

- ⁸ CANTEIRO, E.; MARTINS, M. **A Maternidade: Crenças e Tradições em territórios amostra do distrito de Braga. O Passado, o presente. Que futuro?**, 2005. http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Lopes_Canteiro_E_E.pdf (10 Novembro de 2010 às 23:45);
- ⁹ PINHEIRO, J.; SEABRA, D. **Alteração dos hábitos alimentares durante a gravidez: identificação dos mitos relacionados com a alimentação na gravidez e amamentação**, 2008. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/2/149-160.pdf> (10 Novembro de 2010 às 22:47);
- ¹⁰ BAIÃO, M.; DESLANDES, S. **Alimentação na gestação e puerpério**, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a11v19n2.pdf> (10 de Novembro de 2010 às 22:34);
- ¹¹ ANDRADE, R. **Saúde oral na gravidez: avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre saúde oral durante a gravidez**, 2009. <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1144/3/Mono-RafaelAndrade.pdf> (12 Novembro de 2010 às 21:46);
- ¹² GOUVEIA, R., et al. **Gravidez e exercício físico: Mitos, evidências e recomendações**, 2007. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/209-214.pdf> (13 Novembro de 2010 às 17:46);
- ¹³ OLIVEIRA, C. **(A)Sexualidade(s) na Gravidez**, 2008. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8172/2/Tese.pdf> (13 Novembro de 2010 às 18:20);
- ¹⁴ JUNQUEIRA, M. **Discursos femininos sobre a sexualidade durante a gravidez: Um estudo da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**, 2008. <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/557/1/LC403.pdf> (30 de Outubro de 2010 às 17:15);
- ¹⁵ SILVA, A.; FIGUEIREDO, B. **Sexualidade na gravidez e após o parto**, 2005. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf> (2 de Novembro de 2010 às 21:40);
- ¹⁶ FLORES, A.; AMORIM, V. **Sexualidade na Gestação: Mitos e Tabus**, 2007. http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/revista_integral1.pdf (06 de Novembro de 2010 às 18:35);
- ¹⁷ CRUZ, F., et al. **Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto: contributos**, 2010. <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf> (12 de Novembro de 2010 às 22:04).

Sexualidade na Gravidez: Problema ou Solução?

Ana Pereira - Joana Sezões –
Susana Esteves - Telma Machado

RESUMO

A sexualidade, tem sido, e ainda hoje o é, um assunto tabu na nossa sociedade, estando-lhe inerentes mitos e crenças que influenciam a forma como é vivida, principalmente durante a Gravidez.

Foram realizados estudos dedicados aos aspectos psicológicos da gravidez, não se verificando o mesmo com o papel desempenhado pelos sentimentos e comportamentos sexuais do casal nesta fase.

As alterações fisiológicas/desconfortos vividos durante a gravidez influenciam o desejo sexual, diminuindo este ao longo da gestação, tanto no homem como na mulher.

Devido à concepção que o público, em geral, tem da sexualidade, esta torna-se de bastante interesse em Enfermagem, tendo um grande potencial de educação, a ser incluído nas Sessões de Educação para a Saúde, sendo esta uma área bastante descorada e esquecida, de acordo com a pesquisa realizada.

Palavras – chave: Casal; Educação; Enfermagem; Gravidez; Sexualidade;

ABSTRACT

Sexuality has been, and still is, a taboo subject in our society, having many myths and beliefs that influence the experience, especially during Pregnancy.

The psychological aspects of pregnancy have been the focus of many studies, the same cannot be said about the emotional and sexual behavioral aspects of the couple on this stage.



The physiological changes endured throughout the pregnancy influence sexual desire, diminishing it during gestation in both men and women.

Due to the general public's notion, sexuality becomes an interesting topic in Nursing, having a great educational potential by being included in Health Education Sessions, an area that has long been forgotten, accordingly to the research developed.

Key – Words: Couple; Education; Nursing; Pregnancy; Sexuality

Esta adaptação à realidade vivida pelo casal, permite-nos vislumbrar de forma holística as suas necessidades, o que se demonstra de extrema importância enquanto profissionais de saúde, uma vez a finalidade dos nossos cuidados ser o bem-estar.

O percurso seguido neste artigo, inicia-se com uma breve contextualização, através da apresentação dos conceitos - chave, Sexualidade e Gravidez, prosseguindo para as alterações fisiológicas e processo de auto-estima, podendo estes reflectir-se na prática e desejo sexual, que posteriormente abordamos. No sentido destes desconfortos sentidos, fazemos referência a algumas estratégias que o casal pode adoptar, desmistificando alguns mitos e abordando crenças. Terminamos este percurso, com o contributo fundamental que o Enfermeiro, deve ter neste âmbito, nomeadamente, no que diz respeito à Educação para a Saúde.

Com este artigo pretende-se apresentar as alterações fisiológicas sentidas pela mulher durante a gravidez, bem como relacioná-las com a prática/desejo sexual; Desmistificar alguns mitos e abordar crenças, bem como fundamentar o contributo do enfermeiro, através das Sessões de Educação para a Saúde, com incisão na visão holística sob problemáticas vivenciadas pelo casal.

Conceitos – Chave

No sentido de permitir um melhor enquadramento da temática, definimos dois

conceitos que consideramos chave, sexualidade e gravidez.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) “a sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e por isso, influencia a nossa saúde física e mental.”⁽²⁾

“A Gravidez constitui um fenómeno biológico para a espécie humana (...) resultado da união entre as células reprodutivas humanas, o óvulo e o espermatozóide, que originará um ovo fecundado que, posteriormente, dará origem à placenta e ao embrião. Este evolui progressivamente ao longo de nove meses, até ao feto dar lugar ao bebé no momento do nascimento.”⁽¹⁾

Influência das alterações fisiológicas no desejo e prática sexual

As alterações fisiológicas/ desconfortos sentidos durante a gravidez influenciam directamente a forma como o casal vive a sua sexualidade.

É inerente à gravidez a ocorrência de mudanças ao nível da secreção de hormonas, adaptação/alteração da estrutura e função dos órgãos reprodutores, de modo a facilitar o crescimento e desenvolvimento do embrião/feto, e assegurar o bem-estar materno - fetal⁽²⁾.

Estas alterações, podem influenciar o desejo sexual do casal, sendo este entendido como uma vontade ou impulso, resultante da estimulação de um sistema neurológico específico que, uma vez estimulado, produz sensações que conduzem a um comportamento de procura ou receptividade à actividade sexual⁽²⁾, sendo este subjectivo, ou seja, Cada pessoa sentirá desejo sexual mediante aquilo que considera sexualmente excitante para si, ou em relação ao que os seus sentidos reconhecem como estímulo sexual. Os factores desencadeantes de desejo sexual são assim influenciados não só pela

personalidade individual, mas também por experiências anteriores, podendo ainda variar ao longo do tempo, estando dependentes do momento do ciclo de vida em que cada pessoa se encontra ⁽²⁾.

O desejo sexual varia ainda consoante o sexo, sendo que mulheres e homens vivem este fenómeno de forma diferente. No mundo feminino a sensação táctil e olfactiva é privilegiada, assim como a componente emocional e relacional, enquanto para o sexo masculino o erotismo é sobretudo visual, focado essencialmente nos órgãos sexuais e no orgasmo. ⁽³⁾

Assim, as futuras mães e os futuros pais irão viver a sexualidade ao longo da gravidez de formas distintas, sendo que os estudos estão em concordância quando referem que existe uma diminuição do desejo sexual durante a gravidez.

De seguida serão expostas as manifestações somáticas mais comuns, por trimestre de gravidez ⁽²⁾, bem como a forma de vivência da sexualidade por parte do casal, nesse mesmo semestre.

Primeiro Trimestre (0-12 semanas)⁽¹⁾

No primeiro trimestre, as manifestações somáticas que a grávida apresenta relacionam-se com as alterações nos sistemas gastrointestinal e urinário, dos efeitos da acção das hormonas progesterona e estrogénio, das glândulas mamárias e dos centros talâmico e medular. Neste sentido, as manifestações mais frequentes neste trimestre de gravidez são: náuseas e vômitos, polaquiúria, aumento de secreções vaginais, aumento de peso, tensão mamária com algum desconforto associado, fadiga, cansaço fácil e sonolência ⁽²⁾.

Neste trimestre, ocorre uma diminuição do desejo sexual por parte da mulher. Os desconfortos característicos deste período, explorados anteriormente, contribuem para que esta se sinta mais carente, necessitando de maior atenção e demonstrações afectivas por parte do parceiro, que poderá encontrar na satisfação destas necessidades uma forma

de aliviar sentimentos de frustração ou preocupação com esta perda do desejo sexual. ⁽²⁾

Segundo Trimestre (13-27 semanas) ⁽¹⁾

Apesar deste trimestre ser considerado o mais calmo dos três, ainda existem algumas manifestações, tais como: obstipação; baixa tendencial da tensão arterial (que pode levar a fenómenos de hipotensão ortostática); hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), aréola mamária e linha negra; aparecimento das estrias gravídicas (nomeadamente nas áreas do corpo onde há maior distensão, como o abdómen, as mamas e as coxas); aumento da secreção sebácea; aumento da sudorese; ocorrência de câibras e de lombalgias ⁽²⁾.

O desaparecimento de alguns dos desconfortos iniciais resulta num aumento do bem-estar e da auto-estima por parte da grávida. Este factor, associado ao aumento da congestão pélvica, irá provocar um aumento significativo do desejo sexual. Esta situação irá reflectir-se consequente e positivamente no parceiro que, durante este período, se encontra maravilhado com o processo da gravidez, observando-se assim uma maior intensidade das relações sexuais. ⁽²⁾

Terceiro Trimestre (28-40 semanas) ⁽³⁾

No terceiro trimestre da gravidez, pode haver um agravamento da polaquiúria (devido à apresentação fetal), e continuam a ser frequentes a fadiga, o desconforto físico, e a dificuldade em adormecer e em repousar ⁽²⁾.

Contudo, o maior causador dos sinais e sintomas característicos deste trimestre é o grande volume uterino. Deste modo, podem surgir pirose e enfartamento; sensação de dificuldade respiratória; aparecimento ou agravamento de varizes; edemas nos membros inferiores; e síndrome de hipotensão supina (causado pela compressão da veia cava superior pelo útero, quando a grávida se encontra em decúbito dorsal) ⁽²⁾.

Com a progressão da gravidez e o consequente reaparecimento do desconforto físico, associado a um aumento da vulnerabilidade emocional e da ansiedade pela proximidade do parto, irá ocorrer um novo

decréscimo do desejo sexual por parte da mulher neste terceiro trimestre. Contrações uterinas potencialmente dolorosas provocadas pelo orgasmo, posições sexuais que se tornam desconfortáveis e a percepção de falta de satisfação sexual pelo parceiro são factores que se revelam inibitórios para a mulher. Esta diminuição do apetite sexual é, nesta fase, partilhada pelo parceiro, que se sente geralmente preocupado com o facto de poder magoar o bebé ou a mulher, levando-o a assumir atitudes protectoras e de carinho relativamente à companheira. ⁽³⁾

Contudo, apesar deste declínio progressivo do desejo sexual e da frequência do coito ao longo da gravidez, a vontade da mulher em ser mimada e acariciada mantém-se inalterada durante este período, podendo até aumentar em certos casos, e a apetência para actividades eróticas continua presente. ⁽³⁾ O que sucede é uma alteração das preferências sexuais femininas, decaindo o interesse pela penetração e aumentando a preferência pela estimulação clitoriana ou dos seios.

Todas estas alterações fisiológicas pelas quais a grávida passa neste processo da sua vida, despoletam também algumas alterações psicológicas. Estas alterações psicológicas terão possivelmente algum impacto na vida da mulher grávida, como por exemplo, na sua disponibilidade para trabalhar, no seu bem-estar geral, e na sua disposição para a prática de relações sexuais ⁽¹⁾.

Algumas das alterações psicológicas sentidas pela grávida, devem-se às alterações físicas pelas quais passa durante toda a gravidez. A baixa auto-estima é uma dessas alterações psicológicas sentidas pela mulher grávida, devido ao facto desta sentir que nunca irá conseguir retornar à forma física que tinha antes da gravidez, e se sentir pouco atractiva fisicamente e com fracas capacidades de sedução ⁽³⁾.

Esta baixa auto-estima, esta insatisfação com a imagem corporal pode levar a uma inibição por parte da mulher em se relacionar sexualmente com o companheiro e em praticar a sua sexualidade ⁽³⁾.

Em suma, por ordem de importância, as mulheres preferem: carícias não-genitais, estimulação clitoriana e dos seios, estimulação vaginal, sexo oral e finalmente sexo anal ⁽²⁾. Assim, torna-se essencial que a mulher seja capaz de expressar os seus sentimentos e necessidades ao seu parceiro, e explicar-lhe as alterações fisiológicas e psicológicas a que está a ser sujeita, para que este possa compreender o que se está a passar com o seu corpo e seja capaz de adaptar-se às alterações ocorridas e suprimir as suas necessidades. Por sua vez, o homem deve ter também a capacidade de se expressar perante a sua parceira, de forma que as suas necessidades possam também ser atendidas. Muitas vezes, torna-se necessário introduzir, durante a gravidez, novas práticas sexuais ou alterar as práticas sexuais habituais, de forma que consigam ser satisfatórias tanto para a grávida como para o seu parceiro. ⁽³⁾ A comunicação vem assim assumir um papel - chave na harmonia entre o casal ⁽⁴⁾⁽⁵⁾, com particular destaque no campo sexual; tanto a mulher como o homem devem ter, na sua relação, a liberdade para verbalizarem sentimentos e preferências relacionados com a sua intimidade sexual. Deste modo, conseguirão complementar-se e atingir uma vivência plena da sua sexualidade, garantindo uma vida sexual saudável e gratificante, durante e após a gravidez.

Mitos e Crenças associados à Sexualidade

Os valores e crenças de cada pessoa influenciam a forma como vivenciam a sexualidade durante a gravidez. Esta vivência evolui também com o passar do tempo e mostra-se bastante divergente conforme as práticas culturais subjacentes a cada indivíduo. Temos como exemplo actualmente homens e mulheres que pensam que a prática das relações sexuais durante a gravidez irá trazer malefícios para o feto, enquanto que outros casais acreditam que irá ser benéfico para o crescimento e desenvolvimento do feto ⁽²⁾.

De seguida serão expostas algumas formas distintas de experimentar a sexualidade e a

prática sexual durante a gravidez, segundo diferentes culturas e tempos históricos.

Os antepassados Hindus encorajavam a prática sexual durante a gravidez por acreditarem que o sêmen ajudava a alimentar o feto ⁽²⁾.

Na Pérsia a prática de relações sexuais antes dos quarenta dias após o parto é punida com a morte do casal, e a sexualidade da mulher depois dos quatro meses de gestação é tabu ⁽²⁾.

Nos tempos vitorianos acreditava-se que a abstinência sexual (das mulheres) era a solução para o nascimento de filhos saudáveis e inteligentes, enquanto se achava que a prática da sexualidade durante a gravidez gerava fetos com deficiência física e mental, e que o coito predispunha os fetos para a epilepsia ⁽²⁾.

Na Suécia o coito é recomendado, e acredita-se que a prática de relações sexuais durante a gravidez pode induzir o trabalho de parto e facilitar o mesmo ⁽²⁾.

Depois da Idade Média, de forma a evitar que o marido fosse procurar satisfação sexual com outras mulheres, os teólogos tornaram-se mais tolerantes, encorajando a utilização de posições sexuais "contra natureza". Contudo, nesta época existia uma grande divergência de opiniões ⁽²⁾.

Entre as diferentes religiões também existe uma grande disparidade de como se vivencia a sexualidade na gravidez.

Para a Igreja na Idade Média as relações sexuais na gravidez eram vistas como um acto pecaminoso, apesar de não estar directamente contemplado no Velho e no Novo Testamento ⁽²⁾.

De acordo com o Talmud, as mulheres judias estão proibidas de ter relações sexuais no primeiro trimestre de gravidez pois estas são nocivas para a grávida e para o feto. No segundo trimestre já são só nocivas para a futura mãe. E no terceiro trimestre já é permitida a prática de relações sexuais por serem benéficas tanto para o feto como para a mulher grávida ⁽²⁾.

Por outro lado, de acordo com o Corão, as mulheres muçulmanas são extremamente proibidas de terem relações sexuais durante a

gravidez inteira. Esta regra é característica das comunidades poligâmicas ⁽²⁾.

Actualmente, estudos focados nos mitos e crenças na sexualidade durante a gravidez, mostram que a maioria das mulheres tem crenças favoráveis em relação à prática de relações sexuais durante a gravidez. Estas mulheres acreditam que a prática de relações sexuais durante a gravidez é benéfica pois estabelece o bem-estar do feto, facilita o parto, e proporciona uma harmonia e ligação entre o casal. No entanto, este estudo mostra que algumas mulheres ainda têm alguns medos e são portadoras de ideias inibidoras do acto sexual, pois baseiam-se em superstições e em falsos conceitos ⁽¹⁾.

Deste modo, e segundo Gomes (2008: 61), *"as crenças que o casal grávido possui relativamente à manutenção da sexualidade na gravidez podem, eventualmente, interferir com a intimidade do mesmo nesta fase. Medos como os de magoar o futuro filho, prejudicar o seu desenvolvimento, ou provocar um parto prematuro, podem introduzir restrições no comportamento sexual do casal grávido"*. Assim sendo, é importante a desmistificação destas crenças e dar informações fidedignas ao casal, explicando a importância da sexualidade durante a gravidez, e explorando formas alternativas de praticar a sua sexualidade ⁽²⁾.

Contributos do Enfermeiro

O enfermeiro como profissional de saúde inserido numa equipa multiprofissional, actua em diversas áreas da saúde, tal como preventiva, curativa e, na educação para a mesma, constituindo a gravidez uma interface da sua actuação. A visão holística da pessoa e o seu enquadramento sócio-familiar por parte do enfermeiro não pode ser esquecido, pois só assim a promoção da saúde é efectiva e bem sucedida ⁽⁶⁾.

Em Portugal o acompanhamento de uma gravidez é efectuado através das consultas de Saúde Materna, onde são realizados exames clínicos e laboratoriais regulares que permitem avaliar o estado de saúde da mãe e do bebé, ao longo da gravidez, bem como actividades de aconselhamento e educação para a saúde

acerca de alimentação, exercício físico, hábitos a evitar, etc. ⁽¹⁾ Tal é efectuado por uma equipa médico/enfermeiro nas Unidades de Saúde Familiar, no caso de ser uma gravidez de baixo risco, ou então no Hospital para as consideradas de alto risco (grávidas com mais de 35 anos ou com problemas genéticos) ⁽⁶⁾.

A importância do referido acompanhamento está relacionada não só com a necessidade dos casais obterem informações sobre a gravidez, trabalho de parto e todas as questões inerentes à parentalidade, mas também com a detecção precoce de problemas durante a gestação, sejam eles de carácter patológico, psicológico ou emocional ^{(1) (7)}.

Tendo como base essa premissa e a concepção que o público em geral tem acerca da sexualidade, onde apenas inclui a relação sexual, a sexualidade na gravidez é um assunto com grande potencial de educação, devendo portanto ser incluído nas Sessões de Educação para a Saúde, visto de acordo com a nossa pesquisa essa área ser muitas vezes descorada e esquecida ⁽¹⁾.

Durante a gravidez são inúmeras as alterações fisiológicas e psicológicas que ocorrem na mulher, o que inevitavelmente influencia a vivência da sexualidade por parte do casal, porém não pode ser esquecido o contexto social, no que diz respeito às crenças e mitos, e também o modo como o casal experiencia e aborda a sua sexualidade ⁽⁴⁾. O incentivo à exploração da sexualidade deve ser efectuado pelos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, visto esta ser privilegiada e especial nesta etapa de vida que o casal enfrenta, a gravidez ⁽¹⁾. Sendo assim e de acordo com a nossa pesquisa, apresentaremos os três focos de Enfermagem que se observam com mais frequência durante a gravidez, que alteram a vivência da sexualidade do casal.

O primeiro foco que abordamos é o **medo**. O casal diminui a frequência do contacto sexual porque tem medo de magoar o bebé durante a penetração, nomeadamente de desencadear um parto prematuro ou aborto ⁽⁸⁾. As intervenções de enfermagem mais adequadas

que diminuam o medo do casal passam por ⁽¹⁾ ⁽³⁾:

Medo

- identificar as causas do medo, através de um ambiente empático e acolhedor;
- esclarecer dúvidas existentes;
- desmistificar crenças e mitos da gravidez;
- informar acerca da importância da vivência da sexualidade durante o período da gravidez, no sentido de aumentar o bem-estar do casal;
- esclarecer as situações de contra-indicação para o acto sexual e sugerir outras formas de experienciar a sexualidade: carícias, actividade não-genital, masturbação;
- esclarecer que o bebé está protegido pelo útero, líquido amniótico e o colo uterino está encerrado pelo rolhão mucoso, não existindo risco de perturbar o bebé aquando a relação sexual;
- incentivar o casal a conversar com outros casais, também eles mães e pais, ou até mais antigos, como os avós, com o intuito de partilhar experiências e também de criar ou reforçar laços afectivos de apoio.

Gomes de Oliveira (2008) fundamenta as intervenções acima propostas referindo que a interrupção súbita de todas as actividades sexuais por parte do casal tem consequências nefastas, quer a nível fisiológico quer a nível psicológico, sendo portanto essencial a promoção da saúde da mulher por parte dos profissionais de saúde, estando implícito o aconselhamento, dádiva de informação e educação para a saúde.

Ainda acerca deste foco é relevante referir que o enfermeiro aquando a anamnese na consulta de enfermagem deve ter em conta: o conhecimento sexual do casal; comportamentos, sentimentos e percepções na esfera da sexualidade, como preconceitos,

estereótipos; os processos sociais vividos, como casal ou individualmente; auto-imagem e aceitação corporal: auto-estima, autoconfiança; a religião ou cultura ⁽⁹⁾.

O segundo foco que abordamos é da **auto-estima diminuída**, visto algumas mulheres perante as alterações físicas marcantes da gestação, como o crescimento abdominal e a sensibilidade mamária, sentirem-se menos femininas, pouco atraentes e desconfortáveis, o que pode influenciar negativamente a sua sexualidade.

As intervenções de enfermagem perante o foco acima mencionado vão ajudar as mulheres grávidas a recuperarem a auto-estima, a se sentirem melhor com a sua auto-imagem e por sua vez a ficarem mais satisfeitas e confiantes na vivência da gestação e da sexualidade ^{(1) (3) (8)}:

Auto estima diminuída

•identificar as causas da diminuição da auto-estima, através de um clima empático e de confiança, onde a mulher possa verbalizar os seus sentimentos negativos e preocupações em relação ao corpo;

- estabelecer uma relação de proximidade com o casal;
- esclarecer a importância da incorporação do novo corpo e aceitação da maternidade por parte da mulher grávida, pois tal vai aumentar a segurança e confiança da mulher e consequentemente uma capacidade para admirar o seu corpo e usufruir do prazer que este pode dar ao casal;
- incorporar e explorar com o casal estratégias de adaptação face ao problema, como o reforço positivo sobre a figura física da mulher, a prática de exercício físico e de uma alimentação equilibrada, a auto-formação, com a busca de informação em outras fontes de conhecimento (livros, internet);
- informar a mulher grávida sobre as alterações decorrentes de uma gravidez, através de ilustrações;
- incentivar a partilha de experiências através do diálogo entre o casal, reforçando assim a sua relação.

O terceiro foco de enfermagem que apresentamos é o **conforto diminuído**.

O desconforto gastrointestinal manifestado por náuseas e vômitos, a tensão mamária e vaginal que algumas mulheres grávidas apresentam no primeiro trimestre, bem como a azia, dores musculares e o grande volume do abdómen no terceiro trimestre, tendem a diminuir o desejo e resposta sexual por parte da mulher ^{(1) (3) (8)}.

As intervenções de enfermagem adequadas que aumentem o conforto da mulher grávida são ^{(1) (10)}:

Conforto diminuído

- identificar a causa que esteja a diminuir o conforto, através de um clima acolhedor e empático onde a grávida se sinta confortável;
- incentivar a partilha de sentimentos, preocupações e desconfortos entre o casal, de modo a que fortaleçam os laços afectivos;
- esclarecer dúvidas existentes, nomeadamente se as alterações fisiológicas e psicológicas inerentes à gravidez costumam ter repercussões na sexualidade;
- sugerir estratégias de adaptação ao problema:
 - no caso dos *vômitos e azia*, sugerir regime alimentar polifracção, com pequenas refeições a intervalos frequentes; sugerir à mulher grávida evitar o odor de determinados alimentos que provoquem náuseas e que evite posturas de flexão ou o decúbito dorsal após as refeições;
 - no caso da *tensão mamária e vaginal*, aconselhar alternativas de posições sexuais e a apelar à criatividade e imaginação do casal para que exista um maior conforto no acto sexual; esclarecer o conceito abrangente de sexualidade, para que o casal passe a considerar ternura, carinhos, mimos e beijos como vivência da sexualidade;
 - no caso das *dores musculares* aconselhar a utilização de cinta adequada à gravidez; redução de esforços físicos e aplicação de calor no local, através de sacos de água quente.

Considerações Finais

A sexualidade, enquanto energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade, influencia pensamentos, acções e interacções, está presente em todas as etapas do ciclo vital, não sendo portanto, a Gravidez, excepção.

Esta etapa é dotada de alterações fisiológicas (manifestadas de diversas formas ao longo dos trimestres) que influenciam directamente a prática/desejo sexual, que sofre uma diminuição tanto no homem, como na mulher. Também os valores, crenças e mitos desenvolvidos pelas diversas civilizações ao longo dos tempos, influenciam a forma como a sexualidade é vivenciada na Gravidez.

É neste sentido, que o Enfermeiro, enquanto profissional de Saúde, com acção em diversas áreas, incluindo a educação, deve acompanhar o casal e transmitir-lhe informações e permitir o esclarecimento das suas dúvidas. Através da visão holística, estar atento a três focos principais: medo, diminuição da auto-estima e diminuição do conforto.

Em suma, a actividade sexual é um veículo de excelência para promover a satisfação e bem-estar conjugal ⁽³⁾ tornando-se essencial para o casal, utilizarem a mesma para reforçarem os seus laços de intimidade e união durante este período de tão grandes mudanças, que é a gravidez, de forma a que todas as mudanças a que estão sujeitos, possam ser superadas, nesta fase de extrema importância nas suas vidas e no período que a sucede.

Bibliografia

- (1) GOMES DE OLIVEIRA, Carla. **(A) Sexualidade (s) na Gravidez: Avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros.** Minho: Universidade do Minho, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8172/1/Capas.pdf>, consultado no dia 1 de Dezembro de 2010 às 22:35
- (2) GOMES, Maria Clementina Rodrigues; **Alguns factores que influenciam o desejo sexual do casal durante a Gravidez.** Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008. pp. 30-31. Dissertação de Mestrado em Sexualidade Humana. Disponível em URL: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1052/1/18>

- 101 ulsd dep.17628re Tese Des Sex Gra Cleme ntina Gomes.pdf, consultado no dia 1 de Dezembro de 2010 às 22:40;
- (3) FIGUEIREDO, Bárbara; SILVA, Ana Isabel; **Sexualidade na Gravidez e após o parto.** Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais Universitários de Coimbra, 2005. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 21:55;
- (4) FUCÍALO, Andréia; SALMERON, Neiva. **Programa de Saúde da Família: O papel do Enfermeiro na área de saúde da mulher.** Saúde colectiva. Brasil. ISSN: 1806-3365 Vol. 4 Nº 109 (2008), 25-29. Disponível em URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84201906.pdf>, consultado no dia 4 de Dezembro de 2010 às 22:30;
- (5) CONSELHO DE ENFERMAGEM. **Parecer N.º 109 / 2009: Educação Sexual nas escolas.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:05;
- (6) CIRCULAR NORMATIVA Nº: 02/DSMIA de 16/01/06. Disponível em URL: http://srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dg/2006/cuidados_pre_concepcionais.pdf, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:55;
- (7) TOMAZ, et al - **Conflitos da sexualidade diante dos factores orgânicos e emocionais na gravidez.** Fortaleza: Centro de Convenções do Ceará, 2009. Disponível em URL: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/file/s/01150.pdf, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:59;
- (8) ORIÁ, Mônica; ALVES, Maria; SILVA, Raimunda. **Repercussões da gravidez na sexualidade feminina.** Brasil. Revista de Enfermagem: UERJ. Vol. 12 (2004), 160-165. Disponível em URL: <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a06.pdf>, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 20:55;
- (9) MANDÚ, Edir. **Consulta de Enfermagem na Promoção da Saúde Sexual** Brasília: Revista Brasileira Enfermagem, vol. 57 (2004) 729-32. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a20.pdf>, consultado no dia 8 de Dezembro de 2010 às 23:45;
- (10) OLIVEIRA, Gélica, et al. **Intervenções de Enfermagem nas Adaptações Fisiológicas da Gestação.** VEREDAS FAVIP: Revista Eletrônica de Ciências. v. 3 n. 1 (2010). Disponível em URL: <http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/118/123>, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:58;