



**CURSO DE MEDICINA**

**BEATRIZ SCHETTINI PEREZ**

**INFLUÊNCIA DO PERÍODO GESTACIONAL SOBRE A SEXUALIDADE  
FEMININA – REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

**Salvador – BA**

**2022**

**BEATRIZ SCHETTINI PEREZ**

**INFLUÊNCIA DO PERÍODO GESTACIONAL SOBRE A SEXUALIDADE  
FEMININA – REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para parcial aprovação no curso de Medicina.

Orientadora: Msc. Bárbara Angélica Gómez Pérez

**Salvador – BA**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Msc. Bárbara Pérez, que me deu o melhor suporte possível na elaboração do trabalho e tornou a experiência mais especial, sendo fundamental durante todo o processo.

À minha família, amigos e namorado, por serem minha base e sempre incentivarem as minhas conquistas.

## RESUMO

Perez BS, Pérez BAG. **Influência do Período Gestacional Sobre a Sexualidade Feminina: Revisão Integrativa de Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Medicina). Salvador, Bahia, 2022.

**INTRODUÇÃO:** A função sexual feminina ainda é vista como um tabu na sociedade, e durante o período gestacional, alguns fatores que comprometem a expressão e a vivência plena da sexualidade se intensificam, gerando, assim, diversas alterações no comportamento sexual de mulheres gestantes. Apesar da importância e da alta prevalência dessas mudanças, poucos são os estudos que se propõem a avaliar os fatores que comprometem a sexualidade da mulher nesse período e poucos são os profissionais capacitados para questionarem sobre a função sexual das pacientes durante o pré-natal. **OBJETIVO:** Descrever a produção científica sobre a influência do período gestacional na sexualidade feminina e identificar os fatores associados às alterações da sexualidade na gestação. **MÉTODOS:** Para a elaboração da revisão integrativa foram pesquisados estudos nas bases de dados eletrônicas PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os critérios de inclusão foram produções disponíveis na íntegra que contenham informações relativas ao tema estudado em português, espanhol ou inglês, contempladas no período de 2015 a 2020. **RESULTADOS:** A amostra final ficou constituída por 24 estudos, sendo o Brasil o país com o maior número de publicações. O Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) foi utilizado na maioria dos estudos de abordagem quantitativa. A produção científica demonstrou uma maior prevalência de disfunções sexuais no terceiro trimestre. Fatores como companheiro em idade avançada, histórico de complicações obstétricas, alto nível de ansiedade e alguns mitos e crenças foram considerados fatores que afetam negativamente a função sexual feminina durante a gestação. Além disso, devido as alterações morfofisiológicas, ocorrem mudanças nas dinâmicas sexuais, principalmente em relação as posições durante a relação. **CONCLUSÃO:** A produção científica analisada demonstrou uma diminuição na frequência das relações, uma piora nos domínios da função sexual e, na maioria dos casos, houve uma correlação direta entre a satisfação sexual e a qualidade de vida. Portanto, é fundamental identificar as disfunções sexuais durante a gestação e suas implicações na vida da mulher e do(a) parceiro(a), individualizando as necessidades de cada gestante para que se possa viver a experiência do ciclo gravídico de forma plena e saudável.

**Palavras-Chave:** Sexualidade, Comportamento Sexual, Gravidez, Gestantes.

## ABSTRACT

Perez BS, Pérez BAG. **Influência do Período Gestacional Sobre a Sexualidade Feminina: Revisão Integrativa de Literatura.** Graduation Conclusion Work, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Medicina). Salvador, Bahia, 2022.

**INTRODUCTION:** The female sexual function is still seen as a taboo in society, and during the gestational period, factors that compromise the expression and full experience of sexuality and intensify, thus generating several changes in the sexual behavior of pregnant women. Despite the importance of the high prevalence of these changes, there are few studies that are committed to evaluate the factors which implicate on women's sexuality during this period and few are the professionals capable to properly question the sexuality of patients during the prenatal period. **OBJECTIVES:** To describe the scientific production on the influence of the gestational period on female sexuality and to identify the factors associated with changes in sexuality during pregnancy. **METHODS:** For the elaboration of the integrative review, studies were searched in the electronic databases PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Electronic Lybrary Online) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences). The inclusion criteria were productions available in full that contain information on the topic studied in Portuguese, Spanish or English, covered in the period from 2015 to 2020. **RESULTS:** The final sample consisted of 24 studies, with Brazil being the country with the highest number of publications. The Female Sexual Functioning Index (FSFI) was used in most of the quantitative approach studies. Science production demonstrated a higher prevalence of sexual dysfunction in the third trimester. Factors such as older age partner, female history of obstetric complications, high level of anxiety and some myths and beliefs were considered influencers on sexual function during conception. In addition, due to morphophysiological factors, changes occur in the sexual dynamics, mainly related with the positions of the sexual intercourse. **CONCLUSION:** The scientific production analyzed showed a decrease in the frequency of relationships, a worsening in the domains of sexual function and, in most cases, there was a direct correlation between sexual satisfaction and quality of life. Therefore, it is essential to identify sexual dysfunctions during pregnancy and their implications for the life of the woman and the partner, individualizing the needs of each pregnant woman so that the experience of the pregnancy cycle can be lived in a fully and healthy manner.

**Keywords:** Sexuality, Sexual Behavior, Pregnancy, Pregnant Women.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Resposta Sexual Feminina .....	8
2.2 Sexualidade Durante o Período Gestacional.....	9
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
3.1 Objetivos.....	12
3.1.1 Geral.....	12
3.1.2 Específico.....	12
3.2 Desenho de Estudo.....	12
3.3 Pergunta de Investigação.....	12
3.4 Fonte de Dados e Estratégia de Busca.....	12
3.5 Critérios de Inclusão .....	13
3.6 Critérios de Exclusão .....	13
3.7 Extração dos Dados e Análise .....	13
3.8 Considerações Éticas.....	13
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é vivenciada de formas peculiares nos diversos períodos do desenvolvimento, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um aspecto fundamental na qualidade de vida e na manutenção das relações afetivas de qualquer ser humano<sup>1</sup>. Nas mulheres, o modelo de resposta sexual mais recente, defendido pela psiquiatra canadense Rosemary Basson<sup>2</sup>, argumenta a favor de um modelo circular e indica que as fontes do desejo surgem não tanto pela estimulação hormonal e genital, mas, sobretudo, pelo nível de excitação subjetiva que não tem relação direta com a lubrificação e a vasocongestão.

Durante a gestação, a mulher passa por alterações fisiológicas, anatômicas emocionais, sociais e culturais que podem influenciar sua resposta sexual, gerando, assim, as disfunções. Nesse período, a sexualidade feminina pode ser afetada por questões como a diminuição no nível de energia, desconfortos corporais, oscilações de humor, alterações na percepção da imagem corporal, medos e inseguranças, além dos numerosos tabus, mitos e preconceitos que rondam o tema e repercutem no bem-estar da gestante<sup>3</sup>.

Através de uma pesquisa realizada em 2013 no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (UFS), a disfunção sexual entre gestantes foi de 40,4%<sup>4</sup>. No entanto, apesar da importância e da alta prevalência dessas alterações no comportamento sexual durante a gestação, poucos são os estudos que se propõem a avaliar os fatores que comprometem a sexualidade da mulher nesse período e poucos são os profissionais capacitados que questionam sobre a função sexual das pacientes durante o pré-natal<sup>5</sup>.

Esta lacuna na literatura foi o que motivou a pesquisa sobre o tema com a intenção de colaborar no direcionamento de medidas assistenciais e estimular a propagação de conhecimento, favorecendo, assim, uma melhor qualidade de vida para a mulher durante a experiência da gravidez. Portanto, o estudo em questão tem como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, descrever a influência do período gestacional sob a sexualidade feminina, contribuindo para um debate que vise à autonomia dos corpos através de uma vivência plena da sua função sexual.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Resposta Sexual Feminina

Ao longo dos anos, a pesquisa científica no campo da sexualidade foi evoluindo na tentativa de explicar fisiologicamente a função sexual. Na década de 60, os autores William Masters e Virginia Johnson, a partir do livro “Human Sexual Response”, expõem o resultado de investigações laboratoriais realizadas através da observação das interações sexuais de homens e mulheres <sup>6</sup>. Centrados na cadeia de reações funcionais da resposta sexual, os procedimentos de observação realizados pelos profissionais contavam com o apoio de voluntários que tinham sua atividade sexual monitorada com precisão científica em laboratório <sup>7</sup>. Através de aparelhos criados para detectar as diversas alterações orgânicas que ocorriam durante a estimulação, os resultados dos estudos levaram os autores a descrever quatro sucessivas fases da resposta sexual: excitação, platô, orgasmo e resolução<sup>8</sup>.

Dessa forma, Masters e Johnson defenderam um modelo linear baseado na fisiologia e na anatomia da resposta sexual com sequências bem definidas. Posteriormente, no final da década de 70, a psiquiatra Helen Singer Kaplan propõe um modelo complementar ao considerar o desejo como uma fase essencial para o início do ato sexual. O desejo ou apetência, nesse caso, corresponderia à vontade de estabelecer uma relação sexual a partir de algum estímulo psicológico e/ou sensorial, descrito pela própria autora como:

Um conjunto de sensações produzidas pela ativação de um sistema neuronal específico que, quando ativado, induz sensibilidade genital, um acrescido interesse em sexo, receptividade a atividade sexual ou, simplesmente, agitação, que irão desaparecer após gratificação sexual (orgasmo)<sup>9</sup>.

A partir da associação entre os modelos de Kaplan e de Masters e Johnson, a classificação norte americana do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV-MD) define que a resposta sexual, embora seja vivenciada em um contexto pessoal e social, tem uma base biológica essencial e é dividida em uma sequência invariável de quatro etapas: o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução<sup>10,11</sup>. Entretanto, este modelo não considera alguns dos aspectos mais subjetivos da sexualidade feminina para além das razões de caráter estritamente sexual, embora muitas mulheres não experimentem sua função sexual de forma tão linear durante a vida<sup>12</sup>.

Especialmente em relacionamentos de longo prazo, algumas mulheres iniciam e/ou concordam com o sexo por uma variedade de razões, como aumentar a intimidade emocional, investir no vínculo ou pelo simples desejo de se sentir atraída e atraente para o parceiro<sup>13</sup>.



Assim, mesmo quando inicialmente ausente, o desejo é disparado durante a experiência do ato, caso a mulher se torne subjetivamente e sexualmente excitada. Portanto, a mulher poderá iniciar uma relação sexual em estado de neutralidade (desejo responsivo), e após o início do ato, através dos estímulos e das fantasias sexuais, ela desencadearia a excitação e a partir daí apareceria o desejo<sup>14</sup>.

Assim, ao reconhecer que a reação sexual de muitas mulheres se origina mais comumente da busca por intimidade do que pela necessidade de excitação sexual física, a psiquiatra Rosemary Basson conduz sua pesquisa à uma compreensão alternativa do desejo sexual feminino<sup>15</sup>. A partir dessa percepção, em discordância com os modelos lineares de Masters & Johnsons e Kaplan, em 2003, Basson defende uma nova referência de resposta sexual das mulheres através de um modelo circular<sup>13</sup>. Dessa forma, a resposta sexual feminina deveria consistir em fases sobrepostas de ordem variável no qual o desejo é descrito a partir de uma perspectiva sociocultural na qual a expressão deste deverá corresponder aos padrões vigentes da sociedade<sup>2</sup>.

No modelo proposto por Basson, a motivação das mulheres para ter uma experiência sexual deriva de uma série de recompensas ou ganhos que não são estritamente sexuais<sup>16</sup>. Dessa forma, a excitação sexual nas mulheres muitas vezes é uma perspectiva mental mais sobre a apreciação do estímulo sexual e menos sobre a consciência das mudanças genitais. Assim, o modelo mais atual propõe que a fisiologia da resposta sexual feminina é distinta da resposta masculina e inclui um mecanismo de retroalimentação no sistema límbico, envolvendo aspectos genitais, emotivos e cognitivos, caracterizados pela ação conjunta da mente e do corpo<sup>9,13</sup>.

## **2.2 Sexualidade Durante o Período Gestacional**

O ciclo gravídico é considerado um período complexo, no qual a mulher passa por alterações morfofisiológicas e psicológicas que a colocam diante de novas sensações e justamente por ser um momento de profunda complexidade, tais transformações irão repercutir de forma expressiva no seu dia a dia<sup>17</sup>. Devido as diversas mudanças que abrangem âmbitos físico, psíquico e sociofamiliar, o período gestacional pode refletir também na vivência da sexualidade feminina<sup>18</sup>. Portanto, o comportamento sexual da gestante pode ser diferente comparado ao período pré-gravídico, necessitando, assim, de uma readaptação na vida da gestante e do(a) seu(a) parceiro(a) em várias dimensões.

O interesse sexual na gravidez pode variar de mulher para mulher, indo desde a rejeição voluntária até o aumento da libido, se relacionando diretamente com as alterações decorrentes

de cada período gestacional<sup>19</sup>. No primeiro trimestre, é comum ocorrer uma diminuição do desejo sexual nas gestantes devido às alterações orgânicas como náuseas, vômitos, constipação ou diarreia<sup>18</sup>. Além disso, as mudanças que ocorrem nessa fase podem influenciar também as manifestações psíquicas, tais como mecanismos de defesa, a negação, o desejo e o contra desejo de ter o bebê, além de fantasias negativas pelo medo de perder o filho e a reativação de fantasias incestuosas, pela culpa de ter tido uma relação sexual<sup>20</sup>.

Já no segundo trimestre, com a gravidez mais estabilizada, a maioria das mulheres sentem uma melhora significativa na disposição, e algumas percebem até um aumento da libido<sup>21</sup>. Os efeitos do congestionamento da vasculatura pélvica e a melhora da hiperêmese gravídica podem ser alguns dos fatores contributivos para o retorno das atividades sexuais<sup>5</sup>. A exploração do corpo despertada pela curiosidade que acompanha a gravidez pode levar a mulher e seu parceiro a novas descobertas; por meio dos toques e das carícias, acontecem um maior contato e valorização do corpo; a sensibilidade e a feminilidade tomam proporções, tornando a mulher mais madura para o prazer<sup>20</sup>.

Contudo, a partir daí a frequência da relação sexual diminui à medida que a gravidez avança. No terceiro trimestre os casais ficam mais reticentes em buscar atividade sexual, e alguns até se abstêm, dado o desconforto aumentado por conta de cansaço, fadiga, insônia, contrações uterinas aumentadas, desequilíbrio, tontura e aumento da incidência de câimbras, além do incômodo da barriga<sup>18</sup>. As oscilações da pressão arterial, a retenção de líquido e a liberação das endorfinas que ocorre para diminuir a dor do parto, também podem levar à uma diminuição do desejo sexual<sup>20</sup>.

Os valores e as práticas culturais e sociais de uma grupo exercem papel fundamental na formação do indivíduo, gerando suas formas de interpretar e vivenciar a sexualidade que são continuamente reelaboradas ao decorrer da história<sup>22</sup>. Nesta perspectiva, a vivência da sexualidade feminina no período gestacional e sua forma de compreendê-la poderá ser influenciada diretamente pelos aspectos culturais e sociais de uma determinada região e/ou geração<sup>23</sup>. Dessa forma, ela ainda é histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades devido aos tabus, mitos e preconceitos e pelas relações de poder desiguais entre homens e mulheres que se mantiveram na sociedade contemporânea<sup>24</sup>.

Muitos mitos referentes à sexualidade no período gestacional, parecem promover medo de prejudicar o feto e medo de comprometer a gestação, gerando dúvidas e anseios que podem conduzir essas mulheres à privação da vivência que é geradora de prazer e integrante do ser

humano<sup>18</sup>. Conseqüentemente, as crenças que o casal grávido possui em relação à função sexual na gravidez podem, eventualmente, interferir na intimidade do mesmo. Portanto urge desmistificar estas crenças e apresentar fatos de forma realista, explicando as contraindicações da manutenção da relações sexual durante a gravidez, apontando alternativas para a vivência da mesma<sup>25</sup>.

Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta não se limita ao ato, aos genitais ou a uma função biológica responsável pela reprodução<sup>26</sup>. Os significados atribuídos às manifestações relativas à sexualidade são decorrentes de valores e práticas culturais e evidenciam diversas socializações que o indivíduo experimenta em sua vida: família, redes de amizade, escola, além dos acessos aos diversos meios de comunicação<sup>22</sup>. Dessa forma, essas socializações exercem papel fundamental na construção da perspectiva da gestante e do casal, gerando formas específicas de interpretar e vivenciar a sexualidade durante a gestação<sup>27</sup>. Assim, ao pensarmos em corpo e em sexualidade no período gravídico, é necessário considerar uma dimensão além da biológica, pois devem ser compreendidos em um contexto sociocultural imbuídos de significados<sup>23</sup>.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Objetivos**

##### **3.1.1 Geral**

Descrever qual a produção científica sobre a influência do período gestacional na sexualidade feminina.

##### **3.1.2 Específico**

Identificar os fatores associados às alterações da sexualidade na gestação.

#### **3.2 Desenho de Estudo**

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa, caracterizada como um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente<sup>28</sup>.

Para este tipo de análise, foram seguidos seis passos: 1) escolher o tema e selecionar a hipótese ou questão de pesquisa para a construção da revisão integrativa, 2) delimitar os critérios para a inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou estudos de literatura, 3) coleta de dados, 4) avaliar os estudos incluídos na revisão integrativa, 5) interpretar os resultados e, 6) apresentar a revisão/síntese do conhecimento<sup>29</sup>.

#### **3.3 Pergunta de Investigação**

Qual é a influência do período gestacional sob a sexualidade feminina?

#### **3.4 Fonte de Dados e Estratégia de Busca**

A pesquisa foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico entre os meses de Dezembro de 2020 a Abril de 2021, através de bancos de dados eletrônicos como: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), e PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online).

Foi consultado o MeSH (Medical Subject Headings) e o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para encontrar os seguintes descritores em inglês: “sexuality”, “sexual behavior”, “pregnancy” e “pregnant women”. Para aumentar a sensibilidade da estratégia de busca, foram utilizados os respectivos sinônimos para cada um dos descritores exatos.

Ao fazer a pesquisa a partir dos descritores citados, foi encontrada uma grande quantidade de artigos que se relacionavam à adolescência e, portanto, não tinham relevância para o tema deste projeto. Por isso, os descritores utilizados foram combinados da seguinte

forma: ("Pregnancy" OR "Pregnant Women") AND ("Sexuality" OR "Sexual Behavior") NOT ("Adolescent" OR "Fertility" OR "HIV")

### **3.5 Critérios de Inclusão**

Dentre os critérios de inclusão foram selecionadas produções disponíveis na íntegra que contenham informações relativas ao tema estudado em português, espanhol e inglês, contempladas no período de 2015 a 2020.

### **3.6 Critérios de Exclusão**

Dentre os critérios de exclusão temos: produções que não estejam relacionados com a temática estudada, que não atendam aos objetivos da pesquisa e/ou que estejam fora do período e língua estabelecida.

### **3.7 Extração dos Dados e Análise**

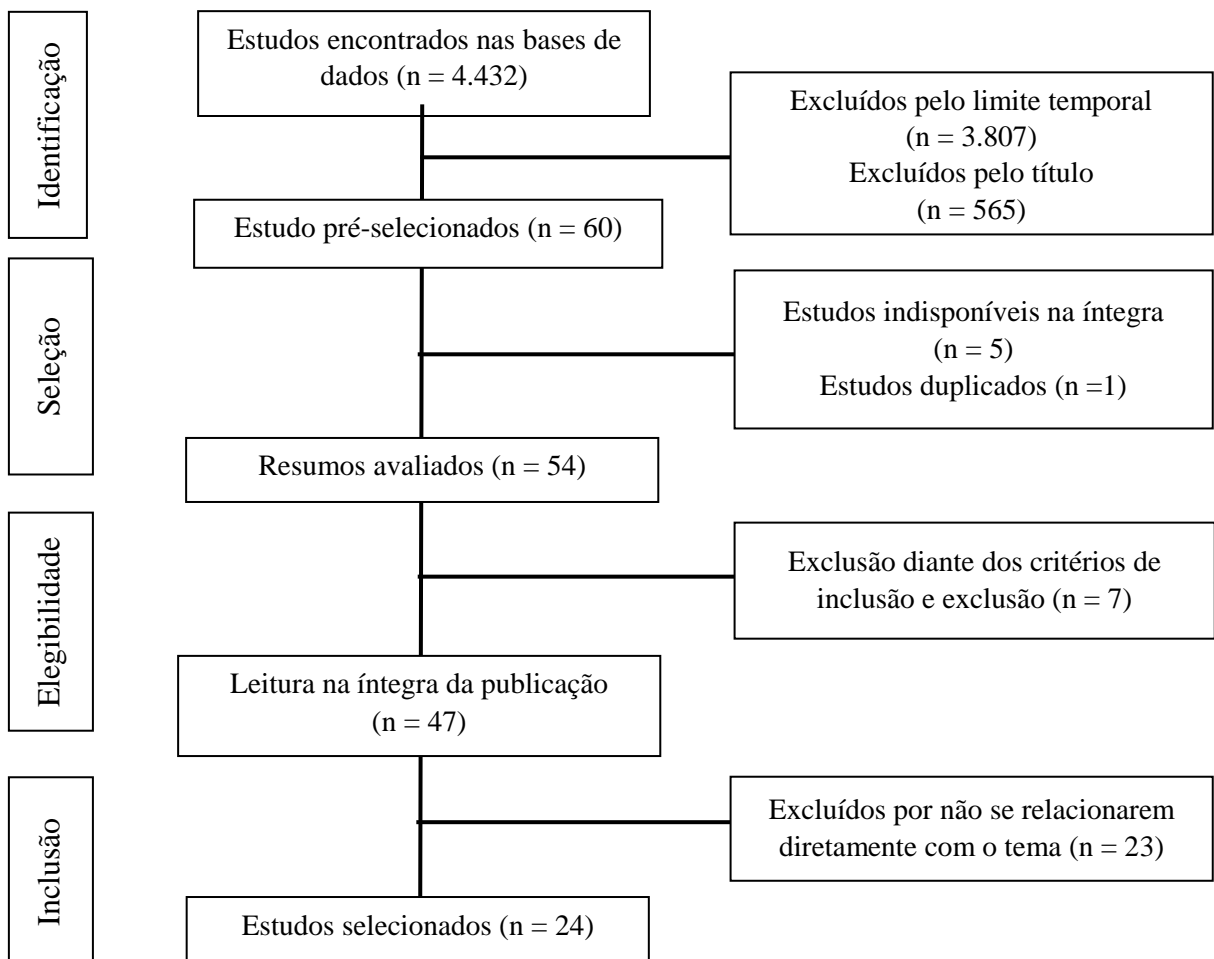
Após o resultado da busca nas bases de dados no período pré-estabelecido anteriormente, a estratégia de seleção dos estudos se iniciou com a retirada das duplicatas e, em seguida, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura interpretativa e criteriosa do título e resumo dos estudos remanescentes. Quando não suficiente, se procedeu a leitura na íntegra da publicação. Os artigos que não apresentaram informações pertinentes ao tema da pesquisa ou não responderam ao objetivo do estudo foram excluídos. Posteriormente, foi realizada novamente a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura na íntegra dos estudos elegidos.

### **3.8 Considerações Éticas**

Por tratar-se de uma revisão integrativa, não foi necessário submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

#### 4. RESULTADOS

Realizada a busca nas bases de dados estabelecidas, identificou-se um total de 4.432 resultados. Após seleção do critério de inclusão referente ao limite temporal (2015-2020), resultaram 625 estudos. Após a leitura dos títulos, foram selecionados um total de 60 estudos, que, por sua vez, foram distribuídos pelas bases de dados da seguinte forma: PubMed (43) e LILACS (17). Desses, apenas 1 estudo se encontrava em duplicado e outros 5 estudos não estavam disponíveis na íntegra, mesmo após solicitação aos autores, restando, assim, 54 estudos. Em seguida, após efetuada a junção dos artigos e a análise do título, 6 estudos foram retirados por não se enquadrarem no desenho de estudo e apenas 1 foi retirado por não se enquadrar na língua pré-estabelecida como critério de exclusão, restando, assim, 47 estudos. Após a leitura na íntegra dos textos, 23 estudos foram excluídos por não se relacionarem diretamente com o tema. Portanto, a amostra final ficou constituída por 24 estudos selecionados (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma da amostra dos artigos selecionados para a revisão.

O Quadro 1 detalha os artigos selecionados, conforme título, autoria, ano de publicação, objetivo(s) e principais resultados. Dos estudos da presente revisão, 20 utilizaram o desenho metodológico quantitativo, 3 a pesquisa qualitativa e apenas 1 utilizou a pesquisa qualitativa-quantitativa. Verificou-se que 65% dos estudos de abordagem quantitativa utilizaram o índice de funcionamento sexual feminino (FSFI), demonstrando assim ser um instrumento muito aplicado na mensuração deste fenômeno.

Com relação ao ano de publicação, houve um maior número de estudos realizados em 2015 (n=6) e um menor número de estudos realizados em 2016 (n=1). No que diz respeito à distribuição geográfica, verifica-se que o Brasil se destaca com a maior produção, sendo responsável por 29,2% dos estudos analisados. Além disso, Turquia e Irã são responsáveis, cada um, por 12,5%; enquanto que Estados Unidos, Espanha e Polônia são responsáveis, cada um, por 8,3% dos estudos. Ainda foram encontradas publicações isoladas em outros países como Cuba, Canadá, Nigéria e Eslovênia.

Apenas um artigo trouxe a discussão da educação em saúde como mediadora no processo da sexualidade das gestantes, entretanto todos relatam na conclusão a importância da atuação profissional no aconselhamento e na visão do profissional sobre a temática da sexualidade ao tratar pacientes gestantes, seja na atenção básica ou hospitalar <sup>30</sup>.

**Quadro 1:** Caracterização dos Artigos que compuseram amostra deste estudo e Principais Resultados. Dez, 2020 – Abr, 2021. Salvador, Bahia

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Changes in the Sexual Function During Pregnancy <sup>31</sup>	Gałązka I. Droszól-Cop A. Naworska B. Czajkowska M. Skrzypulec-Plinta V.	2015	Avaliar as mudanças na função sexual durante a gravidez.	A atividade sexual diminuiu com o avanço da gravidez e domínios como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor diminuíram significativamente com a progressão da gestação. A maior porcentagem de mulheres com disfunções em todos os domínios da função sexual foi registrada no terceiro trimestre (disfunção no total do FSFI: 54,4% nas mulheres mais jovens e 55,8% nas mais velhas, respectivamente).  A maior queda na função sexual foi observada nas primíparas entre o segundo e o terceiro trimestre (pontuação total do FSFI 28,7 e 23,2, respectivamente).
Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual <sup>32</sup>	Bezerra I. Sousa V. Santos L. Viana E.	2015	Investigar a relação entre função sexual e qualidade de vida em mulheres grávidas, residentes em duas cidades do Nordeste	Observou-se uma diminuição significativa da frequência do relacionamento sexual do casal. Além disso, a disfunção sexual se mostrou presente em 35,7% das gestantes avaliadas, de acordo com a pontuação do FSFI e a qualidade de vida dessas foi inferior quando comparada àquelas com função sexual sem alteração.
Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo em um grupo de puérperas <sup>33</sup>	Mirás, R. Sánchez, A. Guerra, J.J. Arjona, L. Boza, O.	2015	Caracterizar a expressão da sexualidade durante a gravidez em um grupo de puérperas.	O desejo sexual permaneceu nas pacientes estudadas, mas a frequência sexual diminuiu à medida que a gravidez progredia. A maioria dos entrevistados avaliou o sexo gratificante durante esse período, mantendo a qualidade e a forma preferida do mesmo.  Na amostra estudada, 74% afirmaram que as mudanças físicas afetaram o desfrute das relações sexuais, enquanto apenas 26% consideraram que não.
Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy <sup>34</sup>	Abouzari-Gazafroodi, K. Najafi F. Kazemnejad E. Rahnama P.; Montazeri A.	2015	Avaliar os fatores que afetam o funcionamento sexual das mulheres durante a gravidez.	Os resultados demonstraram que menor escolaridade, gravidez indesejada, estágio inicial da gravidez, idade avançada e maior duração do casamento foram os fatores mais importantes que contribuíram para o funcionamento sexual perturbado entre os casais.



Predictors of sexual function during pregnancy <sup>35</sup>	Seven, M. Akyüz, A. Güngör, S.	2015	Avaliar as funções sexuais de mulheres grávidas e determinar os fatores que afetam sua função sexual.	Ter companheiro em idade avançada, história de aborto espontâneo, história de problema de saúde durante a gravidez anterior e alto nível de ansiedade foram considerados fatores que afetam negativamente a função sexual.  De acordo com o FSFI, mais da metade (77,6%) das mulheres pontuaram na faixa associada à disfunção sexual.
Maternal overweight and sexual function in pregnancy <sup>36</sup>	Ribeiro, M. Nakamura, M. Torloni, M. Scanavino, M. Mancini, P. Forte, B. Mattar, R.	2015	Comparar a função sexual de mulheres grávidas com sobrepeso e mulheres grávidas com peso normal.	No 3º trimestre, o grupo sobrepeso teve um score de FSFI significativamente menor ( $19.1 \pm 10,3$ e $24.5 \pm 9,7$ ), $p < 0.001$ , além de menores pontuações nos scores de desejo ( $3.2 \pm 1.4$ e $4.1 \pm 1,5$ , $p = 0.003$ ), excitação ( $3.0 \pm 1.9$ e $3.9 \pm 1.8$ , $p = 0.008$ ), lubrificação ( $3,4 \pm 2.1$ e $4.3 \pm 2.0$ , $p = 0.015$ ), orgasmo ( $2.9 \pm 2.1$ e $3.8 \pm 1.9$ , $p = 0.024$ ) e domínios de dispareunia ( $3.3 \pm 2.1$ e $4.7 \pm 2.0$ , $p = 0.002$ ).
Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados <sup>37</sup>	Sperandio, F. Sacomori, C. Porto, I. Cardoso, FL.	2016	Estabelecer a prevalência de dispareunia no terceiro trimestre gestacional e fatores associados.	A prevalência de dispareunia no 3º trimestre gestacional foi de 48,5%, enquanto antes da gestação era de 15,3%. Ao comparar a dispareunia antes da gestação e no terceiro trimestre gestacional, foi observado que a frequência e a intensidade da dispareunia aumentaram no terceiro trimestre  A prevalência da dispareunia é alta no período gestacional e está associada a alterações das funções do assoalho pélvico, como presença de incontinência urinária e constipação, além da presença prévia de dispareunia.
Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women <sup>38</sup>	Küçükduymaz, F. Efe, E. Malkoç, Ö. Kulus, E. Amasyalı, A. Resim, S.	2016	Determinar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual feminina juntamente com as preocupações das mulheres sobre a sexualidade durante a gravidez.	A prevalência de disfunção sexual foi de 87% na população do estudo. O índice de disfunção sexual foi maior no primeiro e terceiro trimestres quando comparado ao segundo. Entre as variáveis demográficas, os níveis de escolaridade dos parceiros e a disfunção sexual pré-concepcional mostraram-se significativamente relacionados às disfunções sexuais femininas. As preocupações mais comuns das mulheres sobre a relação sexual foram relatadas como medo de sentir dor (35%), risco de aborto (21,3%) e fatores religiosos (10%).

Sexual function changes during pregnancy <sup>39</sup>	Ninivaggio C. Roger S R. Leeman, L. Migliaccio, L. Teaf, D. Qualls, C.	2016	Descrever mudanças na atividade sexual e função entre mulheres grávidas nulíparas.	<p>A proporção de mulheres sexualmente ativas diminuiu com o avanço da gravidez. Entre as mulheres que relataram atividade sexual, as pontuações do FSFI também diminuíram e a gravidez progrediu.</p> <p>Usando a pontuação de corte do FSFI para disfunção sexual de 26,55, as mulheres no terceiro trimestre (T3) eram mais propensas a relatar disfunção sexual (T3: 57%; T2: 36,8%; T1: 36,3%).</p>
Quality of Sexual Life And Changes Occurring in Sexual Life of Women With High Risk Pregnancy <sup>40</sup>	Tugut, N. Golbasi, Z. Bulbul, T.	2017	Determinar a qualidade de vida sexual e as mudanças que ocorrem na vida sexual de mulheres com gravidez de alto risco	<p>Quando o período durante o qual as mulheres tiveram o diagnóstico de gravidez de alto risco foi comparado com o período em que elas não tiveram esse diagnóstico, foi determinado que mais da metade das mulheres experimentou alterações adversas em sua vida sexual.</p> <p>As mudanças vividas pelas mulheres com gestações de alto risco foram as seguintes: diminuição na frequência das relações sexuais (31,3%), menos desejo sexual (26,8%), dor e sofrimento durante a relação sexual (13,4%), considerar-se sexualmente não atraente (10,7%) e insatisfação sexual (8,9%).</p> <p>A pontuação média das mulheres com gestações de alto risco obtido a partir do Sexual Life Quality Questionnaire em termos de sua qualidade de vida sexual foi <math>25,07 \pm 19,10</math>.</p>
Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional <sup>41</sup>	Calheiros C. Nogueira D. Bonelli M. Terra F. Leite E.	2018	Avaliar a função sexual da mulher no período gestacional	<p>A maioria das gestantes apresentou um desempenho sexual satisfatório.</p> <p>Segundo o escore final da escala do QS-F, verifica-se que 47,2% (76) obtiveram como resultado um nível de desempenho e satisfação sexual de “regular a bom”, e que a somatória dos resultados de “desfavorável a regular” e “ruim a desfavorável” computam uma porcentagem de 22,4% (36).</p> <p>Constata-se que apenas o domínio “preliminares” apresentou um percentual maior de gestante com escore <math>\leq 2</math> (domínio prejudicado).</p>

Effect of pregnancy on sexual function of couples <sup>42</sup>	Khalesi, Z. Bokaie, M. Seyedeh, A.	2018	Avaliar os efeitos da gravidez na função sexual dos casais.	<p>Mais de 60% das mulheres grávidas foram classificadas como potencialmente portadoras de disfunção sexual.</p> <p>A prevalência da disfunção sexual no primeiro trimestre foi 64,22, no segundo trimestre 70,73 e no terceiro trimestre 87,8%.</p> <p>Houve uma diminuição significativa na pontuação de todos os domínios FSFI durante o terceiro trimestre comparado com o segundo. Além disso, as pontuações do FSFI foram de 22,60,4 no primeiro trimestre, 23,80,7 durante o segundo, e 17.50.2 durante o terceiro trimestre da gravidez.</p>
Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being <sup>43</sup>	Beveridge, J. Vannier, S. Rosen, N.	2018	Avaliar a importância dos medos das mulheres de que a atividade sexual prejudique a gravidez em sua decisão de não praticar sexo durante a gravidez e as associações entre esses medos e o bem-estar sexual e de relacionamento.	<p>Mais da metade das mulheres (58,6%) relatou pelo menos um medo como motivo para não se envolver em atividades sexuais durante a gravidez.</p> <p>As razões baseadas no medo para não fazer foram associadas a um maior sofrimento sexual. Mulheres que relataram maiores taxas de abstinência de sexo por medo de que isso pudesse prejudicar sua gravidez, também relataram maior sofrimento sexual.</p> <p>Os resultados sugerem que as intervenções focadas em minimizar o medo da atividade sexual durante a gravidez podem não ser essenciais para promover o bem-estar sexual e de relacionamento mais amplo das mulheres durante a gravidez, mas podem ajudar a reduzir os sentimentos globais de preocupação e ansiedade das mulheres sobre seu relacionamento sexual.</p>
Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes <sup>44</sup>	Fernández-Sola, C. Huancara-Kana, D. Granero-Molina, J. Carmona-Samper, E. López-Rodríguez, M.	2018	Explorar e compreender as experiências sexuais de gestantes durante a gravidez.	A falta de aconselhamento sexual durante a gravidez leva à criação de falsas crenças, que, juntamente com mudanças físicas, preocupações com o risco e flutuações no desejo e interesse sexual, provocam uma diminuição na atividade sexual.

<p>Comportamiento y actitud frente a la sexualidade de la mujer embarazada durante el último trimestre – Estudio fenomenológico <sup>45</sup></p>	<p>Pizarro I. Martin A.T. Prieto V. Sánchez A. Espuela F.</p>	<p>2019</p>	<p>Explorar as experiências de vida nas relações sexuais no terceiro trimestre da gravidez em mulheres primíparas.</p>	<p>Mulheres no terceiro trimestre de gravidez colocam de lado sua vontade sexual e o de seus parceiros, e se concentram no bem-estar do bebê. Os resultados mostram três justificativas principais: o medo de causar danos, as mudanças de comportamentos e hábitos sexuais e a falta de informação.</p>
<p>Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in na Outpatient Prenatal Care Clinic <sup>46</sup></p>	<p>Guendler, J. Katz, L. Flamini, MD. Lemos, A.</p>	<p>2019</p>	<p>Determinar a prevalência de disfunção sexual e seus fatores associados em mulheres grávidas.</p>	<p>Uma diminuição na atividade sexual foi relatada por 64,9% das mulheres durante a gravidez, enquanto apenas 7,6% relataram um aumento em frequência. A satisfação sexual durante a gravidez diminuiu em 41,6% das mulheres. Um total de 92% das participantes relatou que eram satisfeitas sexualmente antes da gravidez e 50,8% durante a gravidez.</p> <p>Dispareunia foi relatada por 11,1% das mulheres antes da gravidez e por 45,8% durante a gravidez. A frequência de dificuldades / disfunções sexuais também aumentaram com a gravidez, passando de 5,7% para 58,7%.</p> <p>A pontuação média da função sexual durante a gravidez foi classificada como boa, embora a maioria das mulheres grávidas tenha relatado pelo menos um tipo de alteração nas relações sexuais.</p>
<p>Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy <sup>47</sup></p>	<p>Kračun I. Tul N. Blickstein I. Velikonja V.</p>	<p>2019</p>	<p>Investigar as medidas quantitativas e qualitativas da complexa relação entre sexualidade e gravidez.</p>	<p>A relação sexual durante a gravidez é menos frequente e menos satisfatória em comparação com o período pré-gravídico. A sexualidade na gravidez está associada ao medo de machucar o feto, satisfação com relação ao parceiro íntimo, atitude geral em relação à sexualidade, autoimagem física e bem-estar geral. Mulheres que estão mais satisfeitas com seu relacionamento íntimo com o parceiro também estão mais satisfeitas com sua sexualidade.</p>

Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction <sup>48</sup>	Vannier, S. Rosen, N.	2019	Identificar a proporção de mulheres que experimentam sofrimento sexual durante a gravidez e comparar a satisfação sexual entre mulheres que relatam sofrimento sexual durante a gravidez com a de mulheres que negam.	<p>O sofrimento sexual é comum durante a gravidez e está associado a uma menor satisfação sexual e também no relacionamento.</p> <p>A média das pontuações de cada domínio no FSFI foram 3,16 para desejo, 3,97 para excitação, 4,31 para lubrificação, 3,75 para orgasmo, 3,85 para sexual satisfação e 4,22 para dor. Além disso, entre as participantes, 42% cumpriram o limite clínico para sofrimento sexual.</p>
Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks <sup>49</sup>	Jawed-Wessel, S. Santo, J. Irwin, J.	2019	Examinar as relações entre as atitudes em relação a fazer sexo durante a gravidez, diversos comportamentos sexuais e a satisfação sexual entre casais que estão vivenciando a gestação.	<p>As atitudes em relação a fazer sexo durante a gravidez predizem significativamente a satisfação sexual e operam operando por meio de comportamentos sexuais específicos, como beijos, dedilhado vaginal e uso de brinquedos eróticos.</p> <p>A partir da escala FSFI averiguou-se que 32,1% (61) das gestantes apresentaram disfunção sexual.</p> <p>Comparando a média dos domínios nos três trimestres gestacionais, observou-se que os domínios “Desejo”, “Excitação” e “Satisfação” apresentaram menor média no segundo trimestre. Já os domínios “Lubrificação” e “Dor” tiveram piores médias no primeiro e terceiro trimestre, respectivamente.</p>
A sexualidade vivenciada por gestantes de alto risco de uma maternidade de alta complexidade <sup>50</sup>	Santana, M.. Cunha, G. Sousa, M. Da Silva, E. Sousa, J. Da Silva, L.	2020	Verificar a sexualidade vivenciada por gestantes de alto risco de uma maternidade de alta complexidade	<p>A sexualidade pode estar extremamente fragilizada, especialmente em gestantes de alto risco, pois além da gestação se faz presente também alguma condição patológica.</p> <p>A média da variável “desejo sexual” reduziu de 8,92 antes da gestação para 6,03 durante a mesma enquanto a variável satisfação sexual reduziu de 9,18 para 6,47 respectivamente (<math>p &lt; 0,001</math>).</p>
Effect of a structured educational package on women's sexual function during pregnancy <sup>30</sup>	Mahnaz, E. Nasim, B. Sonia, O.	2020	Explorar o efeito de um pacote educacional estruturado baseado em ADDIE (análise, desenho, desenvolvimento, implementação, avaliação) para reduzir a disfunção sexual durante a gravidez.	<p>O pacote educacional estruturado reduziu a disfunção sexual. Os escores dos domínios do FSFI foram comparados antes e depois da intervenção entre os dois grupos. O grupo de intervenção mostrou uma melhora significativa no desejo (<math>P=0,019</math>), excitação (<math>P=0,001</math>), lubrificação (<math>P=0,001</math>), orgasmo (<math>P=0,001</math>) e satisfação (<math>P=0,007</math>), mas não dor.</p>

Sexual activities of pregnant women attending antenatal clinic of a tertiary hospital in North-West Nigeria <sup>51</sup>	Oche O. Abdullahi Z. Tunau K. Ango J. Yahaya M. Raji I.	2020	Avaliar a atitude, as experiências sexuais e as mudanças na função sexual durante a gravidez	A frequência sexual diminuiu na gravidez em comparação com o período pré-gravidez, a maioria dos entrevistados desejou e gostou.
Sexualidade e fatores de risco associados em mulheres grávidas <sup>52</sup>	Soares, P.R. Calou, C. Ribeiro, S. Aquino, P. Almeida, P.C. Pinheiro, A.K.	2020	Avaliar a função sexual de gestantes e a influência dos fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais associados à disfunção sexual.	Dos participantes, 32,1% apresentaram disfunção sexual. Os fatores associados à disfunção sexual são “gestantes jovens”, “baixa renda” e “atendimento no serviço público”.
Sexual and Life Satisfaction of Pregnant Women <sup>53</sup>	Branecka-Woźniak, D. Wójcik, A. Błazejewska-Jaśkowiak, J. Kurzawa, R.	2020	Avaliar a satisfação sexual e com a vida de gestantes.	Demonstrou um alto nível de satisfação com a vida, um nível médio de satisfação sexual geral e um alto nível de satisfação com o sexo. Um maior nível de satisfação com a vida foi associado a maiores níveis de satisfação sexual em cada dimensão.

**Quadro 1:** Caracterização dos artigos que compuseram a amostra deste estudo e principais resultados. Dez, 2020 – Abr, 2021. Salvador, Bahia

## 5. DISCUSSÃO

Ao longo da gravidez, com as diversas alterações impostas por esse período, a sexualidade feminina engloba diversos aspectos, desde as mudanças corporais até às questões culturais, gerando influência direta sobre a qualidade de vida e a satisfação sexual da gestante. Na literatura encontramos alguns instrumentos para a avaliação da função sexual feminina, dentre eles O Female Sexual Function Index (FSFI) e o Quociente Sexual Feminino (QSF)<sup>54</sup>.

Os domínios avaliados no FSFI são: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Enquanto que os domínios avaliados pelo QS-F são: desejo e interesse sexual, preliminares, excitação da mulher e sintonia com o parceiro, conforto na relação sexual, orgasmo e satisfação sexual. Quanto maior a pontuação, infere-se que melhor será a função sexual da mulher. Dessa forma, ambos buscam avaliar quantitativamente o desempenho e a satisfação sexual feminina, sendo os instrumentos mais utilizados na literatura encontrada sobre o tema durante a pesquisa<sup>55,56</sup>.

Ao comparar as pontuações das escalas mencionadas com as características socioeconômicas, verificou-se uma correlação significativa direta e positiva com as variáveis escolaridade e renda familiar<sup>34,38,40,41,46,50-52</sup>. Essa correlação com uma maior satisfação sexual é congruente, visto que a educação em saúde inferida na escolaridade e facilitada com o acesso aos meios financeiros, tendem a permear a aquisição de conhecimentos mediadores de comportamentos de saúde<sup>57</sup>. Entretanto, no estudo de Prado et al.<sup>58</sup> realizado com mulheres não grávidas, não se observou uma associação de disfunção sexual com renda ou escolaridade.

Outros aspectos encontrados na literatura que afetam negativamente a função sexual durante a gestação foram: companheiro em idade avançada, história de abortamento espontâneo, história de problema de saúde durante a gravidez anterior e alto nível de ansiedade<sup>35,38,50,59</sup>. Salienta-se que a correlação de sintomas ansiosos e depressivos com a função sexual feminina já foi estudada em mulheres não grávidas, sendo relatado que aquelas com transtornos psíquicos têm maior risco de apresentar disfunção sexual do que mulheres saudáveis<sup>60</sup>. Entre as gestantes, a premissa também é verdadeira e aquelas com esses determinados sintomas apresentaram também mais problemas na vida sexual<sup>35,61</sup>.

No que diz respeito aos aspectos socioculturais, apesar de encontrarmos estudos realizados em países com discrepâncias significativas, como Turquia e Brasil, o padrão de disfunções sexuais aumentado na gravidez se manteve presente, evidenciando que esta é uma problemática transversal para a condição de mulheres durante o período gestacional<sup>38,62,63</sup>.

Destaca-se que as alterações no comportamento sexual, sobretudo no que diz respeito à frequência das relações sexuais, foram frequentemente observadas durante a gravidez e, na maioria dos estudos, foi mais prevalente no primeiro e terceiro trimestre<sup>31,33,38,44,45,64</sup>. Estes achados são similares aos encontrados nos estudos de Ryding<sup>65</sup> e Robson et al.<sup>66</sup>, nos quais houve uma diminuição acentuada da frequência de relações sexuais do período pré-gravídico ao primeiro trimestre, bem como o observado no último trimestre, chegando a abstinência em alguns casos.

Nessa perspectiva, no primeiro trimestre, a sexualidade parece ser influenciada pelos sintomas que muitas vezes acompanham o início da gravidez, como fadiga, sensibilidade mamária, náuseas e vômitos, além das questões psicológicas envolvidas na ideia de uma nova fase para o casal<sup>67</sup>. Já no terceiro trimestre, as mudanças no corpo da mulher são ainda mais significativas: o aumento do volume, tanto abdominal quanto do feto, provoca desequilíbrio e alterações posturais compensatórias, podendo gerar dores e desconfortos clássicos desse período<sup>42,68</sup>. Além disso, fadiga, ansiedade, medo e preocupações acerca da saúde fetal e do trabalho de parto que se aproxima, tendem a afetar negativamente o interesse sexual de gestantes no último trimestre<sup>42,69</sup>.

Em contrapartida, o segundo trimestre gestacional é considerado o período mais emocionalmente estável, quando a gravidez parece estar claramente estabelecida, diminuindo, assim, o medo inicial da perda fetal<sup>42,44</sup>. A reafirmação da feminilidade através da duplicidade mulher/maternidade associada às alterações vasculares da pelve e à cessação das náuseas, permite um aumento da qualidade de orgasmos, bem como do nível de erotismo<sup>70,71</sup>. Esses fatores podem explicar a presença dos melhores indicadores da função sexual no segundo trimestre, além de um aumento da frequência de atividades sexuais e do desejo em alguns casos<sup>33,42,44</sup>.

Pode-se observar ainda que a dispareunia apresentou maior prevalência durante o terceiro trimestre gestacional comparada ao período pré-gravídico<sup>37,46</sup>. Os fatores associados a esta disfunção foram a idade avançada, a presença de incontinência urinária e a constipação no terceiro trimestre da gestação<sup>37</sup>. Essa prevalência maior de dispareunia no terceiro trimestre pode ser explicada pelo fato de que neste período as mulheres apresentam maior irritabilidade decorrente de contrações uterinas provocadas pelo orgasmo, desconforto nas posições sexuais ou percepção subjetiva negativa sobre sua aparência física<sup>72</sup>.



Seja pelas questões emocionais ou por alterações fisiológicas, o período gestacional impulsiona a busca por novas rotas de prazer, sendo comum uma maior valorização de preliminares como beijos e carícias<sup>33,44,45</sup>. Além disso, durante a gravidez, algumas dessas mudanças tendem a fazer com que os casais experimentem posições sexuais diferentes. Isso pode ocorrer para obter mais conforto diante das alterações físicas como o aumento abdominal e a diminuição da mobilidade, pelo medo de machucar o bebê em determinadas posições e também pela percepção da auto-imagem corporal vivenciada pela gestante, fazendo com que essas mulheres prefiram outros ângulos durante a relação<sup>44,45,73</sup>. Tais aspectos estão em congruência com elementos abordados em estudo prévio, no qual é relatado que posições utilizadas pelo casal no período pré-gravídico de forma rotineira, tornavam-se incômodas ao decorrer dos trimestres, principalmente devido às transformações anatômicas ocorridas no corpo feminino<sup>74</sup>.

Além disso, vale ressaltar que os estudos analisados ao longo desta revisão, evidenciam diversas alterações para o nível das diferentes fases do ciclo de resposta sexual. Estas alterações estão relacionadas, de uma forma global, às mudanças fisiológicas, mas também aos mitos e preconceitos socialmente difundidos, gerando, assim, implicações psicológicas. As preocupações sobre as relações sexuais na gestação mais comumente relatadas pelas mulheres foram medo de sentir dor, risco de abortamento e fatores religiosos e morais<sup>38,44</sup>. Atrelado a tais aspectos, Silvano<sup>75</sup> enfatiza que algumas crenças populares geram inverdades que são perpetuadas socialmente, tais como: o pênis machucar a cabeça do feto durante a penetração. Guiadas por tais convicções, as mulheres adotam atitudes temerosas ou superprotetoras, que resultam na diminuição da quantidade e qualidade de suas relações sexuais.

Vale ressaltar que, a sexualidade feminina depende também de como a mulher se percebe e muitas mulheres grávidas relatam dificuldade em conciliar os aspectos sexuais e maternos presentes na sua nova identidade<sup>76</sup>. O estudo de Pereira et. al.<sup>77</sup> traz a construção da parentalidade durante o período gestacional como um elemento capaz de mobilizar conteúdos subjetivos, sobretudo na mulher, sendo, assim, um desafio interno complexo que influencia a vivência da sexualidade nesta fase de profundas transformações. Além disso, como observado nas publicações de Köhler et. al.<sup>78</sup> e Bertoldo et. al.<sup>79</sup>, os fatores psicológicos envolvidos na aquisição do novo papel materno, podem resultar em alterações de humor que, por sua vez, alteram a sexualidade feminina.

Ademais, Romagnolo<sup>80</sup> considerou que os mitos, as crenças e os tabus englobam um conjunto de fatores que podem afetar a gestante e a relação conjugal. É comum que ao

enfrentarem essas questões, as gestantes internalizem algumas atitudes difundidas socialmente que tendem a afetar a vivência plena e positiva da sua sexualidade<sup>48</sup>. Tais atitudes podem se traduzir em culpa, frustração, preocupação e constrangimento, correlacionando-se à uma diminuição da satisfação sexual, mesmo na ausência de problemas com o funcionamento sexual em si. Além disso, as mulheres, que não estão preparadas para experimentar essas mudanças, podem estar também em maior risco de disfunção sexual<sup>48</sup>.

Pode-se observar ainda que, assim como gestantes de baixo risco, mulheres com gestações de alto risco também tiveram as mesmas queixas como insatisfação sexual, auto-aversão sexual e sensações de dor, sofrimento e queimação durante a relação sexual<sup>40</sup>. Entretanto, apesar da condição de ameaça à gravidez não ter tido um impacto significativamente distinto na avaliação da satisfação sexual, mulheres com gravidez de alto risco tendem a se envolver menos em atividades sexuais do que as de baixo risco<sup>81</sup>. Ocorre que à medida que a gestação é classificada com essa condição, a vida sexual tende a ser adiada pelo medo de causar danos ao bebê, afetando, assim, a experiência da sexualidade e a qualidade de vida dessas mulheres.

Neste sentido, o papel da educação para a saúde é muito importante, pois permite informar sobre as alterações normais que ocorrem nas diferentes fases da gravidez e, desta forma, diminuir a ansiedade e contribuir para melhorar a função sexual<sup>70</sup>. Para isso, o momento da consulta é a oportunidade na qual a mulher e o casal possuem a privacidade necessária para discutirem e perguntarem sobre tudo o que os aflige, além de ser um espaço para estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente. Entretanto, a maioria das gestantes não discutem sua vida sexual com profissionais de saúde e essa lacuna pode propiciar a criação de falsas crenças, que, juntamente com as mudanças fisiológicas e emocionais, tendem a provocar uma diminuição na atividade sexual<sup>35,44,45</sup>.

Destaca-se que as informações fornecidas durante o pré-natal costumam se limitar aos cuidados com o recém-nascido e à amamentação, ignorando a função sexual feminina e colocando a mulher como agente passivo<sup>31</sup>. O estudo de Rocha et. al.<sup>82</sup> traz aspectos semelhantes e ressalta que essa ausência de uma abordagem ampla sobre a sexualidade no pré-natal não contempla às necessidades biopsicossociais da gestante e do(a) parceiro(a). Além disso, em um dos estudos selecionados, foi investigado o impacto de um pacote educacional focado na sexualidade feminina durante o período gestacional e demonstrou uma redução significativa das disfunções sexuais entre as gestantes do grupo intervenção, com melhores pontuações nos domínios desejo, excitação, orgasmo e satisfação<sup>30</sup>. Assim, evidencia-se a

importância de profissionais qualificados para fornecer orientações não só à mulher, mas também ao(a) seu(ua) parceiro(a), com o intuito de tornar a vivência da função sexual durante a gestação algo positivo na vida do casal.

## **6. CONCLUSÃO**

A função sexual feminina durante a gestação sofre influência de fatores fisiológicos e socioculturais que podem gerar alterações no comportamento sexual e afetar a qualidade de vida. Tais mudanças, muitas vezes, podem ser negligenciadas pela própria gestante, pelo(a) seu(ua) parceiro(a) e até mesmo pelos profissionais de saúde, reforçando alguns tabus e gerando mais desinformações sobre o tema. A produção científica analisada demonstrou uma diminuição na frequência das relações, uma piora nos domínios da função sexual, principalmente no primeiro e terceiro trimestre e, na maioria dos casos, houve uma correlação direta entre a satisfação sexual e a qualidade de vida. Portanto, é notória a necessidade de qualificação profissional e a importância de políticas públicas que enfatizem uma abordagem ampla da sexualidade no período gestacional. Com isso, será possível identificar as disfunções sexuais durante a gestação, bem como implicações na vida da mulher e do parceiro(a), individualizando as necessidades de cada gestante, para que se possa viver a experiência do ciclo gravídico de forma plena e saudável.

## REFERÊNCIAS

1. Who. Sexual and Reproductive Health: Core competencies in primary care. World Health. 2011;1–65.
2. Basson R. The female sexual response: A different model. Vol. 26, Journal of Sex and Marital Therapy. 2000. p. 51–65.
3. Savall ACR, Mendes AK, Cardoso FL. Perfil do comportamento sexual na gestação. Rev Fisioter em Mov. 2008;21(2):61–70.
4. Original A. Impacto da gestação na função sexual feminina. 2013;1–5.
5. ROCHA M, VIEIRA J, NASCIMENTO E, ALCHIERE J. Viver a Sexualidade Feminina no Ciclo Gravídico. Rev Bras Ciências da Saúde. 2014;18(3):209–18.
6. Sena T. O Relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: As sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências Humanas. 2007;311.
7. Os relatórios de Masters & Johnsons.pdf.
8. Juncklos A. Efeitos da Fisioterapia com Cones Vaginais e Exercícios Perineais na Vida Sexual de Mulheres Nuligestas Orgásmicas. 2005;
9. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther. 1977;3(1):3–9.
10. Sena T. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. Vol. 11, Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis. 2014. 96 p.
11. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). 2006;33(3):162–7.
12. Servi DE, Cont M. Sistema de Gestão da Qualidade SGQ. 2008;1–25.
13. Basson R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther. 2001;27(1):33–43.
14. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. Vol. 172, Cmaj. 2005. p. 1327–33.
15. Basson R. Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. Obstet Gynecol. 2001 Aug 1;98(2):350–3.
16. Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. Adv Psychosom Med. 2011;31:16–34.
17. Gazaneo MM, Oliveira L. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. Rev Bras atividade física saúde. 1998;3(2):13–21.
18. Barbosa BN, Gondim ANC, Pacheco JS, Pitombeira HCS, Gomes LF, Vieira LF, et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Rev Eletrônica Enferm. 2011;13(3).
19. Sexualidade P, Medeiros S, Barros V, Maria T, Guimar M. Sexualidade na gravidez ... Medeiros, M. S; Costa, V. B; Santos, T. M. M. G. 2010;34–43.
20. Lech MB, Martins PCR. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. Estud

- Psicol. 2003;20(3):37–46.
21. Gonçalves Camacho K, Costa Vargens OM da, Progianti JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Cienc enferm* [Internet]. 2010;16(2):115–25. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000200012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200012)
  22. Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Rev Estud Fem*. 2006;14(1):43–59.
  23. Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP da. Corpo e sexualidade na gravidez. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(3):552–8.
  24. Werthein J, Braslavsky C, Carlos J, Adama T, Célio O, Cunha D, et al. Conselho Editorial da UNESCO no Brasil Comitê para a Área de Desenvolvimento Social.
  25. Clementina M, Gomes R, Humana S. Alguns Factores Que Influenciam O Desejo Sexual Do Casal Durante a Gravidez. *Gravidez. Medicina (B Aires)*. 2009;
  26. Negreiros TC de GM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*. 2004;5(9):77–86.
  27. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional. *Rev Mult Psic*. 2020;14(49):114–26.
  28. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434–8.
  29. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008;17(4):758–64.
  30. Mahnaz E, Nasim B, Sonia O. Effect of a structured educational package on women's sexual function during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;148(2):225–30.
  31. Gałaogonekzka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *J Sex Med*. 2015;12(2):445–54.
  32. Bezerra IFD, Sousa VPS De, Santos LC Dos, Viana ESR De. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2015;37(6):266–71.
  33. García Mirás R, González Sánchez A, Llibre Guerra JJ, García Arjona L, Perera Boza O. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo em um grupo de puérperas. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2015;41(1):39–49.
  34. Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnama P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. Vol. 12, *Reproductive Health*. 2015.
  35. Seven M, Akyüz A, Güngör S. Predictors of sexual function during pregnancy. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2015;35(7):691–5.
  36. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino M de T, Mancini PE, Forte BMB, et al. Maternal overweight and sexual function in pregnancy.
  37. Sperandio FF, Sacomori C, Porto I dos P, Cardoso FL. Prevalência de dispareunia na

- gravidez e fatores associados. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2016;16(1):49–55.
38. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı A, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turk Urol Derg.* 2016;42(3):178–83.
  39. Sexual function changes during pregnancy.
  40. Tugut N, Golbasi Z, Bulbul T. Quality of Sexual Life And Changes Occurring in Sexual Life of Women With High Risk Pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(2):132–41.
  41. Bonelli MCP, Calheiros CAP, Nogueira DA, Terra F de S, Leite EPRC. Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2018;10(4):1091–7.
  42. Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *Afr Health Sci.* 2018;18(2):227–34.
  43. Beveridge JK, Vannier SA, Rosen NO. Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;39(2):138–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334>
  44. Fernández-sola C, Huancara-kana D, Granero-molina J, Carmona-samper E, López-rodríguez MM. Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. *Psicol E Profissão.* 2018;34(4):1982–3703.
  45. Panea Pizarro I, Domínguez Martin AT, Barragán Prieto V, Martos Sánchez A, López Espuela F. Comportamiento y actitud frente a la sexualidade de la mujer embarazada durante el último trimestre – Estudio fenomenológico. Vol. 51, *Atencion Primaria.* 2019. p. 127–34.
  46. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2019;41(9):555–63.
  47. Kračun I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *J Perinat Med.* 2019;47(3):335–40.
  48. Vannier SA, Rosen NO. Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J Sex Med* [Internet]. 2017;14(3):387–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.239>
  49. Jawed-Wessel S, Santo J, Irwin J. Sexual Activity and Attitudes as Predictors of SSexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks. Vol. 48, *Archives of Sexual Behavior.* 2019. p. 843–54.
  50. Rodrigues de Santana M, Monte da Cunha GI, Pereira de Sousa ME, Ciríaco Santana Silva E, De Carvalho Sousa J, Pacheco da Silva LR. A sexualidade vivenciada por gestantes de alto risco de uma maternidade de alta complexidade. *Nurs (São Paulo).* 2020;23(268):4646–53.
  51. Oche OM, Abdullahi Z, Tunau K, Ango JT, Yahaya M, Raji IA. Sexual activities of pregnant women attending antenatal clinic of a tertiary hospital in North-West Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2020;37(140):1–17.

52. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino P de S, Almeida PC de, Pinheiro AKB. Sexualidade e fatores de risco associados em mulheres grávidas. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 4(Suppl 4):e20180786.
53. Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaśkowiak J, Kurzawa R. Sexual and Life Satisfaction of Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(16):1–15.
54. Amaral TLM, Monteiro GTR. Tradução e validação de questionário de função sexual na gravidez (PSFQ). *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2014;36(3):131–8.
55. Lima SMRR, Silva HF dos S, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial Female sexual dysfunctions: questionnaires used for original assessment. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med St Casa São Paulo.* 2010;55(1):1–6.
56. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa.
57. da Silva Araújo Alves J, da Gama SGN, Viana MCM, Martinelli KG, dos Santos Neto ET. Socioeconomic characteristics influence attitudes towards sexuality in adolescents. *J Hum Growth Dev.* 2021;31(1):101–15.
58. Prado DS, Mota VPLPP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2010;32(3):139–43.
59. Banaei M, Alidost F, Ghasemi E, Dashti S. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2020;40(3):411–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1640191>
60. Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sex Relatsh Ther.* 2000;15(1):47–57.
61. Faisal-Cury A, Huang H, Chan YF, Menezes PR. The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *J Sex Med.* 2013;10(5):1343–9.
62. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yilmaz D, Güner T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2014;40(4):309–22.
63. Yangin HB, Eroğlu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in Southwestern Turkey: A qualitative study. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(3):190–205.
64. Ninivaggio C, G. Rogers R, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. 2016.
65. Ryding E -L. Sexuality During and After Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1984;63(8):679–82.
66. Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal Sexuality During First Pregnancy and After Childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 1981;88(9):882–9.
67. Safarinejad MR. Re: Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant



- women. *Urol J*. 2015;12(5):2345–6.
68. Pakpour AH, Zeidi IM, Yekaninejad MS, Burri A. Validation of a translated and culturally adapted Iranian version of the international index of erectile function. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(6):541–51.
  69. Gökyıldız Ş, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(3):201–15.
  70. Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(4):1023–9.
  71. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):563–8.
  72. Cláudia Bortolozzi Maia A. Sexualidade na gravidez e após o parto. *Rev Bras Sex Humana*. 2020;12(1):253–64.
  73. Guibovich Mesinas A, Angulo Delgado T, Luján-Carpio E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú. *Horiz Médico*. 2015;15(3):6–12.
  74. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2004;87 Suppl 3(October 2004).
  75. Silvano S. Sexualidade na Gestação de Alto Risco: um estudo qualitativo. *Экономика Региона*. 2012;(Kolisch 1996):49–56.
  76. Blair J, Lacy MG. GENDER SHOWS: First-Time Mothers and Embodied Selves. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 1993;503(1):122–36.
  77. Pereira LC, Silva M da M, Garcia LF, Marques AG. Repercussões Da Gestação Na Sexualidade Feminina: Mudanças Corporais E Construção Da Parentalidade. *Temas em Saúde*. 2021;21(4):116–32.
  78. Köhler BDSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde*. 2017;16(3):360–6.
  79. Bastos MA, Bohn JC, Gomes SC. Atividade Sexual Na Gravidez: Mudanças E Abordagem Do Tema Com Profissionais Da Saúde Sexual. *Perspect em Saúde*. 2018;3.
  80. Romagnolo AN. Percepção De Puérperas a Respeito Da Influência Do Relacionamento Conjugal No Ciclo Gravídico. 2018;
  81. Przybyla-basista H, Abcdef MI, Aef HP, Abef AI. Sexual activity and sexual satisfaction of women in low-risk and high-risk pregnancy. *Ginekol i Położnictwo – Med Proj*. 2018;(May 2019).
  82. ROCHA M, VIEIRA J, NASCIMENTO E, ALCHIERE J. Viver a Sexualidade Feminina no Ciclo Gravídico. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2014;18(3):209–18.