

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Mitos e crenças sobre sexualidade entre gestantes atendidas
no sistema público de saúde**

Fernanda Santos Grossi

Porto Alegre, 2017

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Mitos e crenças sobre sexualidade entre gestantes atendidas
no sistema público de saúde**

Fernanda Santos Grossi

Orientadora: Prof. Dra. Janete Vettorazzi

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul .

Porto Alegre, 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Grossi, Fernanda Santos

Mitos e crenças sobre sexualidade entre gestantes atendidas no sistema público de saúde / Fernanda Santos Grossi. -- 2017.

82 f.

Orientadora: Janete Vettorazzi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Sexualidade. 2. Gestação. 3. Conhecimento. 4. Crenças. I. Vettorazzi, Janete, orient. II. Título.

“ O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. “

José de Alencar

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Pedro Henrique e João Miguel, que são a razão de tudo.
Que eu possa servir de inspiração para que lutem por seus objetivos sempre.

Ao meu esposo, Alberto, que me deu amor como alicerce para que eu
pudesse concretizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A minha família, que compreendeu minha ausência e me deu a retaguarda e o apoio para que eu pudesse concretizar este projeto.

A minha orientadora Prof. Dra. Janete Vettorazzi, pelo apoio mais que incondicional, pela parceria, pelo incentivo, inspiração e por acreditar em mim.

Aos que me inspiraram e me ensinaram a aprimorar o conhecimento na área de sexualidade, Prof. Dra. Carmita Abdo, Prof. Carla Zeglio e Prof. Oswaldo Rodrigues Jr. .

Ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia por todo o conhecimento, aprendizado e ferramentas que tornaram possível a realização deste projeto.

Aos meus colegas e direção do Hospital Geral de Caxias do Sul, que permitiram e entenderam minhas ausências.

Ao Prof. Dr. Edison Capp pelo apoio e pelos ensinamentos.

Ao Prof. Dr. Charles Ferreira pela contribuição e auxílio para a finalização deste projeto.

À bolsista de iniciação científica Monique Machado, pela ajuda fundamental durante a coleta de dados.

Às gestantes que aceitaram contribuir com este estudo.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	7
LISTA DE TABELAS E FIGURAS DA REVISÃO DA LITERATURA	8
RESUMO	9
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
REVISÃO DA LITERATURA	14
1 Estratégias para localizar e selecionar as informações	14
2 Mapa conceitual esquemático	16
3 Sexualidade	17
4 Gestação	21
5 O ciclo gravídico-puerperal e a função sexual	22
6 Crenças e sexualidade	26
6.1 Aspectos socioculturais	26
6.2 Conhecimento e informação	27
6.3 Crenças disfuncionais	28
6.4 Os mitos que envolvem a gestação	29
7 Preparo dos profissionais de saúde	32
7.1 A sexualidade na ginecologia e obstetrícia.....	34
REFERÊNCIAS	36
JUSTIFICATIVA	43
OBJETIVOS.....	44
Objetivo principal	44
Objetivos secundários	44
ARTIGO EM INGLÊS	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
PERSPECTIVAS	72
ANEXOS	74

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

APA: *American Psychiatric Association*

CAEE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CI: *Confidence Intervals*

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis

FAMED: Faculdade de Medicina

FSFI: *Female Sexual Function Index*

GPPG: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV: *Human Immunodeficiency Virus*

ISSM: *International Society for Sexual Medicine*

OMS: Organização Mundial de Saúde

SEM: *Standard Errors of the Means*

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WinPEPI: *Programs for Epidemiologists for Windows*

WHO: *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS E FIGURAS DA REVISÃO DE LITERATURA

Tabela 01: Resultados da revisão sistemática	15
Figura 01: Fases da resposta sexual humana	17
Figura 02: Modelo circular da resposta sexual	18

RESUMO

Introdução: A adequada informação é imprescindível para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável em todos os períodos da vida. Muitas crenças e mitos a respeito da sexualidade ainda são prevalentes entre a população. Os profissionais de saúde nem sempre têm informação e conhecimento suficientes, encontrando dificuldades para abordar a sexualidade, principalmente durante a gestação. **Objetivo:** Avaliar os mitos e crenças a respeito de sexualidade entre gestantes do sistema público de saúde. **Método:** Estudo transversal entre gestantes atendidas em um hospital universitário do sul do Brasil, através de um questionário padronizado sobre crenças e credices em sexualidade. **Resultados:** Foram incluídas 225 gestantes com mediana de idade de 29 anos, predominantemente brancas (60.9%), com escolaridade inferior a 12 anos de estudo (49.3%), a maioria delas em relacionamentos estáveis (95.1%). As credices encontradas foram semelhantes a estudos de até 20 anos atrás, e estão relacionadas principalmente a aspectos da sexualidade feminina. Algumas credices avaliadas estão associadas ao nível educacional. A maioria das mulheres (71.6%) recebeu informação sobre sexualidade durante a vida, e apenas 37.3% recebeu informação sobre sexualidade no pré-natal. **Conclusão:** O estudo demonstrou que um maior nível de escolaridade pode ser importante em muitas questões referentes à saúde. Entretanto, as credices mais prevalentes do nosso estudos foram muito semelhantes às encontradas no estudo de Lima & Cerqueira (2008) realizado com estudantes de medicina, o que pode sugerir que o

conhecimento durante o ensino médico precisa ser bastante aprimorado, a fim de esclarecer mitos referentes a sexualidade.

Palavras-chave: *sexualidade, gravidez, conhecimento, crenças*

ABSTRACT

Introduction: Adequate information is essential for the development of a healthy sexuality in all periods of life. Many beliefs and myths about sexuality are still prevalent among the population. Health professionals do not always have sufficient information and knowledge, finding it difficult to approach sexuality, especially during gestation. **Objective:** To evaluate the myths and beliefs about sexuality among pregnant women in the public health system. **Method:** A cross-sectional study among pregnant women attended at a university hospital in southern Brazil, through a standardized questionnaire on sexuality beliefs and misbeliefs. **Results:** Twenty-five pregnant women with a median age of 29 years, predominantly white (60.9%) , with less than 12 years of schooling (49.3%) were included , most of them in stable relationships (95.1%). The misbeliefs found were similar to studies up to 20 years ago, and are mainly related to aspects of female sexuality. Some misbeliefs evaluated are associated with educational level. Most women (71.6%) received information about sexuality during their lifetime, and only 37.3% received information about sexuality in prenatal care. **Conclusion:** The study demonstrated that a higher level of schooling can be important in many health issues. However, the most prevalent beliefs of our studies were very similar to those found in the study by Lima & Cerqueira (2008) conducted with medical students, which may suggest that knowledge during medical education needs to be greatly improved in order to clarify myths concerning sexuality.

Keywords: sexuality, pregnancy, knowledge, beliefs

INTRODUÇÃO

Mitos e crenças a respeito da sexualidade sempre existiram em diferentes culturas, em diferentes momentos da vida e em diversos tipos de pessoas. Religião, nível socioeconômico, tradições culturais, sexismos são fatores que contribuem para o surgimento de conceitos muitas vezes incorretos ou mal interpretados (1). A persistência destes mitos através dos tempos pode ser explicada pela dificuldade das mulheres em esclarecer suas dúvidas, bem como pelo despreparo dos profissionais de saúde, que pouco aprendem sobre sexualidade na sua formação, e geralmente não questionam sobre a função sexual de suas pacientes, principalmente durante a gestação (2, 3).

A resposta sexual nas mulheres pode ser considerada como altamente variável, dependendo do contexto e do seu estágio de vida, bem como entre cada mulher e entre mulheres de diferentes culturas (4). As queixas sexuais acometem 49% das mulheres brasileiras e durante a gravidez podem ser ainda mais prevalentes, com 63 a 93% das gestantes referindo alguma queixa sexual (5, 6). A gestação pode interferir diretamente sobre a função sexual feminina devido às mudanças físicas e emocionais que ocorrem neste período, alterando a qualidade de vida, o comportamento sexual e levando a mudanças na relação com o parceiro (7).

Sexualidade e gestação podem ser temas conflituosos para algumas mulheres, bem como para os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento destas mulheres. É consenso entre a maioria dos estudos, que os médicos não estão preparados para lidar com as questões referentes à

sexualidade, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal (8-10). A desinformação e os mitos culturais não adequadamente esclarecidos, associados aos fatores biológicos da gravidez estão relacionados às dificuldades sexuais que podem ocorrer ou piorar nesta fase da vida das mulheres (11, 12).

A maioria das publicações referentes à sexualidade na gestação aborda as dificuldades sexuais decorrentes das modificações fisiológicas e psicológicas próprias do período. A discussão da sexualidade envolve questões socioculturais importantes que devem ser consideradas no aprendizado da medicina e no atendimento das mulheres, esclarecendo dúvidas e mitos que podem interferir negativamente sobre a vida sexual, principalmente durante o período da gestação e puerpério (13-16).

REVISÃO DA LITERATURA

1 Estratégias para localizar e selecionar as informações

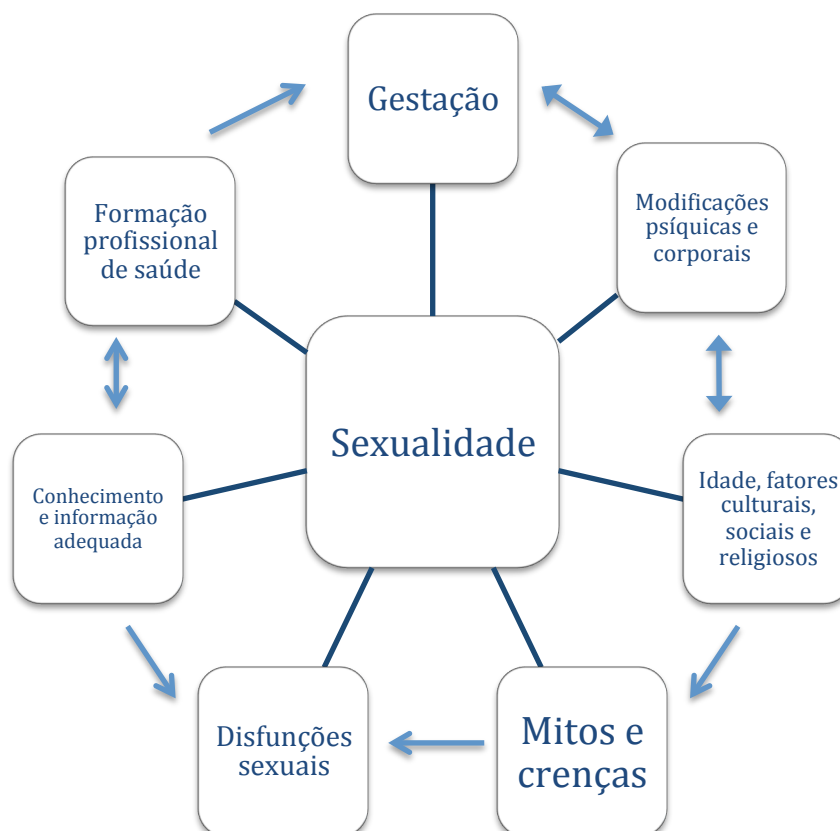
A busca de artigos para a revisão da literatura foi realizada nas bases de dados Pubmed e Lilacs/Bireme utilizando os seguintes descritores: 1) *sexuality* 2) *pregnancy* 3) *knowledge* 4) *beliefs*. As palavras-chave deveriam estar contidas no título ou corpo do resumo dos artigos. Foram pesquisados artigos publicados retroativamente até dezembro de 1998, em inglês, português e espanhol. As palavras-chave também foram cruzadas da seguinte forma: *sexuality and pregnancy*, *sexuality and knowledge*, *sexuality and beliefs*, *pregnancy and knowledge*, *pregnancy and beliefs*, *knowledge and beliefs*, *sexuality and pregnancy and knowledge*, *sexuality and pregnancy and beliefs*, *sexuality and pregnancy and knowledge and beliefs* e por fim *sexuality and knowledge and beliefs* (Tabela 1).

Foram utilizados 55 artigos não duplicados ao final da busca, além de livros de referência no tema sexualidade e sites oficiais de entidades relacionadas a saúde.

Tabela 1. Resultados da revisão sistemática

Base de dados	Artigos encontrados		Artigos relevantes	
	Lilacs/Bireme	Pubmed	Lilacs/Bireme	Pubmed
Palavras de busca				
Sexuality	2.258	5.238	56	46
Pregnancy	23.750	33.036	48	41
Knowledge	13.041	229	30	1
Beliefs	1660	7029	10	6
Sexuality and pregnancy	298	364	31	34
Sexuality and knowledge	276	5	15	1
Sexuality and beliefs	60	198	10	7
Pregnancy and knowledge	677	12	5	0
Pregnancy and beliefs	82	1	318	1
Knowledge and beliefs	308	5	9	0
Sexuality and pregnancy and knowledge	56	0	4	0
Sexuality and pregnancy and beliefs	11	1	19	4
Sexuality and pregnancy and knowledge and beliefs	1	0	0	0
Sexuality and knowledge and beliefs	11	0	4	0

2 Mapa conceitual esquemático



O exercício da sexualidade sofre diversas interferências em todas as fases da vida. Na gestação, as mudanças psíquicas e corporais, e os fatores culturais, sociais e religiosos são aspectos importantes a serem considerados pela possibilidade de atuarem negativamente sobre a sexualidade. Mitos e crenças sobre sexualidade também podem, muitas vezes, determinar dificuldades sexuais. É muito importante que os profissionais de saúde, envolvidos no cuidado pré-natal das gestantes, estejam habilitados a fornecerem informações adequadas. O esclarecimento dos

mitos e crenças sobre sexualidade pode auxiliar nas dificuldades sexuais das mulheres.

3 Sexualidade

A sexualidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos pilares da qualidade de vida, envolvendo não somente a atividade sexual em si, mas também a energia que motiva pensamentos, sentimentos, ações e interações pessoais, interferindo de forma direta sobre a saúde física e mental de cada indivíduo. A saúde sexual é definida por um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado ao exercício da sexualidade, e não somente a ausência de doença ou disfunção, e requer uma abordagem respeitosa da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, considerando as possibilidades de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência (17). A sexualidade envolve uma ampla variação de expressões de intimidade, sendo essencial para a auto-identificação de cada indivíduo, englobando componentes culturais, biológicos e psicológicos (18).

A relevância científica sobre sexualidade iniciou com Alfred Kinsey (19) em 1948 através da avaliação do comportamento sexual de homens, direcionado principalmente aos aspectos de orientação sexual. O estudo do funcionamento sexual humano, desencadeado em parte pela revolução sexual da década de 60, iniciou com as pesquisas de William Masters e Virgínia Johnson (20) em 1966 sobre a anatomia e as respostas fisiológicas da atividade sexual de 382 mulheres e 312 homens. Através desta observação, Masters e Johnson concluíram que a resposta sexual humana não ocorria somente na esfera genital, propondo então um modelo

linear e sequencial de resposta sexual, composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução (Figura 1).

As pesquisas na área da sexualidade basearam-se neste modelo por muitos anos, quando, em 1979, Helen Kaplan acrescentou a fase do desejo, caracterizada por uma sensação subjetiva necessária para desencadear o processo de excitação (21), renomeando a fase de platô para excitação, compondo assim, as fases da resposta sexual consideradas até os dias atuais pela maioria dos estudos sobre sexualidade humana e para o diagnóstico das disfunções sexuais: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

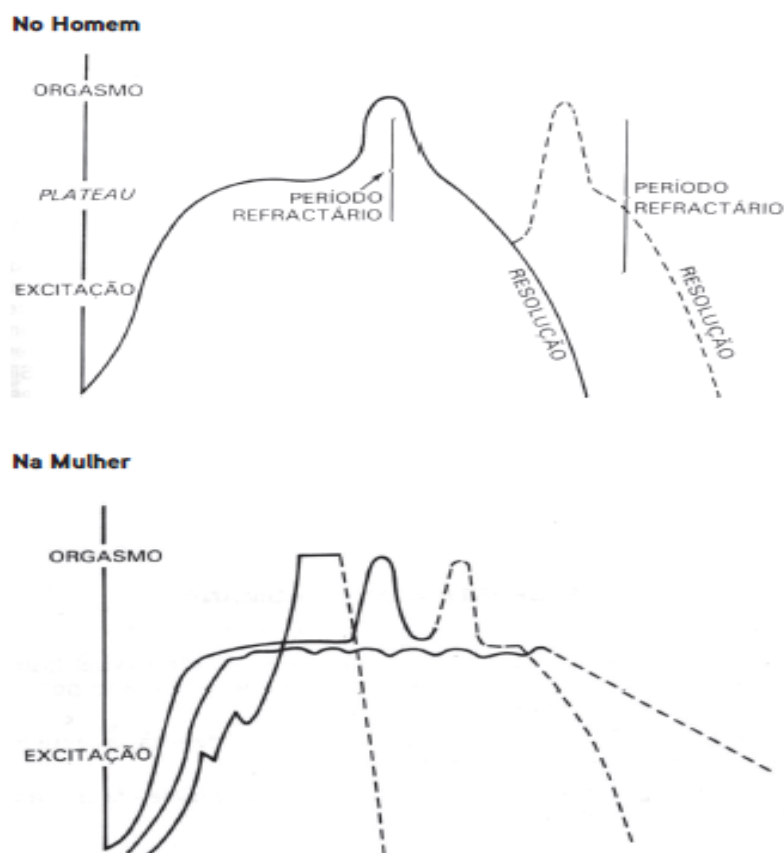


Figura 1: Fases da resposta sexual humana. Fonte: Adaptado de Masters & Johnson (20).

Em 2001, Rosemary Basson (22) propôs um novo modelo de resposta sexual feminina, no qual a necessidade de intimidade emocional, não necessariamente o desejo espontâneo, é a base motivacional para a atividade sexual, partindo de uma neutralidade sexual receptiva ao estímulo sexual, ocasionando uma excitação subjetiva. Esta excitação subjetiva pode desencadear o desejo responsivo, com o aumento da excitação, ocasionando satisfação física e emocional, sem a obrigatoriedade da ocorrência de orgasmo, que modula uma motivação subsequente para uma nova atividade sexual, levando a um modelo circular de resposta sexual (Figura 2).

Estudos sugerem que a atividade sexual satisfatória determina benefícios físicos e emocionais a homens e mulheres, enfocando o aspecto prazeroso do sexo como mais importante que o aspecto reprodutivo sobre a qualidade de vida (23, 24). A satisfação sexual também é importante para a maioria dos casais, interferindo diretamente sobre a longevidade e a qualidade das relações afetivas, aumentando a proximidade e intimidade, que por sua vez, atuam positivamente sobre a satisfação sexual (11, 25, 26).

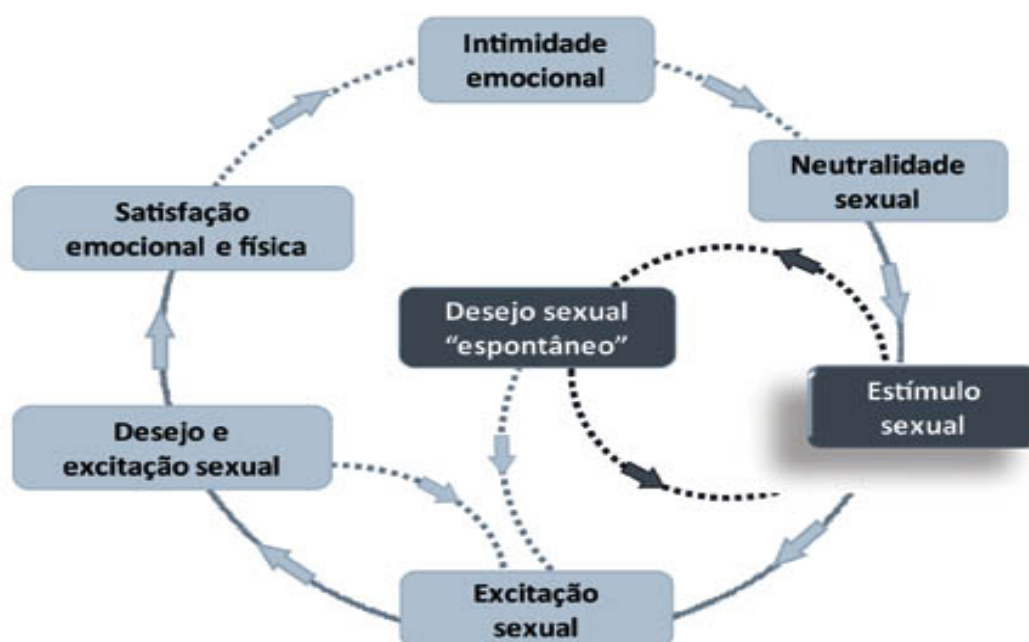


Figura 2: Modelo circular da resposta sexual. Fonte: Adaptado de Basson (22).

A definição de normalidade sexual deve considerar três aspectos fundamentais: biológico, sociocultural e psicológico (27). O aspecto biológico refere-se a resposta sexual fisiológica de forma saudável ou funcional como normal. Sob o aspecto sociocultural, a normalidade é definida pela cultura de um grupo social, sendo mutável e dinâmica. Do ponto de vista psicológico, o exercício da sexualidade considerado normal é aquele que determina o sentimento de adequação ou satisfação sexual. Desta forma, a saúde sexual pode ser afetada negativamente por condições fisiológicas, psicológicas, socioeconômicas, além de valores culturais, religiosos e questões referentes ao gênero (14).

Vários são os fatores que podem interferir sobre a função sexual feminina. O ciclo vital das mulheres com suas modificações hormonais determinam adaptações físicas e emocionais que influenciam diretamente sobre o exercício da sexualidade.

Fatores como idade, a gestação, características do relacionamento afetivo, condições socioeconômicas, doenças crônicas e uso de medicamentos, juntamente com as questões emocionais, culturais, religiosas estão diretamente associados a ocorrência de disfunções sexuais (11, 28, 29).

A disfunção sexual é definida como qualquer dificuldade em uma ou mais fases da resposta sexual que impeça a participação no ato sexual com satisfação (29, 30). Segundo os critérios diagnósticos definidos pela APA (*American Psychiatric Association*) (31), para ser considerada uma disfunção, a dificuldade sexual deve persistir por 6 meses ou mais, e ocorrer em 75% das ocasiões sexuais. Segundo Laumann *et al.* (4), estudos demonstram que as dificuldades sexuais são mais comuns entre as mulheres, afetando 43% delas e 31% dos homens. No Brasil, um estudo demonstrou que 49% das mulheres referiu pelo menos uma queixa sexual (6).

4 Gestação

A gestação e o nascimento de um filho marcam um período singular na vida da mulher, atuando sobre as prioridades, estilo de vida e os processos interpessoais (32, 33). As modificações fisiológicas que ocorrem na gestação interferem diretamente no funcionamento da maioria dos sistemas do organismo, e iniciam logo após a implantação do embrião. Estão associadas a modificações emocionais e também sociais. Essa gama de mudanças determinadas pela gestação, exercem impacto sobre o bem-estar físico e psicológico, sobre o relacionamento e sobre a sexualidade (8, 30, 34).

O primeiro trimestre da gestação é marcado pelo início das modificações corporais, muitas vezes com sintomas físicos que interferem na rotina e qualidade de vida das mulheres, como cansaço, mastalgia, náuseas e vômitos. Este início também é acompanhado pelo medo do abortamento e pelas expectativas sobre a maternidade. A qualidade de vida das gestantes também está associada a fatores sociodemográficos como idade, nível educacional, planejamento familiar, trabalho e acompanhamento pré-natal (35, 36). No segundo trimestre, os sintomas físicos são menos comuns e emocionalmente a mulher está mais adaptada à gestação. No entanto, no terceiro trimestre, o desconforto físico novamente altera a rotina da mulher, com o aumento do volume abdominal, dificuldade respiratória, cansaço, edema, dores nas costas, aumento da frequência urinária entre outros tantos sintomas, além do receio da antecipação do parto (14, 36).

O puerpério também é um período de transformações anatômicas, hormonais, psicológicas e sociais. Do ponto de vista fisiológico, o corpo recupera-se do parto e os níveis hormonais ajustam-se para propiciar a amamentação. O cansaço físico que o cuidado com o recém-nascido requer é referido por até 60% das mulheres (37). Além dos aspectos físicos, o nascimento de um filho determina mudanças no exercício do papel social da mulher e alterações na estrutura familiar e no relacionamento conjugal (38, 39).

5 O ciclo gravídico-puerperal e a função sexual

Segundo von Sydow (40), os estudos sobre a influência da gestação sobre a sexualidade podem ser divididos em três fases: 1) entre os anos de 60 e 80, a preocupação científica era sobre a permissão da atividade sexual durante a gestação e os possíveis prejuízos ao feto; 2) entre 1980 e 1990, os estudos focaram sobre os aspectos psicológicos e sociais exercidos pela atividade sexual no período gestacional; 3) de 1990 até o presente, os estudos passaram a avaliar o impacto da gestação sobre a qualidade de vida e sobre os aspectos das relações conjugais.

As transformações biológicas, psicológicas e socioculturais determinadas pelo ciclo gravídico-puerperal interferem no exercício da sexualidade vivenciada pelas mulheres e suas parcerias. Apesar de 86% a 100% dos casais relatarem a manutenção da atividade sexual durante a gestação, a maioria das gestantes refere uma diminuição dos intercursos sexuais bem como do interesse pela atividade sexual (36). Muitas gestantes justificam a redução da atividade sexual pela perda da atratividade sexual referida por elas mesmas e também pelos seus parceiros (41).

Os sintomas de disfunção sexual são bastante frequentes durante a gravidez. Em um estudo realizado na Turquia, com 306 gestantes avaliadas através da aplicação do FSFI (*Female Sexual Function Index*), Tosun Güleroğlu (14), encontrou uma prevalência de 63% de disfunções sexuais, sendo o desejo e a excitação os domínios mais afetados durante a gestação. Além das modificações fisiológicas ocorridas durante o período gestacional, fatores como a qualidade do relacionamento conjugal, planejamento da gravidez, baixa autoestima, instabilidade de humor, paridade, histórico de abortos e o trimestre gestacional também

influenciam sobre a função sexual (30, 36). No Brasil, estudos demonstram uma prevalência de 40% de disfunções sexuais entre gestantes (11, 42).

Durante o primeiro trimestre, os sintomas físicos como cansaço e náuseas, a adaptação emocional do casal à gestação e o receio do aborto podem reduzir o interesse sexual. No segundo trimestre, ocorre uma redução do desconforto físico, melhora da lubrificação vaginal e uma melhor aceitação das modificações decorrentes da gravidez, propiciando uma melhora da vida sexual do casal, com aumento do desejo e da frequência sexual. O declínio da função sexual volta a ocorrer no terceiro trimestre devido ao aumento do desconforto físico ocasionado pelo avançar da gestação, além do medo que a atividade sexual possa ocasionar algum prejuízo ao feto ou precipitar a ocorrência do parto (14, 36, 41, 43).

A função sexual também pode sofrer as influências das alterações hormonais e as mudanças físicas que ocorrem após o nascimento do bebê. A percepção e insatisfação com a imagem corporal, assim como na gestação, interfere sobre a sexualidade no puerpério, bem como a adaptação do relacionamento conjugal à presença e aos cuidados com o recém-nascido (34, 38). Cerca de 60% das mulheres referem que o cansaço interfere com a atividade sexual, inibindo o comportamento e a expressão do desejo. O estresse e a depressão acometem 20% das mulheres no puerpério, e podem determinar desinteresse sexual, juntamente com o uso de antidepressivos (37, 38).

O processo da lactação envolve mudanças hormonais que interferem fisiologicamente sobre a sexualidade, ocorrendo aumento dos níveis de prolactina,

aumento dos níveis de ocitocina, diminuição dos níveis de estradiol e testosterona, ocasionando diminuição de desejo e ressecamento vaginal, podendo provocar dispareunia. Devido ao aumento da ocitocina, que exerce efeito positivo sobre a função sexual, pode ocorrer a ejeção de leite durante a atividade sexual, o que por vezes pode ser constrangedor ao casal (37, 38, 44).

As principais dificuldades sexuais que ocorrem no puerpério se referem ao tempo de retomada da atividade sexual, diminuição do desejo, diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia e dificuldades no orgasmo. Estas dificuldades podem interferir sobre a sexualidade feminina e sobre o relacionamento conjugal (45). Segundo a OMS, todas as mulheres devem receber orientação no puerpério, como parte da avaliação de bem-estar geral, sobre a possibilidade de dificuldades na retomada das atividades sexuais 2 a 6 semanas após o parto (46). Segundo estudo de von Sydow, apenas 9 a 16% dos casais retomam a atividade sexual antes de 6 semanas pós-parto, enquanto que após o segundo mês, 66 a 94% reiniciaram a prática do coito (40).

Em torno de 55% das mulheres apresentam queixas sexuais anteriores à gestação, podendo apresentar maiores dificuldades em se adaptar às alterações decorrentes da gestação e puerpério, o que se traduz em insatisfação e problemas de relacionamento em 21 a 46% dos casais (47, 48).

A comunicação entre o casal, a qualidade do relacionamento prévio à gestação e a orientação adequada são aspectos importantes para um melhor entendimento e exercício da sexualidade durante e após a gravidez. Os dados de

literatura demonstram que muitos casais estão despreparados para as dificuldades sexuais durante e gestação e puerpério (13).

Informar ao casal que a redução da atividade sexual no final da gestação e durante o primeiro ano pós-parto acontece na maioria dos casos, pode contribuir para retomar a atividade sexual e a satisfação no relacionamento (48, 49).

6 Crenças e sexualidade

6.1 Aspectos socioculturais

A formação da sexualidade é decorrente de valores e culturas experimentados por cada indivíduo, em diferentes fases da vida, oriundos da família, escola, meios de comunicação e convivência social. Essa integração de fatores, aliada aos componentes biológicos, forma uma construção única que determina como cada um vai interpretar e exercer a sua sexualidade (1, 50).

Os valores, crenças, tradições e normas sexuais que compõem a estrutura cultural da sexualidade envolve muitas contradições. Especialmente no que diz respeito às questões de gênero, como a imagem passiva da mulher e a valorização da virilidade masculina, podem muitas vezes, determinar sentimentos negativos sobre a sexualidade para homens e mulheres (51).

A religião exerce papel fundamental na elaboração de regras, práticas e crenças relacionadas à sexualidade. Mesmo dentro de cada filosofia religiosa, existem diferentes formas de interpretação e normas no que se refere às questões sexuais (1). Enquanto, de um modo geral, as religiões cristãs tradicionalmente

definem que a atividade sexual tem uma finalidade reprodutiva e consideram o prazer sexual como algo sujo e pecaminoso, as religiões orientais valorizam a satisfação sexual e veem o sexo como algo sagrado e espiritual (1). No entanto, alguns valores e rituais impostos pela cultura religiosa, limitam o acesso a informação e restringem determinados comportamentos sexuais, interferindo sobre o funcionamento sexual (1, 51).

O significado e o impacto de uma dificuldade sexual também pode variar de acordo com os aspectos culturais. Quando a motivação sexual envolve afeto, intimidade e prazer, qualquer inadequação do funcionamento sexual pode representar uma ameaça ao relacionamento e à qualidade de vida. No entanto, se a motivação sexual estiver relacionada a uma função reprodutiva ou meramente uma obrigação conjugal, a disfunção sexual pode ter um significado diferente (51).

6.2 Conhecimento e informação

As concepções individuais sobre sexualidade são aprendidas e formadas a partir de valores, crenças e preferências culturais, envolvendo várias dimensões como etnia, raça, gênero, classe, orientação sexual e religião. A educação sexual igualmente exerce um papel importante na formação de conceitos sobre sexualidade (1).

A esfera da educação em sexualidade é ampla, e envolve as questões biológicas, saúde reprodutiva, orientação sexual, intimidade e prazer. Deve fornecer argumentos para que a sexualidade seja compreendida como parte de um contexto

histórico-cultural e apresentar conhecimentos para o entendimento das crenças e preconceitos que foram criados ao longo da história (52).

As ações educativas podem ocorrer no âmbito formal, através de instituições e de caráter pedagógico, no âmbito não formal, quando ocorre fora de um ambiente de ensino, e no âmbito informal, que é a informação de senso comum, independente de tempo, espaço ou conteúdo. A educação informal é obtida através das conversas entre amigos, familiares, das informações obtidas na mídia, e faz parte da cultura social, influenciada por crenças e valores morais e religiosos, que podem muitas vezes perpetuar conceitos distorcidos e preconceitos (52).

Programas de educação em sexualidade podem atuar positivamente sobre a saúde mental, comportamentos sexuais saudáveis e seguros, contribuindo para relacionamentos saudáveis e prevenindo as disfunções sexuais em homens e mulheres (53). Entretanto, o estudo tailandês realizado por Wannakosit e Phupong (54) comparou 2 grupos de gestantes em relação a educação sexual, e não encontrou diferença no comportamento sexual de gestantes entre o grupo que recebeu e não recebeu educação sexual.

6.3 Crenças disfuncionais

As crenças sexuais disfuncionais são ideias irrealis e imprecisas sobre sexualidade e sobre a resposta sexual, que são incondicionalmente aceitas como verdadeiras, mesmo na ausência de evidências. Estes conceitos errôneos são aprendidos através da família, da inserção cultural do indivíduo, de programas de educação sexual e através das experiências sexuais vivenciadas (55).

Sabe-se que as crenças sexuais podem influenciar negativamente sobre a função sexual de homens e mulheres. Os mitos que envolvem a sexualidade masculina geralmente se referem ao desempenho e execução de um papel sexual, podendo gerar ansiedade devido às expectativas irreais. Em relação às mulheres, os mitos estão relacionados principalmente aos comportamentos sexuais conservadores, expectativas em relação ao orgasmo e ênfase sobre idade e imagem corporal (55, 56).

A busca por informação adequada sobre as questões sexuais pode auxiliar no entendimento das atitudes, crenças e valores em sexualidade, e influenciar positivamente sobre o comportamento sexual, a auto-percepção e a satisfação no relacionamento interpessoal (25).

6.4 Os mitos que envolvem a gestação e o puerpério

As mudanças biológicas, psicológicas e socioculturais que envolvem o ciclo gravídico-puerperal tornam este período da vida dos casais suscetível a muitos mitos e crenças, principalmente em relação ao exercício da sexualidade. Apesar do contexto social que prepara a mulher desde cedo para ser mãe, a transição para o exercício deste papel pode ser repleta de angústias e transformações nem sempre compreendidas facilmente (44).

Assim como em outras fases da vida, o comportamento sexual durante a gravidez pode ser influenciado por fatores socioculturais, demográficos, religiosos,

nível educacional, relacionamento, trimestre gestacional e planejamento ou não da gestação. Os mitos relacionados à atividade sexual durante a gestação, associados às mudanças fisiológicas, podem determinar o afastamento sexual, com consequências sobre o relacionamento (57).

O medo que a relação sexual possa prejudicar o feto, induzir a aborto ou parto prematuro é uma influência negativa sobre a função sexual não só de mulheres, mas também de seus parceiros. As principais preocupações estão relacionadas a ocorrência de sangramento, desencadeamento do trabalho de parto, infecção, ruptura de membranas e danos ao feto (44, 47).

Os estudos apresentam resultados também de acordo com os aspectos culturais. Fok *et al.* (58) estudando 298 mulheres chinesas referiu que 80% das mulheres e seus parceiros tinham preocupação com os efeitos da atividade sexual sobre a gravidez e o feto. No estudo realizado em Portugal por Pauletta *et al.* (59), 23% das 188 mulheres avaliadas referiram medo do intercurso sexual durante a gestação.

Para algumas sociedades, o ato sexual é permitido e estimulado durante toda a gestação como parte do desenvolvimento adequado do feto, sendo suspenso somente ao iniciar o trabalho de parto, enquanto que para outros grupos, o coito é totalmente proibido pela crença de que pode ferir ou cegar o feto. O sexo durante a gestação também pode ser considerado pecado, por envolver uma terceira pessoa no ato sexual. Estas variações culturais somam-se às experiências emocionais de

cada mulher, e juntamente com as modificações culturais, interferem diretamente sobre a sexualidade no período gestacional (16, 44).

A maioria dos mitos relacionados à gestação estão relacionados com informações sobre a anatomia e fisiologia do período gestacional, e intervenções educacionais simples podem dissipar dúvidas e conseqüentemente amenizar as dificuldades na vida sexual dos casais. Por outro lado, as crenças relacionadas aos padrões culturais e religiosos são bem mais difíceis de serem modificadas (16).

No entanto, apesar da importância na qualidade de vida de homens e mulheres, existe uma dificuldade generalizada em abordar questões referentes à sexualidade em todas as fases da vida, principalmente durante a gestação. A maioria dos casais sente receio ou constrangimento em questionar sobre atividade sexual na gravidez, da mesma forma que muitos profissionais de saúde não se sentem preparados ou confortáveis para abordar este assunto com suas pacientes (8).

No estudo realizado por Staruch *et al.* (57) com 149 gestantes, as fontes de informação sobre vida sexual durante o período gestacional foram através da internet ou outras mídias (63%), livros e revistas (57,4%), conversa com o parceiro (43,2%), profissional de saúde (30,4%), conversa com amigos (20,3%) ou mãe (6,1%), enquanto 8,8% não estavam interessadas sobre o assunto. Fontes inadequadas de informação sobre sexualidade e gestação podem contribuir para a perpetuação de crenças errôneas, fazendo que os casais reduzam ou descontinuem a atividade sexual sem razão, interferindo sobre a satisfação no relacionamento (25).

O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade para o esclarecimento de dúvidas a respeito da sexualidade. É importante que a informação não seja somente voltada aos medos e mitos que envolvem a prática sexual, mas também, e principalmente, à orientação sobre as mudanças fisiológicas decorrentes da gravidez que alteram o funcionamento sexual. Além disso, orientações sobre prevenção de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), técnicas e posições sexuais que sejam confortáveis às gestantes. Também são importantes orientações sobre atividades não coitais, que envolvam troca de carinho e contribuam para a manutenção da intimidade e satisfação no relacionamento, ou até mesmo tranquilizar sobre a abstinência sexual, se esta for a opção do casal (16, 40, 43, 54).

O puerpério também merece atenção no que se refere à sexualidade. A lactação e as mudanças corporais e psicológicas próprias do período podem interferir diretamente sobre o relacionamento do casal. A amamentação vem acompanhada de questões socioculturais relacionadas ao contato do recém-nascido com o seio materno e uma possível representatividade sexual. Informar somente sobre anticoncepção não significa abordar adequadamente a sexualidade. A maioria das mulheres têm receio de reiniciar a atividade sexual, e as crenças e experiências a respeito da gestação e parto interferem sobre esta decisão. O profissional de saúde deve orientar e estar aberto aos questionamentos do casal no que se refere a retomada da atividade sexual. (39, 44, 60).

7 Preparo dos profissionais de saúde

Apesar da importância da sexualidade na qualidade de vida e da crescente demanda de queixas sexuais, a adequada assistência em saúde sexual está longe do ideal. Se por um lado grande parte das pessoas têm dificuldade em procurar ajuda médica por vergonha, por frustração ou por falhas terapêuticas anteriores, de outro, a maioria dos profissionais de saúde não se sente confortável e nem habilitado para abordar e auxiliar nas dificuldades sexuais de seus pacientes (24).

A aquisição de conhecimento deve abranger os aspectos biológicos, fisiológicos e socioculturais que envolvem a sexualidade humana, numa abordagem interdisciplinar. Igualmente importante, é a habilidade de comunicação para falar confortavelmente sobre sexo, com linguagem apropriada e livre de discriminações (9). Segundo Alarcão *et al.* (10), atitudes e crenças pessoais a respeito da sexualidade são os principais impeditivos para iniciar uma abordagem sobre sexualidade em 29% dos médicos avaliados, seguido do pouco tempo tanto na consulta médica quanto na obtenção informações. A falta de treinamento, de experiência e o receio de falhar também foram apontados como barreiras importantes para abordar questões referentes à sexualidade.

A falta de treinamento em sexualidade durante a formação médica é reportada por diversos autores em diferentes países. Alguns resultados demonstram que os estudantes adquirem a maior parte de seus conhecimentos sobre sexualidade de outras fontes que não o ensino médico, o que favorece a perpetuação de alguns conceitos inadequados. A Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM - *International Society for Sexual Medicine*) recomenda que o aprendizado sobre sexualidade nas instituições de ensino médico baseie-se em

um currículo central focado no conhecimento, atitudes e habilidades sobre sexualidade, respeitando as características socioculturais. Espera-se com isso que os estudantes de medicina tenham o entendimento das suas próprias crenças e convicções a respeito de sexualidade, e obtenham conhecimento nas diversas áreas da medicina sexual, desenvolvendo habilidades de comunicação, e de desenvolver planos diagnósticos e terapêuticos na abordagem de seus pacientes (9, 61-63).

7.1 A sexualidade na ginecologia e obstetrícia

Embora a prevalência de disfunções sexuais entre as mulheres seja elevada, somente metade das mulheres que apresentam alguma dificuldade procuram ajuda médica. No estudo de Berman *et al.*(64), as principais razões para não procurar o médico são a vergonha (22%) ou acreditar que o médico não será capaz de auxiliar (17%). Das mulheres avaliadas, 12% nunca pensaram em procurar ajuda médica para seus problemas sexuais.

A ginecologia é a especialidade médica mais procurada pelas mulheres na tentativa de resolver seus problemas sexuais. No entanto, a formação do ginecologista e obstetra também carece de ensino e treinamento adequado em sexualidade, e mais ainda sobre a abordagem da sexualidade durante a gestação. A maioria dos residentes em ginecologia e obstetrícia (70%) acredita que questionar sobre sexualidade no período gestacional deva fazer parte da avaliação de todas as gestantes, porém, somente 20% o fazem. A justificativa para a não abordagem das questões sexuais é a falta de conhecimento e tempo durante a consulta (24, 64).

Um estudo brasileiro realizado por Vieira *et al.* (3) com 197 residentes em ginecologia e obstetrícia, evidenciou que 63% não havia recebido qualquer treinamento e 28% tiveram até 6 horas de treinamento sobre sexualidade durante a faculdade de medicina. Durante a residência, 49% não recebeu nenhum treinamento formal e 29% recebeu menos de 6 horas de treinamento específico em sexualidade. Sobre sexualidade e gestação, 51% dos residentes não se sente confiante ou capaz de esclarecer as dúvidas sobre sexualidade de suas pacientes, principalmente pela falta de conhecimento sobre o assunto.

Aprimorar o conhecimento, desenvolver habilidades de comunicação, e também habilidades terapêuticas é essencial na formação dos médicos, independentemente da especialidade, para que se sintam preparados em discutir questões que envolvem a sexualidade de seus pacientes, dissipando mitos e melhorando a qualidade de vida (3, 8, 24, 64).

REFERÊNCIAS

1. McGoldrick M, Loonan R, Wohlsifer D. Sexualidade e Cultura. In: Roca, editor. Princípios e práticas da terapia sexual. 4ª ed. São Paulo: Leiblum, Sandra R; 2011. p. 395 - 418.
2. Lima MCP, Cerqueira ATdAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008;32:49-55.
3. Vieira TC, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. J Sex Med. 2015;12(5):1154-7.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. Jama. 1999;281(6):537-44.
5. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino MT, do Amaral ML, Puga ME, et al. Treatments of Female Sexual Dysfunction Symptoms during Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. Sex Med Rev. 2014;2(1):1-9.
6. Abdo CH, Oliveira WM, Jr., Moreira ED, Jr., Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). Int J Impot Res. 2004;16(2):160-6.
7. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. Int J Impot Res. 2008;20(5):466-78.
8. Vieira TC, de Souza E, Nakamura MU, Mattar R. [Sexuality in pregnancy: are Brazilian physicians prepared to conduct these questions?]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(11):485-7.

9. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJBC. Sexuality Education in Brazilian Medical Schools. *J Sex Med.* 2014; 11(5):1110-7.
10. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction; Results of the Portuguese SEXOS Study. *J Sex Med.* 2014;9(10):2508-15.
11. Prado DS, Lima RV, de Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):205-9.
12. Aribi L, Ben Houdi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guerhazi M, Amami O. [Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women]. *Tunis Med.* 2012;90(12):873-7.
13. Galazka I, Droszol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015;12(2):445-54.
14. Tosun Güleroğlu F, Gördeles Beşer N. Evaluation of Sexual Functions of the Pregnant Women. *J Sex Med.* 2014;11(1):146-53.
15. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011;8(5):1267-84; 85-6.
16. Ribeiro MC, de Tubino Scanavino M, do Amaral MLS, de Moraes Horta AL, Torloni MR. Beliefs About Sexual Activity During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *J Sex Marital Ther.* 2017:1-11.
17. WHO | Defining sexual health. WHO. 2014.
18. Sexual Health - ACOG 2017 [Available from: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Sexual-Health>].

19. Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. Sexual behavior in the human male. 1948. *Am J Public Health*. 2003;93(6):894-8.
20. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Oxford, England: Little, Brown; 1966.
21. Kaplan HS. Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy: Simon & Schuster; 1979.
22. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(1):33-43.
23. Brody S. The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(4):1336-61.
24. Lara LAdS, Silva ACJdSRe, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008;30:312-21.
25. Masoumi SZ, Kazemi F, Nejati B, Parsa P, Karami M. Effect of Sexual Counseling on Marital Satisfaction of Pregnant Women Referring to Health Centers in Malayer (Iran): An educational randomized experimental study. *Electron Physician*. 2017;9(1):3598-604.
26. Ahumada G S, Lüttges D C, Molina G T, Torres G S. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2014;25(4):278-84.
27. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Critérios de sexo. In: Roca, editor. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 4ª ed. São Paulo, 2012. p. 1-4.
28. Moreira RdCR, Lopes RLM. Sexuality and pregnancy: issues on woman's life – literature review. 5. 2006.

29. Jahan MS, Billah Sm Fau - Furuya H, Furuya H Fau - Watanabe T, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2012; 38(1):329-35.
30. Corbacioglu A, Bakir VI Fau - Akbayir O, Akbayir O Fau - Cilesiz Goksedef BP, Cilesiz Goksedef Bp Fau - Akca A, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med*. 2012; 9(7):1987-903.
31. Association AP. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre 2014.
32. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Verit FF, Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(4):907-16.
33. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(2):89-106.
34. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006; 46(4):282-7.
35. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza Ed, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TdGM, et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012;34:409-13.
36. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J*. 2015;12(5):2339-44.
37. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Clin biomed res*. 2012;32(4):473-9.

38. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med.* 2012;9(9):2330-41.
39. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health.* 2014;20(3):298-304.
40. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999;47(1):27-49.
41. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):154-7.
42. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2009;55:563-8.
43. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Bjog.* 2000;107(8):964-8.
44. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Sexualidade no ciclo gravídico-puerperal normal. In: Roca, editor. *Tratamento clínico das inadequações sexuais.* 4^a ed. São Paulo 2012. p. 339-45.
45. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovia I, Dridi D, Ronchetti C, et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section. *J Sex Med.* 2016;13(3):393-401.
46. WHO | Postpartum care of mother and newborn: a practical guide: World Health Organization; 2013 [updated 2014-11-28 23:00:00. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/msm>.

47. 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 Gynaecol*. 2017;1-11.
48. Vannier SA, Rosen NO. Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J Sex Med*. 2017;14(3):387-95.
49. Jawed-Wessel S, Sevick E. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*. 2017;54(4-5):411-23.
50. Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFPd. Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46:552-8.
51. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and Sociocultural Aspects of Sexual Function and Dysfunction in Both Sexes. *J Sex Med*. 2016;13(4):591-606.
52. Marola CAG, Sanches CSM, Cardoso LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. *Psicologia da Educação*. 2011:95-118.
53. Behboodi Moghadam Z, Rezaei E, Khaleghi Yalegonbadi F, Montazeri A, Arzaqi SM, Tavakol Z, et al. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *J Res Health Sci*. 2015;15(2):124-8.
54. Wannakosit S, Phupong V. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual education group and nonsexual education group. *J Sex Med*. 2010;7(10):3434-8.

55. Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Roosta M, Peixoto MM, Nobre P. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *J Sex Med.* 2015;12(8):1820-7.
56. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res.* 2006;43(1):68-75.
57. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016;37(1):53-8.
58. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(10):934-8.
59. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality During Pregnancy. *J Sex Med.* 2010; 7(1):136-42.
60. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG.* 2000;107(2):186-95.
61. Shindel AW, Baazeem A, Eardley I, Coleman E. Sexual Health in Undergraduate Medical Education: Existing and Future Needs and Platforms. *J Sex Med.* 2016;13(7):1013-26.
62. Turner D, Jopt K, Nieder TO, Briken P. German medical students' interest in and knowledge about human sexuality in 1972 and 2012. *J Sex Med.* 2014;11(8):1914-26.
63. Vieira T, Nakamura MU, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Scanavino MT, et al. Experience of an online course on sexuality during pregnancy for residents. *Sex Reprod Healthc.* 2017;12:76-81.
64. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril.* 2003;79(3):572-6.

JUSTIFICATIVA

A avaliação dos mitos e crenças sobre sexualidade entre gestantes demonstra o nível de informação que estas mulheres entendem a respeito de sexualidade. A informação precária e a falta de orientação adequada podem contribuir ainda mais para a ocorrência de dificuldades sexuais, prejudicando a qualidade de vida e o relacionamento conjugal destas mulheres. Entender o quanto as gestantes sabem e o quais as crenças a respeito da sexualidade poderá auxiliar os profissionais de saúde no melhor atendimento e abordagem das questões relacionadas à sexualidade feminina.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Avaliar os mitos e crenças sobre sexualidade entre gestantes em acompanhamento pré-natal no sistema público de saúde.

Objetivos secundários:

- Descrever as características sócio-demográficas das gestantes em acompanhamento pré-natal no sistema público de saúde e sua correlação com mitos em sexualidade.
- Correlacionar o nível de escolaridade com crenças e crendices sobre sexualidade entre gestantes.
- Identificar o percentual das gestantes avaliadas que receberam informação sobre sexualidade durante a vida e durante a gestação.
- Correlacionar a autopercepção sobre informação em sexualidade com as crenças e crendices.

ARTIGO EM INGLÊS**Myths and beliefs about health and sexuality among brazilian pregnant women**

Fernanda Santos Grossi¹

Charles Francisco Ferreira^{1,2}

Monique Machado⁴

Edimárlei Gonsales Valério^{1,2,3}

Janete Vettorazzi^{1,2,3}

¹ Postgraduation Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

² Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine (FAMED), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

³ Service of Obstetrics and Gynecology, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, Brasil

⁴ Faculty of Medicine (FAMED) , Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

Correspondence to:

Janete Vettorazzi

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350/700 Santa Cecília, Porto Alegre, RS Brasil

CEP 90035-903

E-mail: jvettorazzi@hcpa.edu.br

Acknowledgments: The authors would like to express our deepest gratitude to the participants for their time and patience throughout this study.

Financial Disclosure Statement: None of the authors has any relevant financial or nonfinancial relationships to disclose.

Conflict of Interest Statement: All authors read and approved the submitted manuscript. None of the authors has any conflicts of interest related to this study, whether financial or of any other nature.

Contributor Statement: Fernanda Santos Grossi, Janete Vettorazzi, Edimárlei Gonsales Valério conceptualized/designed the study and worked on data collection. Monique Machado worked on data collection. Fernanda Santos Grossi, Charles Francisco Ferreira and Janete Vettorazzi carried out the initial analyses, draft the initial manuscript, critically reviewed and revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript as submitted.

Introduction

The scientific interest in human sexuality has been increasing in recent decades. According to the definition of the World Health Organization (WHO) the concept of sexuality is comprehensive and refers not only to the absence of disease, but also to the physical, emotional, mental and social well-being of each individual, forming one of the pillars of quality of life (1). The physical and hormonal peculiarities of the female life cycle interfere directly with sexual function, as well as factors related to health and relationship conditions. These factors are influenced by emotional, cultural and religious issues that may contribute to the occurrence of sexual dysfunctions (2, 3). A Brazilian study showed that 49% of the women had some sexual complaint throughout the life (4). During pregnancy, sexual complaints may be even more frequent, occurring in 63% of pregnant women, due to the physical and psychological changes resulting from the gestational and postpartum period (5).

Knowledge about sexuality acquired throughout life is formed from concepts and beliefs influenced by various sociocultural factors (6). Some of these beliefs are formed by unreal and imprecise concepts that can negatively influence sexuality. During pregnancy, the myths related to sexual activity may determine the sexual estrangement of the couple with consequences on the relationship (7, 8).

Despite the importance of sexual health in quality of life, there is a widespread difficulty for couples and health professionals to address sexuality issues at all stages of life, especially during gestation and puerperium (8). Most health professionals are not comfortable or empowered to address and assist in

the sexual difficulties of their patients. According to Alarcão et al (9), personal attitudes and beliefs about sexuality are the main barriers to addressing the issue. The lack of specific training in sexuality and the lack of time in the consultations are also indicated as justification for the non-approach of sexual questions by health professionals (10, 11).

The lack of training in sexuality during medical training is reported by several authors in different countries, and some results show that most of the knowledge is obtained by sources other than medical education (2, 12). This fact may contribute to the maintenance of beliefs about sexuality.

Lima & Cerqueira (2008) (13) applied a questionnaire on beliefs and misbeliefs about sexuality in all students enrolled in the Faculty of Medicine of Botucatu, Brazil, with the participation of 455 students (82.6% of the sample). The results showed that the greater knowledge about sexuality among medical students referred to the issues related to the pathological aspect of sexuality, demonstrating that the focus of medical education is much more focused on sex-related diseases than the approach to socio-cultural issues involving exercise of sexuality.

The present study has the purpose of evaluating the same beliefs and misbeliefs in sexuality addressed by Lima & Cerqueira (13) among pregnant women, evaluating the level of general knowledge about sexuality, as well as information about general sexuality received throughout life and during the prenatal care.

Method

Cross-sectional study conducted in pregnant women in follow-up at prenatal clinic at a public health hospital in southern Brazil between June 2016

and September 2017. The study was approved by the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), project number 54523516.2.0000.5327.

The sample calculation was performed through the WinPEPI Program (Programs for Epidemiologists for Windows) version 11.43, using the study of Lima and Cerqueira (2008). Considering the issue of greater variability in the questionnaire "Beliefs and misbeliefs about sexuality" (proportion of question 4), and only the female population (N = 274), for a 95% confidence level, a power of 80% and an acceptable difference of 5% - with an estimated loss of 20% of the patients, the sample size was 200 pregnant women. The final sample was 225 pregnant women.

Inclusion criteria were pregnant women over 18 years of age at any gestational age and who agreed to participate in the study after the signing of the informed consent term. Women with neurological disorders, lack of cognition or comprehension to answer the questionnaire were excluded.

The pregnant women were recruited during the prenatal consultation, in a reserved room and clarified about the study and its objectives. The participants were invited to answer a questionnaire about sociodemographic characteristics, health conditions and issues related to myths and beliefs in sexuality based on the study by Lima & Cerqueira (2008) (13).

The beliefs and misbeliefs were evaluated in 20 questions from the questionnaire modified by Jablonski (14), in which the beliefs comprise the set of knowledge considered as the most correct according to the consensus of specialists in the area. Claims that are not scientifically based (14) are considered as misbeliefs.

The questions presented aim to assess the level of knowledge about some topics related to sexuality, as well as women who received some information about sexuality throughout life and during prenatal care.

Statistical analyzes were conducted at the individual level using the SPSS software, version 18.0 [SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.]. Continuous variables were expressed as means \pm standard errors of the means (SEM) or medians and 95% confidence intervals [95% CI] - as normality by the Shapiro-Wilk Test, while the categorical variables were expressed in absolute (n) and relative frequencies ($n\%$). The analysis of categorical variables was made through the association between beliefs and misbeliefs about sexuality with level of schooling, religion, information about sexuality received during life and during gestation, and self-perception about information on sexuality will be evaluated by Pearson's chi-square test with analysis of adjusted residual values.

The level of significance was set at 5% ($p \leq 0.05$) for all analyzes.

Results

We studied 225 pregnant women with median of the age of 29.0 [27.7-29.7] years. Most of the patients (60.9%) declared themselves to be white. With regard to schooling, 36% completed high school. At the time of the study, 52.9% of the pregnant women were employed, with a median family income of 1.0 [1.3-1.58 Brazilian minimum wage (U\$289.00)]. Regarding sexual orientation, 76.4% of the women declared themselves heterosexual, 2.2% homosexual, 2.2% bisexual and 19.1% did not respond. The gestation was not planned by 53.8% of the women.

Of the pregnant women evaluated, 95.1% were in a stable relationship, with a median duration of 72.00 [123.5-187.6] months.

Religious belief was also questioned, with 41.8% of respondents following the Catholic religion, 24% evangelical and 17.3% belonging to no religion. Among the pregnant women interviewed, 161 (71.6%) received information about sexuality at some point in their lives. When questioned about sexual information during gestation, the majority (58.2%) answered that they did not receive information, and 52.4% of respondents considered themselves informed, but not very much. The characteristics of the sample are described in Table 1.

The "yes, sure" and "yes" answers were grouped as positive responses, and the "no, certainly" and "no" answers were grouped as negative responses for the analyses of the results.

Table 2 shows the frequency of referrals to sexuality beliefs and misbeliefs. The results show that only 5 questions considered as critical had a significantly higher number of positive responses. In question 1, 69.3% of the pregnant women evaluated believe that the ability to make love is born with the individual. The existence of two types of orgasm (clitoral and vaginal) is considered true by 60.9% of the interviewees, as well as the question about the existence of a G-spot within the vagina, with 74.2% positive responses. Another issue considered as a misbelief that presented the highest number of positive responses (72%) was the existence of aphrodisiac substances. Question 14, although the difference is not significant, 40.4% of pregnant women believe that a fetus of seven months is more likely to survive than a fetus of 8 months and 33.8% of pregnant women presented "do not know" in response.

In the sample evaluated, 161 (71.6%) women believe that sexual difficulties (question 2) are mostly treatable, while 44 (19.6%) women did not know how to respond. In question 9, on the psychological origin of sexual problems, there was a slight predominance of positive responses (56%).

Question 3, on the need for sex according to gender, although the difference is not significant, 53.8% believe that women do not have the same need as men, while 40.9% think the opposite. Questions 5, 6 and 10 refer to the beliefs and beliefs that involve male sexuality, and among the women interviewed, penis size is considered relevant for sexual pleasure for few women (13.8%), with only psychological influence (question 10) to 44.9% of the women interviewed. Concerning pornography stimulate criminal sexual acts (question 8), there was no predominance of positive responses or negative responses.

Most of the women in the sample (79.6%) do not consider homosexuality (question 7) to be a disease, 10.2% disagree with this statement and 10.2% did not know how to respond. The question about female homosexuality (question 17), although only 7.1% believed that a lesbian would prefer a man if she were a "real man" and used the correct technique, a large percentage (47.1%) did not know if this affirmative is real.

The simultaneous occurrence of orgasm (question 11) was valued by 101 women (44.9%), while 105 (46.7%) women did not think it important for the couple's satisfaction. Virginity was considered important for the success of marriage for only 16% of women.

Although most of the pregnant women considered that the heterosexual relationship is also a form of contamination by the human immunodeficiency

virus (HIV) (question 12), 18% do not know and 20% believe that heterosexual intercourse can hardly transmit the virus.

The misbelief that it is dangerous to have sex during the menstrual period (question 13) had 34.7% of positive responses, 49.3% of negative responses and 15.6% answered that they do not know. On the consequences of masturbation on health (question 15), the majority (69.3%) replied that no, 22.3% did not know how to respond and 8% answered yes.

The last question, which refers to sexual activity during pregnancy, 194 pregnant women (86.2%) believe that it is possible to have sexual intercourse without danger to the baby, 12 pregnant women (5.3%) do not agree with this statement and 7.1% did not know how to respond.

The association of the educational level with the answers is described in Table 3. Although it does not present statistical significance, it is observed that in some questions considered misbeliefs, there was a greater number of positive answers, independent of the time of study, as in questions 1, 4, 14, 18 and 19.

Likewise, having elementary education or less seems to influence the persistence of beliefs and ignorance about some aspects of sexual health. For question 4, about the existence of two types of orgasm, of the 57 "I do not know" answers, 27 (38.6%) were of this group, with a p value of 0.012. In the question about homosexuality (question 7), even without statistical significance (P 0.095), the analysis of the residual adjusted demonstrated strong association with a lower education and positive responses (18.6%).

The question of HIV infection being more difficult in a heterosexual relationship (question 12) had 40 positive responses (20% of the total sample).

Of these, 31.4% were part of the group with lower schooling, which was statistically significant ($p = 0.010$). When questioned about whether it was dangerous to have intercourse during the menstrual period (question 13), most respondents who answered negatively had high school or higher education, however, 57.1% ($p = 0.001$) of the positive responses were given by participants with complete elementary school or less.

The religion factor had little influence on the answers, with statistical relevance ($p = 0.049$) in question 16, on the importance of virginity, in which 31.5% of positive responses were given by women declared evangelicals. Although there was no statistical significance ($p = 0.089$), the adjusted residual analysis showed strong association also between the evangelical religion and the answers that agree with the assertion that homosexuality is a disease.

Of the 137 women who responded positively to the misbelief that there are two types of orgasms in the woman (question 4), 106 (65.8%) received sexual information during their lifetime. Among women who did not receive information on sexuality in the course of their lives, 40.3% ($n = 62$) did not know how to respond, and these findings were statistically significant ($p = 0.011$). The other questions did not present statistical relevance in the association with this variable.

Information on sexuality in pregnancy also did not interfere with most responses, except on the belief that a fetus of seven months was more likely to survive than an eight-month fetus (question 14) ($p = 0.022$), in which among respondents "Not sure" or "I do not think so" 33.7% had received information about sexuality during gestation. Among women who did not receive

information, 42% answered "yes for sure" or "I think so" and 39.7% answered "I do not know".

The analysis of self-perception about information on sexuality (considered to be well informed or not) demonstrated a frequency of "I do not know" answers among pregnant women who did not consider themselves well informed, as Table 4 shows.

Discussion

The results of the study show that beliefs and misbeliefs in sexuality are still present today. The Brazilian studies 20 and 10 years ago (13,14), which evaluated the knowledge of university students in psychology and medicine respectively, present similar results to those found in the present study.

The individual construction of sexuality is composed of biological factors, as well as social and cultural factors that are learned over time (6, 15, 16). Despite this, most of the participants in this study, 69% (n 156), as well as the other studies that analyzed the same questions, consider that sexual ability is born with the individual, disregarding that the learning of intimacy is acquired according to the experiences of each. Clarifying this fact can help in the understanding and resolution of possible difficulties in relationships. The influence of cultural issues on gender can be seen in question 3, in which about half of the participants believe that men and women do not have the same need for sex.

The female sexual function can still determine many doubts and concepts considered erroneous. The belief that there are two types of orgasm in the woman (question 4), pointed out as true by 60.9% of the participants of this study. However, Masters and Johnson (17) found that there is no difference

between the orgasm obtained by direct stimulation of the clitoris and by vaginal penetration. Similar response rates for this question were found in the 1998 and 2008 studies (13, 14). The existence of the G-spot was considered true for 74.2% of the participants, especially among those with a higher educational level. G-spot, described by Ernst Gräfenberg for the first time in 1950, is considered a highly sensitive area in the anterior wall of the vagina, with no scientific evidence of its existence (18, 19).

The simultaneous occurrence of orgasm is important for about half of the women who answered the questionnaire 44.9%, higher than the 32% found by Jablonski (14) in 1998 and the 22.5% of the women in the Lima & Cerqueira study (13) in 2008, demonstrating that idealizations related to orgasm are even more pertinent for many women, and may cause sexual difficulties among the partnerships (20).

Religion plays a role in the elaboration of rules, practices and beliefs that can influence people's behavior (6, 15). About 80% of the participants in this study do not consider homosexuality to be a disease, but the present study demonstrated an association between the evangelical religion and the positive responses to this question. The evangelical religion also seems to influence women about the importance of virginity for the success of marriage.

Regardless of the educational level of the pregnant women studied, 72% believe in the existence of aphrodisiac substances. This result is similar to those found in Brazilian studies (13,14). To date, there are no studies in the literature that prove the existence of such substances (21, 22).

Often information about sexuality can be obtained informally, which contributes to the persistence of distorted concepts (7, 16). Among the 225

women who answered the questionnaire, 71.6% received sexual information during their lifetime and only 37.3% received information about sexuality during pregnancy. The lower percentage of women who received information during pregnancy can be explained by the difficulty of health professionals in addressing the issue, due to lack of knowledge and lack of training in sexuality during medical training (10, 23).

Conclusions

The answers demonstrating the myths and beliefs about sexuality were similar to those found in Brazilian studies previously conducted among college students (13,14). Thus, it can be suggested that the level of education does not seem to clarify the myths about sexuality. Participants with a higher educational level appear to have a better understanding of health issues such as knowledge of HIV transmission, for example.

Much should be done to improve information and knowledge on sexuality at all levels, from school to college. As mentioned earlier, the responses of our study to sexual beliefs were similar to the Lima & Cerqueira study, which was conducted among medical students, demonstrating that medical education may not provide a level of knowledge necessary to adequately address sexuality.

Considering the importance of sexual health on the quality of life, more studies should be carried out on the subject of knowledge on sexuality, especially involving women in the pregnancy-puerperal cycle, where the sexuality approach may be more difficult.

References

1. WHO | Defining sexual health. WHO. 2014.

2. Prado DS, Lima RV, de Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):205-9.
3. Jahan MS, Billah Sm Fau - Furuya H, Furuya H Fau - Watanabe T, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. (1447-0756 (Electronic)).
4. Abdo CH, Oliveira WM, Jr., Moreira ED, Jr., Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6.
5. Tosun Güleroğlu F, Gördeles Beşer N. Evaluation of Sexual Functions of the Pregnant Women. *J Sex Med.* 2014;11(1):146-53.
6. McGoldrick M, Loonan R, Wohlsifer D. Sexualidade e Cultura. In: Roca, editor. *Princípios e práticas da terapia sexual.* 4ª ed. São Paulo: Leiblum, Sandra R; 2011. p. 395 - 418.
7. Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Roosta M, Peixoto MM, Nobre P. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *J Sex Med.* 2015;12(8):1820-7.
8. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016;37(1):53-8.
9. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction 2014; Results of the Portuguese SEXOS Study. *J Sex Med.* 2014;9(10):2508-15.
10. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJBC. Sexuality Education in Brazilian Medical Schools. *J Sex Med.* 2014; 11(5):1110-7.

11. Vieira TC, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. *J Sex Med.* 2015;12(5):1154-7.
12. Vieira T, Nakamura MU, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Scanavino MT, et al. Experience of an online course on sexuality during pregnancy for residents. *Sex Reprod Healthc.* 2017;12:76-81.
13. Lima MCP, Cerqueira ATdAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008;32:49-55.
14. Jablonski B. Crenças e credices sobre sexualidade humana. *Psicol teor pesqui.* 1998;14(3):209-18.
15. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and Sociocultural Aspects of Sexual Function and Dysfunction in Both Sexes. *J Sex Med.* 2016;13(4):591-606.
16. Marola CAG, Sanches CSM, Cardoso LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. *Psicologia da Educação.* 2011:95-118.
17. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Oxford, England: Little, Brown; 1966.
18. Kilchevsky A, Vardi Y, Lowenstein L, Gruenwald I. Is the female G-spot truly a distinct anatomic entity. *J Sex Med.* 2012;9(3):719-26.
19. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Anatomia dos órgãos genitais. In: Roca, editor. *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais.* 4ª edição ed. São Paulo 2012.

20. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res.* 2006;43(1):68-75.
21. West E, Krychman M. Natural Aphrodisiacs-A Review of Selected Sexual Enhancers. *Sex Med Rev.* 2015;3(4):279-88.
22. Shamloul R. Natural aphrodisiacs. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 1):39-49.
23. Lara LAdS, Silva ACJdSRe, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2008;30:312-21.

Table 1. Characteristics of pregnant women attended to in the public health system (N=225).

Variable	Total
Age (years) - md [95% CI]	29.00 [27.79-29.71]
Ethnicity - n (n%)	
White	137(60.9)
Not white	87(38.7)
INO	1(0.4)
Schooling- n(n%)	
Incomplete elementary school	49(21.1)
Complete elementary school	21(9.3)
Incomplete high school	30(13.3)
Complete high school	81(36.0)
Incomplete higher education	29(12.9)
Complete higher education	11(4.9)
Postgraduate studies	3(1.3)
INO	1(0.4)
Employment- n(n%)	
With remuneration	119(52.9)
No remuneration	105(46.7)
INO	1(0.4)
Family income (minimum wage)-md[CI95%]	1.00[1.38-1.58]
Number of people living in the house- md[CI95%]	3.00[3.14-3.59]
Marital status- n(n%)	
Married or living with partner	214(95.1)
Single or living with no partner	10(4.4)
INO	1(0.4)
Relationship time (months)- md[CI95%]	72.00[123.52-187.60]
Number of pregnancies- md[CI95%]	2.00[2.27-2.68]
Current planned gestation - n(n%)	
Yes	104(46.2)
No	121(53.8)
High risk pregnancy- n(n%)	
Yes	169(75.1)
No	52(23.1)
INO	4(1.8)
Religion - n(n%)	
Catholicism	94(41.8)
Protestantism	54(24.0)
Spiritism	17(7.6)
Afro-brazilian religion	18(8.0)
None	39(17.3)
Other	2(0.9)
INO	1(0.4)

Table 1: Characteristics of pregnant women attended to in the public health system (N=225). (continuation)

Variable	Total
Sexual Orientation - n(n%)	
Heterossexual	172(76.4)
Homossexual	5(2.2)
Bissexual	5(2.2)
Did not answer	43(19.1)
Smoking - n(n%)	
Yes	31(13.8)
No	194(86.2)
Use of illicit substances -n(n%)	
Yes	3(1.3)
No	216(86.2)
INO	6(2.7)
Use of alcohol	
Yes	11(4.9)
No	209(92.9)
INO	5(2.2)
Received information about sexuality in life-n(n%)	
Yes	161(71.6)
No	62(27.6)
INO	2(0.9)
Received information about sexuality during pregnancy-n(n%)	
Yes	89(39.6)
No	131(58.2)
INO	5(2.2)
Do you consider yourself well informed about sexuality? -n(n%)	
Yes, well informed	84(37.3)
Yes, but not so much	118(52.4)
No	17(7.6)
INO	6(2.7)

Legend: md: Median. 95%CI: 95% Confidence Interval. *n*: Absolute frequency. *n%*: Relative frequency. INO: Information não obtained. Minimum wage calculated as US\$289,00 (2017)

Table 2: Frequency of positive and negative responses to beliefs and misbeliefs about sexuality (N=225).

Question	Positive responses n(n%)	Negative responses n(n%)	Do not know n(n%)	INO n(n%)
1) The ability to make love is born with the individual. *	156(69.3)	37(16.4)	26(11.6)	6(2.7)
2) People who suffer from sexual disorders can improve with the treatment of these problems.	161(71.6)	17(7.6)	44(19.6)	3(1.3)
3) The woman has the same need for sex as the man.	92(40.9)	121(53.8)	12(5.3)	0(0.0)
4) There are 2 types of orgasm in women: clitoral and vaginal. *	137(60.9)	29(12.9)	57(25.3)	2(0.9)
5) For a man to satisfy himself sexually, he needs more than one partner.*	11(4.9)	205(91.1)	8(3.6)	1(0.4)
6) A big penis man gives more pleasure in a sexual relationship.*	31(13.8)	171(76.0)	22(9.8)	1(0.4)
7) Homosexuality is a disease. *	23(10.2)	179(79.6)	23(10.2)	0(0.0)
8) Pornography encourages people to commit criminal sexual acts. *	102(45.3)	97(43.1)	25(11.1)	1(0.4)
9) Most sexual problems are of psychological origin.	126(56.0)	59(26.2)	40(17.8)	0(0.0)
10) In terms of proportionate pleasure, a large penis exerts only psychological influence.	100(44.4)	59(26.2)	66(29.3)	0(0.0)
11) An orgasm must occur simultaneously so that the relationship of the couple is rewarding. *	101(44.9)	105(46.7)	18(8.0)	1(0.4)
12) A heterosexual man or woman will hardly contract the AIDS virus sexually. *	45(20.0)	136(60.4)	41(18.2)	3(1.3)
13) It is dangerous to have intercourse during menstruation. *	78(34.7)	111(49.3)	35(15.6)	1(0.40)
14) A fetus of 7 months is more likely to survive than one of 8 months. *	91(40.4)	56(24.9)	76(33.8)	2(0.9)
15) Masturbation causes bad health consequences. *	18(8.0)	156(69.3)	50(22.3)	1(0.4)

Table 2: Frequency of positive and negative responses to beliefs and misbeliefs about sexuality ($N=225$). (continuation)

Question	Positive responses n(n%)	Negative responses n(n)	Do not know n(n%)	INO n(n%)
16) Virginity is an important factor in a successful marriage.*	36(16.0)	180(80)	9(4.0)	0(0.0)
17) A lesbian would prefer a man if he were a "real man" and used the correct technique.*	16(7.1)	99(44.0)	107(47.1)	4(1.8)
18) Women have the G-spot, a specific and extremely sensitive region inside the vagina.*	167(72.0)	21(9.3)	37(16.4)	(0.0)
19) There are aphrodisiac substances (substances that stimulate sexual activity).*	162(72.0)	20(8.9)	39(17.3)	4(1.8)
20) During pregnancy, a woman can have sex without risk to the baby.	194(86.2)	12(5.3)	16(7.1)	3(1.3)

Legend: Questions considered to be misbeliefs, according Jablonski (1998); n : Absolute frequency.

$n\%$: Relative frequency, INO: Information not obtained

Table 3. Beliefs and misbeliefs about sexuality among pregnant women, classified by schooling (N=218-224).

Question	Total N=218- 224	Schooling			*p value
		≤ Complete elementary school n=70	High school incomplete or complete n=111	≥ Incomplete higher education n=43	
1) The ability to make love is born with the individual. * - n(n%)					
Positive responses	156(69.3)	46(65.7)	84(75.7)	25(58.1)	0.135
Negative responses	37(16.4)	9(12.9)	15(13.5)	13(30.2)	
Do not know	26(11.6)	12(1.8)	11(9.9)	3(7.0)	
2) People who suffer from sexual disorders can improve with the treatment of these problems. - n(n%)					
Positive responses	161(71.6)	46(65.7)	82(73.9)	32(74.4)	0.893
Negative responses	17(7.6)	7(10.0)	9(8.1)	1(2.3)	
Do not know	44(19.6)	16(22.9)	19(17.1)	9(20.90)	
3) The woman has the same need for sex as the man. - n(n%)					
Positive responses	92(40.9)	27(38.6)	44(39.6)	21(48.8)	0,265
Negative responses	121(53.8)	36(51.4)	64(57.7)	20(46.5)	
Do not know	12(5.3)	7(10.0)	3(2.7)	2(4.7)	
4) There are 2 types of orgasm in women: clitoral and vaginal.*- n(n%)					
Positive responses	137(60.9)	39(55.7)	69(62.2)	28(65.1)	0.012
Negative responses	29(12.9)	4(5.7)	19(17.1)	6(14.0)	
Do not know	57(25.3)	27(38.6)	23(20.7)	7(16.3)	
5) For a man to satisfy himself sexually, he needs more than one partner.* - n(n%)					
Positive responses	11(4.9)	2(2.9)	6(5.4)	3(7.0)	0.861
Negative responses	205(91.1)	63(90.0)	102(91.9)	39(90.7)	
Do not know	8(3.6)	4(5.7)	3(2.7)	1(2.3)	
6) A big penis man gives more pleasure in a sexual relationship.* n(n%)					
Positive responses	31(13.8)	9(12.9)	15(13.5)	7(16.3)	0.602
Negative responses	171(76.0)	51(72.9)	88(79.3)	31(72.1)	
Do not know	22(9.8)	10(14.3)	8(7.2)	4(9.3)	
7) Homosexuality is a disease.* n(n%)					
Positive responses	23(10.2)	13(18.6)	5(4.5)	5(11.6)	0.095
Negative responses	179(79.6)	50(71.4)	96(86.5)	32(74.4)	
Do not know	23(10.2)	7(10.0)	10(9.0)	6(14.0)	
8) Pornography encourages people to commit criminal sexual acts.* n(n%)					
Positive responses	102(45.3)	36(51.4)	49(44.1)	17(39.5)	0,792
Negative responses	97(43.1)	25(35.7)	50(45.0)	21(48.8)	
Do not know	25(11.1)	9(12.9)	11(9.9)	5(11.6)	

Table 3. Beliefs and misbeliefs about sexuality among pregnant women, classified by schooling (N=218-224). (continuation)

Question	Schooling				*p value
	Total N=218- 224	≤ Complete elementary school n=70	High school incomplete or complete n=111	≥ Incomplete higher education n=43	
9) Most sexual problems are of psychological origin. - n(n%)					
Positive responses	126(56.0)	32(45.7)	66(59.5)	27(62.8)	0,212
Negative responses	59(26.2)	19(27.1)	28(25.2)	12(27.9)	
Do not know	40(17.8)	19(27.1)	17(15.3)	4(9.3)	
10) In terms of proportionate pleasure, a large penis exerts only psychological influence. - n(n%)					
Positive responses	100(44.4)	26(37.1)	54(48.6)	19(44.2)	0.629
Negative responses	59(26.2)	19(27.1)	27(24.3)	13(30.2)	
Do not know	66(29.3)	25(35.7)	30(27.0)	11(25.6)	
11) An orgasm must occur simultaneously so that the relationship of the couple is rewarding.* - n(n%)					
Positive responses	101(44.9)	35(50.0)	57(51.4)	9(20.9)	0,001
Negative responses	105(46.7)	23(32.9)	48(43.2)	33(76.7)	
Do not know	18(8.0)	11(15.7)	6(5.4)	1(2.3)	
12) A heterosexual man or woman will hardly contract the AIDS virus sexually.* - n(n%)					
Positive responses	45(20.0)	22(31.4)	16(14.4)	7(16.3)	0,010
Negative responses	136(60.4)	28(40.0)	74(66.7)	33(76.7)	
Do not know	41(18.2)	19(27.1)	19(17.1)	3(7.0)	
13) It is dangerous to have intercourse during menstruation.* n(n%)					
Positive responses	78(34.7)	40(57.1)	28(25.2)	10(23.3)	0,001
Negative responses	111(49.3)	18(25.7)	64(57.7)	28(65.1)	
Do not know	35(15.6)	11(15.7)	19(17.1)	5(11.6)	
14) A fetus of 7 months is more likely to survive than one of 8 months.* - n(n%)					
Positive responses	91(40.4)	30(42.9)	40(36.0)	20(46.5)	0,304
Negative responses	56(24.9)	12(17.1)	32(28.8)	12(27.9)	
Do not know	76(33.8)	26(37.1)	39(35.1)	11(25.6)	
15) Masturbation caouses bad health consequences.* - n(n%)					
Positive responses	18(8.0)	9(12.9)	7(6.3)	2(4.7)	0,065
Negative responses	156(69.3)	37(52.9)	82(73.9)	36(83.7)	
Do not know	50(22.2)	23(32.9)	22(19.8)	5(11.6)	
16) Virginitate is an importante fator in a successful marriage* - n(n%)					
Positive responses	36(16.0)	15(21.4)	12(10.8)	9(20.9)	0,532
Negative responses	180(80.0)	52(74.3)	94(84.7)	33(76.7)	
Do not know	9(4.0)	3(4.3)	5(4.5)	1(2.3%)	

Table 3. Beliefs and misbeliefs about sexuality among pregnant women, classified by schooling (N=218-224).(continuation)

Question	Schooling				*p value
	Total N=218- 224	≤ Complete elementary school n=70	High school incomplete or complete n=111	≥ Incomplete higher education n=43	
17) A lesbian would prefer a man if he were a "real man" and used the correct technique *- n(n%)					
Positive responses	16(7.1)	7(10.0)	4(3.6)	5(11.6)	0,273
Negative responses	99(44.0)	25(35.7)	55(49.5)	18(41.9)	
Do not know	106(47.1)	35(50.0)	51(45.9)	20(46.5)	
18) Women have the G-spot, a specific and extremely sensitive region inside the vagina. *- n(n%)					
Positive responses	167(74.2)	45(64.3)	87(78.4)	35(81.4)	0.077
Negative responses	21(9.3)	9(12.9)	8(7.2)	4(9.3)	
Do not know	37(16.4)	16(22.9)	16(14.4)	4(9.3)	
19) There are aphrodisiac substances (substances that stimulate sexual activity). *- n(n%)					
Positive responses	162(72.0)	45(64.3)	84(75.7)	32(74.4)	0,651
Negative responses	20(8.9)	6(8.6)	10(9.0)	4(9.3)	
Do not know	39(17.3)	18(25.7)	14(12.6)	7(16.3)	
20) During pregnancy, a woman can have sex without risk to the baby.-n(n%)					
Positive responses	194(86.2)	61(87.1)	92(82.9)	40(93.0)	0,440
Negative responses	12(5.3)	6(8.6)	6(5.4)	0(0.0)	
Do not know	16(7.1)	2(2.9)	12(10.8)	2(4.7)	

Legend: Questions considered to be misbeliefs, according Jablonski (1998). N=218-224.

n: Absolute frequency. n%: Relative frequency. p: Statistical significance. Statistical significance set at 5% for all analyzes. *Chi-Square Test with adjusted residual values

Table 4: Beliefs and misbeliefs about sexuality according to self-perception in information (N=219)

Question	Total N=219	Do you consider yourself well informed about sexuality?			*p value
		Yes, well informed N=84	Yes, but not so much N=118	No N=17	
1) The ability to make love is born with the individual. * - n(n%)					
Positive responses	153(69.9)	62(73.8)	83(70.3)	8(47.1)	0.005
Negative responses	37(16.9)	12(14.3)	23(19.5)	2(11.8)	
Do not know	24(11.0)	8(9.5)	9(7.6)	7(41.2)	
2) People who suffer from sexual disorders can improve with the treatment of these problems. - n(n%)					
Positive responses	157(71.7)	65(77.4)	83(70.3)	9(52.9)	0.498
Negative responses	17(7.8)	6(7.1)	9(7.6)	2(11.2)	
Do not know	43(19.6)	12(14.3)	25(21.2)	6(35.3)	
3) The woman has the same need for sex as the man. - n(n%)					
Positive responses	88(40.2)	38(45.2)	44(37.3)	6(35.3)	0,053
Negative responses	119(54.3)	40(47.6))	71(60.2)	8(47.1)	
Do not know	12(5.5)	6(7.1)	3(2.5)	3(17.6)	
4) There are 2 types of orgasm in women: clitoral and vaginal.* n(n%)					
Positive responses	134(61.2)	53(63.1)	70(59.3)	11(64,7)	0.825
Negative responses	28(12.8)	13(15.5)	14(11.9)	1(5.9)	
Do not know	55(25.1)	17(20.2)	33(28.0)	5(29.4)	
5) For a man to satisfy himself sexually, he needs more than one partner.* - n(n%)					
Positive responses	11(5.0)	3(3.6)	6(5.1)	2(11.8)	0.201
Negative responses	199(90.9)	7(94.0)	107(90.7)	13(76.5)	
Do not know	8(3.7)	1(1.2)	5(4.2)	2(11.8)	
6) A big penis man gives more pleasure in a sexual relationship.* n(n%)					
Positive responses	31(14.2)	12(14.3)	17(14.4)	2(11.8)	0.972
Negative responses	166(75.8)	63(75.0)	90(76.3)	13(76.5)	
Do not know	21(9.6)	9(10.7)	10(8.5)	2(11.8)	
7) Homosexuality is a disease.* n(n%)					
Positive responses	22(10.0)	10(11.9)	9(7.6)	3(17.6)	0.124
Negative responses	174(79.5)	64(76.2)	100(84.7)	10(58.8)	
Do not know	23(10.5)	10(11.9)	9(7.6)	4(23.5)	
8) Pornography encourages people to commit criminal sexual acts.* n(n%)					
Positive responses	100(45.7)	39(46,4)	53(44.9)	8(47.1)	0,499
Negative responses	93(42.5)	34(40.5)	54(45.8)	5(29.4)	
Do not know	25(11.4)	10(11.9)	11(9,3)	4(23.5)	
9) Most sexual problems are of psychological origin. - n(n%)					
Positive responses	121(55.3)	49(58.3)	65(55.1)	7(41.2)	0,221
Negative responses	59(26.9)	19(22.6))	36(30.5)	4(23.5)	
Do not know	39(17.8)	16(19.0)	17(14.4)	6(35.3)	
10) In terms of proportionate pleasure, a large penis exerts only psychological influence. - n(n%)					
Positive responses	99(45.2)	29(34.5)	62(52.5)	8(47.1)	0.033
Negative responses	56(25.6)	30(35.7)	24(20.3)	2(11.8)	
Do not know	64(29.2)	25(29.8)	32(27.1)	7(41.2)	

Table 4: Beliefs and misbeliefs about sexuality according to self-perception in information (N=219). (continuation)

Question	Total N=219	Do you consider yourself well informed about sexuality?			*p value
		Yes, well informed N=84	Yes, but not so much N=118	No N=17	
11) An orgasm must occur simultaneously so that the relationship of the couple is rewarding.* - n(n%)					
Positive responses	100(45.7)	36(42.9)	55(46.6)	9(52.9)	0,953
Negative responses	101(46.1)	41(48.8)	53(44.9)	7(41.2)	
Do not know	17(7.8)	7(8.3)	9(7.6)	1(5.9)	
12) A heterosexual man or woman will hardly contract the AIDS virus sexually.* - n(n%)					
Positive responses	45(20.5)	21(25.0)	18(15.3)	6(35.3)	0.233
Negative responses	131(59.8)	48(57.1)	77(65.3)	6(35.3)	
Do not know	41(18.7)	14(16.7)	22(18.6)	5(29.4)	
13) It is dangerous to have intercourse during menstruation.* n(n%)					
Positive responses	76(34.7)	30(35.7)	40(33.9)	6(35.3)	0,109
Negative responses	108(49.3)	47(56.0)	55(46.6)	6(35.3)	
Do not know	35(16.0)	7(8.3)	23(19.5)	5(29.4)	
14) A fetus of 7 months is more likely to survive than one of 8 months.* - n(n%)					
Positive responses	91(41.6)	40(47.6)	46(39.0)	5(29.4)	0.003
Negative responses	54(24.7)	24(28.6)	28(23.7)	2(11.8)	
Do not know	73(33.3)	20(23.8)	44(37.3)	9(52.9)	
15) Masturbation caouses bad health consequences.* - n(n%)					
Positive responses	18(8.2)	9(10.7)	8(6.8)	1(5.9)	0,015
Negative responses	153(69.9)	62(73.8)	84(71.2)	7(41.2)	
Do not know	48(21.9)	13(15.5)	26(22.0)	9(52.9)	
16) Virginity is an importante fator in a successful marriage *- n(n%)					
Positive responses	35(16.0)	13(15.5)	14(11.9)	8(47.1)	0,006
Negative responses	175(79.9)	68(81.0)	99(83.9)	8(47.1)	
Do not know	9(4.1)	3(3.6)	5(4.2)	1(5.9)	
17) A lesbian would prefer a man if he were a "real man" and used the correct technique *- n(n%)					
Positive responses	15(6.8)	5(6.0)	9(7.6)	1(5.9)	0,143
Negative responses	96(43.8)	39(46.4)	55(46.6)	2(11.8)	
Do not know	104(47.5)	39(46.4)	52(44.1)	13(76.5)	
18) Women have the G-spot, a specific and extremely sensitive region inside the vagina.* - n(n%)					
Positive responses	166(75.8)	69(82.1)	89(75.4)	8(47.1)	0.024
Negative responses	19(8.7)	6(7.1)	11(9.3)	2(11.8)	
Do not know	34(15.5)	9(10.7)	18(15.3)	7(41.2)	
19) There are aphrodisiac substances (substances that stimulate sexual activity). *- n(n%)					
Positive responses	157(71.7)	63(75.0)	86(72.9)	8(47.1)	0,098
Negative responses	20(9.1)	5(6.0)	12(10.2)	3(17.6)	
Do not know	38(17.4)	13(15.5)	20(16.9)	5(29.4)	
20) During pregnancy, a woman can have sex without risk to the baby.-n(n%)					
Positive responses	189(86.3)	73(86.9)	102(86.4)	14(82.4)	0.519
Negative responses	12(5.5)	6(7.1)	6(5.1)	0(0.0)	
Do not know	15(6.8)	4(4.8)	8(6.8)	3(17.6)	

Legend: * Questions considered to be misbeliefs, according Jablonski (1998). $N=219$.

n : Absolute frequency. $n\%$: Relative frequency. p : Statistical significance. Statistical significance set at 5% for all analyzes. *Chi-Square Test with adjusted residual values

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é um momento peculiar na vida das mulheres, repleto de mudanças físicas e emocionais. A vivência da sexualidade nesse período também pode passar por modificações, e a abordagem deste assunto pode proporcionar o esclarecimento de mitos, aliviar angústias e evitar possíveis dificuldades no relacionamento do casal.

Entretanto, mesmo os dados de literatura demonstrando a interferência da gestação sobre a função sexual, existe muita dificuldade por parte dos profissionais de saúde em conciliar os temas sexualidade e gestação em seus atendimentos. Segundo os estudos avaliados, esta dificuldade pode ser resultante de desconfortos pessoais e, principalmente, falta de preparo durante a formação profissional.

A sexualidade é um tema que envolve muitos mitos em qualquer período da vida. Fornecer informação adequada, baseada no conhecimento sobre anatomia, fisiologia e aspectos socioculturais que envolvem o assunto, pode ser essencial para evitar a perpetuação de conceitos errôneos sobre o exercício da sexualidade.

Ao avaliarmos as crenças e crendices entre gestantes e compararmos com as respostas encontradas entre estudantes universitários, observamos que as crendices são semelhantes entre os grupos. Isso nos permite supor, que o nível de informação sobre sexualidade é quase o mesmo, e que a questão cultural é predominante para a manutenção destes mitos.

PERSPECTIVAS

Os estudos que abordam a sexualidade e gestação estão focados basicamente sobre o declínio da função sexual neste período. As disfunções sexuais decorrentes das modificações físicas e psíquicas que o ciclo gravídico-puerperal impõe, estão entre os assuntos mais abordados. Mais pesquisas devem ser realizadas a fim de entender quais são as principais dúvidas, e o que as mulheres entendem sobre sexualidade e gestação.

O enfoque do ensino em sexualidade deve se expandir além dos aspectos de DSTs e anticoncepção. É importante que os profissionais de saúde estejam aptos a esclarecer conceitos errôneos a respeito da sexualidade na gestação e em qualquer fase da vida.

Conceitos distorcidos são fundamentados em grande parte por saberes populares, e podem influenciar negativamente sobre a saúde sexual. Esclarecer os mitos e aprimorar o ensino sobre sexualidade entre os profissionais de saúde, nas diversas áreas de atuação, pode trazer como benefício a disseminação do conhecimento e a importância da saúde sexual na qualidade de vida das pessoas, nas diferentes etapas da vida.

Este estudo foi o ponto de partida para outros projetos. Está em andamento uma pesquisa utilizando este mesmo instrumento com o objetivo de identificar os mitos e crenças atuais entre os estudantes de medicina desta universidade. Além disso, existe um projeto contínuo de estudos em

sexualidade, realizados com acadêmicos através dos encontros da Liga Acadêmica de Sexualidade Humana (LiSH) e a da criação do NEPESEX/RS (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Sexualidade do Rio Grande do Sul) junto ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

ANEXOS

Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Nº do projeto GPPG ou CAAE 54523516.2.0000.5327

Título do Projeto: Mitos e Crenças sobre Saúde e Sexualidade entre Gestantes Atendidas no Sistema Público de Saúde

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar quais os principais mitos e crenças e o nível de informação sobre sexualidade das gestantes. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder a um questionário aplicado pelo pesquisador composto por questões de respostas simples, com opções de respostas prontas. Esta entrevista será realizada uma única vez, enquanto aguarda ou após sua consulta pré-natal, e levará cerca de 20 minutos, sendo realizada em um ambiente reservado visando preservar sua privacidade. Caso seja necessário, seu prontuário poderá ser consultado a fim de complementar informações referentes a sua saúde.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados ao preenchimento do questionário, podendo haver algum constrangimento por se tratar de um assunto que envolve a sua intimidade.

A participação neste estudo não trará nenhum benefício direto a você, porém contribuirá para aumentar o conhecimento na área da sexualidade, beneficiando outras mulheres. Se você sentir necessidade ou caso seja identificado algum tipo de dificuldade no exercício da sexualidade, poderá ser encaminhada ao ambulatório especializado em sexualidade, neste mesmo Serviço.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Dra Janete Vettorazzi pelo telefone (51)33598117, com a pesquisadora Fernanda Santos Grossi pelo telefone (54)30228900, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Anexo 2: Questionário aplicado às participantes do estudo**QUESTIONÁRIO 1 . Dados Gerais**

Projeto: Mitos e Crenças sobre Saúde e Sexualidade entre Gestantes Atendidas no Sistema Público de Saúde.

Pesquisador responsável: Janete Vettorazzi

I. Informações sócio-demográficas:

Prontuário..... Data:.....

Número de identificação no estudo:.....

1) IDADE: _____ anos

2) COR REFERIDA: branca negra parda indígena
 amarela

3) ESTADO MARITAL: com parceiro fixo sem parceiro fixo

Tempo de relacionamento: _____

4) MORA COM: parceiro(a) pais /avós irmãos sozinha

outros _____

5) ESCOLARIDADE: sem escolaridade 1º grau completo
 1º grau incompleto 2º grau completo 2º grau incompleto
 superior completo superior incompleto pós-graduação

6)PROFISSÃO: _____
 do lar desempregada

7)RENDA FAMILIAR: até 2 salários 2 a 4 salários
 4 a 6 salários 6 a 10 salários acima de 10 salários

8) NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NA CASA: _____

9)RELIGIÃO: católica evangélica espírita umbanda
 nenhuma outra _____

II. Condições atuais de saúde:

1) EXISTÊNCIA DE DOENÇAS?

- Hipertensão arterial Diabetes
 Alterações da tireoide Trombose Problemas ginecológicos
 Depressão Câncer Problemas estômago/intestino
 Problemas neurológicos Reumatismo

Outra. Qual? _____

 Nenhuma doença.2) USO DE MEDICAÇÕES: Antidepressivos Anti-hipertensivos Sulfato ferroso/Vitaminas Medicamentos para tireoide Antidiabéticos Corticoides Outras

Quais? _____

 Nenhuma medicação3) FUMA? sim não4) USO DE DROGAS? sim. Qual? _____ não5) USO DE ÁLCOOL? sim não**III. Dados Gestacionais:**1) NÚMERO DE FILHOS: PARTOS NORMAIS _____
CESAREANAS _____ Abortos _____ Ectópica/Mola _____2) GESTAÇÃO ATUAL PLANEJADA? sim não3) GESTAÇÃO DE ALTO RISCO? sim não

Motivo: _____

Anexo C

QUESTIONÁRIO 2 . Questões SOBRE SEXUALIDADE e GESTAÇÃO

Projeto: Mitos e Crenças sobre Saúde e Sexualidade entre Gestantes Atendidas no Sistema Público de Saúde. Pesquisador responsável: Janete Vettorazzi

Número de identificação no estudo:.....

I. Conhecimentos em Sexualidade

1) A habilidade de fazer amor nasce com o indivíduo?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

2) As pessoas que sofrem de transtornos sexuais conseguem melhorar com o tratamento destes problemas?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

3) A mulher tem a mesma necessidade de sexo que o homem?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

4) Há dois tipos de orgasmos na mulher: o clitoriano e o vaginal?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

5) Para um homem satisfazer-se sexualmente, ele precisa de mais de uma parceira?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

6) Um homem de pênis grande proporciona mais prazer em uma relação sexual?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

7) A homossexualidade é uma doença?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

8) A pornografia estimula as pessoas a cometerem atos sexuais criminosos?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

9) A maioria dos problemas sexuais é de origem psicológica?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

10) Em termos de prazer proporcionado, um pênis grande exerce apenas uma influência psicológica?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

11) Um orgasmo tem de ocorrer simultaneamente para que a relação do casal seja gratificante?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

12) Um homem ou uma mulher heterossexual dificilmente contrairá o vírus da AIDS por via sexual?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

13) É perigoso manter relações sexuais durante a menstruação?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

14) Um feto de sete meses tem mais chance de sobreviver do que um de oito meses?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

15) A masturbação provoca consequências ruins à saúde?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

16) A virgindade é um fator importante para o êxito de um casamento?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

17) Uma lésbica preferiria um homem, se fosse um “homem de verdade” e usasse a técnica correta?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

18) As mulheres tem o Ponto G, uma região específica e extremamente sensível no interior da vagina?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

19) Existem substâncias afrodisíacas (substâncias que estimulam a atividade sexual)?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

20) Durante a gravidez a mulher pode manter relações sexuais sem risco para o bebê?

- sim, com certeza
 acho que sim
 não, com certeza
 acho que não não sei

II. Sexualidade na sua vida:

- 1) Idade da 1ª relação sexual:
_____ anos
- 2) Com quem?
 namorado(a) marido
 amigo desconhecido
- 3) Orientação sexual:
 heterossexual
 homossexual
 bissexual
- 4) Número de parceiros até hoje? _____
- 5) Recebeu orientação sexual na sua vida?
 Não
 Sim . De quem?
 pais irmãos
 amigos parentes
 escola
 profissional saúde
 meios comunicação
 outros: _____
- 6) Você conversa com seu parceiro(a) sobre sexo?
 Sim Não
- 7) Você acredita que atividade sexual envolve somente a penetração vaginal?
 Sim Não
 Não sabe
- 8) Atribua uma nota para de 0 a 5 para sua vida sexual ANTES da gestação sendo 0 (zero) para totalmente insatisfeita e 5 para totalmente satisfeita.
 0 1 2 3 4 5
- 9) Você recebeu informações sobre sexualidade durante a gestação?
 Não Sim. De quem?
 Médico Enfermeira
 Psicólogos Fisioterapeuta
 Parentes Outros

10) Considera-se informada?

- sim , bem informada
 sim, mas não muito
 não
- 11) Você acredita que **na gestação:**
- **Sexo pode ser praticado durante toda a gestação?**
 sim não não sabe
 - às vezes
 - **Sexo deve ser evitado?**
 sim não não sabe
 às vezes
 - **Sexo pode romper a bolsa?**
 sim não não sabe
 - **Sexo pode desencadear o parto?** sim não não sabe
 às vezes
 - **Grávidas não gostam de praticar sexo na gestação?**
 sim não não sabe
 às vezes
 - **Existe desejo sexual?** sim
 não não sabe às vezes
 - **O parceiro deseja a mulher grávida?**
 sim não não sabe às vezes
 - **As mulheres são atraentes e bonitas quando estão grávidas?**
 sim não não sabe
 às vezes
 - **O prazer sexual durante a gravidez é:**
 maior igual menor
 - **A mulher pode se masturbar enquanto estiver grávida?**
 sim não não sabe
 - **A mulher pode praticar sexo oral durante a gravidez?**
 sim não não sabe
 - **A mulher pode praticar sexo anal durante a gravidez?**
 sim não não sabe

12) Atribua uma nota de 0(zero) a 5 para sua satisfação sexual DURANTE a gestação, sendo 0(zero) para totalmente insatisfeita e 5 para totalmente satisfeita:

0 1 2 3 4 5

13) Você acredita que após o parto:

• **A mulher pode praticar sexo apenas após 40 dias?**

sim não não sabe
 às vezes

• **A mulher sente desejo sexual?**

sim não não sabe
 às vezes

• **A mulher sentirá menos prazer sexual?**

sim não não sabe
 às vezes

• **Há redução da atividade sexual?**

sim não não sabe
 às vezes

• **Fará mais sexo que durante a gravidez?**

sim não não sabe
 às vezes

• **A amamentação poderá atrapalhar a vida sexual?**

sim não não sabe
 às vezes

• **O sexo será como antes da gestação?**

sim não não sabe

• **O corpo melhora após a gestação?**

sim não não sabe

• **O corpo piora após a gestação?**

sim não não sabe

• **O parceiro(a) sentirá menos atração?**

sim não não sabe
 às vezes

• **A mulher que amamenta não necessita usar método anticoncepcional?**

sim não não sabe

• **A via de parto pode interferir na vida sexual?**

não

sim, se for normal

sim, se for cesárea

sim, qualquer via

não sabe

14) **Na sua opinião, qual a melhor forma de receber orientações sobre sexualidade no período da gestação?(é possível assinalar mais de uma resposta)**

Na consulta de pré-natal

Através de palestras em grupo

Nos meios de comunicação (TV, radio, internet)

Com amigos

No hospital após o parto

Através de folhetos informativos

Não acho importante receber qualquer informação sobre sexualidade.

