

Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?

Sexuality in pregnancy: are Brazilian physicians prepared to conduct these questions?

Editorial

Introdução

A sexualidade é uma função biológica humana que não se atém à genitalidade e sim à corporalidade total. Segundo a Neuroendocrinologia, a função sexual é um fenômeno biopsicossocial complexo no qual estímulos internos e externos são modulados pelo sistema nervoso central e periférico, resultando em uma cascata de alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias que culminam no resultado sexual físico e cognitivo^{1,2}. É um fenômeno que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos³. Na atualidade, o comportamento sexual humano transcendeu o aspecto reprodutivo e passou a ser considerado parte integral da qualidade de vida^{4,5}.

Apesar de alguns avanços ao longo dos últimos séculos, o exercício da sexualidade ainda é cercado por tabus, preconceitos e credices em muitas culturas modernas. O conceito de disfunções sexuais surgiu somente no século XX, após os primeiros estudos sobre a resposta sexual fisiológica humana. Em 1966, Masters e Johnson⁶ propuseram o modelo que descrevia a resposta sexual masculina e feminina como um processo linear didaticamente subdividido em quatro fases denominadas excitação, platô, orgasmo e resolução. Embora cada fase tenha características específicas distintas, não são unidades separadas, mas partes inseparáveis de um processo unitário, sequencial, contínuo e ordenado. Em 2001, Basson propôs um novo modelo específico para a resposta sexual feminina segundo o qual a resposta sexual das mulheres seria circular e dividida em cinco fases (neutralidade, excitação, desejo responsivo, satisfação e intimidade)⁷. Segundo esse novo modelo, o desejo não necessariamente desencadearia toda a resposta sexual feminina, mas a intimidade física do casal poderia ser a base para a motivação sexual⁸. Consequentemente, muitas mulheres que seriam classificadas como disfuncionais segundo o modelo antigo deixariam de sê-lo segundo esse novo modelo⁹.

Sexualidade na gestação

Se a resposta sexual feminina foi esquecida durante muitos séculos, o estudo dessa função durante o ciclo gravídico-puerperal recebeu ainda menos atenção. A gravidez é caracterizada por modificações bioquímicas, funcionais e anatômicas que se iniciam logo após a implantação

Correspondência

Teresa Barroso Vieira
Rua Napoleão de Barros, 875 – Vila Clementino
CEP: 04024-002
São Paulo (SP), Brasil

Recebido

24/09/2012

Aceito com modificações

29/10/2012

Trabalho realizado no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

¹Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

²Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil

e que geralmente se acompanham de modificações emocionais. Todas essas alterações acabam por interferir no comportamento sexual da maioria das gestantes, em graus e formas diferentes^{10,11}.

A cópula é considerada segura durante a gravidez normal. Além de não causar danos, a relação sexual durante a gestação pode beneficiar o casal, pois tranquiliza a mulher e o parceiro, dissipa energias acumuladas e alivia a tensão e a ansiedade por meio da satisfação^{5,10,11}. A maioria das mulheres mantém atividade sexual durante a gestação, porém com padrão diferente em relação ao período pré-gestacional. Com o avançar da gravidez, ocorre redução na frequência da atividade sexual, no desejo sexual e no intercurso vaginal¹²⁻¹⁵. No pós-parto, muitas mulheres continuam a relatar declínio no interesse, desejo ou libido sexual, porém 80% dos casais restabelecem relações sexuais até a 12ª semana após o parto¹⁴⁻¹⁶. As mudanças na função sexual observadas durante o ciclo gravídico-puerperal são atribuídas a alterações hormonais e/ou metabólicas, à fadiga e a fatores psicogênicos.

O assunto da função sexual na gravidez ainda é cercado por numerosos tabus movidos por ignorância e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos. Talvez por todos esses motivos, dificuldades sexuais são bastante frequentes durante a gravidez, afetando entre 40 e 70% das mulheres em algumas culturas^{13,14,17,18}. A maioria dos casais se preocupa com as modificações que ocorrem durante a gestação e com possíveis repercussões negativas da atividade sexual sobre o conceito e a gravidez; no entanto, por constrangimento ou medo, frequentemente relutam em fazer perguntas espontâneas sobre sexualidade, a não ser que um profissional de saúde aborde o assunto primeiro^{12,15,19,20}.

O médico está preparado para abordar questões de sexualidade na gestação?

Dificuldades sexuais durante a gestação podem levar a estresse, ansiedade e problemas maritais que podem afetar negativamente a qualidade de vida do casal^{13,14,18,19}. A falta de conhecimento de médicos e pacientes a respeito da sexualidade, assim como preconceitos, reforçam as inadequações sexuais durante o período gestacional. O pré-natal é uma excelente oportunidade para que o casal expresse seus medos, esclareça suas dúvidas, receba informações corretas e descubra novas abordagens sexuais que possibilitem a manutenção de sua intimidade física, satisfação emocional e qualidade de vida durante essa fase de suas vidas. Segundo diversos estudos, a maioria das gestantes deseja discutir com seu médico suas dúvidas e preocupações relacionadas às mudanças na sua sexualidade durante essa fase, mas nem sempre se sentem confortáveis em iniciar essa conversa espontaneamente. Por outro lado, muitos médicos também se sentem despreparados e pouco

à vontade para abordar esse tema com suas pacientes¹¹. Essa conspiração silenciosa de a paciente “não contar” e de o médico “não perguntar” leva muitos casais a sofrimento desnecessário.

Para que ocorra um diálogo produtivo entre o médico e o casal grávido, é necessário que o obstetra esteja disponível e sinta-se preparado e confortável para incentivar, ouvir e responder questões ligadas à sexualidade. Todavia, muitos médicos, embora interessados, sentem-se despreparados para esse tipo de atendimento em razão de deficiências na sua formação na área da sexualidade humana em geral e em particular na gestação.

Apesar de as queixas sexuais espontâneas serem frequentes nos consultórios de todas as especialidades médicas, a maioria dos cursos de medicina não prepara adequadamente seus alunos para lidar com tais questões. De acordo com um estudo que analisou o currículo de 1.700 faculdades de Medicina em todo o mundo, apenas um número mínimo delas oferecia um programa multidisciplinar sobre sexualidade, e a duração média desse ensino era de 6 a 10 horas²¹.

A residência médica é outro período em que seria possível complementar o escasso conhecimento teórico sobre o tema e treinar jovens médicos no atendimento de pacientes com queixas sexuais; porém, não existe normatização quanto ao conteúdo e a carga horária mínima de treinamento em sexualidade humana nas residências de Tocoginecologia, Psiquiatria ou Clínica Geral. Dessa forma, o jovem médico é lançado no mercado pouco preparado e inseguro para lidar com essas questões.

Em estudo recente, avaliamos a atitude e a prática de 154 residentes de três programas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM) sobre questões de sexualidade na gestação²². Embora 70% dos participantes tenham declarado que perguntas sobre saúde sexual deveriam fazer parte da história de todas gestantes atendidas, menos de 20% dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia rotineiramente faziam perguntas a esse respeito. Menos de um quarto dos participantes sentia-se completamente seguro para responder a perguntas de gestantes sobre sexualidade e 71% deles declararam não ter conhecimentos específicos sobre disfunções sexuais. Ainda, segundo os entrevistados, a falta de conhecimento e de tempo durante as consultas seriam os principais obstáculos para abordar questões sexuais com gestantes.

Esta foi a primeira publicação que analisou a atitude e prática de residentes em relação a questões sexuais na gravidez. Outros estudos que avaliaram o conhecimento e preparo de diversos especialistas também evidenciam a falta de preparo de médicos que atuam em diferentes áreas e com vários anos de prática

ao lidarem com queixas sexuais em pacientes adultos de ambos os gêneros e em diferentes faixas etárias^{23,24}.

Não há quem negue a importância da sexualidade na qualidade de vida. No entanto, a dificuldade em abordar, perguntar e responder com naturalidade a questões relacionadas à sexualidade parece ser generalizada. Um médico bem preparado e seguro pode ser um importante agente educativo e terapêutico no atendimento de casais grávidos com queixas sexuais. Não obstante, esse tipo de profissional é raro em nosso meio, o que aponta para a necessidade de melhorar a qualidade da educação em saúde sexual oferecida aos alunos de Medicina e aos residentes.

Conclusão

Em razão de fatores biológicos, hormonais, psicológicos e culturais, dificuldades sexuais são bastante frequentes durante a gravidez e podem afetar negativamente a qualidade de vida de muitos casais. O pré-natal é uma excelente oportunidade para que os casais possam expor suas dúvidas, medos e queixas sexuais e obter os esclarecimentos e orientações necessários; porém, a maioria dos médicos está despreparada para lidar com questões de sexualidade durante o ciclo gravídico-puerperal. São, portanto, necessárias intervenções educativas para melhorar essa situação.

Referências

- Giuliano F, Pfau J, Srilatha B, Hedlund P, Hisasue S, Marson L, et al. Experimental models for the study of female and male sexual function. *J Sex Med*. 2010;7(9):2970-95.
- Wylie K, Rees M, Hackett G, Anderson R, Bouloux PM, Cust M, et al. Androgens, health and sexuality in women and men. *Maturitas*. 2010;67(3):275-89.
- Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 1. The need to reproduce. *Minerva Ginecol*. 2010;62(4):349-59.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- Jannini EA, Fisher WA, Bitzer J, McMahon CG. Is sex just fun? How sexual activity improves health. *J Sex Med*. 2009;6(10):2640-8.
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Toronto: Bantam Books; 1966.
- Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):395-403.
- Hayes RD. Circular and linear modeling of female sexual desire and arousal. *J Sex Res*. 2011;48(2-3):130-41.
- Chung E, Brock GB. Sexual dysfunction in 2011: advances in epidemiology, pathophysiology and treatment. *Nat Rev Urol*. 2012;9(2):66-8.
- Santana TGM. Sexualidade no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J NM, Santana RM, Mattar R, editors. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole; 2007. p. 132-8.
- Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *CMAJ*. 2011;183(7):815-8.
- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. 2000;107(8):964-8.
- 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.
- 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.
- Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med*. 2011;8(5):1267-84.
- Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012;119(3):647-55.
- Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934-8.
- Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):563-8.
- Gokyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(3):201-15.
- Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(5):438-46.
- Wagner G. Sexual medicine in the medical curriculum. *Int J Androl*. 2005;28(Suppl 2):7-8.
- Vieira TC, de Souza E, Abdo CH, Torloni MR, Santana TG, Leite AP, et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *J Sex Med*. 2012;9(10):2516-24.
- Abdo CHN, Oliveira Junior WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *RBM Rev Bras Med*. 2002;59(3):179-86.
- Abdulmohsen MF, Abdulrahman IS, Al-Khadra AH, Bahnassy AA, Taha SA, Kamal BA, et al. Physicians' knowledge, attitude and practice towards erectile dysfunction in Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2004;10(4-5):648-54.