantes que mencionaram ter havido abordagem destas questões na consulta de vigilância pré-natal, quisemos saber de quem tinha sido a iniciativa para o fazer. Desta forma, definimos para esta categoria, três sub-categorias, apresentadas na tabela 17.

**Tabela 17 – Iniciativa de quem**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Médico (a)	6/18
Enfermeira(o)	1/18
Própria	3/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Das dezoito puérperas entrevistadas seis referiram que tiveram a possibilidade de falar deste tema durante a gravidez essencialmente com o **médico**. Observemos as suas narrativas:

*“Ela (a médica) falava. A Dra. F. sempre falou disto. Mas eu também sempre perguntei tudo.” (EP1)*

*“ No início quando tive aquela pequena hemorragia o médico disse que não era muito aconselhável ter relações sexuais. (...) e eu também na altura eu também não aprofundei muito. (...). E nunca mais se voltou a falar disso, isso passou. Os médicos não falavam e eu também não falei. Era coisa resolvida comigo e com o meu marido.” (EP3)*

*“ [...] Foi sempre a médica que me falou disto. Eu não pergunto. Sou envergonhada nesse aspecto, é verdade. Eu nesse aspecto prefiro..., ela é que focava o assunto e tal.” (EP4)*

*“Nunca fiz nenhuma pergunta também muito específica. Ela (a médica) sempre disse em todas as consultas, foi sempre dizendo e nunca meteu nenhum entrave, desde que eu me sentisse bem, poderia continuar a ter uma vida sexual como tinha. Portanto ela sempre fez esse reparo desde o início e, portanto, também nunca lhe perguntei mais nada em específico.” (EP5)*

*“ [...] O médico falou-me sempre, quando podia ser e quando não podia ser, para ter... Sempre falou sobre esses assuntos. E eu também lhe cheguei a perguntar o que podia fazer e o que não podia fazer...” (EP6)*

*“ [...] O médico obstetra dizia que não havia motivos para parar de ter relações sexuais... eu própria fazia perguntas sobre estas questões.” (EP10)*

Apenas uma entrevistada mencionou a **enfermeira** como um dos elementos que proporcionou a abordagem deste assunto:

*“... esta questão foi abordada uma única vez, e, foi pela enfermeira e numa situação em que eu fiquei... porque ela disse-me exactamente que eu devia de parar porque, no fim, isto mais para o fim da gravidez, não fosse provocar o*

*parto e eu fiquei assim um bocadinho a olhar para ela, mas não disse nada. Isto foi mesmo mesmo no final. Isto deve ter sido na 30.ª semana, que eu devia ter mais cuidado na relação sexual porque poderia desencadear o parto e eu fiquei assim um bocado na dúvida, depois perguntei ao médico, o médico disse-me que não, uma vez que não tinha historial de partos pré termo, portanto, a única coisa que eu tinha tido era uma ameaça, e era pelo caso concreto de uma infecção.” (EP14)*

Outras três explicam que estes assuntos foram efectivamente conversados durante as consultas na gravidez por sua **própria iniciativa:**

*“ [...] Eu fazia questões à médica. Fui sempre eu a perguntar se podia ou não podia ter relações sexuais.” (EP2)*

*“Não, eu é que perguntava. ... eu é que levava a lista das coisas para perguntar.” (EP9)*

*“Sim, até ao princípio foi com um enfermeiro. Perguntei-lhe se fazia mal ou bem ter relações sexuais, ... na altura fui eu que perguntei. Depois um dos médicos é que me disse para fazer normal que não havia problema nenhum, que podia continuar.” (EP12)*

Uma leitura mais atenta das narrativas impõe que tenhamos em conta outros aspectos que poderão ajudar a explicar as diferentes referências dadas aos médicos e enfermeiros, relativamente à abordagem desta questão nas consultas de vigilância pré-natal. Desta forma, consideramos pertinente recordar onde foi vigiada a gravidez das nossas entrevistadas. Essa referência foi feita quando fizemos a apresentação individual de cada participante. Assim, constatamos que das dezoito gravidezes, dez foram vigiadas por médico(a) obstetra particular; três foram vigiadas simultaneamente por médico(a) particular e no Centro de Saúde, outras três foram vigiadas na M.A.C. e apenas duas foram vigiadas exclusivamente pelo médico de família no Centro de Saúde. Estes dados são fundamentais para percebermos a razão porque o enfermeiro só foi referenciado uma vez relativamente aos ensinamentos sobre a sexualidade durante a gravidez pois, a maior parte das entrevistadas fez a vigilância em obstetra particular e, nessas

situações raramente existe a colaboração de enfermagem no acompanhamento e vigilância da gravidez. No entanto, esta situação não explica nem tão pouco justifica as escassas referências ao profissional de enfermagem. Bem pelo contrário, fazem-nos reflectir sobre esta atitude profissional e ao mesmo tempo encorajam-nos a melhorar as nossas práticas e a sermos melhores profissionais.

### 2.6.3. Não abordaram questões relacionadas com a sexualidade

No que diz respeito a esta segunda categoria, foi nossa intenção identificar e compreender as razões que levaram à não abordagem deste tema durante as consultas pré-natais. Assim, e de forma natural, emergiu apenas uma sub-categoria na análise desta categoria – tabela 16.

**Tabela 18 – Não abordaram questões relacionadas com a sexualidade**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Razões	7/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

No grupo das dezoito entrevistadas, quase metade, isto é, sete mulheres afirmam que questões relacionadas com a sexualidade durante a gravidez, nunca foram abordadas pelos profissionais de saúde que as acompanharam, médicos (as) e enfermeiros (as). Quando procuramos saber as razões para tal facto, verificamos que, no caso de quatro participantes, porque os profissionais de saúde não falaram dessas questões elas também não se sentiram à-vontade para o fazerem. Essas entrevistadas disseram o seguinte:

*“Eu nunca falei sobre isso e também nunca me falaram sobre isto. Como eu vim mais para a maternidade por causa da consulta da diabetes e, foi mais aí que eu, fui seguida nunca perguntei mas também nunca ninguém me falou sobre.”*  
(EP13)

*“Fui acompanhada lá em Odivelas por uma médica particular... e ela nunca me falou disto. É assim, eu nunca tive curiosidade, e por isso também nunca perguntava nada.”* (EP15)

*“A minha gravidez foi seguida no centro de saúde de Camarate por médico e enfermeiro. E nunca me falaram sobre este assunto. (...). E eu também nunca tive grande curiosidade.”* (EP16)

*“Nunca falámos sobre este assunto... foi um assunto que nunca foi abordado (pelos profissionais de saúde) ... e eu também nunca tomei a iniciativa de perguntar. Eu achei que quando me sentisse bem o poderia fazer... por acaso não senti necessidade que me falassem sobre este assunto.”* (EP18)

Por outro lado, três participantes referiram que apesar destas questões não terem sido conversadas nas consultas, não se sentiram desiludidas porque utilizaram outras fontes de conhecimento, tais como a Internet e as suas próprias leituras para o esclarecimento de dúvidas. A seguir, podemos observar excertos das suas narrativas onde transparece confiança nas entrevistadas perante o questionamento deste tema.

*“Foi vigiada ... pela médica e enfermeira. Não, elas nunca falaram sobre isto, nunca. Eu também nunca lhes perguntei nada. Por acaso não perguntei porque eu ia lendo as coisas nos livros e nas revistas e essas coisas assim.”* (EP7)

*“Não porque eu acho que não houve necessidade... e não o fiz porque realmente eu estava devidamente esclarecida... logo não havia necessidade de abordar, não é?”* (EP8)

*“ [...] Ela (a médica obstetra) não me falou muito sobre isso eu é que pesquisei mais. Não sei porquê... nós quando íamos às consultas aquilo era tudo muito rápido era... pronto era uma consulta normal... e não falámos nada.”* (EP17)

#### 2.6.4. Importância atribuída pela grávida à abordagem deste tema

Não quisemos terminar a entrevista e, esta parte em particular, sem confrontar as entrevistadas com as seguintes questões: *Gostaria que algum profissional de saúde [médico (a) ou enfermeiro (a)] lhe tivesse dado informações sobre este assunto? Quer dizer alguma coisa que considere importante sobre este assunto?* A partir destas questões estabelecemos como categoria a “importância atribuída pela grávida à abordagem deste tema”. Trabalhando os relatos obtidos para esta questão, verificamos a necessidade de definir duas sub-categorias descritas na tabela seguinte:

**Tabela 19 – Importância atribuída pela grávida à abordagem deste tema**

<i>Sub-categorias</i>	<i>Número de referências</i>
Vivência da sexualidade com mais liberdade	2/18
Diminuição de receios/ansiedade	2/18

**Fonte:** Sub-categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Março e Maio de 2007.

Apenas quatro das dezoito puérperas entrevistadas manifestaram interesse em deixar alguma opinião sobre este assunto que, de certa forma, revela a importância que lhe atribuem. Dos quatro relatos obtidos, dois salientam que a abordagem destas questões permite uma vivência da sexualidade com mais liberdade, enquanto que os outros dois, destacam precisamente essa função de desmistificação de mitos e tabus, produtores de medos e receios que condicionam em muito a sexualidade do “casal grávido”. Ficam aqui os seus relatos:

*“Sei que há muitas pessoas ignorantes nisto...eu entendo. Há casais que se calhar se afastam nesta altura porque o tabu não deixa que se amem. (...). Levei uma vida sexual normal porque o médico dizia que sim, «porque não?» (...). Não podemos deixar morrer essa parte... porque prejudica o casal e o bebé. Porque a gente pensa que não, mas o bebé sente... o «pai lá dentro». Fortalece a ligação entre eu e ele e ele e o filho. É bom o pai chegar e fazer carícias à mãe, na barriga da mãe, e falar com o bebé... «estás a ver... o pai está a fazer carinhos à mamã... está a provocar a mamã...». Tudo tem que ser falado... Não*

*tem que haver tabus, “aí meu Deus...”. E ele (o bebê) entendia. As pessoas pensam que não, mas ele (o bebê) entende. As pessoas pensam que não mas o bebê entende e isso até dá mais prazer à mãe... é incrível... pensam que não, mas dá. Dá uma sensação que... ai realmente... ele entende (...) Eu gostaria que as pessoas entendessem que é normal... que têm que continuar a ter uma vida sexual activa, mesmo durante a gravidez. Até dois dias antes do bebê nascer se for preciso.... Como o meu parto foi cesariana eu soube que tinha que estar aqui no sábado. Eu fiz dois dias antes. Claro! Não podemos deixar morrer... as crianças nasceriam mas felizes, porque elas sentem... e percebem que o pai não se separa da mãe só porque ela está grávida.” (EP1)*

*“ Acho que sim, porque há muita falta de informação e às vezes as pessoas, pronto, é importante porque algumas vivem restringidas dos seus desejos e vontades por ignorância. Às vezes têm receios infundados...” (EP3)*

*“ [...] Foi importante terem-me esclarecido porque às tantas acabava por não fazer, acabava por não ter vida sexual durante a gravidez e assim, como tive a hipótese de perguntar, eles esclareceram-me e mantive a minha sexualidade normal.” (EP12)*

*“Eu acho que no fundo as pessoas têm que levar as coisas na boa... eu acho que às vezes as pessoas stressam imenso e pensam que realmente está ali um bebê mas, é assim, está ali um bebê mas nós não o magoamos a ter relações sexuais. Pronto, daquilo que eu li esta ideia é um bocado errada. É assim, acho que o casal sai prejudicado se não falar, ...se não... e acontece muito hoje em dia e, realmente, é isso, o homem está sempre mais predisposto que a mulher, mas quando é em casos de gravidez, às vezes, o homem retrai-se um bocadinho.” (EP17)*

Na análise deste último tema pudemos constatar que a sexualidade na gravidez é ainda um assunto pouco abordado nas consultas de vigilância pré-natal por parte dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros. No entanto, quando tal acontece, são

dadas indicações vagas no sentido da permissão das relações sexuais durante a gestação, sem mais explicações. No nosso estudo pudemos apurar que na maior parte das vezes, a iniciativa da abordagem destes assuntos partiu por parte do médico. Inesperadamente, a nossa investigação confrontou-nos apenas com uma referência ao profissional de enfermagem, no que respeita ao esclarecimento de dúvidas nesta matéria, o que é manifestamente um número insignificante. No entanto, também temos que ter em conta que para esta situação terá contribuído o facto de das dezoito gravidezes dez terem sido vigiadas por obstetras particulares e, na maioria dessas situações, não há colaboração de enfermagem. É urgente mudar a postura face aos ensinamentos que devem ser feitos ao “casal grávido” e que, devem passar também, pelas questões da sexualidade. Importa ainda destacar que sete das dezoito entrevistadas nunca falaram sobre este domínio com os profissionais de saúde. As razões apontadas, indicam que há ainda alguma inibição em discutir este tema, quer por parte dos profissionais quer por parte das grávidas. Por outro lado, verificámos que, a maior parte destas entrevistadas obtiveram informação através de leituras realizadas em revistas e em livros. Para terminar, pareceu-nos consensual, entre as participantes na investigação, a importância atribuída à educação para a saúde nas questões relativas à sexualidade na gravidez para que o casal grávido possa viver plenamente sem medos nem receios, muitas vezes infundados, mas que teimam em condicionar atitudes e comportamentos neste campo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gravidez é um momento único e de transição para a parentalidade, caracterizado por enormes mudanças e adaptações físicas, psicológicas e sócio-culturais. Todas estas alterações vão repercutir-se nas várias vertentes da intimidade do casal, não sendo excepção a intimidade sexual. Desta forma, viver a gravidez implica um processo complexo de adaptações às referidas alterações, no qual as relações sexuais podem assumir um carácter ambíguo: naturalmente, podem representar um factor importante para a satisfação das necessidades acrescidas da mulher em se sentir amada e constituir uma importante fonte de prazer, mas também podem assumir-se como uma prática transgressiva que pode colocar em risco a evolução da gravidez e prejudicar o feto.

Nesta perspectiva, os autores, sem deixarem de atribuir a devida importância à influência das naturais alterações anátomo-fisiológicas, próprias do período de gestação, destacam a relevância do modo individual como cada mulher e cada casal vive a sua experiência psico-afectiva da gravidez e nela integra a sua sexualidade, tendo em conta as respectivas vivências e concepções pessoais, nomeadamente as crenças que lhe estão associadas, mas também e, não menos importante a experiência sexual passada.

A experiência plena da sexualidade neste período de crescimento e de desenvolvimento da relação do casal deve ser vivida com plena cumplicidade, passando muitas vezes por uma necessidade acrescida de ternura, carinho e sensualidade. Esta crescente intimidade fortalece os laços maritais e evidencia a reciprocidade como característica fundamental para uma relação saudável.

Pelo exposto, considerámos que seria pertinente estudar a perspectiva feminina sobre a vivência da sexualidade durante a gravidez. É nossa convicção que um estudo desta natureza permite obter contributos importantes para melhorar as práticas de

enfermagem respeitantes à saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente, a Educação para a Saúde da grávida e companheiro no campo da sexualidade durante a gravidez.

Assim sendo, este estudo de investigação apresentado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, na Universidade Aberta de Lisboa, procurou estudar as vivências da sexualidade durante a gravidez de um grupo de puérperas internadas, no Serviço de Puérperas II da M.A.C..

Para tal, foi desenvolvido um enquadramento teórico em torno de três grandes áreas: a gravidez como fenómeno biológico e psico-sócio-cultural, a sexualidade, nomeadamente a actividade sexual durante a gravidez e a representação psicossocial da gravidez, com destaque para a definição dos conceitos teóricos de crenças e mitos.

A problemática e os objectivos delineados sugeriram a utilização de uma metodologia qualitativa, pelo que desenvolvemos um estudo exploratório e descritivo, de orientação fenomenológica, que teve por base os discursos produzidos por dezoito puérperas, no segundo ou terceiro dia pós-parto. Nesse sentido, procedemos à realização de entrevistas semi-estruturadas, previamente sujeitas a um pré-teste.

Dado o carácter metodológico desta investigação, não é possível a extrapolação dos resultados, pelo que as conclusões só podem ser válidas para a amostra do estudo. Não obstante, estamos convictas que serão uma mais valia para a reflexão da prática profissional.

O tratamento da informação recolhida foi feito através da técnica de análise de conteúdo. Numa primeira abordagem foi-nos possível identificar e isolar seis grandes temas ao longo dos discursos das entrevistadas: *confirmação do diagnóstico de gravidez; evolução da gravidez; alterações sentidas durante a gravidez; vivência da sexualidade durante a gravidez; crenças e medos relacionados com as relações sexuais durante a gravidez e a abordagem da sexualidade na gravidez nas consultas de vigilância pré-natal*. Cada um destes temas foi sujeito a uma análise pormenorizada, da qual foi possível extrair algumas considerações relevantes acerca do nosso objecto de estudo.

A questão de partida **“Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?”** conduziu-nos às seguintes conclusões:

■ **Caracterização sócio-demográfica e cultural da amostra:**

As puérperas entrevistadas têm uma média de idades de 32.22 anos. Doze das dezoito encontram-se em idade fértil, com idades que variam entre os 20 e os 34 anos.

Todas as participantes são de nacionalidade portuguesa, dezassete nascidas em Portugal e uma nascida em Cabo Verde.

Onze entrevistadas são casadas, três vivem em união de facto, outras três são solteiras e uma é divorciada.

Quanto ao nível de instrução, a maioria (sete) das participantes possuem o 12.º ano de escolaridade, cinco têm o ensino secundário incompleto, duas frequentaram o ensino superior, outras duas são licenciadas e possuem uma pós-graduação.

Dezassete entrevistadas têm uma vida profissional activa com profissões ligadas aos serviços e apenas uma está desempregada. De acordo com a Grelha de Graffar nove possuem um bom nível sócio-económico, sete um nível razoável e, as duas restantes possuem respectivamente um nível sócio-económico muito bom e reduzido.

Relativamente à religião, apenas uma se assume católica praticante enquanto que as outras dezassete se referem católicas não praticantes.

■ **Caracterização sucinta da história obstétrica das entrevistadas:**

Na nossa amostra, dez das dezoito entrevistadas são primigestas. Cinco são nulíparas, com antecedentes de gravidezes não evolutivas. Três têm história de um aborto espontâneo anteriormente à gravidez actual. Uma refere um aborto provocado e uma outra, tem história de dois abortos: um provocado e outro espontâneo. Há ainda a referir que na nossa amostra existem duas situações de infertilidade anterior à actual gravidez.

No que concerne ao tipo de parto, dezasseis participantes tiveram os seus filhos por cesariana e apenas duas os tiveram por parto eutócico.

De acordo com a Escala de Goodwin modificada para cálculo do risco pré-natal, dez entrevistadas tiveram uma gravidez de baixo risco e oito de médio risco. Estes resultados fazem-nos supor que no caso das gravidezes de médio risco, alguns factores clínicos, tais como hemorragias, diabetes gestacional e contracções, podem ter condicionado a expressão da sexualidade durante a gravidez.

#### ■ ***Confirmação do diagnóstico de gravidez:***

Para dez das dezoito entrevistadas a gravidez foi planeada. Nos casos em que tal não aconteceu, sobressai a boa aceitação manifestada, pelo que, no geral, parece-nos que todas as gravidezes foram muito desejadas. A amenorreia foi o sinal mais relatado como sugestivo do início de uma gravidez, seguindo-se a confirmação com a realização de um teste de gravidez. Quanto a sentimentos face ao diagnóstico, pela forma como relataram as suas experiências pessoais, podemos inferir que o sentimento dominante terá sido o de felicidade. Contudo, não podemos menosprezar outros sentimentos referenciados tais como: emoção forte, ambivalência e pânico.

#### ■ ***Como decorreu o período de gravidez:***

A maioria das participantes relata uma evolução normal do período gravídico. Pontualmente, são referidas vivências mais difíceis relacionadas com as alterações físicas e psicossociais inerentes à gravidez. Em tais casos, salientam-se os sentimentos de medo, receio, ansiedade e preocupação que ocupam de forma significativa o pensamento e o imaginário dessas participantes.

#### ■ ***Alterações sentidas durante a gravidez:***

Sobre este tema, dos discursos produzidos sobressaíram quatro tipos de alterações: as fisiológicas, as emocionais, as de relacionamento conjugal e as do âmbito da sexualidade. De um modo geral, as entrevistadas manifestaram uma aceitação natural às alterações vivenciadas e experienciadas durante a gravidez. Sobre as alterações físicas destacamos as náuseas e os vômitos como aquelas que mais desconforto

provocaram às participantes. Relativamente às alterações emocionais, os relatos obtidos evidenciam a predominância da labilidade emocional, o que vai ao encontro de que está descrito na literatura sobre esta fase da vida da mulher. A irritabilidade e perturbações de humor foram pontualmente referidas. No que respeita à relação conjugal, sublinhamos que para seis das dezoito entrevistadas, a gravidez não produziu quaisquer alterações a este nível. Contudo, e baseando-nos nos restantes relatos, podemos inferir que nos casos em que existiram alterações, estas traduziram-se por uma maior proximidade/união no casal, tendo sido referenciados igualmente o fortalecimento do vínculo conjugal, o afecto, a atenção/apoio e a compreensão. Quanto à sexualidade durante a gravidez, catorze participantes mencionaram alterações neste domínio e, apenas quatro referiram manter sensivelmente o padrão sexual que tinham antes de estarem grávidas.

#### ■ ***Vivência da sexualidade durante a gravidez:***

A maioria dos estudos precedentes, a cujos resultados tivemos acesso, revelam que o padrão típico de comportamento sexual da mulher grávida caracteriza-se por um decréscimo progressivo do desejo, da frequência e da satisfação sexual, ao longo da gravidez, mais pronunciado no último trimestre. No entanto, parte deles revelam também que uma proporção importante de grávidas inquiridas evidencia padrões de desejo e de resposta sexual diversos.

Os resultados da nossa investigação confirmam esta diversidade, tendo-se registado que, para a maioria das participantes, o desejo sexual se manteve ao longo da gestação, enquanto que a frequência sofreu uma diminuição com a evolução da gravidez. Globalmente, as nossas entrevistadas referem terem mantido os mesmos níveis de satisfação sexual que tinham antes de estarem grávidas, sendo de sublinhar que três entrevistadas referiram um aumento do desejo sexual, confirmando alguns casos já descritos em estudos anteriores. Quanto à iniciativa para a prática sexual, a maioria das entrevistadas mencionou que a mesma partia da decisão conjunta do casal. Neste domínio, destacamos a quase ausência de referências, nos discursos recolhidos, a outras práticas sexuais (sexo oral, anal e masturbação), quando muitas investigações revelam que tais práticas são recorrentes durante a gravidez. O diálogo no casal sobre

este tipo de assuntos foi referenciado pela maioria das mulheres que afirmaram que este sempre existiu no casal.

### ■ ***Crenças relacionadas com as relações sexuais durante a gravidez***

A análise dos discursos permite-nos concluir que a maioria das mulheres entrevistadas têm ideias favoráveis acerca das relações sexuais durante a gravidez. Porém, evidencia-se alguma inibição da sua parte, baseada em falsos conceitos e crenças que nos tempos de hoje ainda são transmitidas às mulheres grávidas. O “*medo de provocar parto prematuro*” e o “*medo de acelerar o trabalho de parto*” foram as crenças mais assinaladas pelas participantes. Quanto às crenças centradas no feto as mais relevantes foram: “*prejudica o bebé*”, “*magoa o bebé*” e o “*temor que o pénis toque no bebé*”.

### ■ ***Abordagem da sexualidade durante a gravidez nas consultas de vigilância pré-natal***

Sobre este tema concluímos que a sexualidade durante a gravidez é ainda um assunto pouco abordado nas consultas de vigilância pré-natal por parte dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros. Esta constatação vai ao encontro da percepção que tínhamos quando iniciámos esta investigação. No entanto, quando tal acontece, parte por iniciativa médica. Contudo, os discursos revelaram alguma insatisfação por parte das puérperas face às informações e forma de abordagem. Concretizam esta ideia quando referem que muitas vezes são dadas informações muito vagas no sentido da permissão das relações sexuais durante a gravidez sem muitas explicações. Verificámos que apenas uma entrevistada faz referência ao enfermeiro como tendo sido o profissional que lhe falou sobre esta questão. Pensamos que o facto da maior parte das grávidas terem sido vigiadas a nível particular, poderá ter contribuído sobremaneira para esta situação. Importa ainda sublinhar que sete entrevistadas assumiram nunca terem falado sobre este tipo de assuntos com os profissionais de saúde. As razões apontadas indicam que há ainda alguma inibição em discutir este tema, quer por parte dos profissionais de saúde quer por parte das grávidas. Assinalamos ainda que nos pareceu consensual, entre as participantes, a importância atribuída à educação para a saúde nas questões relativas à sexualidade na gravidez.

Destes resultados emergem algumas sugestões que, sendo tidas em conta pelos profissionais de saúde que lidam com a mulher grávida, podem melhorar a sua experiência pessoal da sexualidade e, conseqüentemente, o seu ajustamento emocional e o clima afectivo-relacional do casal.

Em primeiro lugar sobressai a noção de que a sexualidade é um aspecto importante da vida do “casal grávido” e, portanto, é necessário que os referidos profissionais lhe dispensem a devida atenção.

O facto das mulheres terem crenças distintas e experienciarem de formas diferentes a sua sexualidade durante a gravidez, implica por sua vez, que a abordagem profissional terá que ser individualizada por forma a dar resposta às verdadeiras necessidades e dificuldades de cada mulher.

A intervenção dos profissionais de saúde deve ser orientada no sentido de capacitar o casal para encontrarem respostas satisfatórias face às suas necessidades sexuais.

Assim, é importante que o profissional de saúde actue:

- Enfatizando a “normalidade” do desejo e da actividade sexual durante a gravidez, incluindo essa noção a ideia de que as necessidades e os padrões de resposta são individuais e podem variar ao longo da gestação;
- Desmistificando e corrigindo os falsos conceitos relacionados com a actividade sexual durante a gravidez, procurando, sobretudo, diminuir os medos infundados e desculpabilizar;
- Esclarecendo sobre as alterações sentidas durante o percurso da gravidez, ao nível do desejo e das respostas sexuais;
- Propondo alternativas de adaptação e ajustamento às alterações físicas e emocionais verificadas, nomeadamente a adopção de posições de coito mais cómodas e adequadas e a utilização de outras formas de intimidade sexual;
- Alertando para algumas práticas perigosas e sinais de risco em situações especiais;

■ Nos casos raros de contra-indicação médica, esclarecendo das suas razões, se possível, ambos os membros do casal.

Deixamos uma última sugestão, que tem a ver com a necessidade de desenvolver mais estudos nesta área, particularmente, envolvendo a perspectiva do companheiro e/ou “o casal gestante”. A temática é delicada e estamos conscientes que não é fácil abordar o assunto, dada a quantidade de estereótipos em torno da sexualidade feminina e masculina. Porém investigar é mesmo isso: ultrapassar obstáculos e chegar ao fim com a sensação de que contribuímos significativamente para desenvolver o conhecimento em determinada área temática, neste caso, na área da sexualidade humana.

Para concluir, podemos referir que foi ultrapassada mais uma etapa com vista a percebermos um pouco melhor os factores que influenciam a sexualidade feminina, neste caso, particularizada ao período de gravidez.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1924), Development of the libido, in *Selected Papers of Karl Abraham*, London: Karnac, pp. 408-501.
- Adinma, J. (1995), Sexuality in Negerian pregnancy women: perceptions and practice, in *Obstetrics Gynaecology*, n.º 35, pp. 290-293.
- Adinma, J. (1996), Sexual activity during and after pregnancy, in *Contraception*, n.º 12, pp. 53-61.
- Alferes, V. (1987), O corpo: regularidades discursivas, representações e patologias, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, pp. 211-219.
- Allen Gomes, F. (1980), Os problemas sexuais na prática clínica (I), in *Psiquiatria Clínica*, n.º 1(3), pp. 207-213.
- Allen Gomes, F. (1987), *Sexologia em Portugal*, Lisboa: Texto Editora.
- Amado, J. (2000), A técnica de análise de conteúdo, in *Referência*, n.º 5, pp. 53-63.
- Andrade, M.I. (1996), *Labirintos da sexualidade*, Porto: Porto Editora.
- Ankrett, V. et al. (1992), *Enciclopédia de medicina*, Lisboa: Selecções do Reader's Digest.
- Atputharajah, V. (1987), Some aspects of sexual knowledge and sexual behavior of local woman: results of a survey, in *Sex and pregnancy*, n.º 28, pp. 225-230.
- Azevedo, C. & Azevedo, A. (1996), *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*, 3.ª ed., Porto: Editora C. Azevedo.
- Barbaut, J. (1991), *O nascimento através dos tempos e dos povos*, Lisboa: Terramar.

- Barbosa, A. (1987), “Educação para a saúde: determinação individual ou social?”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, pp. 169-184.
- Barclay, L. *et al.* (1994), Sexuality and pregnancy: an interview study, in *Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology*, n.º 34, pp. 1-7.
- Bardin, L. (2004), *Análise de conteúdo*, 3.ª ed., Lisboa: Edições 70.
- Barros, A. (1986), *Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Bastos, C. & Cristiana; L. (1987), Aspirinas, palavras e cruces: práticas médicas vistas pela Antropologia, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, pp. 221-232.
- Beauvoir, S. (1997), *O segundo sexo*, vol. II, 2.ª ed., Venda Nova: Bertrand Editora.
- Bell, J. (2002), *Como realizar um projecto de investigação*, 2.ª ed., Lisboa: Gradiva.
- Bermúdez, M.; Sanchez, A. & Buela-Casal, G. (2001), Influence of the gestation period on sexual desire, in *Psychology in Spain*, n.º 5 (1), pp. 14-16.
- Bing, E. & Colman, L. (1977), *Making love during pregnancy*, New York: Bantam Books.
- Bobak, I. *et al.* (1999), *Enfermagem na maternidade*, 4.ª ed., Lisboa: Lusociência.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994), *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto: Porto Editora.
- Bogren, L. (1991), Changes in sexuality in women and men during pregnancy, in *Archives of Sexual Behavior*, n.º 20, pp. 35-45.
- Bollinger, C. (1988), Comunicação e sexualidade, *Nursing*, n.º 8, pp. 18-21.
- Branco, J. *et al.* (1985), Alterações do comportamento sexual durante a gravidez, in *Jornal do Médico*, n.º 117 (2114), pp. 457-458.

- Branden, P. (2000), *Enfermagem materno-infantil*, Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Brusco, A. (1999), *Humanización de la assistência al enfermo*, Cantabria: Editorial São Têrrea.
- Burkert, W. (1991), *Mito e Mitologia*, Lisboa: Edições 70.
- Burroughs, A. (1995), *Uma Introdução à Enfermagem Materna*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Byrd, J. *et al.* (1998), Sexuality during pregnancy and the year postpartum, in *Journal of Family and Practice*, n.º 47, pp. 305-308.
- Canavarro, M.C. (coord.) (2006), *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 2.<sup>a</sup> ed., Coimbra: Quarteto Editora.
- Capellá, A. (2003), *Sexualidades humanas, amor e loucura*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Caplan, G. (1964), *Social Systems and Community Mental Health*, New York: Basic Books.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998), *Metodologia da investigação – Guia para auto-aprendizagem*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Collière, M.F. (1989), *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colman, L. & Colman, A. (1994), *Gravidez: a experiência psicológica*, Lisboa: Edições Colibri.
- Copans, J., *et al.* (1971), *Antropologia, Ciência das sociedades primitivas?* Lisboa: Edições 70.
- Cordeiro, D. (1987), *A saúde mental e a vida*, Lisboa: Edições Salamandra.
- Cordella, B. (1999), *Segurança no trabalho e prevenção de acidentes – Uma abordagem holística*, São Paulo: Editora Atlas.

- Costa, A. (1991), *Representações sociais de homens e de mulheres*, Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Costa, E. & Barroso, M. (1997), *Gravidez e atitude face à sexualidade. Contributos para a compreensão da importância da informação nesta problemática*. Tese de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Coimbra (policopiada), 143 pp..
- Couto, A. J. (1994), *Crenças e representações da gravidez na Educação para a Saúde*, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa (policopiada), 152 pp..
- Couto, G. (2003), *Preparação para o parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*, Loures: Lusociência.
- Davis, F. (1979), *A comunicação não verbal*, São Paulo: Summus Editorial.
- De Judicibus, M. & McCabe, M. (2002), Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women, in *Journal of Sex Research*, pp. 143-151.
- Delahaye, M. (1993), *O livro de bolso da mulher*, Lisboa: Contexto Editora.
- Deutsch, H. (1947), *La Psicología de la mujer*, Buenos Aires: Losada, pp. 125-190.
- Dicionário da Língua Portuguesa (1999), 8.<sup>a</sup> ed., Porto: Porto Editora.
- Dicionário Médico (2000), Lisboa: Climepsi Editores.
- Diniz J. (1993), A humana sexualidade: Reflexões psicanalíticas sobre a sexualidade na clínica, in *Revista Portuguesa de Psicanálise*, n.º 2, pp. 55-62.
- Direcção Geral da Saúde (1993), *Orientações Técnicas. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*, Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Doron, R. & Parot, F. (2001), *Dicionário de Psicologia*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Durkheim, E. (1984), *As regras do método sociológico*, 2.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Presença.

- Eco, U. (1999), *Kant e o ornitorrinco*, Oeiras: Difel Difusão Editorial, S.A..
- Eco, U. (2001), *Como se faz uma tese em Ciências Humanas*, 8.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Presença.
- Eduardo Sá (coord.) (2003), *Quero-te – Psicologia da Sexualidade*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Elliott, S. & Watson, J. (1985), Sex during pregnancy and the first postnatal year, in *Journal of Psychosomatic Research*, n.º 29, pp. 541-548.
- Falicov, C. (1973), Sexual adjustment during first pregnancy and pos partum, in *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, n.º 117, pp. 993-1000.
- Farré, J. *et al.* (eds.) (1997), *Enciclopédia da sexualidade – Sexualidade e reprodução*, vol. 3, Lisboa: Oceano – Liarte Editores.
- Félix, I. (1995), Evolução da sexualidade ao longo da infância e adolescência - *E nós... somos diferentes?*, Lisboa: Edição da Associação para o Planeamento da Família.
- Fernandes, D. & Dias, C. (2000), *Pesquisa e métodos científicos*, Brasília: Editora Vozes
- Figes, K. (2001), *A mulher e a maternidade*, Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M.F. (1999), *O processo de investigação – da concepção à realização*, Loures: Lusociência.
- Foucault, M. (1985), *História da sexualidade – O cuidado de si*, Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1994), *História da sexualidade – O uso dos prazeres*, Lisboa, Relógio D'Água.
- Foucault, M. (1994), *História da sexualidade I – A vontade de saber*, Lisboa: Relógio D'Água.
- Freud, S. (2001), *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, 4.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Livros do Brasil.

- Garnier, J. & Chabot, G. (1970), *Tratado de Geografia Urbana*, Barcelona: Ed. Vicens Vives.
- Gevaert, J. (1991), *Problema del Hombre – Introducción a la Antropología Filosófica*, 8.ª ed., Salamanca: Ediciones Siguema.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993), *O inquérito – teoria e prática*, Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2000), *Sociologia*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giddens, A. (2001), *Transformações da Intimidade – Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*, Oeiras: Celta.
- Gil, A. (1995), *Métodos e técnicas de pesquisa social*, S. Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gondonneau, J. & Garnier, G. (1975), *A sexualidade da mulher grávida*, Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Graça, L. (1996), *Medicina materno-fetal: fundamentos e prática clínica*, vol. 2, Lisboa: Artes Gráficas.
- Green, W. & Simons-Morton, B. (1988), *Educación para la salud*, México: Interamerica.
- Gregersen, E. (1983), Práticas sexuais, in *A História da Sexualidade Humana*, São Paulo: Roca, pp. 1-50.
- Griffin, A. (1994), Holismo na Enfermagem: o seu significado e valor, in *Revista Nursing*, n.º 82, pp. 23-28.
- Gualda, D. *et. al.* (1995), Abordagens qualitativas: Sua contribuição para a enfermagem, in *Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP*, vol. 29, n.º 3., Dezembro.
- Haines, C. *et al.* (1996), Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese Women, in *Journal of Psychosomatic Research*, n.º 40, pp. 299-304.

- Hart, J. *et al.* (1991), Sexual behaviour in pregnancy: a study of 219 women, in *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 17, n.º 2, pp. 86-90.
- Hees-Stauthmer, J. (1985), The first pregnancy, in *Female Psychology*, Michigan: UMI Research Press, 174 pp..
- Herskovits, M. (1975), *Antropologia cultural. Man and his works*, São Paulo: Edições Mestre Jou.
- Herzlich, C. (1984), *Santé et maladie*, Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hesbeen, W. (2000), *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*, Loures: Lusociência.
- Hill, M. & Hill, A. (2000), *Investigação por questionário*, Lisboa: Edições Sílabo.
- Holtzman, L. (1976), Sexual practices during pregnancy, in *Journal of Nurse-Midwifery*, n.º 21, pp. 29-32.
- Jarró, M. *et. al.* (1998), *Manual de sinais vitais – Urgências em obstetrícia e pediatria*, Coimbra: Formasau.
- Jasper, M. (1994), Issues in phenomenology for researchers of nursing, in *Journal of Advanced Nursing*, n.º 19, pp. 309-314.
- Joaquim, T. (1983), *Dar à luz – ensaio sobre as práticas e crenças na gravidez, parto e pós-parto em Portugal*, Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Joaquim, T. (1997), *Menina e moça. A construção social da feminilidade. Séculos XVII a XIX*, Lisboa: Fim de Século.
- Joaquim, T. (2006), *Cuidar dos outros, cuidar de si. Questões em torno da maternidade*, Lisboa: Livros Horizonte.
- Jodelet, D. (1984), Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie, in *Psychologie Sociale*, Paris: P.U.F.

- Jodelet, D. (1989), *Les représentations sociales*, Paris: P.U.F.
- Justo J. (1990), Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo exploratório, in *Análise Psicológica*, n.º 4 (VIII), pp. 371-376.
- Kaplan, H. (1979), Anatomia e a fisiologia da resposta sexual, in *A Nova Terapia do Sexo*, Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, pp. 22-48.
- Kenny, J. (1973), Sexuality of pregnant and breastfeeding women, in *Archives of Sexual Behavior*, n.º 2, pp. 215-229.
- Kitzinger, S. (1984), *A experiência do parto*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Kitzinger, S. (1992), *Enciclopédia da mulher – Sexualidade Feminina*, vol. 2, Lisboa: Editorial Anagrama.
- Kitzinger, S. (1996), *Mães – um estudo antropológico da maternidade*, 2.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Presença.
- Klein, M. (1978), *Essais de Pshychanalyse*, Paris: Payot Ed.
- Landis, J. *et al.* (1950), The effects of first pregnancy upon the sexual adjustment of 212 couples, in *American Sociological Revue*, n.º 15, pp. 766-770.
- Langer, M. (1986), *Maternidade e sexo*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplantine, F. (1989), Anthropologie des systemes de représentations de la maladie, in *Les représentations sociales*, Paris: Sociologie.
- Lazar, M.C. (2002), *Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas (policopiada), 99 pp..
- Le Breton, D. (1988), *Corps et Sociétés: essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris: Méridiens-Klincksieck.
- Leal, I. (2005), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, Lisboa: Fim de Século.

- Lederman, R. (1996), *Psychosomatic adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development*, U.S.A.: Springer Publishing Company.
- Lessard-Hébert, M. *et al.* (1994), *Investigação qualitativa, fundamentos e práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, A. *et al.* (1982), *Introdução à antropologia cultural*, 4.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Presença.
- Limner, R. (1969), *Sex and the Unborn Child: Damage to the Fetus Resulting from Sexual Intercourse during Pregnancy*, Nova Iorque: Julian Press.
- Lopes, G. *et al.* (1995), *Sexologia e ginecologia*, Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Limitada.
- López, F. & Fuertes, A. (1989), *Para compreender la sexualidade*, Pamplona: Editorial Verbo Divino.
- Lukesh, H. (1976), Sexual behaviour during pregnancy, in *Geburtshilfe*, n.º 36, pp. 1081-1090.
- Macy, C. & Falkner, F. (1981), *Gravidez e parto: prazeres e problemas*, São Paulo: Harper & Row do Brasil.
- Maldonado, M. (1989), *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*, 10.<sup>a</sup> ed., Petrópolis: Vozes.
- Manuila, L. *et al.* (2000), *Dicionário Médico*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (1990), *Técnicas de Pesquisa*, São Paulo: Editora Atlas S.A..
- Marreiros, G. (2002), *Gravidez e maternidade*, 2.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Caminho.
- Martins, M.F. (2007), *Mitos e crenças na gravidez. Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*, Lisboa: Edições Colibri.

- Martins, S. *et al.* (2007), Sexualidade na gravidez: influência no bebé? – Mitos, atitudes e informação das mães, in *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 23, pp. 369-378.
- Masters, W. & Johnson, V. (1966), *As reacções sexuais*, Lisboa: Editora Meridiano.
- Masters, W.; Johnson, V. & Kolodny, R. (1987), *La sexualidad humana – La dimensión biológica*, Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Matos, I. (1994), As relações sexuais durante a gravidez, in *Pais e Filhos*, n.º 42, p. 62.
- Medeiros, M. (2000), *Satisfação sexual e relacionamento conjugal na gravidez: estudo comparativo*, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto (policopiada), 139 pp..
- Mendes, M. (1983), *Obstetrícia Essencial*, Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Mendes, M. (1993), *Curso de Obstetrícia*, Coimbra: Livraria Almedina.
- Mendes, M. L. (1994), *Livro de Obstétrica*, Coimbra: Livraria Almedina.
- Monteiro, R. (2005), *O que dizem as mães*, Lisboa: Quarteto.
- Morin, E. (1987), *O método III*, Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Morris, N. (1975), The frequency of sexual intercourse during pregnancy, in *Archives of sexual behaviour*, n.º 4, pp. 501-507.
- Moscovici, S. (1976), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984), *Psicologia Social*, Barcelona: II Editorial Paidós.
- Moscovici, S. (1988), Notes towards a description of social representation, *European Journal of Social Psychology*, London.
- Moscovici, S. *et al.* (1991), *Grand dictionnaire de la psychologie*, Paris: Editora Larousse.

- Munhall, P. & Oiler, J. (1986), *Nursing Research. A qualitative perspective*, Connecticut: Appleton-Centuray-Crofts, 288 pp..
- Okawara, H. & Sawaya, R. (1979), *Amar – Toda a realidade sobre a vida sexual*, vol. 1, São Paulo: Abril Cultural.
- Olds, S.; London, M. & Ladwing, P. (1987), *Enfermeria materno-infantil. Un concepto integral familiar*, México: McGraw-hill Interamerica.
- Olier, C. (1982), The phenomenological approach in nursing research, in *Nursing Research*, n.º 3, pp. 178-181.
- Oruç, S.; et al. (1999), Sexual behaviour during pregnancy, in *Australian and New Zeland Journal Obstetrics and Gynaecology*, n.º 39, pp. 48-50.
- Pacheco J. (1987). As disfunções sexuais femininas: determinantes psicossociais, in *Sexologia em Portugal: a sexologia clínica*, Lisboa: Texto Editora, pp. 287-304.
- Pacheco, J. (1998), *O tempo e o sexo*, Lisboa: Livros Horizonte.
- Pacheco, J. (2000), *O sexo por cá*, Lisboa: Livros Horizonte.
- Parse, R. (1985), Qualitative Methods, in *Nursing Research*, Marylan Broyd: Communications Company, 207 pp..
- Pasini, W. (1990), *Intimidade: o outro espaço da afectividade*, Lisboa: Difusão Cultural.
- Patton, M. (1990), *Qualitative evaluation and research methods*, 2<sup>nd</sup> ed., Newbury Park: Sage Publications, 532 pp..
- Pereira, M. (1993), Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? in *Análise Psicológica*, n.º 3 (XI), pp.415-424.
- Pereira, M. (2005), O sexo depois do sexo – A sexualidade durante a gravidez, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa (policopiada), 139 pp..

- Perkins, R. (1982), Sexuality in pregnancy: what determines behaviour? in *Obstetrics & Gynecology*, n.º 59 (2), pp. 189-198.
- Polit, D. & Hungler, B. (1994), *Investigación Científica en Ciencias de La Salud*, México: Interamericana.
- Portelinha, C. (2003), *Sexualidade durante a gravidez*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998), *Manual de investigação em ciências sociais*, 2.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Gradiva.
- Raphael-Leff, J. (1997), *Gravidez – A história interior*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reamy, K. & White, S. (1982), Sexuality and pregnancy: a prospective study, in *Journal of Reproductive Medicine*, n.º 27, pp. 321-327.
- Reeder, S. *et al.* (1995), Respuesta sexual humana, in *Enfermería Materno-infantil*, 2.<sup>a</sup> ed., Interamericana: McGraw-Hill, pp. 121-145.
- Reich, W. (1975), *A revolução sexual*, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Reichenbach, S.; Alla, F. & Lorson, J. (2001), Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes, in *Sexologies*, n.º 42(11), pp. 1-8.
- Ribeiro, F. (1998), *Satisfação sexual e relacionamento conjugal na gravidez: estudo comparativo*, Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, (policopiada), 133 pps.
- Ribeiro, J. (1999), *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*, Lisboa: Climepsi.
- Robson, K. *et al.* (1983), Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth, in *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, n.º 88, pp. 882-889.
- Rocher, G. (1979), *Sociologia geral* 2, 3.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Presença.
- Rodrigues C. *et al.* (1989), *Afectividade*, Porto: Edições Contraponto.

- Roque, O. (2001), *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*, Lisboa: Edição da Associação para o Planeamento da Família.
- Rosa, A. (2002), *O impacto da imagem corporal da mulher grávida na sua sexualidade*, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa (policopiada), 93 pp..
- Rudio, F. (1986), *Introdução ao projecto de pesquisa científica*, São Paulo: Editora Vozes.
- Ryding, E. (1984), Sexuality during and after pregnancy, in *Acta Obstretics Gynecology Scandinavian*, n.º 63, pp. 679-682.
- Rynerson, B. & Lowdermilk, D. (1996), Intimidades sexuais durante a gestação, in *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*, 2.ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 217-229.
- Shebat, C. (1978), Sexualité et grossesse, in *Encyclopede Médico Chirurgique*, Paris: Obstétrique, n.º 5016.
- Soares, C. (1993), Sexualidade na gravidez e pós-parto, in *Pais*, n.º 31, pp. 56-58.
- Soifer R. (1991), *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*, 5.ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- Solberg, D.; Butler, J. & Wagner, N. (1973). Sexual behaviour in pregnancy. in *The New England Journal of Medicine*, n.º 24, pp. 1098-1103.
- Sousa Santos, B. (1990), *Um discurso sobre as ciências*, 4.ª ed., Porto: Edições: Afrontamento.
- Sousa, A. (1971), *O mercado de trabalho e a mulher*, Lisboa: Arcádia.
- Sousa, M. et al. (1970), O comportamento sexual da mulher na gravidez e puerpério, in *Jornal do Médico*, n.º 108, pp. 457- 458.
- Stern, D. & Stern, N. (2005), *O nascimento de uma mãe*, Porto: Ambar.

- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002), *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*, 2.<sup>a</sup> ed., Loures: Lusociência.
- Strongman, K.T. (1998), *A psicologia da emoção: uma perspectiva sobre as teorias da emoção*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Sueiro, E.; Gayoso, P.; Perdiz, C. & Doval, J-L. (1998), Sexualidad y embarazo, in *Atención Primaria*, n.º 22(6), pp. 340-346.
- Taborda, L. (2000), *Sexualidade e gravidez na mulher*, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa (policopiada), 67 pp..
- Tedesco, J. (2000), *A gravidez. Suas indagações e as dúvidas do obstetra*, São Paulo: Editora Atheneu.
- Titiev, M. (1982), *Introdução à antropologia cultural*, 4.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tolor, A. & Degrazia, P. (1976), Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy, in *Archives Sexual Behavior*, n.º 5, pp. 539-541.
- Tordjman, G. (1978), *O diálogo sexual*, Lisboa: Moraes Editores.
- Trindade, L. (1987), A sexualidade na gravidez, in *Sexologia em Portugal – a sexologia clínica*, vol. 1, Lisboa: Texto Editora, pp. 84-93.
- Trivinos, A. (1995), *A pesquisa qualitativa em educação*, 4.<sup>a</sup> ed., S. Paulo: Editora Atlas S.A..
- Trujillo, A. (1974), *Metodologia da ciência*, Rio de Janeiro: Editora Kennedy.
- Vala, J. (1986), A análise de conteúdo, in *Metodologia das ciências Sociais*, 10.<sup>a</sup> ed., Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-128.
- Vala, J. (1999), *Psicologia Social – Representações Sociais e Psicologia Social do Conhecimento*, 4.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vellay, P. (1998), *A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor*, 8.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Editorial Estampa.
- Vieira, F. & Ferronha, F.(1988), Gravidez, aspectos psicológicos – uma reflexão, in *Psiquiatria Clínica*, n.º 9 (4), pp 371-374.
- Von Sydow, K. (1999), Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies, in *Journal of Psychosomatic Research*, n.º 47, pp. 27-49.
- W.H.O. (1975), *Education and Treatment in Human Sexuality: the Training of Health Professionals*, W.H.O. Technical Report Series, 572, Geneva: World Health Organization, pp. 5 e ss..
- Watson, J. (1988), *Nursing. The philosophy and science of caring*, Colorado: Colorado Associated University Press, 321 pps..
- White, S. & Reamy, K. (1982), Sexuality and pregnancy: a review, in *Archives of Sexual Behavior*, n.º 11, pp. 429-444.
- Ziegel, E. & Cranley, M (1985), *Enfermagem Obstétrica*, Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

## REFERÊNCIAS WEB

Abramovay, R. (2000), *Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*, disponível na web em: <http://informel.c3ed.uvsq.fr/abromvail.htm>.

<http://www.museudosexo.com.br/> (Acedido a 5/10/2007)

Teixeira, I. (2000), *Gravidez e sexo*, disponível na web em: <http://www.saudenainternet.com.br/>. Acedido a 15/11/2007.

[www.mac.min-saude.pt](http://www.mac.min-saude.pt) (Acedido a 15/11/2007)

[www.who.int](http://www.who.int)

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1 – TEXTO INTEGRAL (p. 105)**

## **ANEXO 2 – GUIÃO DA ENTREVISTA**

## **ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O PRESENTE ESTUDO**