

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

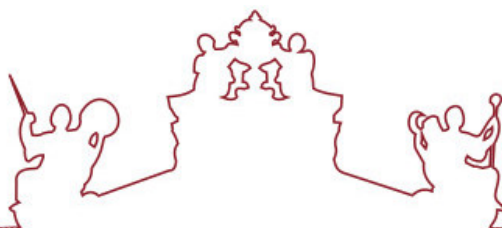
Dissertação

A vivência corporal na gravidez

Dina Pão-Duro Carvalho

Orientador(es) | Constança Biscaia
Graça Duarte Santos

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

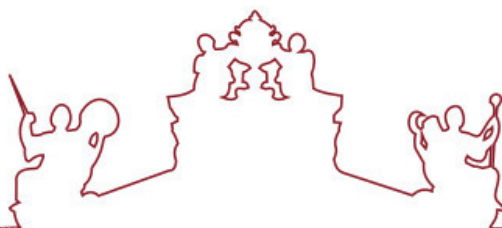
A vivência corporal na gravidez

Dina Pão-Duro Carvalho

Orientador(es) | Constança Biscaia

Graça Duarte Santos

Évora 2026



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Graça Duarte Santos (Universidade de Évora) (Orientador)
Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

A realização de uma dissertação envolve esforço, sacrifício, interesse e objetivos concretos. Apesar de ser uma ocupação maioritariamente efetuada em solitário, devo agradecer genuinamente a todos aqueles que dedicaram alguns momentos da sua vida a incentivar, cuidar e dar-me alento para concluir esta etapa da melhor forma possível.

Em primeiro lugar, pretendo agradecer aos meus pais, André e Madalena, e à minha irmã, Diana, por estarem sempre presentes na minha vida, por motivar-me a ser cada dia melhor e a perseguir os meus sonhos.

Em segundo lugar, agradeço à Professora Doutora Constança Biscaia e à Professora Doutora Graça Santos, as minhas orientadoras, pela disponibilidade em responder às minhas dúvidas e questões associadas à vivência corporal.

Em terceiro lugar, quero também agradecer às mulheres que disponibilizaram o seu tempo e com todo o zelo e diligência souberam exteriorizar as vivências do seu corpo relativamente a uma nova etapa da sua vida: a gravidez.

Em quinto lugar, expresso uma palavra especial de agradecimento à Universidade de Évora, por ser a instituição que me acolheu, por me transformar na pessoa que hoje sou e na profissional de psicologia que serei. E, mais importante, por possibilitar a criação de laços de amizade que me acompanharão no meu caminho. Guardo com extremo zelo e carinho as amizades que criei durante esta etapa, especialmente da Raquel, pela nossa sintonia e entreaajuda infinita.

Uma dissertação é um processo que abre novas possibilidades, encerra capítulos, e instala em nós um desejo de continuar a perseguir mais caminhos e expandir os nossos horizontes.

“Tomar la decisión de tener un hijo es trascendental. Es decidir para siempre tener a tu corazón caminando fuera de tu cuerpo” (Elizabeth Stone)

A vivência corporal na gravidez

Resumo

Este estudo desenvolve-se no sentido de compreender a vivência corporal da mulher durante a gravidez. Procedeu-se à recolha de dados através de uma entrevista semiestruturada, realizada com 6 gestantes, com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos. Através dos resultados, é possível entender que a vivência corporal da gravidez assume contornos singulares para cada mulher. A existência de um bebé dentro do corpo pode ser tomada como a partilha de um espaço que é da mulher, ou como uma invasão. A imagem do corpo altera-se, sendo mais positiva durante a gestação, embora existam alterações corporais percecionadas como negativas. Verifica-se um decréscimo do desejo e frequência sexual de trimestre para trimestre. A gravidez intensifica a intimidade do casal e torna a mulher mais sensível ao afeto e carinho por parte do parceiro. No final do estudo, são discutidas implicações clínicas e pistas para investigações futuras.

Palavras-Chave: Corpo, Gravidez, Imagem, Sexualidade, Intimidade.

The body experience in pregnancy

Abstract

This study aims to understand women's bodily experiences during pregnancy. Data was collected through semi-structured interviews with six pregnant women aged between 23 and 30. The results show that the bodily experience of pregnancy takes on unique contours for each woman. The existence of a baby inside the body can be seen as sharing a space that belongs to the woman, or as an invasion. The image of the body changes, becoming more positive during pregnancy, although there are bodily changes that are perceived as negative. There is a decrease in sexual desire and frequency from trimester to trimester. Pregnancy intensifies the couple's intimacy and makes the woman more sensitive to her partner's affection and tenderness. At the end of the study, clinical implications and avenues for future research are discussed.

Keywords: Body, Pregnancy, Image, Sexuality, Intimacy.

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract	4
Índice de Tabelas.....	6
Introdução	8
Enquadramento Teórico	9
Método	17
Participantes	17
Instrumento de Recolha de Dados.....	18
Procedimentos de Recolha de Dados	19
Procedimentos de Análise de Dados	20
Apresentação e Discussão dos Resultados	24
Tema A. <i>A vivência do corpo da mulher antes da gravidez</i>	25
Tema B. <i>A vivência da gravidez</i>	27
Tema C. <i>A vivência da sexualidade ao longo da gravidez</i>	49
Tema D. <i>O lugar da intimidade ao longo da gravidez</i>	59
Conclusão.....	64
Referências Bibliográficas	67
Anexos.....	80

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica das participantes.....	16
Tabela 2 – Temas, categorias e subcategorias do estudo “ <i>A vivência corporal da gravidez</i> ”.....	23
Tabela 3 – A categoria “ <i>A dimensão percetiva da imagem do corpo</i> ” e respetivas unidades de registo.....	81
Tabela 4 – A categoria “ <i>A dimensão afetiva da imagem do corpo</i> ” e respetivas unidades de registo.....	81
Tabela 5 – A categoria “ <i>O processo de aceitação da gravidez</i> ” e respetivas unidades de registo.....	82
Tabela 6 – A categoria “ <i>Ter um bebé dentro de si</i> ” e respetivas unidades de registo.....	83
Tabela 7 – A categoria “ <i>A vivência de alterações durante a gravidez</i> ” e respetivas subcategorias e unidades de registo.....	84
Tabela 8 – A categoria “ <i>A atenção concedida aos sinais do seu corpo</i> ” e respetivas unidades de registo.....	86
Tabela 9 – A categoria “ <i>A perceção da gestante acerca da imagem do seu corpo ao longo da gravidez</i> ” e respetivas subcategorias e unidades de registo.....	87
Tabela 10 – A categoria “ <i>O receio da irreversibilidade do corpo</i> ” e respetivas unidades de registo.....	89
Tabela 11 – A categoria “ <i>A normalização do aumento de peso</i> ” e respetivas unidades de registo.....	90
Tabela 12 – A categoria “ <i>A experiência da sexualidade com o parceiro</i> ” e respetivas unidades de registo.....	91
Tabela 13 – A categoria “ <i>A existência de dois corpos ao longo da gravidez: o corpo de mulher e o corpo de mãe</i> ”.....	93
Tabela 14 – A categoria “ <i>Os mitos/tabus da sexualidade</i> ” e respetivas unidades de registo.....	94
Tabela 15 – A categoria “ <i>A intimidade do casal</i> ” e respetivas unidades de registo.....	95
Tabela 16 – A categoria “ <i>O lugar das manifestações de afeto na intimidade</i> ” e respetivas unidades de registo.....	96

Índice de Anexos

Anexo 1 – Termo de Consentimento Informado.....	79
Anexo 2 – Guião de Entrevista Semiestruturado.....	80
Anexo 3 – Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema A “ <i>A vivência do corpo da mulher antes da gravidez</i> ” - Categorias e Unidades de Registo.....	81
Anexo 4 – Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema B “ <i>A vivência da gravidez</i> ” - Categorias, Subcategorias e Unidade de Registo.....	82
Anexo 5 – Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema C “ <i>A vivência da sexualidade ao longo da gravidez</i> ” - Categorias e Unidades de Registo.....	91
Anexo 6 – Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema D “ <i>O lugar da intimidade ao longo da gravidez</i> ” - Categorias e Unidades de Registo.....	95

Introdução

A escolha do tema da dissertação visa responder a várias questões sobre a vivência do corpo na gravidez, de modo a compreender de que forma a mulher experiencia o seu corpo durante esta etapa e qual o impacto que têm as modificações que ocorrem ao longo deste período.

A gravidez, sendo uma etapa normal do desenvolvimento de uma mulher, é um período que acarreta mudanças a vários níveis de vida. O seu corpo altera-se, o seu papel/estatuto social também se reorganiza e mais do que ver-se como mulher, a grávida passará a ver-se como mãe. Estas transformações, normais durante a gestação, decorrem da formação de um novo ser dentro do seu corpo, o que pode ser percecionado como a partilha ou como a divisão de um espaço da mulher.

Ao longo da gravidez, as alterações que ocorrem no corpo da mulher tendem a modificar a sua imagem corporal, o que pode ser encarado pela gestante como positivo ou negativo.

Abordar a imagem corporal, implica, de certa forma, abordar também a satisfação com o corpo. Durante a gravidez, as modificações corporais misturam sentimentos de receio e angústia e um sentimento de orgulho pelo corpo grávido.

As transformações do corpo durante a gestação conduzem também à alteração da forma como a mulher vive a sexualidade. Entende-se que a sexualidade é vivenciada de uma forma única, tendo em conta as alterações características dos três trimestres e a relação da mulher com o seu próprio corpo. Além disso, a intimidade da gestante com o seu parceiro pode também sofrer algumas modificações com a notícia da gravidez.

Após esta breve introdução à temática da dissertação, seguir-se-á o enquadramento teórico, efetuado com base na literatura existente sobre o tema. Posteriormente, será abordada a metodologia, seguida da análise dos resultados obtidos e respetiva interpretação e discussão, realçando as limitações encontradas no estudo e as orientações para pesquisas posteriores.

Enquadramento Teórico

O ser humano possui uma estrutura corporal comum, mas a sua expressão é considerada individual (Gandolfi et al., 2019). Esta individualidade do corpo constrói-se na interação do mesmo com o mundo e na sua pertença a um contexto específico, permitindo construir relações e, simultaneamente, vivenciá-las e compreendê-las (Barbosa, 2008).

A realidade do mundo encontra-se associada ao que o indivíduo consegue perceber e experimentar através dos seus sentidos (Barbosa, 2008). O corpo é, simultaneamente, produto e produtor, uma vez que contém em si características físicas e psicológicas específicas, e concede um sentido ao que o indivíduo vive, com a subjetividade que lhe é inerente (Mensch, 2008; Machorrinho et al., 2022) e tendo em conta a própria cultura (Barbosa, 2008).

A gravidez é uma fase marcada por diversas alterações corporais que modificam a vivência da mulher relativamente ao seu corpo. Na literatura, a gravidez divide-se em três trimestres (nove meses), embora seja indicada a sua contagem por semanas (Colman & Colman, 1994). O primeiro trimestre, corresponde às primeiras 13 semanas de gestação. O segundo trimestre localiza-se entre as 14 e as 27 semanas de gestação. Por último, o terceiro trimestre está compreendido entre as 28 e as 40 semanas, embora este limite possa ser ultrapassado (Piedade, 2014).

Esta fase de transição inclui diversas alterações físicas, hormonais, sociais e psicológicas (Araújo et al., 2012; Meireles & Costa, 2004). Entre estas modificações, podem encontrar-se o aumento significativo de peso (Loth et al., 2011), as náuseas e os vômitos como consequência das alterações gastrointestinais (Murphy et al., 2019), o aumento do volume abdominal e dos seios, as transformações hormonais, as mudanças a nível capilar e da pele (Silva & Figueiredo, 2005), as oscilações de humor e as mudanças relativamente ao desejo sexual (Simas et al., 2013). Para além das manifestações físicas, podem também evidenciar-se sentimentos de baixa autoestima referentes a “perceções subjetivas de fraca atratividade física” (Silva & Figueiredo, 2005). No entanto, algumas mulheres sentem que é satisfatório presenciar as alterações corporais, sobretudo o crescimento da barriga, o que parece comprovar e simbolizar o estado de maternidade da mulher (Piccinini et al., 2008).

As transformações que ocorrem permitem à gestante ver uma nova imagem do seu corpo, o corpo grávido, e permitem-lhe tomar consciência da existência de um ser com o qual partilha o seu próprio espaço. O bebé é um “indivíduo separado”, mas faz parte do interior da mulher (Facco & Kruehl, 2013). Durante o período da gestação, a mulher partilha o seu corpo com o bebé, aceitando, contudo, que o bebé é independente de si e a própria não tem controlo sobre o mesmo ou sobre as modificações que a gestação provoca (Facco & Kruehl, 2013). Além disso, esta aceitação do bebé como um indivíduo independente com o qual a mulher partilha o seu corpo, necessita de espaço e de tempo para ocorrer no seio da gravidez, podendo inclusive não suceder.

A gravidez implica uma necessidade de adaptação e reorganização a vários níveis (Araújo et al., 2012), sobretudo biológico, cognitivo, emocional, relacional e social, o que leva a uma transformação da relação da mulher com o seu corpo (Meireles & Costa, 2004), e varia ao longo dos três trimestres.

O primeiro trimestre acarreta alguma ambivalência, entre a incerteza e a certeza da gravidez e a reação perante a confirmação da mesma (Simas et al., 2013). Geralmente, nesta etapa inicial, as alterações do corpo são relativamente discretas (Maldonado, 2002). O segundo trimestre é marcado predominantemente pela ocorrência dos primeiros movimentos fetais. De acordo com Maldonado (1986), a confirmação da gravidez concede maior segurança à mulher, o que se traduz num trimestre mais estável do ponto de vista emocional. No entanto, esta estabilidade pode também estar relacionada com a diminuição de sintomas como as náuseas e os vómitos. Neste trimestre, a mulher depara-se com transformações mais evidentes do seu corpo, o que pode deixar transparecer o medo da irreversibilidade do corpo (Maldonado, 1986). O terceiro, e último trimestre, constata a presença de ansiedade inerente à aproximação do parto e à nova vida após o nascimento do bebé (Simas et al., 2013).

Os primeiros movimentos fetais, os chamados “pontapés”, têm um forte impacto na consciência de um novo ser no seu corpo, e constituem o primeiro contacto com o bebé (Lee, 1995), elaborando a mulher a representação deste novo ser e a sua ligação emocional ao mesmo (Siddiqui et al., 2000). Deste modo, a vivência do corpo grávido surge como uma “identificação com a gravidez e a maternidade” (Meireles & Costa, 2004).

O contacto com o bebé é parcialmente antecipado com a realização das ultrassonografias obstétricas (Klaus & Kennell, 1992). Este exame permite a identificação do número de fetos e a sua viabilidade e enuncia as principais características do feto, dissipando as dúvidas dos pais relativamente à saúde e bem-estar do bebé (Simas et al., 2013). Piontelli (2000), entende que a ultrassonografia concede um “acesso da gestante ao seu próprio corpo, a si mesma como mulher e mãe e, é claro, à forma e ao comportamento do seu filho”.

O desenvolvimento do bebé, acompanhado nas ecografias, ocorre ao passo do crescimento da barriga e, conseqüentemente, da alteração da imagem corporal da mulher. Garner (1997) descreve a imagem corporal como a “representação mental de nós próprios”. Esta representação diz respeito ao “conjunto de sentimentos e atitudes que o indivíduo elaborou acerca do seu próprio corpo ao longo da existência”, através de experiências sensoriais, cognitivas, afetivas e sociais (Bruchon-Schweitzer, 1990).

Compreende-se que a imagem corporal se considere um fenómeno dinâmico e multifacetado que se constrói através do contínuo contacto com o mundo (Meireles et al., 2015) e que condensa em si elementos perceptivos, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais (Harrison et al., 2019).

Na gravidez, e de acordo com Downs et al., (2008) e Clark et al., (2009), a percepção da mulher relativamente à sua imagem corporal anterior à gravidez pode influenciar a imagem corporal durante a gravidez. Deste modo, se antes da gravidez a mulher possuía uma imagem corporal negativa, esta imagem negativa tende a manter-se durante toda a gravidez. Contudo, e para além das transformações corporais, a imagem corporal da mulher na gestação é também influenciada pela consciência interoceptiva (Salvador et al., 2020).

A consciência interoceptiva ocorre quando o sistema nervoso “sente, interpreta e integra sinais internos do organismo de maneira consciente” (Salvador et al., 2020). Tem como principal função controlar o equilíbrio do organismo (Salzer et al., 2023), concedendo especial atenção aos sinais por este realizados, tais como os batimentos cardíacos, a respiração, o calor, a dor ou o prazer (Craig, 2002). Com o crescimento do feto no interior do espaço uterino e as diversas mudanças corporais, a gestante tende a conceder uma maior atenção e vigilância aos sinais internos do corpo, como por exemplo os pontapés do bebé. De acordo com Clark et al., (2009), esta maior atenção aos sinais do

corpo pode favorecer o processo de adaptação às mudanças que ocorrem no mesmo. Não obstante, deve-se considerar que os sinais interoceptivos do corpo podem diferir ao longo do processo de gravidez (Crossland et al., 2022).

A experiência da gravidez altera drasticamente o curso de vida de uma mulher e do seu corpo. O início de uma gravidez marca o não retorno ao “estado psicológico pré-gravídico” (Silva & Figueiredo, 2005), o que contribui para uma ideia de irreversibilidade do corpo (Maldonado, 2002), de não saber exatamente se será possível recuperar a imagem do corpo antes da gravidez. Como tal, esta fase pode ser considerada um período de crise (Silva & Figueiredo, 2005), que coloca em causa a adaptação à gravidez (Araújo et al., 2012; Petribú & Mateos, 2017). Durante a gestação, a mulher defronta-se com um processo de aceitação do seu novo corpo (Gonçalves et al., 2022), o que explica que a integração da nova imagem corporal nem sempre seja serena (Silva & Figueiredo, 2005). Algumas mulheres experimentam uma maior estima pelo corpo durante a gravidez, reconhecendo que as mudanças físicas deste novo ciclo demonstram a “funcionalidade do corpo grávido (Harrison et al., 2019). Outras, pelo contrário, sentem “angústia” face às alterações corporais (Loth et al., 2011).

Loth et al., (2011) referem que as modificações do corpo que a mulher enfrenta ao longo da gravidez, nomeadamente o aumento de peso e a alteração do seu esquema corporal, tendem a contribuir para o incremento da insatisfação corporal. Além disso, a insatisfação tende a ser mais elevada no início da gravidez e menos elevada no final desta (Loth et al., 2011; Harrison et al., 2019). Outros autores, como Boscaglia et al., (2003), consideram que a satisfação da mulher com o seu próprio corpo tende a ser maior durante a gravidez do que antes da gravidez.

Para além da imagem corporal, a vivência do corpo na gravidez depende também de fatores inerentes ao próprio contexto da mulher, nomeadamente a relação com o parceiro. A gravidez apresenta-se como um desafio na preparação para uma relação triádica e, ao mesmo tempo, na continuação de um relacionamento diádico com o companheiro, onde se inclui a sexualidade.

Na gestação, a sexualidade experienciada pelo casal pode ser integrada de duas formas diferentes: o aprofundamento de uma nova vivência sexual entre o casal ou a origem de possíveis dificuldades (Silva & Figueiredo, 2005). E, citando Pizarro et al.,

(2019), quanto mais desejada e difícil for a gravidez, maior impacto terá na vivência da sexualidade.

A sexualidade é um evento que faz parte das relações humanas (Morán Bayón et al., 2022). Pode ser definida como um conjunto de comportamentos que satisfazem o indivíduo, com benefícios para a saúde física e mental. A sexualidade representa o sexo, a identidade de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução do ser humano. Expressa-se sobretudo a partir do corpo, comunicando desejo, fantasias, crenças, atitudes, valores, comportamentos e práticas do ser humano (Gonçalves et al., 2022). Além disso, a vivência da sexualidade depende de distintos fatores, entre os quais biológicos, psicológicos, sociais, históricos, culturais e religiosos (Cruz, 2012; Maiellano, 2020).

As transformações físicas e psicológicas da gravidez alteram a forma como a mulher se relaciona sexualmente com o parceiro. A mudança da percepção da imagem corporal, o eventual desconforto fisiológico, diminuição da energia, alterações de humor ou sintomas como as náuseas e os vômitos (Medeiros et al., 2013), podem atuar sobre o desejo e a vida sexual (Marchiori, 2022). Autores como Coelho (2016) assinalam mesmo alguma dificuldade de sedução da mulher com o seu novo corpo, podendo persistir um sentimento de baixa atratividade física, que afeta o comportamento sexual (Rocha et al., 2014).

Entende-se assim que, durante a gestação, verifica-se uma transformação das necessidades, da disposição e do desejo para manter relações sexuais com o companheiro. A sexualidade pode ser considerada uma fonte de ligação emocional ao companheiro, mas as modificações provocadas pela gestação alteram esse laço e tendem a provocar um maior nível de stress e de dificuldade ao nível do relacionamento sexual com o outro (Cruz, 2012).

Deste modo, observa-se que a sexualidade é vivenciada de forma muito particular por cada mulher (Cruz, 2012), com base nas alterações experienciadas e na relação da mulher com o seu próprio corpo (Fernández-Sola et al., 2018).

No primeiro trimestre, o aumento do volume dos seios tende a converter o toque do companheiro numa sensação de desconforto que pode inclusive provocar dor à gestante. As hormonas produzidas no corpo da mulher podem ocasionar alguma tensão vaginal, o que torna a penetração uma prática sexual dolorosa. As náuseas, os vômitos e

o cansaço alteram a frequência e o desejo da gestante pela relação sexual, existindo casos em que a intolerância aos odores conduz à intolerância ao odor do companheiro (Portelinha, 2003).

No segundo trimestre, observa-se um maior desejo e satisfação sexual por parte da gestante (Cruz, 2012; Fernández-Sola et al., 2018), derivado de um menor receio de perda gestacional e melhor lubrificação vaginal (Fernández-Sola et al., 2018).

No terceiro trimestre, verifica-se um decréscimo da frequência das relações sexuais, em comparação com o segundo trimestre (Cruz, 2012), bem como da satisfação sexual (Fernández-Sola et al., 2018). Neste trimestre, torna-se mais difícil encontrar uma posição sexual que seja agradável para o casal, devido ao considerável tamanho do abdômen e às dores físicas, o que dá origem a uma não estimulação do ato sexual (Munno, 2022).

Evidencia-se assim que, para algumas mulheres, o desejo sexual permanece inalterável ou até aumenta durante a gestação, enquanto outras mulheres consideram mais difícil conceber a ideia de relação sexual, devido sobretudo ao desconforto e maior sensibilidade existente durante a gestação (Facco & Kruel, 2013). Sueiro et al., (1998) partilham estes resultados, existindo apenas modificações a nível do comportamento sexual, alterando-se o coito pela masturbação.

Outros autores, assinalam uma diminuição no interesse, no desejo e na frequência de relações sexuais (Maiellano, 2020). Maldonado (2002) descreve a diminuição do prazer sexual, derivado de um sentimento de perda relativamente a um corpo que antes era exibido como símbolo de uma mulher desejada e independente. Além disso, a autora refere que a atitude do companheiro em relação ao enaltecimento e à partilha de um sentimento positivo de orgulho pelo corpo grávido da companheira favorece uma vivência da sexualidade mais positiva (Maldonado, 2002). Jawed-Wessel et al., (2019) e Kračun et al., (2018), sugerem que as gestantes que apresentam uma perceção de imagem corporal positiva, possuem uma maior satisfação sexual, o que pode estar associado ao apoio que percebem do companheiro relativamente às transformações corporais. Todavia, a existência de medos associados à gestação pode incrementar as atitudes negativas referentes à sexualidade e implicar um menor número de comportamentos sexuais entre o casal.

Não se deve desconsiderar a existência de mitos e tabus referentes à gravidez, que muitas vezes prejudicam este âmbito de relacionamento do casal, acarretando maiores dificuldades (Gonçalves et al., 2022). Muitos destes mitos derivam da falta de informação existente. Portelinha (2003) refere que alguns casais têm receio de magoar o feto ou inclusive de que o orgasmo possa dar início ao trabalho de parto, o que fomenta um cuidado e proteção excessivos (Facco & Kruel, 2013). Acrescenta-se ainda a existência de antecedentes obstétricos, como por exemplo o aborto, que por vezes favorecem a diminuição do desejo e da frequência sexual no relacionamento (Pizarro et al., 2019).

Não obstante, considera-se clinicamente comprovado os benefícios de manter uma vida sexual ativa durante a gestação, o que não suscita riscos nem para a gestante nem para o feto (Rocha et al., 2014), além de manter a harmonia do casal, reduzir possíveis sentimentos de ciúme ou de infidelidade e pode também auxiliar na elasticidade dos músculos do períneo (Facco & Kruel, 2013).

Durante a gestação, a sexualidade aproxima o casal, reforçando a sua intimidade e união (Pereira et al., 2021). No entanto, as alterações corporais, o desconforto e as dores associadas à gravidez, preconizam outras formas de sentir prazer, o que não implica somente o ato sexual com penetração (Facco & Kruel, 2013). Algumas mulheres concedem maior importância à proximidade, às carícias, à ternura, ao mimo e ao carinho expresso pelo companheiro (Queirós et al., 2011; Portelinha, 2003). De facto, Prado et al., (2013) consideram que a mulher se encontra mais sensível e com maior necessidade de apoio, afeto e compreensão por parte do companheiro durante a gestação e Pizarro et al., (2019) indicam que a simples troca de carícias entre a gestante e o seu parceiro produz sentimentos e sensações positivas. O casal pode explorar várias alternativas que permitam preservar a sua intimidade e bem-estar, adotando novas posições sexuais que revertam a favor do prazer e conforto de ambos, ou da realização de outros comportamentos e práticas sexuais e não sexuais que ajudem a fortalecer a sua intimidade, como por exemplo os beijos, os abraços, os preliminares, a masturbação ou a estimulação mamária (Pizarro et al., 2019; Fernández-Sola et al., 2018).

Deste modo, o principal objetivo da presente dissertação é compreender a vivência do corpo da mulher durante a gravidez. Como tal, serão abordados aspetos associados a esta temática, designadamente, a imagem corporal, a satisfação com o próprio corpo e a vivência da sexualidade e da intimidade durante o período gestacional, tendo em conta as

eventuais transformações que ocorrem ao longo deste período e o seu impacto. Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Entender a forma como cada mulher vive as alterações que ocorrem no seu corpo durante a gravidez;
2. Compreender o impacto que tem, na vivência do corpo, a existência de um bebé a desenvolver-se dentro dele;
3. Explorar a imagem corporal da mulher e a forma como esta se altera ao longo da gravidez;
4. Explorar a satisfação corporal da mulher durante a gravidez e perceber eventuais alterações da mesma;
5. Compreender a vivência da sexualidade e da intimidade na gravidez, tendo em conta as alterações corporais subjacentes ao período gestacional.

Método

Participantes

A amostra do presente estudo é de natureza não probabilística. Foram realizadas 6 entrevistas a gestantes com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos ($M=26,5$; $DP=2,22$), com companheiro estável no momento da entrevista ($n=6$) e com semanas de gestação superior às 32 semanas e inferior às 40 semanas ($M=35,5$). A sua escolaridade varia entre o Ensino Secundário ($n=4$) e a Licenciatura ($n=2$). Das 6 gestantes entrevistadas, apenas uma tinha experienciado uma gravidez anterior à atual ($n=1$), da qual resultou um aborto espontâneo.

Segundo Fortin (2009), nos estudos exploratórios é aceitável a utilização de uma amostra não probabilística ou por conveniência, uma vez que este tipo de estudos não tem como principal intenção a generalização dos resultados obtidos. De acordo com Polit e Hungler (1995), a amostra por conveniência favorece a utilização de pessoas que se prestam como sujeitos de um estudo, demonstrando acessibilidade e disponibilidade para participar no mesmo.

Consideraram-se critérios de inclusão gestantes com idade superior a 18 anos e inferior a 40 anos, a vivenciarem uma gestação superior às 32 semanas e inferior às 40 semanas. O período de gestação escolhido como critério de inclusão permitiu que a entrevistada já tivesse consciência e perspetiva dos três trimestres de gestação e respetivas alterações. Como critério de exclusão considerou-se a existência de gravidez de alto risco, bem como o diagnóstico psiquiátrico grave e dificuldades cognitivas.

Na tabela 1, é possível verificar a caracterização sociodemográfica das participantes, representadas pela sua inicial, no sentido de manter a confidencialidade.

Tabela 1 – *Caraterização sociodemográfica das participantes (n=6)*

Gestante	Idade	Habilitações Literárias	Semana de Gestação	Número de Gestações	Presença/Ausência de Companheiro Estável	Nacionalidade
A	30 anos	12º ano	33ª semana	2ª Gestação	Presença	Portuguesa
C	25 anos	12º ano	36ª semana	1ª Gestação	Presença	Portuguesa
D	26 anos	12º ano	33ª semana	1ª Gestação	Presença	Portuguesa
E	27 anos	12º ano	39ª semana	1ª Gestação	Presença	Portuguesa
M	23 anos	Licenciatura	33ª semana	1ª Gestação	Presença	Portuguesa
N	28 anos	Licenciatura	39ª semana	1ª Gestação	Presença	Portuguesa

Instrumento de Recolha de Dados

A seleção do instrumento de recolha de dados depende da informação que se pretende reunir, dos objetivos e da natureza do estudo a realizar (Fortin, 2009). Assim, sendo este estudo de carácter exploratório, optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados, tendo em atenção as suas vantagens e desvantagens.

De acordo com Duarte (2004), a entrevista, enquanto método de recolha de informação, procura compreender a subjetividade do sujeito através do seu depoimento. Conceituada por “uma conversa com finalidade” (Minayo, 2015), a entrevista caracteriza-se como uma forma de interação social entre dois ou mais interlocutores, concretizada pela iniciativa do investigador, que procura recolher dados acerca de um determinado tema, e um entrevistado, que se apresenta como uma fonte de informação (Gil, 2008), com o objetivo de obter dados relevantes para o objeto de estudo (Minayo & Costa, 2018).

A entrevista semiestruturada combina um guião com questões que podem ser abertas e fechadas, o que permite ao investigador ter um maior controlo sobre o que pretende recolher e, simultaneamente, permitir ao entrevistado um espaço de reflexão espontânea sobre a temática do estudo (Minayo & Costa, 2018).

Entre as vantagens da entrevista, constata-se a possibilidade de uma investigação mais aprofundada, ou seja, o entrevistador pode esclarecer o significado das questões da entrevista e captar as expressões verbais e não verbais do entrevistado (Gil, 2008); para um entrevistador com menos experiência, a existência de um guião semiestruturado desempenha um papel de apoio na sequência das principais questões a responder pelo entrevistado, tendo em conta os tópicos do estudo; por último, a entrevista qualitativa prende-se com a compreensão do mundo do entrevistado, cuja descrição poderá ser a base para a construção de um referencial para investigações futuras (Batista, Matos & Nascimento, 2017). Entre as desvantagens da entrevista, encontram-se a eventual falta de motivação do entrevistado para responder às questões solicitadas, a influência do aspeto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado e, entre outras, os custos com a preparação dos investigadores e a aplicação das entrevistas (Gil, 2008). Não obstante, cabe salientar que qualquer método que seja escolhido possui as suas vantagens e limitações.

Deste modo, construiu-se um guião de entrevista semiestruturado específico para este estudo (Anexo 2), cujos tópicos abordam a temática da vivência do corpo da mulher

durante a gravidez e, mais concretamente, a imagem corporal, a satisfação com o próprio corpo e a vivência da sexualidade e da intimidade, tendo em conta as transformações que ocorrem no corpo da mulher. Assim, com o principal foco na questão norteadora: “De que forma vivenciou as alterações do seu corpo ao longo do período gestacional?”, e através de um conjunto de outras questões relativamente abertas, mas sem desviar o assunto do tema central deste trabalho, conduziu-se a entrevista semiestruturada.

Procedimentos de Recolha de Dados

Inicialmente, foram efetuados contactos telefónicos a 3 gestantes do círculo social da investigadora, no sentido de perceber qual o interesse na participação deste estudo. As outras foram contactadas a partir de contactos das iniciais. A amostra foi seleccionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e inferior a 40 anos e vivência de uma gestação superior a 32 semanas e inferior a 40 semanas.

As entrevistas decorreram entre setembro de 2024 e janeiro de 2025, consoante a disponibilidade de horário e tempo das entrevistadas. Cada entrevista teve a duração aproximada de 1 hora. Devido ao avançado estado de gestação, optou-se, em concordância com as gestantes, por realizar as entrevistas nos seus domicílios.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, foi exposto perante a gestante o principal objetivo do estudo, o motivo da realização da entrevista e foi explicado o termo de consentimento informado (Anexo 1), posteriormente assinado pela entrevistada. Além disso, esclareceu-se também a gestante quanto ao anonimato das suas respostas e a possibilidade de recusa em participar no estudo ou interromper a entrevista, se assim o desejasse, sem qualquer custo ou impedimento.

O registo da informação obtida durante as entrevistas foi realizado através da gravação em formato de áudio, após o consentimento das gestantes e, de seguida, procedeu-se à sua audição integral e respetiva transcrição. Apenas a investigadora e orientadoras tiveram acesso ao ficheiro em formato escrito das entrevistas das gestantes, sendo os mesmos destruídos após a conclusão deste estudo.

De modo a perceber se as questões da entrevista eram compreensíveis e se adaptavam ao objetivo do estudo, permitindo uma recolha de dados adequada, foi realizado um pré-teste. Embora se trate de um pré-teste, optou-se por incluir essa

entrevista na amostra final, uma vez que não foram introduzidas alterações significativas no guião após a sua realização.

Ao longo das entrevistas, não existiram obstáculos à sua realização. No geral, as gestantes mantiveram o foco no tema em estudo, demonstrando abertura e honestidade nas suas respostas. Não obstante, a temática relacionada com a sexualidade do casal durante a gravidez, ao ser uma questão mais íntima da gestante, tornou-se num tópico mais difícil de abordar, notando-se algum desvio nas respostas e alguns momentos de pausa mais prolongada.

No final das entrevistas, agradeceu-se às gestantes a sua disponibilidade e colaboração no estudo e concedeu-se alguma atenção a possíveis dúvidas, sugestões ou comentários que a gestante considerasse pertinente expressar.

Procedimentos de Análise de Dados

Sendo o objetivo desta investigação o aprofundamento da forma como cada grávida percebe o seu corpo durante a gravidez, a metodologia escolhida foi a qualitativa. Este tipo de investigação tem como principal objetivo a análise dos “valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões”, de modo a compreender uma “complexidade de factos e processos particulares e específicos de indivíduos e grupos” (Paulilo, 1999).

A relevância científica do estudo não passa pela generalização dos resultados, mas pela compreensão das especificidades da narração de cada gestante entrevistada (Richardson, 2010). De facto, solicitar a um sujeito que narre a sua história, constitui uma das formas mais profundas de conhecer o funcionamento humano (Araújo et al., 2012). Não obstante, sabemos que o investigador apenas tem acesso à percepção, isto é, a uma aproximação da realidade experimentada pelo sujeito que é entrevistado (Abad & Abad, 2022).

Inicialmente, procedeu-se à audição das entrevistas das gestantes. Simultaneamente, efetuou-se a sua transcrição para um documento Word, obedecendo à linguagem empregue pela entrevistada e respeitando os momentos de pausa. Para efeitos de transcrição, o discurso das gestantes encontra-se representado através das aspas (“”) e os momentos de silêncio/pausa através das reticências “(...)”. A cada gestante foi

atribuída a sua inicial, de modo a reconhecer, ao longo do texto, a quem pertence o discurso apresentado e, simultaneamente, manter a confidencialidade das gestantes.

Para analisar as questões, utilizou-se a análise de conteúdo definida por Bardin (1977), que integra um conjunto de técnicas aplicadas para o tratamento da informação recolhida (Lima & Pacheco, 2006). A análise de conteúdo permite a decomposição do discurso dos participantes, classificando e categorizando o seu conteúdo, de modo a transformar as suas características em elementos-chave (Carlomagno & Rocha, 2016). De acordo com Bardin (1977) e de Souza Minayo et al., (2001), existem três fases para a realização da análise de conteúdo, sendo estas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados.

Nesta primeira fase, e de acordo com Bardin (1977), procedeu-se a uma leitura flutuante das entrevistas das gestantes, de modo a criar um primeiro contacto com o conteúdo a ser explorado. Mendes e Miskulin (2017) concebem a etapa de pré-análise como uma fase de organização dos dados obtidos, no sentido de elaborar o corpus da investigação.

Na fase de exploração do material, inicia-se a codificação dos elementos do estudo de acordo com as diretrizes previamente definidas pelo investigador. A codificação foi realizada pela investigadora e posteriormente revista pelas orientadoras, de forma a aumentar a fiabilidade do sistema categorial. É de assinalar que as categorias do presente estudo surgiram a posteriori, após uma primeira análise das entrevistas. Por isso, após uma análise mais aprofundada do discurso das gestantes, foram definidas as unidades de registo.

De acordo com Franco (2008), a unidade de registo é a “menor parte do conteúdo” e a sua ocorrência é registada tendo em conta as categorias desenvolvidas. Assim, definiram-se como unidades de registo partes do discurso das entrevistadas, de acordo com as categorias e temas definidos. Para a análise de conteúdo, por vezes, pode ser benéfico a utilização de softwares concretos, nomeadamente se a unidade de registo for uma palavra em específico. Contudo, neste caso em particular, optou-se por realizar uma análise dos dados manualmente, uma vez que a unidade de codificação é maior e o uso de um software poderia ser ineficaz (Mendes & Miskulin, 2017).

Moreira et al., (2006) assinalam que a organização das categorias deve respeitar algumas normas de validade, nomeadamente princípios inerentes à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

No que diz respeito à exaustividade, Bardin (1977) considera que após a definição do corpus do estudo, é necessário que esse corpus contemple todos os elementos a serem analisados. Deste modo, as categorias criadas no estudo esgotaram todo o conteúdo analisado, sendo assim classificadas as unidades de registo conforme a categoria que representam. Além disso, a exaustividade pode também estar relacionada com a exclusividade, no sentido de que cada conteúdo analisado deve pertencer exclusivamente a uma categoria. A presença de vários conteúdos que pertençam a múltiplas categorias ou que não se encaixem em nenhuma das categorias existentes, pode suscitar um erro na criação das categorias e, seguidamente, uma falha no cumprimento do princípio da exaustividade e exclusividade (Carlomagno & Rocha, 2016).

Quanto à representatividade, é necessário que a amostra do estudo seja considerada uma parte representativa do universo a ser estudado (Bardin, 1977). Nas investigações qualitativas, o tamanho da amostra é contestável, uma vez que as respostas dos participantes do estudo não têm a mesma estrutura, podendo conter uma resposta mais/menos informação do que a outra (Ribeiro et al., 2018). Como tal, a suspensão da inserção de novos participantes neste estudo surgiu após saturação teórica, a partir do momento em que se observou a repetição nos dados recolhidos. De acordo com Ribeiro et al., (2018), a saturação teórica é uma fase da análise de dados na qual o investigador, no momento de amostragem e análise dos dados, verifica que não surgem novos factos, categorias ou temas, finalizando assim a recolha dos dados. Ainda assim, os autores relembram que os dados de uma análise nunca poderiam ser saturados, visto que sempre haverá uma nova informação a ser interpretada, o que originaria novas perspetivas. No caso deste estudo, as entrevistas foram realizadas até se verificar a saturação teórica dos dados. A recolha dos dados foi interrompida quando se verificou a repetição sistemática das categorias e ausência de novas unidades de registo relevantes, o que ocorreu a partir da sexta entrevista, sendo considerado atingido o critério de saturação teórica.

Relativamente à homogeneidade, é fundamental que as categorias criadas não sejam demasiado amplas. Assim sendo, a criação das categorias deve obedecer a critérios específicos que as distingam entre si e as unidades de registo inseridas necessitam de possuir características similares (Carlomagno & Rocha, 2016).

Por último, no sentido da pertinência da criação das categorias, os dados obtidos devem ser adequados e ir de encontro aos objetivos do estudo que suscitem a análise, o que aconteceu na presente investigação (Bardin, 1977). A credibilidade do estudo foi reforçada através da utilização de excertos representativos do discurso das participantes e da interrupção da recolha por saturação teórica. Fez-se também um registo sistemático das decisões analíticas ao longo do processo de categorização.

Na última fase, isto é, o tratamento e interpretação dos resultados, são analisadas as categorias que emergiram do estudo, através da classificação dos elementos que constituem o conjunto pela sua diferenciação e, consecutivamente, pelo seu reagrupamento com base nos critérios definidos (Mendes & Miskulin, 2017).

Apresentação e Discussão dos Resultados

De acordo com o referido anteriormente, foi elaborada uma análise qualitativa das respostas nas entrevistas das gestantes, mediante a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). A tabela que se segue apresenta os temas e as categorias e subcategorias concebidas para descrever o fenómeno que se pretende estudar: a vivência corporal da mulher durante a gestação.

Tabela 2 – *Temas, categorias e subcategorias do estudo “A vivência corporal da gravidez”*

Temas, categorias e subcategorias do estudo "A vivência corporal da gravidez"	
Tema	Categorias/Subcategorias
A. A vivência do corpo da mulher antes da gravidez	A1. A dimensão percetiva da imagem do corpo A2. A dimensão afetiva da imagem do corpo B1. O processo de aceitação da gravidez B2. Ter um bebé dentro de si B3. A vivência de alterações durante a gravidez B3.1. A vivência de alterações no corpo B3.2. A vivência de alterações psicológicas
B. A vivência da gravidez	B4. A atenção concedida aos sinais do seu corpo B5. A perceção da gestante acerca da imagem do seu corpo ao longo da gravidez B5.1. A dimensão percetiva do corpo grávido B5.2. A dimensão afetiva do corpo grávido B6. O receio da irreversibilidade do corpo B7. A normalização do aumento de peso C1. A experiência da sexualidade com o parceiro
C. A vivência da sexualidade ao longo da gravidez	C2. A existência de dois corpos ao longo da gravidez: o corpo de mulher e o corpo de mãe C3. Os mitos/tabus da sexualidade
D. O lugar da intimidade ao longo da gravidez	D1. A intimidade do casal D2. O lugar das manifestações de afeto na intimidade

Com a finalidade de responder à principal questão de investigação e tendo em conta a análise de conteúdo realizada às entrevistas, emergiram quatro temas, catorze categorias e quatro subcategorias (tabela 2). As unidades de registo assinaladas em cada categoria e subcategoria captaram as expressões e excertos do discurso das gestantes, no sentido de ilustrar a temática explorada (Anexos 3, 4, 5 e 6). Neste capítulo, será também efetuada a discussão dos resultados.

Tema A. *A vivência do corpo da mulher antes da gravidez*

O Tema A desta dissertação inclui a dimensão percetiva e a dimensão afetiva da imagem do corpo da mulher antes da gravidez, no sentido de compreender se a imagem da mulher se alterou positivamente ou negativamente ao longo da gestação, permitindo assim uma comparação entre o período gestacional e não gestacional. Deste modo, este tema viabiliza a perceção que a mulher tinha do seu corpo (categoria A1), ou seja, como a mulher se vê a si mesma e, por outro lado, como a mulher se sente, afetivamente (categoria A2), em relação ao seu corpo.

De acordo com a categoria A1 “*A dimensão percetiva da imagem do corpo*” (tabela 3, Anexo 3), é possível verificar que três das seis gestantes relatam uma perceção positiva do seu corpo, clarificando “*Eu via-me bem*” (GA1, tabela 3), “*via-me gira*” (GC1, tabela 3) e “*já tinha atingido um objetivo e estava mais confortável, na minha zona segura*” (GM3, tabela 3), admitindo ainda esta última entrevistada que “*Foi um trabalho contínuo, até conseguir chegar ao peso que eu achava ideal ou ao corpo que eu queria*” (GM4, tabela 3). De facto, as gestantes C e M, tinham realizado uma dieta antes da gravidez, o que as ajudou a melhorar a sua imagem corporal, como referido por ambas: “*realmente fiquei muito melhor. Perdi alguns quilos*” (GC2, tabela 3) e “*já tinha chegado àquele corpo que nós sempre pensamos: Olha, é isto que eu queria, era isto que eu tinha pensado*” (GM2, tabela 3), o “*corpo que eu queria*” (GM4, tabela 3). Por outro lado, três gestantes admitem ter uma imagem mais negativa do seu corpo, referindo: “*era gorda*” (GD2, tabela 3), “*estava muito gorda*” (GN1, tabela 3), acreditando, como refere a gestante E, que “*antes pensava que o meu corpo não era o indicado, porque já era gorda*” (GE1, tabela 3). Esta última gestante relata ainda a necessidade de emagrecer, admitindo “*Se conseguisse perder uns quilinhos, não estava mal...*”.

Em conformidade com a categoria A2 “*A dimensão afetiva da imagem do corpo*” (tabela 4, Anexo 3), verifica-se que a maioria das gestantes sente o seu corpo de uma forma positiva, nomeando sentimentos de satisfação e alegria em relação ao corpo anterior à gravidez. Como representado na tabela 4, a gestante M admite estar “*contente*” (GM1, tabela 4) com o seu corpo, assim como a gestante C diz “*Sentia-me bem comigo própria (...) sentia-me bonita*” (GC1, tabela 4), referindo ainda “*tinha a autoestima lá em cima*” (GC2, tabela 4). A realização de uma dieta nos hábitos de vida da gestante C tornou propício um sentimento de satisfação em relação ao seu corpo, já que o emagrecer ajudou

a entrevistada a ver o seu corpo de uma forma mais positiva e, por sua vez, a sentir-se melhor no seu próprio corpo, tal como a mesma refere: após a dieta, “*Fiquei com mais autoestima, até mesmo para vestir certas roupas, roupas mais justinhas*” (GC5, tabela 4).

Neste sentido, uma percepção positiva do corpo traduz-se em sentimentos positivos em relação ao próprio corpo, acontecendo o mesmo no sentido inverso, no qual uma percepção negativa do corpo traduz-se em sentimentos negativos para com o mesmo. Por exemplo, a gestante D, na categoria A1, apresenta uma percepção negativa do seu corpo, expressando que via “*mal*” (GD1, tabela 3) o seu corpo, porque “*era gorda*” (GD2, tabela 3). Entretanto, e de acordo com a categoria A2, a entrevistada D expressa “*vergonha*” (GD1, tabela 4). De facto, o mesmo acontece no sentido inverso. Enquanto na categoria A1 as gestantes C e M referem ter uma percepção positiva do seu corpo, expressando “*via-me gira*” (GC1, tabela 3) e acreditando ter chegado “*ao corpo que eu queria*” (GM4, tabela 3), na categoria A2 as mesmas gestantes declaram sentir-se “*bem*” (GC3, tabela 4) e “*bonita*” (GC1, tabela 4), estando “*satisfeita*” (GC5, tabela 4) e “*contente*” (GM1, tabela 4) com a imagem do seu corpo. Assim sendo, parece existir uma tendência para que a percepção da imagem do corpo traduza, de certa forma, o que a mulher sente em relação ao seu próprio corpo.

De acordo com dos Santos et al., (2010), a percepção da imagem que um indivíduo cria do seu corpo varia de acordo com os padrões existentes na cultura e sociedade onde se insere. Entende-se que nos dias atuais existem pressões sociais, nomeadamente para as mulheres, que criam um ideal de magreza, o que conduz à insatisfação da mulher com o seu próprio corpo (Loth et al., 2011). Este ideal leva muitas vezes as mulheres a recorrerem a dietas excessivas e comportamentos nocivos para a sua saúde, com tal de chegar a um corpo aceite socialmente. Dos Santos et al., (2010), consideram que os indivíduos que apresentam uma percepção negativa do seu corpo tendem a sentir também insatisfação quanto ao seu aspeto físico, o que parece tornar a sua aparência num alvo de crítica e avaliação por parte de outros. Os autores anteriores referem que este tipo de indivíduos concedem uma importância excessiva ao seu aspeto físico, preocupando-se de uma forma angustiante e expondo vergonha em relação ao mesmo.

Tema B. A vivência da gravidez

A primeira categoria do Tema B intitula-se “*O processo de aceitação da gravidez*” (categoria B1, tabela 5, Anexo 4). O processo de aceitação de uma gravidez não é lineal. Para muitas gestantes, a aceitação da gestação não ocorre no primeiro trimestre, o que pode acontecer pelo facto deste primeiro trimestre ser um período de descoberta de uma nova fase e ser suscetível de um possível aborto. A gestante M reflete: “*não foi logo no início que eu consegui aceitar*” (GM1, tabela 5), uma vez que “*no início é mais aquele medo de perder, mais ou menos até ali às 12 semanas, de perder, de haver algum problema com o bebé*” (GM2, tabela 5). O facto de ter existido um aborto prévio à gestação atual, torna a aceitação da gravidez um processo mais complexo. Como refere A: “*A mim custou-me muito*” (GA1, tabela 5), pois “*fez-me pensar mais o facto de ter sofrido um aborto*” (GA4, tabela 5). A vivência de um aborto tornou a gestante mais suscetível ao medo do que pudesse acontecer nesta gestação, o que dificultou também o processo de aceitação da mesma, esclarecendo: “*aceitar mesmo de aceitar que estou grávida foi quase nos 5/6 meses de gravidez*” (GA3, tabela 5).

A aceitação da gravidez varia de acordo com o facto de a gravidez ser ou não uma gravidez desejada e planeada. Constatase, através do discurso das gestantes, que quando uma gravidez é desejada e planeada pela mulher, o processo de aceitação da mesma torna-se mais fácil. Como descreve a gestante C, aceitou “*bem*” (GC1, tabela 5), porque “*nós queríamos.... É diferente ser uma coisa planeada do que ser uma surpresa*” (GC1, tabela 5). A gestante D admite também que: “*aceitei, porque era uma coisa que eu queria, que queria muito*” (GD2, tabela 5). Pelo contrário, vivenciar uma gravidez num momento vital em que a mulher sente que ainda não está preparada para ser mãe, nem planeia ou deseja que aconteça, pode tornar mais complexo o processo de aceitação da mesma. Como indica a gestante N: “*Agora já aceitei*” (GN1, tabela 5), mas “*ao início custou-me muito porque não queria... não me via. Pelo menos não tão rápido*” (GN2, tabela 5), uma vez que: “*Ainda me sinto muito nova. E pela vida que eu tinha. Eu saía, eu passeava, eu viajava, ia aqui e ali. E agora já não*” (GN3, tabela 5). Schiavo (2016), considera, por isso, que uma gravidez não planeada pode representar um fator de risco para as alterações emocionais que a mesma requer.

Contudo, o desejo e preparação de uma mulher para ser mãe não são os fatores mais importantes para a aceitação da gravidez. No caso da gestante M, que desejava muito

ser mãe, o facto de já ter chegado a um corpo que considerava ideal para si antes da gravidez, tornou mais difícil a aceitação das mudanças que ocorreram no seu corpo e, por conseguinte, a aceitação da gravidez. Como descreve M: *“não foi logo no início que eu consegui aceitar”* (GM1, tabela 5). A gestante considera que *“só lá no meio é que eu percebi: “Esquece essa parte do corpo, porque agora o importante é criares aqui uma vida”* (GM4, tabela 5). O corpo sofre várias transformações no decorrer da gestação. Por isso, nem sempre é fácil desistir de um corpo para o qual a mulher trabalhou, através de uma rotina de exercício físico e dieta, para adotar um corpo que vai mudar durante nove meses, com o desenvolvimento do bebé. Para as gestantes, o bebé é uma prioridade, mas não é fácil aceitar que o seu corpo mudou. Porém, entendem que esta é: *“uma fase que passa”* (GN5, tabela 5).

Assim, a questão do corpo no processo de aceitação de uma gravidez parece ser bidirecional. Por um lado, a aceitação da gravidez auxilia na aceitação das mudanças que ocorrem no corpo, entendendo a mulher que a gravidez implica mudanças no seu corpo. Por outro lado, a vivência de alterações no corpo da mulher contribui também para a aceitação da gravidez. Ao longo dos nove meses, a gravidez torna notórias as modificações no corpo da mulher, o que a auxilia na tomada de consciência de que está efetivamente grávida. De facto, a gestante E corrobora este resultado, referindo que: *“se estivesse em negação da gravidez, provavelmente ia ser mais difícil aceitar aquilo que o meu corpo foi mudando”* (GE3, tabela 5).

Guerra et al., (2023) consideram que a ocorrência de uma gravidez não desejada poderá implicar um processo de aceitação mais difícil em relação à gravidez e, por sua vez, às mudanças decorrentes da mesma. Entende-se que uma gravidez acarreta mudanças corporais visíveis, que concedem à mulher um novo olhar sobre o seu corpo. Assim, quando a gravidez não é desejada ou planeada, talvez o olhar da mulher sobre o seu corpo seja um olhar mais negativo, o que se traduz em perceções e sentimentos negativos em relação ao mesmo. No entanto, a gravidez torna também visível a funcionalidade do corpo humano feminino, visibilizando a capacidade do mesmo para o desenvolvimento de um bebé no seu interior. As gestantes reconheceram esta funcionalidade do corpo grávido, tornando o desenvolvimento do seu bebé uma prioridade, em detrimento do cuidado principal ao seu corpo. Autores como Duncombe et al., (2008) e Przybyla-Basista et al., (2020), indicam que as mudanças físicas que ocorrem no corpo da gestante,

nomeadamente o aumento de peso, tendem a ser bem aceites quando compreendidas como necessárias para o desenvolvimento normal do bebé.

De acordo com o discurso das gestantes do estudo, parece que o processo de aceitação da gravidez tende a ocorrer entre o segundo e o terceiro trimestre. Além disso, o facto de existir uma rede de apoio que auxilie a mulher, contribui positivamente para a aceitação da gestação. Como refere N: *“sei que tenho o apoio dos meus pais, dos pais dele (do companheiro) (...). Não estou sozinha”* (GN6, tabela 5). A gestante E refere também que: *“Se houvesse alguém que não ficasse contente (com a gestação), por exemplo o meu pai ou a minha mãe, pois já teria sido mais difícil para mim”* (GE2, tabela 5). Entende-se, assim, que as atitudes do companheiro e dos familiares mais próximos em relação ao bebé e à gestação podem contribuir ou desfavorecer a aceitação da gravidez por parte da gestante. Klaus e Kennel (1992) acreditam que atitudes positivas em relação à gravidez possibilitam à gestante uma melhor aceitação, mesmo quando esta é não desejada e/ou planeada.

Denmark e Paludi (1993) consideram também que a aceitação da gravidez está relacionada com a formação do apego entre a mãe e o bebé, que ocorre de forma mais intensa a partir do segundo trimestre. Entende-se que este trimestre em específico permite à gestante a vivência dos primeiros movimentos fetais do seu bebé, aos quais a mesma responde com carícias na barriga e a utilização de linguagem para expressar a sua vinculação em relação ao mesmo (Denmark & Paludi, 1993). De facto, Canavarro (2001) acredita que as manifestações de comunicação verbal e tátil com o feto são o sinal exterior da ocorrência de processos de aceitação intrapsíquica da gravidez.

Para além das mudanças físicas visíveis que ocorrem no corpo da mulher durante a gestação, desenvolve-se dentro de si um bebé, que permite à gestante experienciar novas sensações em relação ao seu corpo, tais como os primeiros movimentos fetais. Assim, criou-se a categoria B2, intitulada *“Ter um bebé dentro de si”* (tabela 6, Anexo 4). Neste estudo, as gestantes começaram a sentir os primeiros movimentos fetais a partir da 14^a semana, com a sua intensificação entre a 16^a e a 18^a semana. A gestante A refere: *“Eu notava, desde a 16^a semana, eram muitas bolhinhas... que não sabia se eram gases ou era líquido”* (GA2, tabela 6). Também a gestante M clarifica: *“Eu comecei a sentir (a bebé)... (pausa) no quarto mês. Eu tinha 18 semanas, ou por aí. Foi uma coisa muito*

levezinha, mas a partir das 18 semanas, comecei a sentir mais frequentemente” (GM4, tabela 6).

Inicialmente, as gestantes sentiram apenas alguns toques leves na sua barriga, facilmente confundidos com excesso de gases. Mais tarde, estes pequenos toques transformaram-se em pontapés mais intensos, causando muitas vezes a sensação de dor. A gestante D reflete: *“Ela agora parece um cavalo. Mas ao início parecem borboletas a tocarem-te. Coisinhas muito leves. Muito leves a tocar-te...”* (GD2, tabela 6). Também a gestante M diz: *“no início pareciam borboletas (...) parece que estava só ali um arzinho dentro de ti. Depois, com o crescimento dela, (...) parece um pontapé de um animal”* (GM5, tabela 6).

A maioria das gestantes teve alguma dificuldade em expressar e explicar qual era a sensação do bebé a mexer-se dentro de si. Contudo, todas as gestantes do estudo coincidem no facto de ser uma sensação única e indiscritível que, não obstante o desconforto e dor inerentes, torna também real a experiência da gravidez e permite o primeiro contacto do bebé com a gestante. A entrevistada A indica: *“é dor, mas ao mesmo tempo, admiração de: “Como uma pessoa está a mexer-se dentro de mim?”* (GA2, tabela 6). Também a gestante C considera que: *“Não há uma experiência igual a ter um ser vivo a mexer-se dentro de nós. É uma coisa que não se descreve, porque é o nosso filho...”* (GC3, tabela 6).

Ao refletir sobre a sensação de ter um bebé a mexer-se dentro de si, as entrevistadas tentaram equiparar esta experiência a sensações semelhantes ao que sentiam. A gestante E admite que: *“A sensação é que está alguma coisa dentro de ti. É uma sensação boa. (...) É como se tu estivesses de olhos fechados e alguém te estivesse a tocar, mas sem tu estares à espera e sem saber qual é o sítio onde essa pessoa te vai tocar”* (GE2, tabela 6). A gestante N indica: *“É como se te estivessem a dar choques, uma coisa que nunca sentiste. Uma coisa estranha e tu não sabes se aquilo é bom ou mau”* (GN1, tabela 6).

Neste sentido, o bebé ocupa um espaço que, anteriormente, pertencia na sua totalidade à gestante. Por isso, nota-se a ambiguidade entre a sensação de ter um corpo que era apenas seu, mais *“leve”* (GD1, tabela 6), e a sensação de não querer que o bebé seja retirado deste corpo pela sensação única que produz. A gestante D expressa: *“aquela sensação de dizer: “Nunca mais nasce...” (pausa)... aquela sensação de ficar leve, de*

me poder deitar em qualquer posição, mas ao mesmo tempo (...) de dizer “Não quero que isso aconteça, porque se não ela vai sair de dentro de mim e é uma sensação única ter algo a crescer dentro de ti” (GD1, tabela 6).

Para algumas gestantes, ter um bebé dentro de si e poder senti-lo pode significar também a concretização de algo há muito esperado. A gestante M admite: *“é veres que aquilo que tu tanto querias, está-se a tornar real”* (GM3, tabela 6). O sentir do bebé e, mais especificamente, os seus primeiros movimentos dentro da barriga da mulher, não só possibilitam o contacto entre a mãe e o bebé como, muitas vezes, contribuem para o bem-estar da grávida, acreditando esta que os movimentos fetais traduzem uma sensação de estar tudo em ordem com o bebé. A gestante A admite que necessita de *“sentir o bebé para estar tranquila”* (GA1, tabela 6). Neste caso específico, o facto de ter ocorrido uma experiência de aborto anterior à gravidez atual, contribui para que a mulher esteja mais alerta e mais atenta aos sinais que o bebé emite, nomeadamente os movimentos fetais, no sentido de perceber que está tudo bem quando estes movimentos ocorrem. A gestante N refere também que consegue *“perceber que está tudo bem com o bebé quando ele se mexe”* (GN2, tabela 6).

O contacto do sentir do bebé auxilia também na ligação entre a mãe e o bebé. Cria-se uma espécie de comunicação entre ambos, traduzida pela linguagem da mãe e o seu toque na barriga e a resposta do bebé com os seus movimentos. Para exemplificar, a gestante C diz que: *“às vezes parece que ele (bebé) sabe que eu falo com ele e toco na barriga e ele mexe-se”* (GC2, tabela 6). Também a gestante M considera *“engraçado falar com ela e ela responder pelos toquezinhos (movimentos fetais) e mexer-se”* (GM2, tabela 6).

O sentir do bebé é caracterizado pelos primeiros pontapés, os movimentos fetais. De acordo com Orvalho et al., (2024), a perceção inicial destes movimentos não é notória logo no início, sendo relatados os primeiros sinais entre a 16^a e a 18^a semana, podendo estender-se até às 20 semanas em primíparas. No entanto, são as ecografias o que permite criar uma imagem do bebé, para além das sensações que o mesmo possibilita através dos seus pontapés. Klaus e Kennell (1992) sugerem que a ultrassonografia obstétrica, ou ecografia, introduz uma nova forma de contacto com o bebé, possibilitando à gestante não apenas visualizá-lo como também conhecê-lo antes do nascimento e, por sua vez, confrontar a imagem do bebé imaginário com o bebé real. Por isso, e como indicam Simas et al., (2013), este contacto com o bebé possibilitado pela ecografia gera um impacto

diferente em cada gestante, o que também sugere diferenças na relação que se estabelece com o bebê. Os resultados do estudo parecem comprovar esta última afirmação, uma vez que as gestantes caracterizaram o sentir do bebê como uma experiência única já que, apesar de ser estranho, possibilita o confronto com a sua realidade e a existência efetiva de uma gravidez.

Sugere-se que, inicialmente, a mulher relaciona-se com o bebê como sendo uma parte de si própria, formando-se uma relação de simbiose entre ambos. Contudo, a percepção dos movimentos do bebê conduzem a gestante a sentir o feto como uma realidade concreta dentro de si, o que torna evidente uma diferenciação entre a mãe e o feto. Entende-se que o feto faz parte da gestante, mas a mulher reconhece o feto como um ser distinto e independente dela (Colman & Colman, 1994).

O bebê ocupa um espaço privilegiado no corpo da mulher durante a gestação. O corpo da mulher, que anteriormente era um espaço apenas seu, agora é partilhado com um bebê, o que pode alterar a visão que a mulher tem do seu próprio corpo. Para muitas gestantes, esta partilha do corpo é vista como necessária para o desenvolvimento do bebê. Porém, este não é um pensamento generalizado entre as gestantes, já que a partilha do seu corpo pode ser concebida como uma invasão do seu espaço/corpo, o que não se verificou neste estudo. No geral, as gestantes admitem ter gerido de forma positiva a partilha do seu corpo com o bebê. A gestante M refere: *“eu acho que é super giro e é super bom essa partilha (do corpo com o bebê)... sentir que tudo o que eu faço também a influencia a ela* (GM6, tabela 6). *Se eu estiver também triste ou se estiver em alguma situação que me leve a chorar, ou mesmo pelas hormonas ou assim, parece que ela está lá também a ouvir e a dizer: “Não te preocupes que eu estou aqui”, ela vai dando uns toquezinhos na barriga*” (GM7, tabela 6). *“E isto para mim é que é partilhar o corpo, porque parece que não, mas estou sempre acompanhada, até para se precisar de falar”* (GM8, tabela 6). *“É como um suporte, faz tipo um suporte emocional... Se eu estiver nervosa, se estiver sozinha e se estiver a pensar assim, penso: “Não, mas agora já não estou sozinha, falo com ela, apesar de ser com a barriga, ela ouve-me”* (GM9, tabela 6). A gestante M entende que a partilha do seu corpo construiu uma espécie de suporte para si própria durante a gestação.

A maioria das gestantes do estudo assinalaram que a partilha do seu corpo com o bebê não é igual ao longo da gravidez. No início da gravidez, as gestantes admitem não ser evidente esta partilha. Contudo, a partir do segundo trimestre, já começa a ser mais

notória, o que coincide com o surgimento dos movimentos fetais e com uma evidência mais acentuada das alterações da gravidez. A vivência do corpo tem um papel fundamental na partilha do corpo entre a gestante e o bebé, pois as transformações físicas que ocorrem no corpo da mulher confrontam-na com a existência de um bebé dentro do seu corpo, o que é evidenciado mais intensamente com os primeiros movimentos fetais (Meireles & Costa, 2004). Lee (1995) refere ainda que os primeiros pontapés traduzem-se num momento de contacto com o bebé já como um ser vivo, o que é caracterizado como um dos momentos mais significativos da gravidez.

Entende-se que as transformações físicas da gravidez são o que torna real a partilha do corpo da gestante com o bebé. A gestante D refere que uma das sensações que a mesma notou com a partilha do seu corpo, foi a sensação de que *“é como se todos os órgãos estivessem apertados”* (GD4, tabela 6). De facto, as gestantes do estudo consideram que a partilha do seu corpo é mais notória devido aos efeitos que a mesma implica durante a gravidez e que são visíveis no dia-a-dia da mulher. Por exemplo, a gestante D refere: *“noto isso (a partilha do corpo) no dia-a-dia. A dificuldade em arranjar posição para dormir, a dificuldade em respirar quando me deito. Não poder dormir de barriga para baixo”* (GD3, tabela 6). Também a gestante N assinala este ponto, demonstrando que a partilha do seu corpo tornou-se mais evidente pelos efeitos da própria partilha e da existência de um bebé dentro de si, referindo: *“Noto (...) ao estar partilhando o meu corpo, os efeitos disso mesmo (...). O baixar-me, mais cansaço...”* (GN3, tabela 6).

Durante a gravidez, a mulher coloca o seu corpo num primeiro plano. A forma que o corpo vai adotando durante a gravidez será enaltecida ou rejeitada pela gestante, da mesma forma que o bebé será vivido como um corpo estranho e até um parasita, que impede a mulher de realizar as suas funções durante a gravidez, ou como um privilégio. No caso de a gestante enaltecer e aceitar a gestação, o corpo tornar-se-á num lugar privilegiado e será investido de acordo com o ideal materno da gestante. Se a face real da maternidade não se deixar cobrir com o amor materno, a gravidez conduzirá a mulher a um sofrimento extremo (Marcos, 2017). De facto, as gestantes referiram nos seus discursos que a partilha do corpo com o bebé torna visível a incapacidade da mulher em realizar atividades que antes conseguia realizar, seja pelo cansaço ou pelas dores inerentes ao período gravídico. Por isso, se estas mudanças não forem aceites pela gestante e

entendidas como parte do desenvolvimento da gravidez e do bebé, talvez a mulher experiencie um sofrimento notório durante a gestação.

Levy (2017) considera que não há nada de mais humano do que a experiência de habitar e partilhar o corpo do outro, especialmente durante a gravidez. Neste período, o ventre materno é partilhado, procurando o indivíduo pelo resto da sua vida o aconchego tranquilizador de um vínculo íntimo com outro ser humano, tal como acontece durante a gravidez. Não obstante, além de habitar o corpo da mãe durante a gravidez, o bebé alimenta-se dele e nele. De uma forma primitiva, a mãe auxilia o bebé a conhecer e a construir uma imagem do seu próprio corpo e de si enquanto sujeito, ou seja, auxilia o bebé a criar um contacto íntimo consigo mesmo.

A experiência de uma gravidez implica diversas alterações nas mais variadas facetas da vida da mulher, nomeadamente a nível corporal e psicológico, o que permitiu criar a categoria B3 “*A vivência de alterações durante a gravidez*”, e as subcategorias B3.1. “*A vivência de alterações no corpo*” e B3.2. “*A vivência de alterações psicológicas*” (inseridas na tabela 7, Anexo 4).

Constata-se que o primeiro e o terceiro trimestres foram os mais marcantes, sendo vivenciados de uma forma mais intensa pelas gestantes. Por exemplo, a gestante C corrobora esta afirmação, referindo: “*O primeiro trimestre foi dos mais marcantes*” (GC1, tabela 7). Também a gestante N considera: “*O último trimestre é o pior de todos*” (GN1, tabela 7), pois “*tem sido ao rubro. Tem sido passar do 8 ao 80. (...) Tem sido horrível*” (GN7, tabela 7).

As gestantes confirmaram também os resultados de outros estudos, afirmando que o segundo trimestre é mais leve para si, permitindo-lhe um maior bem-estar. A gestante M diz: “*O segundo trimestre foi o trimestre mais tranquilo, (...) senti-me até mais ativa*” (GM3, tabela 7). Também a gestante N afirma: “*O segundo trimestre foi mais tranquilo (...) foi mais leve, tinha mais energia*” (GN6, tabela 7). Os autores dos Santos et al., (2010) sugerem que o segundo trimestre parece ser vivenciado de uma forma mais positiva, especialmente para as primíparas, já que começam a ser visíveis as alterações da gravidez, como o crescimento da barriga, o seu nível de energia volta ao normal e sentem um bem-estar geral.

De acordo com as gestantes, o primeiro trimestre foi marcado por enjoos e vómitos. A grávida A relata que: “*Vomitava 5 ou 6 vezes por dia*” (GA1, tabela 7), algo

que foi também vivenciado pelas gestantes M, N e C, que referem: *“O início foi o mais marcado por enjoos”* (GM2, tabela 7) e *“aí na 10^a/11^a (semana), foram os enjoos. Uma coisa disparatada. Horrível. Não tolerava o cheiro de nada. Depois, aí no início do segundo trimestre, já foi passando”* (GN5, tabela 7), uma coisa *“horrível”* (GC2, tabela 7). Curiosamente, a gestante C admitiu ainda que: *“há muitas mulheres que enjoam o cheiro do marido. Eu é ao contrário. Eu estou desejando que o meu marido chegue a casa, porque tenho muitas saudades dele”* (GC2, tabela 7), o que contraria os resultados do estudo de Portelinha (2003). Somente a gestante E declarou não ter experienciado enjoos ao longo de toda a sua gestação, referindo: *“Não tive os enjoos que é normal ter...”* (GE3, tabela 7). Além disso, a gestante N afirmou também que neste primeiro trimestre notou que *“Tanto o olfato como o paladar ficaram logo muito apurados”* (GN3, tabela 7). Relativamente aos enjoos e vômitos, diversos estudos confirmam a sua existência na maioria das gestações, sobretudo entre a 4^a e a 14^a semana de gravidez (Lowdermilk et al., 2012; Casanova et al., 2019; Freitas et al., 2025).

Destacam-se também outras mudanças no corpo da mulher abordadas nas entrevistas, nomeadamente o aumento do volume abdominal, o aumento do peso e o aumento das mamas, mais visíveis a partir do segundo trimestre de gestação. O aumento da barriga é uma das alterações mais notórias da gravidez e, talvez, uma das mais esperadas pela mulher. O seu corpo denuncia uma nova condição, a gravidez, e as alterações que ocorrem servem para impor, visualmente, essa nova realidade (Raphael-Leff, 1997). A gestante E refere: *“O aumento da barriga (...) é o mais notório”* (GE2, tabela 7). Outra alteração muito comum é o aumento das mamas e a sensação de dor característica. As gestantes E e N falam sobre este crescimento: *“As mamas (aumento do peito) e as dores nas mesmas (...) são o que mais dói”* (GE1, tabela 7) e *“as mamas. Umas dores horríveis, pior que no período”* (GN4, tabela 7). O ganho de peso também é um sintoma muito característico. No entanto, é mais notório entre o segundo e o terceiro trimestre. A gestante D admite ter *“engordado (...) 8kg”* (GD1, tabela 7).

Silva e Figueiredo (2005), Lowdermilk et al., (2012) e Casanova et al., (2019), referem que o aumento dos seios e o crescimento da barriga são os sintomas mais notórios na gravidez, assim como a amenorreia (ausência de menstruação). Barros et al., (2022) indicam também que este segundo trimestre de gestação torna mais evidente o crescimento uterino, viabilizando-se a oportunidade de analisar com maior detalhe as transformações corporais. Quanto ao ganho de peso durante a gravidez, é importante

realçar que o aumento de peso não ocorre apenas pelo teor de gordura da mulher. Guerra et al., (2023) e Ferraz et al., (2021), indicam que o ganho de peso da gestante é explicado pelo desenvolvimento do bebê, aumento dos seios, aumento do volume sanguíneo, placenta, líquido amniótico, depósitos de gordura e fluído extracelular. E, como menciona Ferraz et al., (2021), o teor de aumento de gordura e dos líquidos corporais são variáveis, uma vez que dependem dos hábitos alimentares da gestante e também das quantidades de hormonas secretadas durante a gestação. Além disso, o ganho de peso que a gestante sofre durante a gestação depende da estrutura corporal da mulher antes de engravidar. Para mulheres com um peso adequado antes da gestação, é recomendado um aumento entre 8,5 e 14,5kg (Drehmer, 2010).

A partir do terceiro trimestre de gestação, as gestantes do estudo descrevem também modificações a nível capilar e da pele, maior azia, cansaço e sono, maior dormência e inchaço em determinadas zonas do corpo, nomeadamente pés e mãos, e o aparecimento de incontinência urinária e estrias. Em relação às alterações a nível capilar e de pele, as gestantes referem uma imagem mais positiva do seu cabelo e da sua pele no momento da gestação, do que antes da mesma, o que contradiz com alguns estudos encontrados na literatura, que afirmam uma maior queda de cabelo e aparecimento de espinhas, bem como maior probabilidade de pele oleosa durante o período gestacional (Freitas et al., 2025). “*Noto que o meu cabelo está mais forte e com mais brilho (...) até tenho menos queda de cabelo do que antes de engravidar*” (GA3, tabela 7); “*vejo a minha cara melhor do que antes*” (GA4, tabela 7); “*o cabelo está melhor*” (GC3, tabela 7); e “*Eu tinha queda de cabelo antes de ... (...) engravidar e (...) quando fiquei grávida, senti que estagnou um bocadinho*” (GM5, tabela 7). Em relação à azia, as gestantes constataam o aumento deste mal-estar a partir do terceiro trimestre: “*Agora no terceiro trimestre, notei que aumentou a azia*” (GM4, tabela 7). O cansaço também aumentou a partir deste último trimestre, motivado, possivelmente, pela má qualidade de sono durante a noite, derivada da dificuldade de encontrar uma posição que conceda à gestante um maior bem-estar. Os estudos encontrados na literatura sugerem que, especialmente no terceiro trimestre, ocorre uma diminuição da qualidade do sono, em virtude do aumento dos níveis de ansiedade, volume abdominal e necessidade de mudanças na posição do corpo (Guerra et al., 2023; Felix & Ceolim, 2023). Em relação à dormência e inchaço em determinadas zonas do corpo, nomeadamente os pés e as mãos, as gestantes assinalam: “*eu senti mais inchaço, portanto a retenção de líquidos ficou maior, é normal*” (GM1, tabela 7) e “*Tenho*

muitas câibras nas mãos, sinto-as dormentes” (GN8, tabela 7). A gravidez trouxe também para algumas gestantes a incontinência urinária, como descrito pela gestante D. No entanto, no início da gestação, a elevada frequência urinária pode ser um sinal de gravidez, tal como assume a gestante N: *“o que mais me afetou no primeiro trimestre, o principal sintoma, que foi também pelo que eu descobri a gravidez, foi o xixi. (...) comecei a fazer muito”* (GN2, tabela 7). A frequência urinária pode ser provocada por um aumento da contração da bexiga, como indicam Silva e Figueiredo (2005). As alterações na pele podem também incluir o aparecimento das estrias, o que é comum na gravidez (Guerra et al., 2023), tal como sugerem as entrevistadas: *“agora tenho algumas estrias”* (GA2, tabela 7) e *“As estrias. Veem-se todas (...) começaram a crescer; começaram a ficar vermelhas”* (GD2, tabela 7).

Em relação às alterações psicológicas e emocionais que a mulher atravessa ao longo da gestação, as entrevistadas destacaram sobretudo a instabilidade do humor, considerando que neste período as suas *“emoções estão ao rubro”* (GD2, tabela 7). Esta instabilidade do humor na gravidez é relatada pelas gestantes através das seguintes unidades de registo: *“tu, nesta fase, tens uma alteração muito grande em ti, no teu estado de humor; e coisas que antes não te diziam nada, agora podes fartar-te de chorar...”* (GC1, tabela 7); *“Mudanças de humor (...) são muito desagradáveis. É horrível”* (GD1, tabela 7); *“Neste momento, posso pensar que gosto de ver-me, que gosto de ver como estou, e no momento a seguir dizer que não gosto disto ou daquilo. Isto varia muito ao longo do dia (...) um humor descomunal (...) É uma loucura!”* (GD3, tabela 7). Especialmente no terceiro trimestre, E admite uma maior fragilidade, referindo: *“Qualquer filme, qualquer coisa, farto-me de chorar”* (GE1, tabela 7). Esta fragilidade pode também estar associada a uma maior sensibilidade da gestante: *“Tu estás muito sensível. Importas-te muito com o que as pessoas te dizem e antes não te importava”* (GN2, tabela 7). Ferraz et al., (2021) considera que a gestante sofre também alterações no seu sistema nervoso, o que acarreta as modificações vivenciadas acima, como por exemplo, instabilidade de humor, insónia, pesadelos, aversões à comida, redução na habilidade cognitiva e amnésia. Contudo, os autores sugerem que estas transformações ainda não são bem explicadas, podendo estar relacionadas com as hormonas. De acordo com Winnicott (1988), as oscilações de humor podem ser frequentes na gravidez. O autor considera que é natural que a gestante transite da depressão para a euforia sem um motivo

aparente, uma vez que tais estados de humor não estão necessariamente associados às suas atitudes diante da gravidez.

As entrevistadas do estudo consideraram que as alterações psicológicas têm mais peso do que as mudanças do corpo. Assim, talvez a transformação vivenciada pela mulher esteja associada ao novo papel que a mesma adquire, o de mãe, papel esse que será permanente na sua vida. As gestantes indicam que há sequelas de determinadas modificações do corpo, como as estrias, que desaparecem após o nascimento do bebê. Contudo, as alterações a nível psicológico permanecem, e muitas gestantes não sabem se as mesmas irão mudar após o nascimento do seu filho. Para a mulher, a vivência psicológica de uma gravidez exige atravessar diversos desafios pessoais internos, tais como o desejo de ter um filho, a adaptação ao seu novo papel de mãe e a adaptação da sua vida pessoal, familiar e profissional, entre outras mudanças importantes. As entrevistadas indicam, assim, que existem mais alterações *“psicológicas, porque para mim essa parte mudou completamente”* (GA2, tabela 7); *“há mais alterações psicológicas do que físicas, sem dúvida”* (GA3, tabela 7); *“eu sinto que houve muita coisa que mudou, psicologicamente, durante a gravidez, e não sei se isso vai mudar quando o bebê nascer, e há outras coisas físicas (...) que vão mudar”* (GA4, tabela 7), o que contrasta com o facto de, embora as alterações físicas sejam mais visíveis, existe todo um trabalho interno da gestante para aceitar as mudanças psicológicas que uma gravidez implica.

Cada mulher, durante a gestação, cede uma atenção diferente ao seu corpo. Por isso, surgiu a categoria B4 *“A atenção concedida aos sinais do seu corpo”* (tabela 8, Anexo 4). A gestante C refere que concedeu uma maior atenção aos sinais do seu corpo, sobretudo nos primeiros meses de gravidez, devido à *“possibilidade de haver um aborto espontâneo”* (GC1, tabela 8). No caso de A, que vivenciou um aborto, é notório o maior receio da gestante em relação à possibilidade de um novo aborto na gravidez atual, o que leva a mesma a estar mais atenta aos sinais do seu corpo, nomeadamente pontadas na barriga ou na zona pélvica, zonas estas que são mais próximas da região onde se encontra o bebé. Como a própria menciona: *“no princípio, e até mesmo agora, dou uma maior atenção a tudo”* (GA1, tabela 8), continuando: *“Vou à casa de banho e estou sempre a olhar para o papel (higiénico) com muita atenção, tenho medo de qualquer sangramento”* (GA2, tabela 8). A gestante D assume: *“é uma atenção que vem logo desde o início”* (GD1, tabela 8), explicando que *“só o simples facto de, no início, antes de saberes que estás grávida, a menstruação não vir e as mamas começarem a crescer e a doer, já diz*

muito” (GD2, tabela 8), acrescentando ainda que “*as dores que tu tens na menstruação, não são as dores do início da gravidez. Sentes dores como se o período fosse descer, sim, mas não são dores normais. Se tu estás atenta ao teu corpo, percebes*” (GD3, tabela 8). Assim, é importante realçar o conhecimento que uma mulher tem do seu corpo, inclusive antes da gravidez, para também saber reconhecer possíveis sinais de alerta.

De acordo com o relato das gestantes, a atenção concedida aos sinais do corpo varia em função da etapa da gravidez e também é maior em zonas mais próximas ao espaço uterino. Solorzano et al., (2022) comprovam este resultado, uma vez que no seu estudo verificou-se que as gestantes mostravam-se mais conscientes das sensações do seu corpo nas fases iniciais e tardias da gravidez.

Murphy et al., (2019) consideram que o aumento da consciência e da atenção relativamente às sensações internas do corpo podem derivar das intensas transformações fisiológicas e hormonais que a gestante experiencia durante a gravidez. Solorzano et al., (2022) acreditam ainda que a maior atenção aos sinais do corpo pode também constituir um comportamento adaptativo no sentido de salvaguardar a saúde e a vida do feto, tal como justificou a gestante A (GA2, tabela 8). Assim, comprova-se que numa fase inicial da gravidez é maior a atenção concedida aos sinais do corpo, devido ao medo da gestante em sofrer um aborto espontâneo, enquanto na fase final da gravidez, esta atenção aos sinais do corpo pode ser maior derivada da proximidade ao parto, estando a gestante com um maior cuidado em verificar se existe algum prenúncio do início do trabalho de parto. Da Silva e da Silva (2009) sustém também a ideia de que a sensação de estar grávida pode surgir antes da confirmação clínica da gravidez. Os autores consideram que as sensações e mudanças corporais que a mulher sente no seu corpo permitem-lhe tomar consciência da existência de uma possível gravidez, tal como aconteceu com a gestante D (GD1, GD2, GD3, tabela 8).

De acordo com Noda et al., (2022), os estudos na literatura relacionados com a interocepção em gestantes são escassos. A interocepção está associada à função de perceber diretamente a informação que o corpo transmite, o que pode ser realizado através de questionários específicos para esse efeito. No entanto, e uma vez que o presente estudo não se dedica especialmente à atenção relativa aos sinais do corpo, optou-se apenas por perceber qual a atenção que cada gestante concedeu ao seu corpo e quais as zonas do mesmo onde essa atenção foi maior. Muitas vezes, as gestantes do estudo associaram dores em diversas zonas como um possível risco para o desenvolvimento do feto. A

percepção das sensações viscerais permite assumir momento a momento o estado interno do corpo, tendo em conta a intensidade, os precursores e as consequências dessas sensações. Assim, a ligação entre as sensações e as emoções e a atenção concedida a cada sensação pode determinar de que forma a interocepção contribui para a regulação do comportamento (Machorrinho et al., 2022).

De modo a perceber de que forma a mulher olhava para o seu corpo e se sentia em relação ao mesmo durante a gravidez, foi criada a categoria B5 “*A percepção da gestante acerca da imagem do seu corpo ao longo da gravidez*”. Desta categoria, fazem parte as subcategorias: “*A dimensão percetiva do corpo grávido*” (subcategoria B5.1) e “*A dimensão afetiva do corpo grávido*” (subcategoria B5.2) (inseridas na tabela 9, Anexo 4). Além disso, esta categoria permite estabelecer ainda uma comparação com a dimensão percetiva e afetiva do corpo antes da gravidez (referente ao Tema A. “*A vivência do corpo da mulher antes da gravidez*” e respetivas categorias), de modo a perceber também se a mulher possui uma maior satisfação ou insatisfação com o seu corpo antes ou durante a gravidez.

A imagem corporal está associada à percepção que um indivíduo tem do seu próprio corpo, tendo em conta a influência da cultura na qual o mesmo se insere (dos Santos et al., 2010). Durante a gestação, a imagem do corpo da mulher altera-se, o que pode provocar uma maior satisfação ou insatisfação em relação ao mesmo.

Em relação à subcategoria “*A dimensão percetiva do corpo grávido*” (B5.1), parece existir uma concordância das gestantes para uma imagem mais positiva do seu corpo durante a gravidez. Não obstante terem vivenciado algumas alterações do corpo que as mesmas consideram menos positivas, esta imagem do corpo grávido mantém-se ainda mais positiva do que a imagem do corpo antes da gravidez. As entrevistadas referem: “*Eu pensava que antes estava bem, e agora é quando realmente me vejo bem*” (GA1, tabela 9) e “*Agora vejo-me melhor*” (GN2, tabela 9). Além disso, parece que o corpo grávido trouxe também uma maior autoestima para a gestante. Por exemplo, uma das gestantes confessou durante a entrevista, que sempre teve vergonha do seu corpo. No entanto, descreve que, com a gravidez, passou a olhar para o seu corpo de outra forma. A mesma diz: “*Imagina só, até ao ponto de eu ir a uma fotógrafa tirar fotografias ao meu corpo agora... (...). Eu não publico quase nada nas redes sociais. E agora publico mais, porque são fotografias minhas de grávida*” (GD1, tabela 9).

Para além da imagem corporal mais positiva na gravidez, reconhece-se também a funcionalidade do corpo grávido, através da criação de um ser vivo dentro de si. Deve-se realçar que esta funcionalidade prevalece em relação à estética do corpo, ou seja, concede-se a prioridade do corpo para o saudável desenvolvimento do bebé, em negligência do cuidado do corpo que antes pertencia apenas à mulher. Mesmo nos casos em que uma gravidez é desejada ou planeada, a mesma implica um conjunto de desafios para a mulher, como é o caso de M. Quando a gestante possui um corpo para o qual trabalhou durante anos, torna-se difícil deixar essa imagem, para dar lugar a uma nova imagem corporal que irá mudar durante nove meses e ainda durante o pós-parto. A própria confessa que: *“estamos habituados a ter uma imagem, e (...) essa mudança de chip, de agora estares a criar um bebé, e de já não teres de te preocupar tanto com essa imagem (imagem do corpo anterior à gravidez) para mim foi um bocado difícil de largar”* (GM1, tabela 9).

Esta *“mudança de chip”* que M relata deveu-se também a uma dificuldade da mesma em lidar com *“a parte da gordura em si, porque eu já... (...) considerava que tinha o corpo com músculo, e tu sentes diminuir aquela massa muscular e ganhar outra vez a massa gorda, que não era o que eu queria, mas que é normal”* (GM7, tabela 9). Silva e Figueiredo (2005) asseguram que o processo de integração de uma nova imagem do corpo nem sempre é pacífico, já que o carácter irreversível da maternidade coloca a mulher perante emoções, sentimentos e pensamentos diferentes. Contudo, as autoras consideram que o medo associado à perda do bebé ou à perda da sua autonomia contrastam e, simultaneamente, equilibram-se com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe.

As alterações do corpo durante a gravidez alteram o olhar da mulher sob o seu corpo e requerem uma adaptação da mesma à nova imagem corporal. Esta adaptação, de acordo com o discurso das gestantes, consolida-se com o suceder dos trimestres de gestação. A gestante M menciona: *“O início, para mim, foi o mais difícil, porque eu achava... não sei... que ia conseguir manter aquela imagem ou que conseguia ir ao ginásio, como te disse, e então parece que foi mais difícil mudar o chip”* (GM3, tabela 9), *“só no meio da gravidez é que eu percebi que: “Ok, tens de te deixar de focar no peso, deixar de te focar na imagem, porque isso não é o mais importante”* (GM4, tabela 9), *“A partir do segundo trimestre, mais para o final, é que eu comecei a acreditar, pronto, que se calhar tinha de deixar tanto esta ideia do como eu me vejo, porque não dá para ter tudo equilibrado”* (GM2, tabela 9). A gestante dá esta ideia de uma adaptação à imagem

do corpo durante a gravidez que leva o seu tempo e não é imediata, de modo a consolidar as mudanças que vai vivenciando durante os nove meses. Inclusive, esta gestante menciona também um aspeto importante acerca da imagem corporal, relacionada com o facto de não ser algo estático, mas sim dinâmico, que sofre alterações. Por palavras da gestante: *“Há dias que estou melhor, que estou mais contente e depois isso afeta a forma como eu me vejo ao espelho (...). Ou há dias que simplesmente estou mais inchada, com azia e maldisposta, aí já não vou ter autoestima, vou achar que estou feia”* (GM6, tabela 9). Gandolfi et al., (2019) constataam que a imagem corporal do indivíduo se constrói no decorrer da vida, entre o nascimento e a morte, sublinhando que as transformações que o corpo sofre ao longo do tempo dependem da fase que o indivíduo se encontra.

No que toca à *“dimensão afetiva do corpo grávido”* (subcategoria B5.2), associada à forma como a mulher se sente relativamente ao seu corpo durante a gravidez, mantém-se a ideia de que existe uma maior satisfação da mulher com o seu corpo grávido, satisfação esta que é também maior em relação ao corpo pré-gravídico. Este resultado é confirmado pelo discurso das gestantes, que referem: *“Gosto do que vejo”* (GA1, tabela 9), *“sinto que me vejo melhor agora durante a gravidez, que engordei 14kg, do que antes da gravidez”* (GA2, tabela 9), comprovando que as alterações corporais decorrentes da gravidez nem sempre são vistas de uma forma negativa. A gestante A indica: *“inclusive mais gordinha, a roupa fica-me melhor; não preciso de usar recheio... sinto que tenho mais cintura, noto que a minha cara está melhor, mais cheinha...”* (GA3, tabela 9).

Porém, também ocorrem alterações corporais consideradas menos satisfatórias. A gestante C, antes de engravidar, realizou uma dieta com o objetivo de emagrecer. No entanto, a gravidez fez com que voltasse a aumentar o seu peso. Por isso, menciona: *“quando a roupa me deixou de servir, fiquei um bocadinho triste e a pensar “Afimal perdi 16 kg para nada!”* (GC1, tabela 9). Assim, entende-se que as mudanças que ocorrem no corpo da mulher são vivenciadas de distintas formas por cada uma, sendo que o que para uma gestante é positivo, para outra pode ser negativo, apesar de se tratar da mesma alteração corporal. Enquanto a gestante A indica uma maior satisfação com as mudanças que vivenciou no seu corpo, a gestante M sugere que deixou de *“gostar tanto dos meus braços, por estarem mais gordinhos”* (GM3, tabela 9), mas gostou do aumento do seu peito, assinalando: *“o peito que eu gostava de ter maior. Gostei muito”* (GM4, tabela 9). Dos Santos et al., (2010) sugerem que as mulheres tendem a considerar o aumento dos

seios uma mudança positiva, uma vez que é uma transformação que conduz a que a mulher se sinta mais feminina e sexualmente atraente.

Percebe-se, assim, que existe alguma ambivalência de sentimentos, marcada pela divisão entre a alegria de ver o corpo mudar para gerar um ser vivo dentro de si e a tristeza de vivenciar mudanças que não fazem a gestante sentir-se bem com o seu corpo. Petribú e Mateos (2017) consideram que a imagem corporal da mulher durante a gestação pode oscilar entre sentimentos do orgulho e de fecundidade e sentimentos relacionados com a deformação do corpo. Ferreira (2009) defende também esta ideia, referindo que um dos maiores temores da gravidez diz respeito às mudanças do corpo. Contudo, o autor sublinha que este temor pode também dar lugar à sensação de ser fecunda, o que gera um sentimento de orgulho em relação ao corpo grávido, sobretudo se este sentimento for partilhado pelo parceiro. Mas, se a sensação for oposta e a gestante vivenciar as alterações do esquema corporal como uma deformação, o sentimento de orgulho transforma-se, fazendo com que a mulher se sinta feia e incapaz de atrair alguém sexualmente. Se, por um lado, a gestante D indica: *“Fico feliz ao saber que se está a criar algo dentro de mim”* (GD4, tabela 9), por outro lado, a gestante N diz: *“Sinto que isto é parecido a ser uma pessoa envelhecida e é triste... Sinto-me uma velha de 70 anos”* (GN1, tabela 9). Esta ambivalência pode também gerar sentimento de culpa por não saber gerir e aceitar as mudanças que ocorrem no corpo durante a gravidez. A gestante M sublinha: *“Eu pensava, para te ser sincera, que ia ser mais fácil... (pausa) por eu querer tanto o bebé, pensava que ia conseguir lidar melhor, ou seja, ficar sem tanto sentimento de culpa... é isso, pensava que ia ser mais fácil aceitar que ia engordar, que ia ter marcas, que ia ter estrias... e não foi”* (GM1, tabela 9). Assim, embora a gravidez tenha sido planeada e desejada, este fator não é suficiente para aceitar todas as transformações que ocorrem no seu corpo durante a gravidez. E, muitas vezes, pode ocorrer a perda da própria feminilidade durante a gestação, uma vez que a mulher pode deixar de ver o seu corpo como mulher, para o ver como um corpo de mãe, com características que não a fazem sentir-se atrativa perante o seu próprio olhar. Sobre isto, a gestante E esclarece: *“o que menos gostei desta parte é que tu chegas a um ponto que não tens roupa (...). Tu chegas a um ponto em que: Olha, a minha barriga está a aumentar, que bom!”, mas por outro lado “Não tenho roupa!”* (GE1, tabela 9), acrescentando: *“Tu própria sentes que as pessoas não olham para ti da mesma maneira também por causa disso (da roupa) (...) tu chegas a um ponto em que usas uma camisa grande, uma blusa grande, umas calças*

gigantes, e então chega a um ponto em que tu não te sentes bonita, porque a roupa que tu te pões, não é bonita (...) te pões roupas que não te dizem nada” (GE2, tabela 9). Dos Santos et al., (2010) assinalam que as mudanças que ocorrem no corpo durante a gestação podem, de facto, causar sentimentos negativos em relação à gravidez. A mulher pode sentir-se feia e gorda. Todavia, os autores acreditam que estes sentimentos são compreensíveis e naturais durante este período e defendem que a valorização da mulher em relação à imagem do seu corpo pode diminuir os sentimentos negativos perante a gravidez.

Outro fator que também pode influenciar a satisfação da mulher com o seu corpo está relacionado com a satisfação da mulher em relação ao seu corpo pré-gravídico, ou seja, o corpo anterior à gravidez. Alguns estudos da literatura comprovam que as mulheres que se sentiam insatisfeitas com o seu corpo antes da gravidez, têm também tendência a sentir-se insatisfeitas com o seu corpo durante a gravidez. Por exemplo, a gestante D confessa: *“nunca gostei do meu corpo e agora também não. Mas é diferente. Eu sei que é a gravidez”* (GD1, tabela 9), *“Eu detesto o meu corpo, mas agora gosto de ver, porque é a barriga, é a gravidez”* (GD2, tabela 9), *“gosto de ver a barriga toda redondinha”* (GD3, tabela 9). Neste caso, a gestante mantém a ideia de que se sente insatisfeita com o seu corpo durante a gravidez, tal como se sentia em relação ao seu corpo antes da gravidez. No entanto, entende que é apenas uma fase e aceita as transformações que decorrem da gestação, inclusive gostando das mesmas, tal como é o caso do crescimento da barriga.

Skouteris et al., (2005), Kamysheva et al., (2008), Davies e Wardle (1994) e Clark et al., (2009) assinalam que a descoberta da gravidez influencia de forma positiva na imagem corporal, considerando que existe um relaxamento na pressão para atingir um corpo ideal durante este período. Clark e Ogden (1999) indicam que a gravidez parece legitimar o aumento da ingestão alimentar e remove ainda quaisquer intenções anteriores para comer menos. Por isso, parece que a mulher concede prioridade à sua saúde e à do feto, colocando a estética em segundo plano (Rocco et al., 2005; Chang et al., 2006).

Para algumas mulheres, a gestação é um período distante da magreza e feminilidade, acreditando que precisam ter um corpo magro para se enquadrar nos padrões de beleza socialmente estabelecidos (Loth et al., 2011). Estes autores consideram que a imagem corporal negativa é mais generalizada entre as mulheres, confirmando,

como os autores referenciados anteriormente, que a insatisfação corporal pode ser um resultado da existência de padrões sociais que valorizam o ideal magro.

A forma como uma mulher experiencia o seu corpo e a imagem que tem em relação ao mesmo varia de trimestre para trimestre (Harrison et al., 2019). Loth et al., (2011) consideram que a mulher pode experimentar maior insatisfação corporal no início da gravidez e menor insatisfação corporal no final da mesma. Este resultado não se verificou no presente estudo, uma vez que as gestantes parecem experienciar uma maior satisfação com o corpo no início da gravidez e menor satisfação no final da gravidez. Como uma das gestantes referiu, o facto de o corpo ser praticamente igual ao corpo que a gestante possuía antes da gravidez e ainda não existirem mudanças notórias, faz com que a própria não se sinta menos satisfeita com o corpo durante o primeiro trimestre. Contudo, no final da gestação, com as mudanças mais visíveis, a mulher pode sentir-se menos satisfeita com o seu corpo, embora reconheça a necessidade de o mesmo mudar para o desenvolvimento do bebé.

Não é apenas a imagem da mulher que se altera, mas também a sua funcionalidade e autonomia, o que pode influenciar a forma como a mesma olha e se sente em relação ao seu corpo. Uma das gestantes referiu, por exemplo, uma comparação do seu corpo atual, no final da gestação, com o corpo de uma pessoa “*envelhecida*” (GN1, tabela 9). Esta comparação, relacionada com a sua autonomia, pode influenciar a imagem que uma mulher cria acerca do seu corpo, embora esta reconheça a gestação como uma fase que irá passar. Richardson (1990) sugere uma explicação para este processo de ajustamento, assinalando que as mulheres vivenciam as mudanças físicas da gravidez como “transitórias” e “exclusivas da experiência de ter filhos”, o que lhes permite experimentar estas transformações sem angústia. De facto, os resultados do presente estudo, em conjunto com outros resultados existentes na literatura, como por exemplo Loth et al., (2011), indicam que existe algo na experiência de estar grávida que aumenta a satisfação da mulher com a imagem do seu corpo, o que pode beneficiar a aceitação das mudanças do seu corpo e a forma como a mulher se sente em relação a estas.

O presente estudo confirma a existência de uma imagem corporal positiva durante a gravidez, sendo também esta imagem mais positiva do que antes da gravidez, o que é também encontrado em vários estudos da literatura (Boscaglia et al., 2003; Clark & Ogden, 1999; Richardson, 1990). Além disso, o estudo de Loth et al., (2011) sugere que, apesar das alterações corporais que a mulher sofre durante a gestação, a satisfação

corporal tende ainda a ser mais elevada em mulheres grávidas do que em mulheres não grávidas. No entanto, vale ressaltar que a imagem que a mulher tinha do seu corpo anterior à gravidez, pode prever a imagem que a mulher cria do corpo durante o período gestacional (Downs et al., 2008; Clark et al., 2009). Outros estudos demonstram que, durante a gravidez, a mulher experiencia um declínio da satisfação corporal (Strang, & Sullivan, 1985; Fairburn, & Welch, 1990). Por isso, pode assim deduzir-se que as mudanças que ocorrem na gravidez têm implicações significativas na imagem que a mulher cria do seu corpo (Spinoni et al., 2023). Além disso, a não adaptação às alterações da gravidez pode causar distúrbios na imagem do corpo da mulher, o que incrementa o risco da gestante desenvolver depressão perinatal (Silveira et al., 2015; Riquin et al., 2019), com subsequentes implicações negativas nas interações mãe-filho e nas atividades de cuidado (Slomian et al., 2019).

As mudanças que ocorrem no corpo durante a gravidez podem originar na gestante o receio da irreversibilidade do corpo. Neste sentido, criou-se a categoria B6 “*O receio da irreversibilidade do corpo*” (tabela 10, Anexo 4).

Durante a gravidez, o corpo da mulher muda a sua estrutura para acolher o bebê. A gestante D, por exemplo, refere que alargou um pouco de anca (GD3, tabela 7). Por isso, pode muitas vezes surgir o medo da mulher não voltar a ter o corpo que tinha antes da gravidez. De acordo com os resultados, as gestantes partilham este receio da irreversibilidade do corpo. A gestante D afirma que tem receio de “*não voltar a ter o peso que tinha, de não conseguir fazer nada de jeito...*” (GD2, tabela 10), “*Eu gostava pelo menos de voltar ao peso que tinha*” (GD3, tabela 10). Parece que, quando existe alguma insatisfação com o corpo anterior à gravidez, o aumento de peso que a mulher experimenta na gravidez faz com que a mesma aceite melhor o peso que tinha antes da gravidez e inclusive queira voltar a ter esse peso. A gestante E ilustra esta questão, afirmando: “*eu sei que não vou perder logo a barriga do parto, não é? Mas ficar pior do que era antes...*” (GE2, tabela 10), e continua, referindo: “*se tiver a bebé e ainda continuar com barriga, vou ficar a pensar: “Olha, afinal de contas não ficou como era antes”*” (GE1, tabela 10). Por outro lado, quando a gestante se encontra satisfeita com o seu corpo anterior à gravidez, pode também existir este receio, uma vez que existe todo um trabalho prévio para manter um corpo que se modificou para acolher o bebê. A gestante M refere: “*eu sentia que estava ali com o corpo que era desejado para mim... não desejado, porque uma pessoa sempre pensa que não tem o corpo desejado, mas era*

o meu tipo de corpo e agora tenho esse receio, medo de que com o peso que aumentei não seja fácil chegar a esse peso ou voltar à rotina” (GM2, tabela 10). Noutra perspetiva, a gestante N reconhece que a recuperação do corpo após a gravidez é um processo que demora algum tempo, acreditando que *“não podemos pensar que volta tudo ao normal (...). É com o tempo*” (GN2, tabela 10). De facto, uma gravidez pode gerar mudanças no corpo que permanecem mesmo após vários anos. Porém, N acredita também que não tem receio de como o seu corpo *“fique depois de ter o bebé*” (GN1, tabela 10), pois reconhece: *“se me esforçar, sei que consigo chegar onde quero*” (GN1, tabela 10). Mas o esforço pode ser também um dos fatores que leva ao receio da irreversibilidade do corpo, pois a chegada de um bebé implica desafios pessoais para a gestante, restando pouco tempo para o seu autocuidado, sobretudo nos primeiros meses pós-parto. Como refere a gestante D: *“mesmo que tu digas: “Ah vou começar a fazer ginásio ou mesmo a fazer caminhadas, tu não vais ter tempo para isso. E esse é o meu medo*” (GD3, tabela 10).

Silva e Figueiredo (2005), entendem que a gestação altera efetivamente o curso de vida de uma mulher. A partir do momento em que a mulher engravida, não há retorno ao estado psicológico pré-gravidez, admitindo-se também a ideia de uma “irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez” (Silva & Figueiredo, 2005). Os autores consideram que esta ideia da irreversibilidade ocasiona sentimentos contraditórios para a gestante, que opõem a alegria e o desejo de ser mãe, a sentimentos de perda de autonomia. Este contraste pode ser também evidente com as alterações corporais. Simas et al., (2013) mencionam que as mudanças corporais são um dos maiores temores provocados pela gravidez, implicando também sentimentos contraditórios para a gestante. É neste momento que pode surgir o medo da irreversibilidade do corpo, com a dificuldade da gestante em acreditar que as várias partes do seu corpo podem voltar ao estado anterior da gravidez (Winnicott, 1988). Além disso, como sugerem Silveira et al., (2015), o medo da irreversibilidade da imagem do corpo pode também estar associado a níveis mais elevados de insatisfação corporal durante o pós-parto, devido ao desejo da mulher de retornar ao tamanho e padrões corporais anteriores à gestação.

Durante a gravidez, é natural o aumento de peso da gestante, fruto das várias transformações que ocorrem. Contudo, parece existir uma pressão da sociedade para a mulher não grávida manter um determinado peso, de forma a ser socialmente aceite, enquanto parece justificar-se o aumento de peso na gravidez. Por isso, surgiu a categoria B7 *“A normalização do aumento de peso*” (tabela 11, Anexo 4). Duas das seis gestantes

deste estudo sentiram que, antes da gravidez, tinham excesso de peso, sendo muitas vezes rotuladas de mais “gordinhas” e recebendo comentários negativos em relação ao seu corpo. No entanto, a gravidez parece alterar esse estigma, constituindo-se como uma espécie de “desculpa” para o aumento de peso da mulher. Considera-se normal o aumento de peso durante a gravidez, reconhecendo-se a necessidade deste aumento acontecer, mas não se normaliza o aumento de peso numa outra etapa da vida da mulher. As gestantes D e E esclarecem este aspeto durante as suas entrevistas, referindo: *“é verdade. Há muita pressão para tu teres um peso que na sociedade seja aceite. Eu nunca gostei do meu corpo. Ouvi muitas vezes certos comentários sobre o meu corpo. Mas quando estás grávida, é uma coisa normal. Tudo aumenta. Tudo cresce. Eu sei que uma coisa é ser gorda e outra coisa é estar grávida e engordar”* (GD1, tabela 11) e *“toda a gente pensa que o estar grávida é uma desculpa, vá, para eu agora me sentir mais gira, porque se não estivesse grávida, se calhar iam achar-me gorda”* (GE1, tabela 11).

Duncombe et al., (2008) mencionam que durante a gravidez reduz-se a pressão social para que a mulher se conforme aos ideais da forma corporal. Solorzano et al., (2022) consideram que, durante o pós-parto, tende a aumentar a insatisfação da mulher com o seu corpo, em comparação com o período gravídico. Durante a gravidez, a mulher prepara-se e aceita as transformações do seu corpo, entendendo que estas mudanças fazem parte de uma transição normal para o tornar-se mãe. Todavia, após o parto, a mulher pode perder a justificação do seu estado de gravidez e tende a sentir-se menos protegida da pressão social para alcançar uma determinada forma ou tamanho corporal ideal (Loth et al., 2011). É neste sentido que Justo (1994) indica que o momento do parto “representa um ganho relacional”, mas, simultaneamente, “representa uma perda, na medida em que retira à mãe os benefícios de estar grávida”.

Tema C. *A vivência da sexualidade ao longo da gravidez*

A sexualidade não é vivenciada da mesma forma por todos os casais. Assim, surgiu a categoria C1 “*A experiência da sexualidade com o parceiro*” (tabela 12, Anexo 5), de modo a perceber como a gestante vivenciou a sexualidade durante a gravidez.

Para algumas gestantes, a sexualidade durante a gravidez é prazerosa, enquanto para outras, por diversas questões, é dolorosa. A gestante D acredita na importância da sexualidade durante a gravidez, referindo: “*O simples facto de tu teres relações sexuais, faz com que tu exercites muito bem o corpo todo e faz muito bem à gravidez*” (GD7, tabela 12). A gestante C acredita que a sexualidade não é o mais importante durante a gravidez, mas destaca a relevância desta para a intimidade do casal: “*O sexo não é tudo numa relação (...) Mas é muito importante. É a intimidade do casal*” (GC5, tabela 12). Além disso, a gestante C considera que a sexualidade durante a gestação contribui também para “*eles (homens) não perderem o interesse*” (GC6, tabela 12). Contudo, para a gestante A, que por motivos de saúde não pôde manter relações sexuais com o seu parceiro, a sexualidade foi vivenciada de uma forma negativa (GA1, tabela 12), pois: “*O médico mandou-me fazer repouso absoluto (devido à placenta baixa) assim que entrei nos 2 meses de gravidez. (...) eu não pude manter relações sexuais*” (GA2, tabela 12). Por isso, a gestante e o parceiro procuraram “*outras alternativas*” (GA3, tabela 12), de modo a “*não notar essa diferença do tudo ao nada*” (GA5, tabela 12). Esta gestante admite: “*antes é verdade que tínhamos uma vida sexual muito ativa e claro, passar de ser muito ativos a encontrar-nos com nada...*” (GA4, tabela 12).

A gestante N sugere: “*É muito diferente do que era*” (antes de estar grávida) (GN1, tabela 12). A gestante M complementa, referindo: “*antes era uma pessoa ativa, e era muito mais regular do que agora, e agora sinto que isso é também uma consequência da própria alteração física, porque sinto aquele cansaço, o peso, as próprias posições já não são confortáveis nenhuma...*” (GM4, tabela 12). Percebe-se, assim, que as alterações do corpo e emocionais transformam a sexualidade da gestante e do parceiro, e não apenas o desejo sexual em si. A gestante M indica que mesmo que exista desejo, é difícil adotar uma posição sexual que conceda prazer à gestante, o que também afeta o seu parceiro, que muitas vezes tem receio de magoá-la ou ao bebé. A mesma refere: “*é preciso equilibrar o querer com o conseguir, porque às vezes tenho vontade, o apetite está lá, mas sinto ou cansaço ou porque há alguma dor que é desconfortável ou porque a barriga*

já não tem aquela dimensão que tinha e tu queres encontrar uma posição, mas também já não é fácil” (GM5, tabela 12) e acrescenta ainda que: *“para eles é mais difícil entender o que é que se está a passar no corpo do que para nós (...) se aquilo realmente me está a aleijar, se não está”* (GM10, tabela 12).

A sexualidade é também vivenciada de forma diferente de trimestre para trimestre. A gestante N diz: *“Passas por muitas fases”* (GN2, tabela 12). No primeiro trimestre, verifica-se ainda algum desejo sexual, uma vez que as alterações corporais ainda não são notórias, mas ao longo deste trimestre é possível verificar um decréscimo não só do desejo como também da frequência sexual. Especialmente para as mães primíparas, o desejo e frequência sexual podem diminuir devido ao medo de prejudicar o bebé ou inclusive do desconhecido de experimentar novas alterações e sensações no corpo que prejudicam o bem-estar da gestante. A gestante A refere: *“no primeiro trimestre, desejo nenhum, porque tinha vontade de vomitar a todas as horas, notava-me muito cansada, psicologicamente não me encontrava bem”* (GA6, tabela 12). Esta gestante referiu não ter podido manter relações sexuais com o parceiro durante a gravidez. No entanto, assume que *“se tivesse podido, de certeza que teria querido, porque deve de ser muito satisfatório... não tens medo de engravidar, acho que liberta essa coisa... essa oxitocina que precisas de libertar”* (GA8, tabela 12). A gestante N, no início da gravidez, também foi aconselhada pelo seu médico a não ter relações sexuais com o parceiro, assinalando: *“no início da gravidez, o médico disse-me para não fazer nada de nada”* (GN3, tabela 12). Contudo, com a avançar da gravidez, já pôde desfrutar da sexualidade, referindo *“No início, como era o início e estava muito assustada, não tinha tanto desejo nem vontade”* (GN7, tabela 12). A gestante C considera também que a sua *“libido aumentou”* (GC1, tabela 12), confessando que *“A toda a hora tinha vontade. Não sei se era das hormonas”* (GC7, tabela 12). A gestante D indica que *“No início tinha sempre muita vontade. Depois, essa vontade foi diminuindo, mas no início tinha mesmo muita, muita vontade”* (GD1, tabela 12), sugerindo a ideia de que existe uma diminuição do desejo e frequência sexual de trimestre para trimestre, tal como também confirma a gestante M ao dizer: *“Eu acho que foi diminuindo (o desejo e a frequência sexual) de trimestre para trimestre”* (GM7, tabela 12). A gestante E refere que *“No princípio tens mais vontade (...) Porque estás na mesma. Não aumentaste muita coisa. O corpo está mais ou menos igual”* (GE1, tabela 12). Isto é também comprovado pela gestante M, que afirma: *“no primeiro trimestre sentia-me super*

bem, ativa, o peso era quase o mesmo, a barriga era pequena, quase que nem sentes diferença...” (GM8, tabela 12).

No segundo trimestre, verifica-se um aumento do desejo sexual, o que também parece ser comprovado pelos estudos encontrados na literatura. Por exemplo, a gestante E menciona: *“No segundo trimestre, acho que aumentou a vontade de fazer sexo (...) porque também tens mais desejo”* (GE3, tabela 12).

No terceiro trimestre, pelo contrário, verifica-se um declínio do desejo e frequência sexual, tal como também confirmam outros estudos, mencionados adiante. Como indica a gestante M: *“do segundo para o terceiro trimestre foi a grande mudança”* (GM2, tabela 12). As gestantes, durante as entrevistas, relataram a dificuldade que constitui experienciar a sexualidade durante o último trimestre, especialmente o último mês, mencionando: *“agora no terceiro já não tens nenhuma vontade”* (GE4, tabela 12), *“na fase já final, é mais complicado, porque não é só o estares cansada, mas também o pensar que já falta pouco”* (GE6, tabela 12). Neste caso, a gestante considera que não é apenas o desconforto físico da gestação o que influencia a sexualidade, mas também a ansiedade em relação ao parto. A maioria das gestantes descreve a dificuldade em encontrar uma posição sexual que lhe proporcione prazer e bem-estar, o que constitui um obstáculo à relação sexual. De facto, as gestantes referem: *“com o avançar da gravidez, vai ficando cada vez mais difícil encontrar uma posição que seja confortável e isso altera a vontade...”* (GD8, tabela 12), acrescentando ainda que: *“É sempre mais fácil fazer posições de lado ou assim desse género, ou mesmo ele em cima”* (GD4, tabela 12), *“O simples facto de tu ficares em cima já custa, porque tens a barriga e o peso da barriga”* (GD3, tabela 12) e *“O simples facto de a barriga bater... dá medo de que aconteça alguma coisa”* (GD5, tabela 12). Constata-se que o tamanho da barriga é um fator que dificulta a relação sexual, mas não impede a sua realização. As gestantes mencionam *“Dificulta ali a coisa, mas aquilo faz-se na mesma”* (GC3, tabela 12), *“Algumas posições dão dores e muito desconforto”* (GD2, tabela 12), *“Agora no final já pior, por causa mesmo da barriga, que já está muito grande, do desconforto... da posição ou mesmo de não ter vontade”* (GE2, tabela 12). E, para além da posição sexual e do crescimento da barriga como possíveis obstáculos para a relação sexual, também a própria lubrificação pode causar dificuldade na sexualidade da mulher. Não foi muito referido pelas gestantes ao longo das entrevistas, mas durante a gravidez existem mudanças na flora vaginal que podem prejudicar a sexualidade feminina. Apenas a gestante M abordou este aspeto,

relatando: “*A própria zona feminina, para mim alterou um bocadinho, porque senti que tinha mais desconforto, pela parte, às vezes, da lubrificação ou até de tu sentires aquele apetite*” (GM9, tabela 12). Em determinadas ocasiões, como a gestante M expõe: “*acabas por ir pelo caminho mais fácil que é pensar: “Olha, se calhar fica para outro dia e pronto...”*” (GM6, tabela 12), não existindo relação sexual devido a alterações provocadas pela gravidez.

As alterações no corpo da gestante refletem-se na forma como esta sente que o parceiro olha para o seu corpo grávido. Como descreve a gestante M, “*o próprio desejo sexual muda, porque o próprio corpo alterou... tenho uma barriga muito maior e penso que se calhar para ele também pode ser desconfortável ou pode ele não gostar de estar como gostava de estar*” (GM3, tabela 12). A gestante C considerou que o aumento da barriga pudesse estar relacionado com o facto do companheiro não a procurar sexualmente, como a própria menciona: “*Depois de eu ter a barriga grande, teve uma altura em que ele não me dizia nada. Não me procurava, (...) eu pensava “Deve ter medo de alguma coisa” (...) é mais o medo de magoar o bebé*” (GC4, tabela 12). A gestante D indica que o companheiro também teve algum receio de ter relações sexuais, mencionando: “*ele tinha sempre mais medo de fazer, mais receio... Mas depois foi melhorando*” (GD6, tabela 12).

Assim, é possível que as transformações corporais experienciadas durante a gestação influenciem o seu sentimento de atratividade física e a sua capacidade de sedução. A gestante M diz: “*não sinto vergonha. Se calhar, naqueles dias em que eu te disse... menos positivos... sinto desconforto*” (GM12, tabela 12), acrescentando: “*não sinto vergonha porque é um corpo... é o meu, mas está só alterado*” (GM12, tabela 12). Neste caso, e embora isto não possa ser generalizado, pode-se observar que quando a mulher possui uma imagem positiva do seu corpo, não sente vergonha em relação ao mesmo, apesar da gravidez ter pressuposto mudanças difíceis de encarar. Foi o caso da gestante M que, embora desejasse a gravidez, esta trouxe modificações físicas difíceis para si por já ter o corpo que considerava o ideal e, com a gravidez, ter a consciência de que esse corpo ia ser transformado. Por outro lado, para uma gestante que tem uma imagem negativa em relação ao seu corpo, como é o caso da gestante D, pode ser mais comum o aparecimento de sentimentos como a vergonha, mesmo que a existência de uma gravidez tenha amenizado essa imagem negativa. Como a própria refere: “*Posso gostar de ver como está o meu corpo agora na gravidez, mas à frente de outra pessoa, sinto*

ainda vergonha” (GD11, tabela 12), continuando: “*acho que continuo ainda a esconder-me (...). Às vezes parece que à frente dele tenho vergonha de mostrar o corpo, mesmo estando grávida*” (GD10, tabela 12). Também a gestante E considerou que o aumento da sua barriga poderia suscitar um fraco interesse do companheiro por si, referindo: “*tu pensas “Já tenho uma barriga gigante, como é que vou chamar a atenção dele?”*” (GE7, tabela 12), o que conduzia a pensamentos como: “*Às vezes eu posso pensar que ele já não me quer*” (GE8, tabela 12). Especialmente no terceiro trimestre, podem tornar-se mais visíveis algumas alterações, nomeadamente o aumento do peso e o aparecimento de estrias, que reforçam o receio da gestante em exhibir o seu corpo. A gestante D refere: “*há outras coisas que agora têm piorado e que me faz ter vergonha ao pé dele (companheiro), como isso das estrias*” (GD9, tabela 12). Como tal, considera-se fundamental a atitude e comportamentos do companheiro não só em relação à gestação, como também em relação ao corpo da gestante, sendo primordial o respeito e sensibilidade em relação ao período de crise que pode desenrolar-se no experienciar de uma gravidez.

Assim, verifica-se uma diminuição do sentimento de atratividade física e capacidade de sedução de trimestre para trimestre. Para exemplificar este resultado, a gestante A considera que “*colocares uma roupa interior (...) não é a mesma coisa que antes...*” (GA10, tabela 12), o que é também confirmado pela gestante M, que afirma: “*esse sentimento ficou diminuído, de capacidade de sedução, da capacidade de ser atraente só de cuecas ou de soutien...*” (GM11, tabela 12).

Constata-se que, efetivamente, as transformações corporais alteram a vivência da sexualidade na gestação, o que influencia o desejo e a frequência sexual do casal. Porém, é também importante ter em conta o peso das alterações psicológicas que a mulher sofre durante a gestação e que podem também influenciar a sexualidade. A gestante N relata que o corpo se vai alterando, mas são também as “*hormonas todas...*” (GN4, tabela 12), considerando que “*a parte hormonal também afeta a cabeça. (...) Se há dias em que estou mais triste, pois não tenho vontade de nada*” (GN6, tabela 12).

Deste modo, entende-se que a sexualidade engloba vários fatores na sua construção. De acordo com Abdo (2010), a sexualidade extrapola os limites da anatomia e fisiologia humana e é considerada o principal polo da identidade e da personalidade de um indivíduo. Cruz e Oliveira (2002) consideram que a sexualidade é um comportamento entre seres humanos que engloba sentimentos, pensamentos, experiências e que está relacionada com intimidade, ternura e interação.

Anteriormente, a sexualidade, e sobretudo a sexualidade feminina, foi silenciada devido à sua ligação com o pecado. Somente existia a sexualidade como processo para conduzir ao resultado da procriação. Freud, no século XX, renovou o conhecimento existente acerca da sexualidade feminina, postulando a capacidade inata da mulher para excitar-se sexualmente e alcançar total satisfação (Reis, 2013). Nos dias atuais, a sexualidade é percebida não só como uma possibilidade de procriação, mas também como uma fonte de prazer e bem-estar (Fiamoncini & dos Reis, 2018).

A sexualidade é constituída por diversos fatores, como a intimidade e o desejo sexual, embora não necessite destes para a relação sexual propriamente dita. Basson (2005) criou um modelo circular de resposta sexual, justificando que o desejo sexual não se constitui como uma motivação necessária para o início da relação sexual. O autor considera que existem outras motivações que podem levar uma mulher a tornar-se receptiva ao sexo, concentrando-se nos estímulos sexuais. Estas motivações poderiam ser o desejo de expressar amor, dar e receber prazer físico, sentir-se emocionalmente perto do parceiro, tentar agradá-lo ou até elevar o seu bem-estar. Também Gomes (2009) considera que nem sempre o desejo sexual resulta em comportamento sexual expresso, sendo considerado um estado de sentimento subjetivo que pode ser despertado por estímulos internos e externos. Uma das entrevistadas aborda esta questão, uma vez que ao não ter relações sexuais com o parceiro por questões médicas, manifesta que sente desejo em relação ao parceiro, mas este desejo é o resultado do cuidado e da forma em que o companheiro trata de si nesta etapa mais vulnerável. A própria descreve: *“eu que não pude fazer nada (em termos sexuais), sinto que tenho muito desejo de estar com o I. e sinto que esse desejo é por como vejo o que ele é comigo, por ter sempre boas palavras para mim, por continuar a dar palmadas no rabo”* (GA12, tabela 12). Assim, apesar do desejo não resultar em comportamento sexual, este pode ser despertado por diversos estímulos externos, tais como os gestos do parceiro referidos pela gestante (*“boas palavras”, “palmadas no rabo”*), e estímulos internos também, ou seja, a forma como a gestante percebe o cuidado do parceiro.

As gestantes C e D afirmaram que a sexualidade era importante na etapa da gravidez, não apenas pelos benefícios para a gestação, mas também pela sua importância em relação à intimidade do casal, temática abordada mais adiante. De facto, Abdo (2010) confirma que a atividade sexual é extremamente importante durante a gestação. O autor indica que os sentimentos de prazer e intimidade contribuem para a interação e o bem-

estar do casal, admitindo ainda que este bem-estar possa ser estimulante para desejar uma relação sexual ou que a mulher se torne mais receptiva à iniciativa do parceiro. No entanto, em situações nas quais não é possível a relação sexual, é importante referir, como indicado acima, que também existe desejo, e que este desejo é motivado pelos sentimentos de prazer proporcionados à gestante e que não conduzem à relação sexual propriamente dita.

De acordo com Lech e Martins (2003), a gravidez é considerada um período especial, no qual a sexualidade se manifesta de uma forma diferenciada. Romagnolo (2018) entende, por isso, que cada gestante e cada casal viverá esta experiência de uma forma singular.

Deste modo, considera-se que os resultados deste estudo vão de encontro aos dados da literatura. Gomes (2009), refere que existe uma maior tendência ao decréscimo do desejo e frequência sexual à medida que a gravidez progride. Sacomori et al., (2012) indicam que este decréscimo do desejo sexual ao longo da gestação pode estar associado às mudanças psicológicas, à náusea, ao vômito, ao medo de aborto ou de prejudicar o feto ou ao cansaço, sobretudo no primeiro trimestre. No segundo trimestre, observa-se um retorno ao desejo e à frequência sexual do estado pré-gravídico (Savall et al., 2008; Gomes, 2009). Este aumento no segundo trimestre pode estar relacionado com uma maior segurança e confiança da gestante em relação ao seu próprio corpo (Leister, 2015). No terceiro trimestre, verifica-se então um decréscimo mais acentuado do desejo e do desempenho sexual (Gomes, 2009; Leister, 2015), motivado pelo desconforto, cansaço físico e, em certos casos, por motivo de contraindicação médica (Serati et al., 2010). As principais causas para a diminuição do desejo e frequência sexual no terceiro trimestre são as dores provocadas por determinadas posições sexuais e a dificuldade em encontrar outras posições mais prazerosas, o medo de magoar o bebê através do ato sexual, o medo de provocar ou antecipar o parto, o aumento do volume abdominal, a diminuição da lubrificação e a distorção da imagem corporal (Cetolin et al., 2024, Leister, 2015; Savall et al., 2008; Serati et al., 2010; Martins et al., 2007). Montenegro e Rezende (2011) consideram que existem mudanças na zona feminina que podem também limitar ou inclusive impedir a sexualidade da gestante, nomeadamente o sangramento, edema, aumento da sensibilidade vulvar e alterações do pH vaginal que podem facilitar o aparecimento de inflamações.

Verifica-se, assim, uma significativa diminuição da satisfação sexual, motivada pelas mudanças do corpo, que podem afetar a autoestima da mulher e, por sua vez, a

forma como esta perceciona o seu corpo (Sacomori et al., 2012). De facto, este último trimestre talvez possa ser considerado um dos trimestres mais difíceis para a gestante.

Durante as entrevistas realizadas, duas gestantes mencionaram a existência de dois corpos. É necessário realçar que não existem dois corpos como tal. No entanto, a existência de um bebé dentro da mulher, reforça a ideia de existir um novo corpo, o corpo de mãe, para além do que já era o corpo da mulher. Por isso, criou-se a categoria C2 “*A existência de dois corpos ao longo da gravidez: o corpo de mulher e o corpo de mãe*” (tabela 13, Anexo 5).

De acordo com o discurso das gestantes, a existência de dois corpos pode ser vista através de dois olhares: por um lado, existe um corpo de mulher, visto de uma perspectiva material e mais sensual e, por outro lado, o corpo de mãe, não sexualizado e mais ligado ao afeto e à ternura em estar a criar uma vida dentro de si e, por sua vez, uma família. A gestante M incita esta ideia, quando admite: “*eu sinto que é aquela imagem que eu diferencio...*” (GM1, tabela 13). Esta última gestante diz ainda que há “*um corpo de mãe*” (GM2) e um “*corpo meu, normal, sem uma criança*” (GM2, tabela 13). Assim, entende-se que a gestação contribui para esta divisão do corpo, pois é comum que a mulher não se sinta tão atrativa quanto antes e que a sua capacidade de sedução seja agora mais limitada, quer pela impossibilidade própria do corpo que não lhe permite movimentar-se facilmente, quer pelo aumento de peso e outras características da gravidez que contribuem para um olhar mais negativo em relação ao seu corpo. De facto, a gestante M elucida-nos sobre a sensualidade como parte do seu corpo de mulher, mas não como parte do seu corpo de mãe. Pelas suas palavras: “*às vezes é difícil eu ver essa parte sensual da mulher se tenho ali um ser, se estou a criar uma vida*” (GM3, tabela 13) e “*Se calhar para os homens (...) pode ser difícil de distanciar aquilo que é a mulher... atraente, sensual... da mulher que está a ser mãe, que está a criar a tua filha, que vai criar a tua família*” (GM4, tabela 13). Por isso, parece que a sensualidade está mais associada ao corpo de mulher, e não ao corpo de mãe.

Além disso, durante a gravidez, não é apenas o corpo da mulher o que se adapta a um corpo de mãe. A sua mentalidade e forma de pensar mudam simultaneamente, o que altera também a forma como a própria mulher olha para o seu corpo. A gestante A refere: “*há dois corpos, duas mentes, uma de mãe e outra de mulher*” (GA7, tabela 13). O corpo prepara-se para a chegada do bebé, adaptando-se para o acolher durante nove meses consecutivos. Assim, para além da preparação biológica, existirá também uma preparação

emocional e cognitiva, no sentido de disponibilizar um investimento emocional da mulher em relação ao bebê, e potencializar a criação de um vínculo com o mesmo.

Este vínculo, ao ser tão importante para o saudável desenvolvimento do bebê (Meireles & Costa, 2004), pode negligenciar o cuidado da gestante em relação a si própria. O bebê é agora uma prioridade para a gestante, e a mesma, como mulher, passa para um segundo plano. Este cenário é retratado pela gestante A, que refere: “*O bebê é a prioridade total*” (GA2, tabela 13), mas confessa: “*adoro ter esta parte de ser mãe, mas (...) não me quero esquecer da minha parte, de ser mulher*” (GA3, tabela 13). Quando a gestante refere “*esquecer*”, isto pode estar associado a várias atividades e experiências de vida que a mulher deixou de vivenciar aquando da notícia da gravidez, no sentido de proteger o bebê e a gestação. Esta gestante indica: “*estou a conhecer uma nova eu, mas tenho medo de me esquecer daquilo que eu era antes da gravidez*” (GM5, tabela 13), uma vez que “*Para além de mãe, sou mulher, sou jovem, sou namorada, sou irmã...*” (GM6, tabela 13).

No estudo de Araújo et al., (2012), sobressaiu também a ideia da existência de dois corpos durante a gravidez. Os autores constataram que apesar de ser um único corpo, as mulheres expressaram uma divisão entre o seu corpo enquanto mãe, isto é, durante a gravidez, que pode ser mais gordo e aceite naturalmente pela sociedade, e a idealização de um corpo de mulher compatível com padrões estéticos de um corpo magro, nomeadamente depois do nascimento.

Existem fatores que contribuem para uma melhor vivência da sexualidade e, por outro lado, que a dificultam ou tornam numa experiência negativa. Os mitos e tabus existentes acerca da sexualidade durante a gestação são, de facto, um dos fatores que pode contribuir ou prejudicar a vivência da sexualidade entre a gestante e o seu companheiro durante a gestação. Neste ponto, surge a categoria C3 “*Os mitos/tabus da sexualidade*” (tabela 14, Anexo 5).

A maioria das entrevistadas escutaram comentários sobre a sexualidade na gravidez, o que teve impacto na forma como a vivenciaram, mesmo tendo consciência de que muitos desses comentários eram apenas mitos e não correspondiam à verdade e à realidade. Estes mitos estão associados ao facto da relação sexual poder magoar o feto ou inclusive prejudicar a gravidez, o que pode ser partilhado pelo companheiro da gestante. No caso de E, a gestante refere: “*cheguei a ouvir muita gente dizer que não tinha relações*

sexuais com o parceiro, porque o parceiro tinha medo de magoar o bebé e coisas assim” (GE1, tabela 14). Outras gestantes receberam comentários como: *“O facto de a relação sexual fazer mal ao bebé ou mesmo a ti e à gravidez”* (GD1, tabela 14), ou *“As pessoas tentavam dizer: ‘Ai não façam relações com posições muito diferentes, estejam sempre deitados, porque isso pode fazer mal’*” (GM1, tabela 14).

Este tipo de comentários contribui para que as gestantes tenham relações sexuais sobretudo na mesma posição, especialmente a posição de missionário. Por isso, parece importante realçar a importância das aulas de preparação para o parto, distribuídas pelas unidades de saúde, no sentido de melhorar a perceção da gestante acerca da temática da sexualidade na gravidez e poder responder às suas dúvidas. Como a gestante A corrobora: *“eu tive aulas de preparação para o parto, e (...) não passa nada, o bebé não fica mal quando há relação sexual, que as relações sexuais até podem ter benefícios”* (GA3, tabela 14). Também a gestante M aludiu ter assistido a aulas de preparação para o parto, o que contribuiu para uma melhor compreensão da sexualidade durante a gravidez, desfazendo as ideias de vários mitos aqui expostos. Efetivamente, Rocha et al., (2014), observam que muitas mulheres, por uma questão de vergonha ou constrangimento não perguntam diretamente sobre a sexualidade durante a gestação. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde invistam na sua comunicação nesta temática durante as consultas, no sentido não só de dissipar medos infundados e esclarecer possíveis dúvidas e crenças da gestante sobre o sexo na gestação, como também para melhorar a função sexual das mulheres neste período (Rocha et al., 2014).

Cruz e Oliveira (2002) acreditam que os mitos são concebidos com o propósito de expressar o modo de pensar de uma determinada sociedade e são transmitidos de geração em geração. Por outro lado, o tabu já incita a algo misterioso e, sobretudo, proibido, como refere Freud (1999).

Rocha et al., (2014), consideram que determinadas crenças, mitos e tabus ou inclusive o desconhecimento do corpo, podem conduzir à diminuição do desejo e frequência sexual. A existência de crenças que defendem que o sexo durante a gravidez pode prejudicar o bebé ou inclusive comprometer a própria gravidez, podem, por vezes, estar relacionadas com o desconhecimento da gestante e também do parceiro, acerca da anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino (Ribeiro et al., 2017). Esta crença surge do equívoco de que o pénis pode penetrar a cavidade uterina e prejudicar efetivamente o feto (Ribeiro et al., 2017).

Tema D. *O lugar da intimidade ao longo da gravidez*

A gravidez prepara o relacionamento para a chegada de um novo membro, cuja entrada inicia-se no momento do parto. O bebé constrói o seu espaço no corpo da mulher e no imaginário dos pais, que desenvolvem fantasias acerca do seu filho. Por isso, constata-se que a transição para a parentalidade carregue níveis de stress para os pais e, naturalmente, para a gestante, o que implicará uma reorganização dos seus papéis (Silva & Figueiredo, 2005). Assim, a gravidez representa um desafio na preparação para um relacionamento triádico e, ao mesmo tempo, a manutenção de um relacionamento diádico entre a gestante e o seu companheiro (Silva & Figueiredo, 2005).

Neste sentido, surge a categoria D1 “*A intimidade do casal*” (tabela 15, Anexo 6). Observa-se que, durante a gravidez, a intimidade do casal altera-se, o que representa também mudanças no relacionamento conjugal. A gestante M exemplifica esta mudança, através do seu discurso: “*Eu acho que a intimidade passa de ser só nossa, só nós os dois, para ser uma intimidade quase a três*” (GM2, tabela 15), “*Se estivermos nós os dois, na sala ou no quarto, ele está também com a atenção na barriga, faz questão de falar com a barriga, e isto parece que não, mas torna-se uma intimidade mais conjunta, porque deixa de ser só nós os dois, não existe só nós os dois já, e acho que isso é importante para o próprio fortalecimento daquela relação, que é o facto de sermos pais*” (GM3, tabela 15), revelando assim que há “*um cuidado diferente*” (GM1, tabela 15). Isto significa que a gravidez concede um espaço de preparação para a chegada de um novo membro à intimidade do casal, o que pode fortalecer ou enfraquecer a sua união.

No caso deste estudo, as gestantes mencionaram que a gravidez tinha reforçado a intimidade do casal. No entanto, observa-se que, antes da gravidez, a intimidade do casal já era sólida. As gestantes afirmaram: “*a intimidade não piorou quando te digo que existe esta mudança (...). Para mim, ficou melhor, porque é o que já é, estamos-nos a adaptar com o facto de: “Vamos ser 3”*” (GM4, tabela 15), “*Eu acho que nós já éramos muito unidos, sempre senti isso. Mas aproxima mais no sentido de: “Ok, isto é real, vamos criar agora a família”*” (GM5, tabela 15), “*eu oiço muita gente dizer que os filhos afastam o casal, mas eu e o M., temo-nos tornado próximos, e nós já éramos próximos, mas ainda mais próximos*” (GC1, tabela 15), “*essa intimidade reforçou-nos mais como casal*” (GA4, tabela 15). Assim, observou-se que a gravidez reforçou a intimidade do casal e, por sua vez, concedeu um espaço para a preparação da chegada do bebé ao relacionamento.

Para além da gravidez, a intimidade do casal também pode ser reforçada por outras vivências conjuntas do casal. No caso da gestante A, que sofreu um aborto na gravidez anterior, ter o apoio do parceiro foi algo fundamental para si. Como a própria indica: *“Com o I., desde sempre, apoiámo-nos muito um ao outro, talvez mais um pouco depois do aborto e isso tem muita influência”* (GA3, tabela 15). De acordo com as gestantes, parece que a união e o apoio do parceiro é uma das formas de intimidade mais importantes, sobretudo nesta etapa da vida da mulher. A gestante D menciona que *“é importante tu teres apoio, teres alguém que esteja ao teu lado”* (GD2, tabela 15), sobretudo o apoio do parceiro, como diz a gestante A: *“neste momento, é fundamental o parceiro, porque afinal isto é uma coisa dos dois”* (GA1, tabela 15).

Fiamoncini & dos Reis (2018) consideram que a gravidez pode favorecer ou prejudicar o relacionamento do casal. As gestantes do estudo reconheceram a importância da intimidade emocional para um bom relacionamento. Embora acreditem na importância da sexualidade como uma forma de intimidade física com o parceiro, consideram que a intimidade emocional tem um peso maior na construção de um relacionamento saudável, especialmente nesta etapa. Neste sentido, a gestante M referiu: *“acho que faz mais sentido eu e o J. continuarmos a ser íntimos e dar-nos super bem e só compreendermos que é uma fase pior ou um dia melhor ou pior do que propriamente sermos sexualmente muito ativos, regularmente, todos os dias, e depois não existir a parte da compreensão, da intimidade, do apoio”* (GM7, tabela 15).

Podem existir relações onde a sexualidade é mais importante do que a intimidade emocional, mas considera-se que é a intimidade emocional o que conduz a um relacionamento saudável e duradouro. Por exemplo, nos casos em que não é possível ter relações sexuais durante a gravidez, se a sexualidade for o mais importante para ambos, o elo que os une será enfraquecido. Como consequência, a mulher pode sentir-se desamparada nesta etapa da gestação, o que pode contribuir para uma perceção mais negativa de si e do seu corpo. Por outro lado, quando a intimidade emocional tem um peso maior do que a intimidade física, apesar de não existir relação sexual durante a gravidez, o casal procura outras alternativas e apoia-se mutuamente, fazendo com que a gestante se sinta valorizada no seu momento mais vulnerável, como descreve a gestante A: *“Demo-nos conta de que não é preciso ter relações sexuais (...) para estar tão unidos como estamos”* (GA5, tabela 15), uma vez que *“É mais importante sentir-te valorizada*

no teu momento mais vulnerável, do que estar sexualmente com o teu companheiro” (GA6, tabela 15).

Calegari (2004) indica que atualmente o que mais se necessita é a intimidade emocional. O autor refere que hoje é fácil criar intimidade física, mas este tipo de intimidade não cria vínculos e muito menos suporta relações amorosas estáveis. De acordo com Calegari (2004) não somos íntimos de todas as pessoas que conhecemos. Com determinadas pessoas, mantém-se uma cordialidade socialmente aceitável. A intimidade emocional inicia-se quando o indivíduo é visto e escutado, ativando os seus sentimentos e emoções. Calegari (2004) menciona que a intimidade emocional “acontece quando existe um Eu que se expressa e tem no outro um Tu que o recebe, se deixa tocar e tem uma resposta emocional para dar”. A intimidade emocional “é o momento onde o Eu e o Tu existem e se reafirmam. O Eu é sustentado quando existe um Tu que o recebe e o reafirma, e o Tu pode emergir quando existe um Eu que se expressa e se comunica” (Calegari, 2004). Por isso, entende-se que a inexistência da intimidade emocional seja um reforço negativo para a preservação da relação.

Esta intimidade depende de ambos membros do casal para ser garantida, mas a disposição de abrir-se perante o outro é da responsabilidade individual de cada um. Assim, não se descarta a importância da intimidade física, mas a procura por relações significativas implica a existência de intimidade emocional. E, como explica o autor, um dos passos para cultivar a intimidade emocional está justamente associado à observação das sensações corporais, sentimentos e emoções do indivíduo, no sentido de se conhecer a si próprio e poder expressar-se perante o outro (Calegari, 2004). Além do mais, este estudo pretende focar-se na vivência corporal. E, sendo a gestação uma das experiências com mais mudanças a nível do corpo, a intimidade, como proximidade em relação ao outro, também concerne ao corpo e à sua vivência. De acordo com Levy (2017), o corpo desempenha um papel central nas experiências de intimidade, sendo esta uma experiência sobretudo emocional.

No sentido de perceber se as manifestações de afeto (beijos, carícias, abraços, entre outros) contribuem para reforçar a intimidade do casal e, sobretudo, para melhorar a forma como a mulher se sente em relação ao seu corpo durante a gravidez, criou-se a categoria D2 “*O lugar das manifestações de afeto na intimidade*” (tabela 16, Anexo 6).

A gestante N indica que a necessidade de afeto “*está muito associado à parte hormonal e a como tu te sentes de dia para dia*” (GN4, tabela 16), acrescentando ainda que: “*se estás mais em baixo e te demonstram carinho, vais melhorar*” (GN2, tabela 16) e “*Noutros dias em que estás melhor, que estás mais alegre, não dás tanta importância a essa parte*” (GN3, tabela 16). Neste sentido, talvez as manifestações de afeto e a importância em relação a estas seja influenciada pelo estado de humor da gestante. Contudo, verifica-se que as manifestações de afeto do parceiro podem auxiliar a gestante a ultrapassar estados de humor que as mesmas considerem negativos, o que pode também reforçar a união do casal e, por sua vez, a intimidade de ambos.

As gestantes do estudo coincidiram nas suas respostas quanto à importância das manifestações de afeto, referindo serem fundamentais durante a gravidez. A gestante A considera que o facto de ela estar a cuidar de um bebé dentro de si, desencadeava também uma necessidade de cuidado em relação a si própria. Como a mesma refere: “*Sim, sim (uma maior necessidade de afeto). É verdade. É como se precisasses... como eu tenho tanto cuidado em relação ao bebé, é como se eu precisasse que também alguém cuide de mim*” (GA1, tabela 16). Outras gestantes afirmam: “*eu acho que é importante (a intimidade, o carinho) e que faz falta, sim*” (GC1, tabela 16), “*Sim. Tens mais necessidade disso durante esta etapa, de ouvir uma coisa carinhosa, dele estar sempre “levantando-te” (subir o ânimo)*” (GE1, tabela 16).

Além disso, é curioso como a gravidez altera a necessidade de afeto de uma mulher, fazendo com que esta sinta mais necessidade de receber afeto do companheiro, mesmo quando antes da gravidez não era uma pessoa que desse relevância ao afeto. Como refere M: “*Não sei se foi por causa das minhas hormonas (risos) ou se foi por ter uma personalidade já diferente dentro de mim, mas eu não era nada de precisar de afeto, nem de mimos, nem de nada disso*” (GM1, tabela 16), mas “*Eu acho que agora já preciso muito mais de carinho, de atenção...*” (GM2, tabela 16). De facto, as hormonas desempenham um papel importante no estado de humor da mulher. Mas, como a gestante M refere, talvez a existência de um bebé a partilhar o seu corpo, com uma personalidade diferente, possa também alterar a personalidade da gestante durante a gravidez, tornando-a alguém com maior necessidade de afeto do parceiro.

Durante o primeiro trimestre, o feto ainda não é sentido, mas como refere Biscaia e Sá (2004), já influencia a mãe, modificando os seus sentimentos, o equilíbrio hormonal, os gostos e os seus desejos. Além disso, é ainda mais importante o afeto do parceiro se

for um afeto espontâneo, sem necessidade de ser requerido pela gestante, como menciona a gestante A, ao dizer: *“não me sinto mal porque tenho de lhe pedir para ser mais atento, não sinto isso, porque foi algo que veio dele, foi espontâneo”* (GA2, tabela 16).

De facto, Prado et al., (2013), afirmam que durante a gestação a mulher torna-se emocionalmente mais lábil e mais ávida por apoio, carinho e compreensão. Para Basson (2005), o investimento nas carícias pode trazer maior satisfação sexual e proporcionar uma maior intimidade emocional entre o casal.

Gomes (2009), no seu estudo, destaca que quando um casal não pode ou não quer ter relações sexuais durante a gravidez, a necessidade de intimidade pode assumir diversas expressões, tais como o carinho e o afeto, que não conduzem necessariamente ao ato sexual. Assim, percebe-se que determinados sinais de afeto, como por exemplo o ato de beijar, abraçar, acariciar ou massagear são formas válidas de expressar a sexualidade, mas também de incrementar a intimidade emocional entre o casal. Silva (2014) assinala ainda que esses sinais de afeto assumem uma maior importância durante a gestação. De acordo com Oliveira (2008), a expressão de afetos é muito importante para a manutenção da qualidade do relacionamento conjugal. Colman e Colman (1994) indicam que “a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, torna-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros”. Neste sentido, os autores consideram que a gestante necessita de receber mais do que dar apoio emocional, ou seja, tem uma maior necessidade de carinho e afeto para que, mais tarde, possa transferi-los ao bebé (Colman & Colman, 1994).

Conclusão

O presente trabalho teve como principal objetivo compreender a vivência do corpo da mulher durante a gravidez. Com a realização das entrevistas, foi possível aprofundar esta temática, de modo a criar dados mais atualizados e incentivar investigações futuras sobre o tema.

De acordo com os resultados obtidos, entende-se que a vivência corporal de uma gestação é idiossincrática, vivendo cada gestante as alterações de forma única.

A partir do objetivo principal de compreensão da vivência corporal da mulher grávida, surgiram cinco objetivos específicos, designadamente, entender a forma como cada mulher vive as alterações que ocorrem no seu corpo, compreender o impacto que tem, na vivência do corpo, a existência de um bebé a desenvolver-se dentro dele, explorar a imagem corporal da mulher e a forma como esta se altera ao longo da gravidez, explorar a satisfação da mulher com o seu corpo ao longo da gestação e compreender a vivência da sexualidade e da intimidade, tendo em conta as alterações corporais subjacentes ao período gestacional.

No que se refere ao impacto das alterações no corpo da mulher durante a gestação, os resultados indicam que existe alguma ambivalência no que toca à aceitação das mesmas. As gestantes consideram algumas mudanças no seu corpo como positivas, mas mostram-se simultaneamente insatisfeitas com outras alterações. Se, por um lado, o aumento dos seios é considerado uma mudança positiva, que ajuda a mulher a sentir-se mais atraente e feminina, por outro lado, o aumento de peso é encarado como uma transformação corporal que pode ocasionar a deformação do corpo. Por isso, entende-se que a imagem que a mulher tem do seu corpo irá influenciar a forma como a mesma se sente e observa as alterações que ocorrem durante a gravidez.

Relativamente à existência de um bebé dentro do corpo, com o qual a mulher partilha ou divide o seu corpo, os resultados mostram que as gestantes notam esta partilha do corpo no seu dia a dia, sobretudo na fase mais avançada da gravidez. A existência de um bebé dentro do corpo da mulher traz um misto de sentimentos para a mesma. Por um lado, a alegria de estar a criar um ser vivo dentro de si e poder adotar um novo papel, de mãe, e, por outro lado, a angústia, a tristeza e a nostalgia de enfrentar situações que colocam em causa não só a imagem do seu corpo, como também a sua autonomia e inclusive dão lugar a receios, como o medo da irreversibilidade do corpo.

No que diz respeito à imagem corporal da mulher durante a gestação, os resultados do estudo indicam que as gestantes manifestam uma imagem corporal mais positiva durante a gestação. Apesar de existirem mudanças corporais que as gestantes consideram negativas e que provocam alguma insatisfação com o seu corpo, parece que esse facto não altera a existência de uma imagem corporal positiva durante a gravidez. Além disso, os dados obtidos realçam que esta imagem positiva do corpo na gravidez tende a ser também mais positiva do que a imagem que a mulher tinha do seu corpo antes da gravidez. Assim, é possível observar que existe uma maior satisfação da mulher com o seu corpo durante a gravidez, embora algumas mudanças corporais sejam encaradas como negativas.

No que concerne à vivência da sexualidade durante a gravidez, os resultados vão ao encontro de outros estudos, que consideram que existe um decréscimo do desejo e da frequência sexual de trimestre para trimestre, sobretudo pela vivência de diversas alterações corporais e emocionais. Além disso, a existência de mitos e tabus pode também ser um fator que prejudica a sexualidade.

Quanto à intimidade do casal, os resultados demonstram que a gravidez permitiu uma maior união da gestante com o seu parceiro. As gestantes consideram importante a vivência sexual do casal, mas priorizam a intimidade emocional de ambos. Esta etapa da vida da mulher concedeu também uma maior sensibilidade à gestante, que necessitou de uma maior necessidade de atenção, carinho e apoio emocional por parte do parceiro. Assim, entende-se que a gravidez não implica apenas mudanças a nível corporal para a mulher, mas também a nível da organização familiar, o que provoca também alguma nostalgia à gestante, já que com o decorrer da gestação, aproxima-se também a vivência dos *“últimos momentos a dois”* (GM6, tabela 15).

O presente estudo apresenta também algumas limitações. Ao ser um estudo de natureza qualitativa e com uma amostra relativamente baixa, não é permitida a generalização dos resultados. A recolha dos dados foi efetuada em períodos em que a gravidez se aproximava da fase final, no sentido de conseguir explorar os três trimestres. Contudo, a forma como os pensamentos e sentimentos acerca do corpo foram abordados pode ser enviesada, visto que os receios atuais por ser a etapa final da gravidez, poderiam afetar a forma como a mulher vivenciou o seu corpo no primeiro trimestre e ao longo de todo o restante período gestacional. No que concerne à recolha dos dados, a investigadora foi também entrevistadora e o único instrumento de análise de dados, o que poderia

enviesar os resultados do estudo. Não obstante, a credibilidade do estudo foi assegurada pela transcrição de excertos do discurso das entrevistadas, bem como pela revisão das orientadoras.

Este estudo reforça a necessidade futura de existência de cuidados pré-natais mais centrados na experiência subjetiva da gestante. Os resultados obtidos demonstram que a gestação implica transformações intensas para a gestante, não só a nível corporal, mas também psicológico e social. As mudanças que ocorrem no seu corpo sugerem a necessidade de integração de uma nova imagem corporal, o que pode validar a necessidade de um acompanhamento e eventual intervenção psicológica, no sentido de favorecer uma melhor e mais saudável adaptação à gestação e às alterações vivenciadas. As alterações na relação do casal durante esta etapa, podem sugerir a importância de incluir o parceiro nos programas de preparação para a parentalidade, ministrados nos centros de saúde e dos quais fizeram parte algumas das gestantes deste estudo.

Neste sentido, e de modo a aprofundar o tema do estudo em questão, é necessário realizar mais investigações sobre a vivência corporal da mulher durante a gestação. Poderiam ser efetuados estudos com uma faixa etária diferente, bem como a mulheres que já tivessem vivenciado uma gestação anterior, e localizadas em áreas geográficas mais diferentes, no sentido de perceber se haveria diferenças significativas na forma como cada mulher experiencia o seu corpo durante a gravidez, e quais os aspetos que poderiam influenciar essa mesma vivência. Além disso, no presente estudo é explorada a intimidade e a sexualidade com o parceiro ao longo da gravidez, na visão da mulher. Estudos futuros poderiam abordar também a visão do parceiro durante a gestação, de modo a perceber as eventuais diferenças em termos de perceção da sexualidade e da intimidade nesta etapa. Neste estudo, apenas uma gestante vivenciou uma situação de aborto numa gravidez anterior, o que alterou o significado desta nova gravidez e se traduziu numa vivência diferente do seu corpo grávido e da sua representação da gravidez. Estudos futuros poderiam abordar situações traumáticas e de doença que as gestantes vivenciaram numa gravidez anterior, e de que forma essa experiência alterou o sentido e significado desta nova gestação e do seu corpo. Os novos estudos a serem realizados, podem adotar tanto metodologias qualitativas como quantitativas.

Referências Bibliográficas

- Abad, A., & Abad, T. M. (2022). Análise de conteúdo na pesquisa qualitativa. *Alternativas cubanas en Psicología*, 10(28), 24-32.
- Abdo, C. (2010). *Sexualidade humana e seus transtornos* (3ª Ed.). São Paulo: Leitura Médica.
- Araújo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. R., & Silva, L. C. F. P. D. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 552-558.
- Barbosa, R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto).
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, C., Costa, C., Rosa, K., & Serra, S. (2022). Os Benefícios do Método de Pilates na Gestação: um estudo bibliográfico. *Revista Cathedral*, 4(1), 13-23.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172(10), 1327-1333.
- Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.
- Biscaia, J., & Sá, E. (2004). A gravidez no pensamento das mães. In E. Sá (Org.), *A maternidade e o bebé* (13-21). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43, 42-45.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris: Psychologie d'aujourd'hui.

- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Calegari, D. (2004). Intimidade emocional. In J. H. Volpi & S. M. Volpi (Orgs.), 1ª Convenção Brasil Latino América e 9º Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais (pps. 1-9), Foz do Iguaçu.
- Carlomagno, M. C., & Rocha, L. D. (2016). Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, 7(1), 173-188.
- Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A. R., Hueppchen, N. A., Weiss, P. M., Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Herbert, W. N. P., Laube, D. W., & Smith, R. P. (2019). *Obstetricia y ginecología*. Holanda: Wolters Kluwer.
- Cetolin, S. F., Simon, C., Mello, E., Franzosi, T. S., Oliveira, L. A., Trissoldi, L. P., & Beltrame, V. (2024). Emoções à flor da pele: Alterações emocionais no terceiro trimestre de gravidez. *Psicologia e Saúde em debate*, 10(2), 366-378.
- Chang, S. R., Chao, Y. M., & Kenney, N. J. (2006). I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth*, 33(2), 147-153.
- Clark, M., & Ogden, J. (1999). The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. *International Journal of Obesity*, 23(1), 18-24.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.
- Coelho, M. (2016). *O Enfermeiro Especialista na promoção da sexualidade na gravidez*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Colman, A. D. & Colman, L. L. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature reviews neuroscience*, 3(8), 655-666.

- Cruz, A. C. N. & Oliveira, S. M. P. (2002). *Sexualidade do adolescente: um novo olhar sem mitos e preconceitos*. (Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Pedagogia, Universidade da Amazônia, Belém).
- Cruz, M. D. F. (2012). *Vivências da sexualidade durante a gravidez* (Trabalho para obtenção do grau de Licenciado, Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima).
- Crossland, A., Kirk, E., & Preston, C. (2022). Interoceptive sensibility and body satisfaction in pregnant and non-pregnant women with and without children. *Scientific Reports*, 12(1), 1-14.
- da Silva, L. J., & da Silva, L. R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Revista de Enfermagem*, 13(2), 393-401.
- Davies, K., & Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), 787-799.
- Denmark F, L. & Paludi M. (1993). *Psychology of women: A handbook of issues and theories*. Westport: Greenwood Press.
- de Souza Minayo, M. C., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes Limitada.
- dos Santos, J. C., Aparecida Alves, A. M., de Souza, M. A. B., & Gama, M. L. D. (2010). A percepção da gestante quanto às mudanças corporais decorrentes da gravidez. *Enfermagem Brasil*, 9(1), 29-33.
- Downs, D. S., DiNallo, J. M., & Kirner, T. L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 54-63.
- Drehmer, M. (2010). *Ganho de peso gestacional, desfechos adversos da gravidez e retenção de peso pós-parto*. (Dissertação de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em revista*, (24), 213-225.
- Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J., & Kelly, L. (2008). How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *J Health Psychol*, 13(4), 503-515.
- Facco, D., & Kruehl, C. S. (2013). “O meu corpo mudou tão depressa”: as repercussões da gravidez na sexualidade feminina. *Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas*, 14(2), 141-155.
- Fairburn, C. G., & Welch, S. L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 153-160.
- Felix, N. A. R., & Ceolim, M. F. (2023). O sono nos trimestres gestacionais: um estudo longitudinal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, 1-10.
- Fernández-Sola, C., Huancara-Kana, D. Granero-Molina, J., Carmona-Samper, E., López-Rodríguez, M. M., & Hernández-Padilla, J. M. (2018). Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 305-312.
- Ferraz, B. A., Masotti, C. G., Benetti, F. A., Estevão, A., & Castiglione, M. (2021). Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 32(1), 39-49.
- Ferreira, A. C. F. P. (2009). *Psicodinamismos de grávidas com gestação de alto risco por Diabetes Mellitus pré-gestacional*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).
- Fiamoncini, A. A., & dos Reis, M. D. M. F. (2018). Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 29(1), 91-102.

- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, M. L. P. B. (2008). *Análise de conteúdo* (3ª Ed). Brasília: Líber Livro.
- Freitas, A. L. S., Monteiro, I. B., Silva, L. F., Rosa e Vieira, T. V., & Costa e Silva, A. L. (2025). Psicologia Perinatal: uma revisão bibliográfica dos aspectos psicológicos da gestação, parto e pós-parto. *Revista Master-Ensino, Pesquisa e Extensão*, 10(19), 1-9.
- Freud, S. (1999). *Totem e Tabu*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gandolfi, F. R. R., Gomes, M. F. P., Reticena, K. O., Santos, M. S., & Damini, N. M. A. V. (2019). Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 27(1), 126-131.
- Garner, D. M. (1997). Body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30-46.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª Ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomes, M. C. R. (2009). *Alguns factores que influenciam o desejo sexual do casal durante a gravidez*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa).
- Gonçalves, G. B., Rodrigues, E. M., de Siqueira, G. F., Alves Filho, R. P. P., Ferreira, R. R. M., Correia, R. M., Silva, L. M., & de Freitas, J. S. (2022). A sexualidade na gestação e seus impactos na qualidade de vida das gestantes: uma revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(4), 16696-16706.
- Guerra, V. M., Nascimento, A. S., Duarte, C. M. B., & Francisco, N. O. (2023). *Gestação e maternidade: a visão da psicologia*. ES: EDUFES.
- Harrison, M. E., Obeid, N., Haslett, K., McLean, N., & Clarkin, C. (2019). Embodied motherhood: Exploring body image in pregnant and parenting youth. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(1), 44-50.
- Jawed-Wessel, S., Santo, J., & Irwin, J. (2019). Sexual activity and attitudes as predictors of sexual satisfaction during pregnancy: a multi-level model describing the

- sexuality of couples in the first 12 weeks. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 843-854.
- Justo, J. (1994). *A evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. (Dissertação de Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa).
- Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2008). Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: the relationships among physical symptoms sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*, 5(2), 152-163.
- Kračun, I., Tul, N., Blickstein, I., & Velikonja, V. G. (2018). Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(3), 335-340.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lee, R. E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16(3), 192-205.
- Lech, M. B. & Martins, P. C. R. (2003). Oscilações do desejo sexual no período gestacional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(3), 37-46.
- Leister, N. (2015). *Função sexual na gestação e após o parto: estudo de corte*. (Dissertação de Doutorado da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).
- Levy, R. (2017). Intimidade: o dramático e o belo no encontro e desencontro com o outro. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(3), 111-132.
- Lima, J. A., & Pacheco, J. A. (2006). *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto: Porto Editora.
- Loth, K. A., Bauer, K. W., Wall, M., Berge, J., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body image*, 8(3), 297-300.

- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. R. (2012). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (10ª Edição). Rio de Janeiro: ABDR.
- Machorrinho, J., Veiga, G., Santos, G., & Marmeleira, J. (2022). Embodiment: Features, Measures, and Importance in Intimate Partner Violence. In *Handbook of Anger, Aggression, and Violence* (1-21). Cham: Springer International Publishing.
- Maiellano, B. (2020). Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *JONNPR*, 5(10), 1106-1117.
- Maldonado, M. T. (1986). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes Editores.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Marchiori, V. (2022). Sexualidade de Mulheres Durante a Gestação: abordagem considerando as questões de gênero e disfunções. *ABRASEX*, 1, 57-70.
- Marcos, C. M. (2017). O desejo de ter um filho e a mulher hoje. *Trivium-Estudos Interdisciplinares*, 9(2), 246-256.
- Martins, S., Gouveia, R., Correia, S., Nascimento, C., Sandes, A. R., Figueira, J., Valente, S., Rocha, E., & Silva, L. J. (2007). Sexualidade na gravidez: Influência no bebê? Mitos, atitudes e informação das mães. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(4), 369-378.
- Medeiros, M. S., Costa, V. B., & Santos, T. M. M. G. (2013). Sexualidade na gravidez: Vivências de gestantes. *Revista Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi*. 6(4), 34-43.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2004). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, 18(2), 75-98.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B. D., & Ferreira, M. E. C. (2015). Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37, 319-324.

- Mendes, R. M., & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de pesquisa*, 47(165), 1044-1066.
- Mensch, J. (2008). Violence and embodiment. *Symposium*, 12(1), 4-15.
- Minayo, M.C.S. (2015). *O desafio do conhecimento* (14ª Ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, (40), 11-25.
- Montenegro, C. A. B. & Rezende, J. F. (2011). *Obstetrícia fundamental* (12ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morán Bayón, Á., López Sosa, C., Hernández Correa, C., Trigo González, A., & Alonso Sardón, M. (2022). ¿Ha variado la sexualidad en el embarazo? Generación baby boom versus generación millennial. *SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen. (Ed. Impr.)*, 245-251.
- Moreira, S. N. T., Silva, C. A. N., Tertulino, F. F., Tertulino, F. M. F, Vilar, M. J. P., & Azevedo, G. D. (2006). Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(2), 14-19.
- Munno, S. (2022). Práticas Sexuais e Tabus Durante o Período de Gestação. *ABRASEX*, 1, 71-80.
- Murphy, J., Viding, E., & Bird, G. (2019). Does atypical interoception following physical change contribute to sex differences in mental illness?. *Psychological review*, 126(5), 787.
- Noda, M., Sato, Y., Suetsugu, Y., & Morokuma, S. (2022). Interoception is associated with anxiety and depression in pregnant women: A pilot study. *Plos one*, 17(5), 1-9.
- Oliveira, C. S. G. de. (2008). *(A) Sexualidade(s) na gravidez: avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros*. (Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade do Minho).

- Orvalho, A. L. M., Figueiredo, C. B., & Frias, A. M. A. (2024). Sinais, sintomas e diagnóstico de gravidez: avaliação física e obstétrica (cap. 1). In A. M. A., Frias, & A. I. R., Galhanas (Orgs.), *Manual da Gravidez: Diagnóstico, Desenvolvimento e Cuidados Essenciais* (8-23). Guarujá-SP: Editora Científica Digital.
- Paulilo, M. (1999). A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serviço Social em Revista*, 2, 135-248.
- Pereira, E. V., Belém, J. M., Alves, M. J. H., Torquato, J. A. S., Firmino, P. R. A., Fialho, A. V. M., & Quirino, G. S. (2021). Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), 1-8.
- Petribú, B. G. C., & Mateos, M. A. B. A. (2017). Imagem corporal e gravidez. *Junguiana*, 35(1), 33-39.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13, 63-72.
- Piedade, M. L. N. (2014). *Representações sobre a Gravidez: O que muda em cada trimestre* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada).
- Piontelli, A. (2000). Is there something wrong? The impact of technology in pregnancy. In J. Raphael (Ed.). *Spilt milk perinatal loss & breakdown* (pp. 39-52). Londres: Institute of Psychoanalysis.
- Pizarro, I. P., Martin, A. T. D., Prieto, V. B., Sánchez, A. M., & Espuela, F. L. (2019). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. *Atención Primaria*, 51(3), 127-134.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto.
- Prado, D. S., Lima, R. V., & Lima, L. M. M. R. (2013). Impacto da gestação na função sexual feminina. *Revista Intersaberes*, 7(14), 429-433.

- Przybyla- Basista, H., Kwiecinska, E., & Ilska, M. (2020). Body Acceptance by pregnant women and their attitudes toward pregnancy and maternity as predictors of prenatal depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1-12.
- Queirós, A., Conde, P., Cunha, V., Ambrósio, P., Marques, F. J., & Serrano, F. (2011). Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(5), 434-443.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reis, M. M. F. (2013). Características multifatoriais. In S. Glina, & C. Ankier (Orgs.), *Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia* (321-333). São Paulo: Santos.
- Ribeiro, J., de Souza, F. N., & Lobão, C. (2018). Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados?. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(10), iii-vii.
- Ribeiro, M. C., Scanavino, M. T., Amaral, M. L. S., Horta, A. L. M., & Torloni, M. R. (2017). Beliefs about sexual activity during pregnancy: A systematic review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8), 822-832.
- Richardson, P. (1990). Women's experience of body change during normal pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19, 93-111.
- Richardson, R. J. (2010). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Riquin, E., Lamas, C., Nicolas, I., Lebigre, C. D., Curt, F., Cohen, H., Legendre, G., Corcos, M., & Godart, N. (2019). A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *Journal of affective disorders*, 245, 340-347.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175-179.

- Rocha, M. G. F., Vieira, J. L. B., Nascimento, E. G. C., & Alchieri, J. C. (2014). Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(3), 209-218.
- Romagnolo, A. N. (2018). *Percepção de puérperas a respeito da influência do relacionamento conjugal no ciclo gravídico-puerperal*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo).
- Sacomori, C., Cardoso, F. L., Wittkopf, P. G., & Latorre, G. F. S. (2012). Função sexual feminina na gestação. *Fisioterapia Brasil*, 13(6), 458-462.
- Salvador, V. F., Berenguer, C., Ribeiro, C., & Costa, R. M. (2020). Portuguese Validation of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *Psychology, Community & Health*, 8(1), 111-125.
- Salzer, E. B., Meireles, J. F. F., Costa, J. L., Laurentino, L. C. R., Oliveira, N. C. F., Matos, B. P., Neves, C. M., & de Siqueira, M. R. (2023). Fatores intervenientes da imagem corporal na gestação. In R. de M. Grillo, G. S. Rodrigues, & M. Vicentin (Orgs.), *Ciências do Esporte e Educação Física: Contribuições Contemporâneas em Pesquisa – Volume 2* (pp.72-86). Guarujá: Editora Científica Digital.
- Savall, A. C. R., Mendes, A. K., & Cardoso, F. L. (2008). Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioterapia em Movimento*, 21(2), 61-70.
- Schiavo, R. A. (2016). *Desenvolvimento Infantil: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida*. (Dissertação de Doutorado, Universidade Estadual Paulista -UNESP).
- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., Cromi, A., Ghezzi, F., & Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2782-2790.
- Siddiqui, A., Haeggloef, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 67-74.

- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264.
- Silva, S. C. B. (2014). *Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto*. (Dissertação de Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará).
- Silveira, M. L., Ertel, K. A., Dole, N., & Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 18(3), 409-421.
- Simas, F. B., Souza, L., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 19-34.
- Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body image dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*, 2(4), 347-361.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women Health*, 15, 1-55.
- Solorzano, C. S., Porciello, G., Violani, C., & Grano, C. (2022). Body image dissatisfaction and interoceptive sensibility significantly predict postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 311, 239-246.
- Spinoni, M., Solorzano, C. S., & Grano, C. (2023). A prospective study on body image disturbances during pregnancy and postpartum: the role of cognitive reappraisal. *Frontiers in Psychology*, 14, 1-9.
- Strang, V. R., & Sullivan, P. L. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 14(4), 332-337.
- Sueiro, E., Gayoso, P., Perdiz, C., & Doval, J. L. (1998). Embarazo y sexualidad. *Atención Primaria*, 22(6), 340-346.

Winnicott, D. W. (1988). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (427-435). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Anexos

Anexo I. Termo de Consentimento Informado



Termo de Consentimento Informado

A aluna Dina Pão-Duro Carvalho, inscrita no 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, encontra-se a realizar o estudo “*A vivência corporal da mulher durante a gravidez*”.

O principal objetivo do presente estudo é compreender a vivência do corpo da mulher durante a gravidez, explorando fatores associados à imagem corporal, à satisfação com o próprio corpo e à vivência da sexualidade e da intimidade com o parceiro durante o período gestacional. A sua colaboração é imprescindível para a atualização dos conhecimentos obtidos até aos dias atuais acerca desta temática.

O estudo em questão abrange a realização de uma entrevista semiestruturada acerca da temática acima mencionada, com uma duração aproximada de 60 minutos. Somente a investigadora e os orientadores da Dissertação terão acesso aos dados obtidos na entrevista, estando assim assegurada a confidencialidade dos mesmos. Deste modo, considera-se importante referir que não existem respostas corretas ou erradas, sendo apenas solicitada uma resposta honesta e séria às questões apresentadas pela investigadora.

Considera-se fundamental mencionar que o presente estudo apresenta um caráter voluntário, anónimo e sem qualquer tipo de recompensa pessoal. Assim sendo, o participante tem o direito de não responder a determinada questão apresentada ou, inclusive, desistir do estudo. A sua participação não implica qualquer dano físico ou psicológico.

Qualquer dúvida ou questão, pode entrar em contacto com a aluna, através do e-mail: dina13carvalho@gmail.com.

Eu, _____
aceito participar, de forma voluntária, no estudo intitulado “*A vivência corporal da mulher durante a gravidez*”, podendo desistir do mesmo a qualquer momento, sem qualquer tipo de dano ou prejuízo. Além disso, compreendo que a confidencialidade dos meus dados pessoais será assegurada pela investigadora.

Data: ____/____/____

Anexo 2. Guião de Entrevista Semiestruturado

Guião de Entrevista Semiestruturado

1. Quais foram as alterações mais significativas que vivenciou no seu corpo ao longo dos três trimestres de gestação?
2. Antes da gravidez, que percepção tinha acerca da imagem do seu corpo?
3. Ao longo da gravidez, como olhou para o seu corpo?
4. Como se sentiu no seu corpo de grávida?
5. Como foi para si ter um bebé a desenvolver-se dentro do seu corpo?
6. Como foi para si vivenciar a sexualidade com o parceiro ao longo da gravidez?
7. Ao longo dos três trimestres, como foi para si experienciar a intimidade com o seu parceiro?

Anexo 3. Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema A “A vivência do corpo da mulher antes da gravidez – Categorias e Unidades de Registo

Tabela 3 – Categoria “A dimensão percetiva da imagem do corpo” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria A1. A dimensão percetiva da imagem do corpo	GA1: "Eu via-me bem"
	GA2: "sempre olhei bem para o meu corpo"
	GC1: "via-me gira"
	GC2: depois da dieta "realmente fiquei muito melhor. Perdi alguns quilos"
	GD1: "Mal"
	GD2: "era gorda"
	GE1: "eu antes pensava que o meu corpo não era o indicado, porque já era gorda..."
	GE2: "Se conseguisse perder uns quilinhos, não estava mal..."
	GM1: "foi um pouco difícil para mim"
	GM2: "já tinha chegado àquele corpo que nós sempre pensamos: Olha, é isto que eu queria, era isto que eu tinha pensado!"
	GM3: "já tinha atingido um objetivo e estava mais confortável, na minha zona segura"
	GM4: "Foi um trabalho contínuo, até conseguir chegar ao peso que eu achava ideal ou ao corpo que eu queria"
	GN1: "estava muito gorda"
	GN2: "Vejo fotos minhas do ano passado no verão, e os meus braços eram mais gordos do que agora"

Tabela 4 – Categoria “A dimensão afetiva da imagem do corpo” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria A2. A dimensão afetiva da imagem do corpo	GA1: "Antes, eu pensava que estava muito satisfeita com o corpo que tinha"
	GC1: "Sentia-me bem comigo própria (...) sentia-me bonita"
	GC2: "tinha a autoestima lá em cima"
	GC3: "Vestia o S, o M. Sentia-me bem"
	GC4: Antes da dieta "Eu não me sentia mal de todo... Mas pronto... Já custava a arranjar roupa"
	GC5: "Fiquei muito satisfeita. Fiquei com mais autoestima (após a dieta), até mesmo para vestir certas roupas, roupas mais justinhas"
	GD1: "vergonha"
	GM1: "Estava contente"

Anexo 4. Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema B “A vivência da gravidez” – Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo

Tabela 5 – Categoria “O processo de aceitação da gravidez” e respectivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria B1. O processo de aceitação da gravidez	GA1: "A mim custou-me muito (o processo de aceitação da gravidez)"
	GA2: "Era como ter uma parte de ilusão (...) fiquei um pouco em choque. (...) que medo!"
	GA3: "Por isso, aceitar mesmo de aceitar que estou grávida foi quase nos 5/6 meses de gravidez"
	GA4: "é verdade que fez-me pensar mais o facto de ter sofrido um aborto"
	GC1: "Eu acho que consegui aceitar bem, porque como nós queríamos.... É diferente ser uma coisa planeada do que ser uma surpresa"
	GC2: "é uma surpresa boa, mesmo que tu no início entres ali um bocadinho em pânico"
	GD1: "Custa-me a acreditar ainda que é verdade"
	GD2: "aceitei, porque era uma coisa que eu queria, que queria muito"
	GD3: "quando acreditei mesmo, foi quando ouvi os batimentos do coração na ecografia"
	GE1: "Foi fácil"
	GE2: "Se houvesse alguém que não ficasse contente, por exemplo o meu pai ou a minha mãe, pois já teria sido mais difícil para mim"
	GE3: "se estivesse em negação da gravidez, provavelmente ia ser mais difícil aceitar aquilo que o meu corpo foi mudando"
	GM1: "não foi logo no início que eu consegui aceitar"
	GM2: "também porque no início é mais aquele medo de perder, mais ou menos até ali às 12 semanas, de perder, de haver algum problema com o bebé"
	GM3: "Acho que ali no segundo trimestre eu já tinha as minhas ideias mais bem resolvidas"
	GM4: "só lá no meio é que eu percebi: "Esquece essa parte do corpo, porque agora o importante é criares aqui uma vida"
	GN1: "Agora já aceitei"
	GN2: "Mas ao início custou-me muito porque não queria... não me via. Pelo menos não tão rápido"
	GN3: "Ainda me sinto muito nova. E pela vida que eu tinha (foi mais difícil aceitar a gravidez). Eu saía, eu passeava, eu viajava, ia aqui e ali. E agora já não"
	GN4: "Agora já me estou a habituar. Já estou na ideia (de que vai ser mãe), também já são 9 meses..."

GN5: "E também pela ideia de que isto é uma fase que passa"

GN6: "E também sei que tenho o apoio dos meus pais, dos pais dele (do companheiro) (...) Não estou sozinha"

Tabela 6 – Categoria “Ter um bebé dentro de si” e respectivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria B2. Ter um bebé dentro de si	GA1: "eu nem sequer sei expressar... (...) é uma sensação... é agradável... porque eu preciso de sentir o bebé para estar tranquila"
	GA2: "Eu notava, desde a 16ª semana, eram muitas bolhinhas... que não sabia se eram gases ou era líquido..."
	GA3: "é dor, mas ao mesmo tempo, admiração de: “Como uma pessoa está a mexer-se dentro de mim?”"
	GC1: "Ai é fantástico (a sensação do bebé a mexer-se dentro de si)! Eu acho que é muito giro. É desconfortável (...) Mas é muito giro"
	GC2: "às vezes parece que ele sabe que eu falo com ele e toco na barriga e ele mexe-se"
	GC3: "Termos um ser a mexer-se dentro de nós é fantástico. Não há uma experiência igual a ter um ser vivo a mexer-se dentro de nós. É uma coisa que não se descreve, porque é o nosso filho..."
	GD1: "aquela sensação de dizer: "Nunca mais nasce..." (pausa)... aquela sensação de ficar leve, de me poder deitar em qualquer posição, mas ao mesmo tempo (...) de dizer “Não quero que isso aconteça, porque se não ela vai sair de dentro de mim e é uma sensação única ter algo a crescer dentro de ti"
	GD2: "Ela agora então parece um cavalo. Mas ao início parecem borboletas a tocarem-te. Coisinhas muito leves. Muito leves a tocar-te..."
	GD3: "noto isso (a partilha) no dia-a-dia. A dificuldade em arranjar posição para dormir, a dificuldade em respirar quando me deito. Não poder dormir de barriga para baixo. Isso foi das piores coisas que me têm acontecido, desde as 10 semanas"
	GD4: "é como se todos os órgãos estivessem apertados"
	GE1: "Foi estranho. Estranho. E quando se começa a mexer então... é ainda mais estranho. É bonito, mas é estranho também"
	GE2: "A sensação é que está alguma coisa dentro de ti. É uma sensação boa. (...) É como se tu estivesse de olhos fechados e alguém te estivesse a tocar, mas sem tu estares à espera e sem saber qual é que é o sítio onde essa pessoa te vai tocar"
	GM1: "aquela fase de descobrir onde é que está a cabeça, onde é que estão os pés, como é que ela está posicionada... Para mim tem sido muito giro"
	GM2: "Acho muito engraçado falar com ela e ela responder pelos toquesinhos (pontapés) e mexer-se"

	GM3: "é uma sensação única, porque é veres que aquilo que tu tanto querias, está-se a tornar real"
	GM4: "Eu comecei a sentir (a bebé) ... (pausa)... no quarto mês. Eu tinha 18 semanas, ou por aí. Foi uma coisa muito levezinha, mas a partir das 18 semanas, comecei a sentir mais frequentemente"
	GM5: "Eu não te sei explicar... (...) no início pareciam borboletas (...) parece que estava só ali um arzinho dentro de ti. Depois, com o crescimento dela, (...) parece um pontapé de um animal, para te ser sincera"
	GM6: "eu acho que é super giro e é super bom essa partilha (do corpo com o bebé) ... sentir que tudo o que eu faço também a influencia a ela"
	GM7: "Se eu estiver também triste ou se estiver em alguma situação que me leve a chorar, ou mesmo pelas hormonas ou assim, parece que ela está lá também a ouvir e a dizer: "Não te preocupes que eu estou aqui", ela vai dando uns toquezinhos na barriga"
	GM8: "E isto para mim é que é partilhar o corpo, porque parece que não, mas estou sempre acompanhada, até para se precisar de falar"
	GM9: "É como um suporte, faz tipo um suporte emocional... Se eu estiver nervosa, se estiver sozinha e se estiver a pensar assim, penso: "Não, mas agora já não estou sozinha, falo com ela, apesar de ser com a barriga, ela ouve-me"
	GN1: "É como se te estivessem a dar choques, uma coisa que nunca sentiste. Uma coisa estranha e tu não sabes se aquilo é bom ou se é mau"
	GN2: "também consigo perceber se está tudo bem com o bebé quando ele se mexe"
	GN3: "Noto é, e também ao estar partilhando o meu corpo, os efeitos disso mesmo (...). O baixar-me, mais cansaço..."

Tabela 7 – Categoria “A vivência de alterações durante a gravidez” e respetivas subcategorias e unidades de registo

	Unidades de Registo	
	Subcategoria B3.1. A vivência de alterações no corpo	Subcategoria B3.2. A vivência de alterações psicológicas
Categoria B3. A vivência de alterações durante a gravidez	GA1: "Vomitava 5 ou 6 vezes por dia"	GA1: "todos os dias estava triste"
	GA2: "agora tenho algumas estrias"	GA2: "mais alterações “psicológicas, porque para mim essa parte mudou completamente"
	GA3: "Noto que o meu cabelo está mais forte e com mais brilho (...) até tenho menos queda de cabelo do que antes de engravidar"	GA3: "há mais alterações psicológicas do que físicas, sem dúvida"
	GA4: "vejo a minha cara melhor do que antes"	GA4: "eu sinto que houve muita coisa que mudou, psicologicamente, durante a gravidez, e não sei se isso vai mudar quando o bebé nascer, e há outras coisas físicas (...) que vão mudar"

GC1: "O primeiro trimestre foi dos mais marcantes"	GC1: "tu, nesta fase, tens uma alteração muito grande em ti, no teu estado de humor, e coisas que antes não te diziam nada, agora podes fartar-te de chorar..."
GC2: "enjoos. É horrível (...) na oitava semana (...) os cheiros da comida (...) há muitas mulheres que enjoam o cheiro do marido. Eu é ao contrário. Eu estou desejando que o meu marido chegue a casa, porque tenho muitas saudades dele"	GC2: "a nível psicológico também precisas de ser forte"
GC3: "o cabelo está melhor"	GD1: "Mudanças de humor (...) são muito desagradáveis. É horrível"
GD1: "Eu tenho engordado... (pausa) 8 kgs. Não é mau"	GD2: "É uma mistura muito esquisita. As emoções estão ao rubro"
GD2: "As estrias. Veem-se todas (...) começaram a crescer, começaram a ficar vermelhas"	GD3: "Neste momento, posso pensar e sentir que gosto de ver-me, que gosto de ver como estou, e no momento a seguir dizer que não gosto disto ou daquilo. Isto varia muito ao longo do dia. (...) um humor descomunal (...) É uma loucura!"
GD3: "Mudei muito as minhas ancas. Alarguei muito de anca"	GD4: "em termos de psicológico, a gravidez traz também muitas alterações, muita adaptação"
GD4: "muita" incontinência	GD5: "Às vezes eu própria me pergunto como é que me aturo a mim mesma"
GE1: "As mamas (aumento do peito) e as dores nas mesmas (no primeiro trimestre) (...) são o que mais dói"	GE1: estado de humor "não tem variado muito. Agora, no final, é que me noto mais frágil. Qualquer filme, qualquer coisa, farto-me de chorar"
GE2: "O aumento da barriga (riso). É o mais notório (riso)"	GE2: gravidez com maior impacto a nível "emocional, sem dúvida. (...) Porque mexe mais com a tua parte psicológica, de que a tua vida vai mudar, de que o teu corpo também está a mudar e que vais ter a bebé que vai depender de ti"
GE3: "Não tive os enjoos que é normal ter..."	GM1: "eu diria que é mais hormonal (gravidez com maior impacto psicológico)"
GM1: "eu senti mais inchaço, portanto a retenção de líquidos ficou maior, é normal"	GM2: "a transformação maior e que nenhuma te diz que não há alterações, é hormonal, porque toda a gente sente diferença, toda a gente muda a forma de... às vezes até o estado de espírito que muda de uma hora para a outra"
GM2: "O início foi o mais marcado por enjoos"	GN1: "são também as hormonas todas"
GM3: "O segundo trimestre foi o trimestre mais tranquilo, (...) senti-me até mais ativa"	GN2: "Tu estás muito sensível. Importas-te muito com o que as pessoas te dizem e antes não te importava"
GM4: "Agora no terceiro trimestre, notei que aumentou a azia"	GN3: "Custa mais a parte hormonal, do psicológico, do que o físico"
GM5: "Eu tinha queda de cabelo antes de... (...) engravidar e (...) Quando fiquei grávida, senti que estagnou um bocadinho"	
GN1: "O último trimestre é o pior de todos"	

GN2: "o que mais me afetou no primeiro trimestre, o principal sintoma, que foi também pelo que eu descobri a gravidez, foi o xixi. (...) comecei a fazer muito"

GN3: "Tanto o olfato como o paladar ficaram logo muito apurados"

GN4: "as mamas. Umas dores horríveis, pior que no período"

GN5: "aí na 10^a/11^a, foram os enjoos. Uma coisa disparatada. Horrível. Não tolerava o cheiro de nada. Depois, aí no início do segundo trimestre, já foi passando"

GN6: "o segundo trimestre foi mais tranquilo (...) foi mais leve, tinha mais energia"

GN7: "agora o terceiro tem sido ao rubro. Tem sido passar do 8 ao 80. Cansaço, azia. Tem sido horrível (...) O sono também. Durmo muito"

GN8: "Tenho muitas câibras nas mãos, sinto-as dormentes. Quando acordo, tenho de esperar quase meia hora para ficar com as minhas mãos normais. Não consigo fazer nada"

Tabela 8 – Categoria “A atenção concedida aos sinais do seu corpo” e respectivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria B4. A atenção concedida aos sinais do seu corpo	GA1: "eu senti que no princípio, e até mesmo agora, dou uma maior atenção a tudo"
	GA2: "Vou à casa de banho e estou sempre a olhar para o papel (higiénico) com muita atenção, tenho medo de qualquer sangramento"
	GA3: "A barriga foi um desses sinais"
	GA4: "agora sinto que se tenho alguma dor na mesma zona (zona pélvica), começo logo a questionar-me se será que é normal aquela dor naquela zona"
	GC1: "Eu acho que sim (...) principalmente nos primeiros meses de gravidez, até mesmo pela possibilidade de haver um aborto espontâneo..."
	GD1: "estive mais atenta, e mais ainda ao início (...) é uma atenção que vem logo desde o início"
	GD2: "só o simples facto de, no início, antes de saberes que estás grávida, a menstruação não vir e as mamas começarem a crescer e a doer, já diz muito"

GD3: "Mesmo as dores que tu tens na menstruação, não são as dores do início da gravidez. Sentes dores como se o período fosse descer, sim, mas não são dores normais. Se tu estás atenta ao teu corpo, percebes"
GD4: "a partir daí, uma pessoa fica muito mais atenta... a todas as dores, todos os pormenores, tudo"
GM1: "pontadas na barriga ou na zona pélvica, penso logo na bebé"
GM2: "a partir da gravidez, fiquei mais alerta, até propriamente ter mais atenção às horas que estou a comer e quantas horas levo sem comer"

Tabela 9 – Categoria “A percepção da gestante acerca da imagem do seu corpo ao longo da gravidez” e respetivas subcategorias e unidades de registo

	Unidades de Registo	
Categoria B5. A percepção da gestante acerca da imagem do seu corpo ao longo da gravidez	Subcategoria B5.1. A dimensão perceptiva do corpo grávido	Subcategoria B5.2. A dimensão afetiva do corpo grávido
	GA1: "Eu pensava que antes estava bem, e agora é quando realmente me vejo bem"	GA1: "Gosto do que vejo"
	GD1: "Imagina só, até ao ponto de eu ir a uma fotógrafa tirar fotografias ao meu corpo agora (...). Eu não publico quase nada nas redes sociais. E agora publico mais, porque são fotografias minhas de grávida"	GA2: "sinto que me vejo melhor agora durante a gravidez, que engordei 14kg, do que antes da gravidez"
	GD2: "se antes olhava mal (para o corpo), agora olho bem"	GA3: "inclusive mais gordinha, a roupa fica-me melhor, não preciso de usar recheio... sinto que tenho mais cintura, noto que a minha cara está melhor, mais cheinha..."
	GM1: "estamos habituados a ter uma imagem, e (...) essa mudança de chip, de agora estares a criar um bebé, e de já não teres de te preocupar tanto com essa imagem (imagem do corpo anterior à gravidez) para mim foi um bocadinho difícil de largar"	GC1: "quando a roupa me deixou de servir, fiquei um bocadinho triste e a pensar "Afinal perdi 16 kg para nada!" (riso)"

GM2: "A partir do segundo trimestre, mais para o final, é que eu comecei a acreditar, pronto, que se calhar tenho de deixar tanto esta ideia do como eu me vejo, porque não dá para ter tudo equilibrado"

GD1: "nunca gostei do meu corpo e agora também não. Mas é diferente. Eu sei que é a gravidez"

GM3: "O início, para mim, foi mais difícil, porque eu achava...não sei... que ia conseguir manter aquela imagem ou que conseguia ir ao ginásio, como te disse, e então parece que foi mais difícil mudar o chip"

GD2: "Eu detesto o meu corpo, mas agora gosto de ver, porque é a barriga, é a gravidez"

GM4: "só no meio da gravidez é que eu percebi que: "Ok, tens de te deixar de focar no peso, deixar de te focar na imagem, porque isso não é o mais importante"

GD3: "gosto de ver a barriga toda redondinha"

GM5: "Eu acho que o primeiro trimestre foi muito aquele trimestre da descoberta, porque era muito interessante ver se a barriga crescia ou quanto é que crescia, porque o que eu queria era ver a barriga crescer"

GD4: "Fico feliz ao saber que se está a criar algo dentro de mim"

GM6: "Há dias que estou melhor, que estou mais contente e depois isso afeta a forma como eu me vejo ao espelho (...). Ou há dias que simplesmente estou mais inchada, com azia e maldisposta, e aí já não vou ter autoestima, vou achar que estou feia"

GE1: "o que menos gostei desta parte é que tu chegas a um ponto que não tens roupa (...). Tu chegas a um ponto em que "Olha, a minha barriga está a aumentar, que bom!", mas por outro lado "Não tenho roupa!"

GM7: "a outra parte para mim que foi difícil lidar foi a parte da gordura em si, porque eu já... (...) considerava que tinha o corpo com músculo, e tu sentes diminuir aquela massa muscular e ganhar outra vez a massa gorda, que não era o que eu queria, mas que é normal"

GE2: "Tu própria sentes que as pessoas não olham para ti da mesma maneira também por causa disso (da roupa) (...) tu chegas a um ponto em que usas uma camisa grande, uma blusa grande, umas calças gigantes, e então chega a um ponto em que tu não te sentes bonita, porque a roupa que tu te pões, não é bonita (...) te pões roupas que não te dizem nada"

GN1: "Não consigo usar a minha antiga roupa. Mas não me vejo mal. Penso que, dentro dos possíveis, não tenho engordado"	GM1: "Eu pensava, para te ser sincera, que ia ser mais fácil... (pausa) por eu querer tanto o bebê, pensava que ia conseguir lidar melhor, ou seja, ficar sem tanto sentimento de culpa... é isso, pensava que ia ser mais fácil aceitar que ia engordar, que ia ter marcas, que ia ter estrias... e não foi"
GN2: "Agora vejo-me melhor" do que antes da gravidez"	GM2: "o primeiro trimestre foi bom (...) porque estava a gostar da imagem que tinha, o peso era o meu ainda, não aumentou significativamente"
	GM3: "Deixei de gostar tanto dos meus braços, por estarem mais gordinhos"
	GM4: "o peito que eu gostava de ter maior. Gostei muito"
	GN1: "Sinto que isto é parecido a ser uma pessoa envelhecida e é triste... Sinto-me uma velha de 70 anos"

Tabela 10 – Categoria “O receio da irreversibilidade do corpo” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria B6. O receio da irreversibilidade do corpo	GC1: "Sim, às vezes tenho (medo da irreversibilidade do corpo)"
	GC2: "é claro que gostava que voltasse ao normal, e vou fazer para isso. Mas não é um objetivo a ser cumprido já já, não é um objetivo a ser cumprido rápido (...) Porque o nosso corpo leva tempo"
	GD1: "Sim, muito (medo da irreversibilidade do corpo)!"
	GD2: medo "de não voltar a ter o peso que tinha, de não conseguir fazer nada de jeito..."
	GD3: "mesmo que tu digas: “Ah vou começar a fazer ginásio ou mesmo começar a fazer caminhadas, tu não vais ter tempo para isso. E esse é o meu medo"
	GD4: "Eu gostava pelo menos de voltar ao peso que tinha"
	GE1: "mas se tiver a bebé e ainda continuar com barriga, vou ficar a pensar “Olha, afinal de contas não ficou como era antes"
	GE2: "eu sei que não vou perder logo a barriga do parto, não é? Mas ficar pior do que era antes..."

	GM1: "Eu tenho esse medo"
	GM2: "eu sentia que estava ali com o corpo que era desejado para mim... não desejado, porque uma pessoa sempre pensa que não tem o corpo desejado, mas era o meu tipo de corpo e agora tenho esse receio, medo de que com o peso que aumentei não seja fácil chegar a esse peso ou voltar à rotina"
	GN1: "eu não tenho medo de como o meu corpo fique depois de ter o bebé, porque sei que se me esforçar, sei que consigo chegar onde quero"
	GN2: "também não podemos pensar que volta tudo ao normal. Não. É com o tempo"

Tabela 11 – Categoria “A normalização do aumento de peso” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria B7. A normalização do aumento de peso	GD1: "é verdade. Há muita pressão para tu teres um peso que na sociedade seja aceite. Eu nunca gostei do meu corpo. Ouvi muitas vezes certos comentários sobre o meu corpo. Mas quando estás grávida, é uma coisa normal. Tudo aumenta. Tudo cresce. Eu sei que uma coisa é ser gorda e outra coisa é estar grávida e engordar"
	GE1: "toda a gente pensa que o estar grávida é uma desculpa, vá, para eu agora me sentir mais gira, porque se não estivesse grávida, se calhar iam achar-me gorda"

Anexo 5. Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema C “A vivência da sexualidade ao longo da gravidez” – Categorias e Unidades de Registo

Tabela 12 – Categoria “A experiência da sexualidade com o parceiro” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria C1. A experiência da sexualidade com o parceiro	GA1: "Para mim, foi muito negativo"
	GA2: "O médico mandou-me fazer repouso absoluto (devido à placenta baixa) assim que entrei nos 2 meses de gravidez. (...) eu não pude manter relações sexuais"
	GA3: "tivemos de escolher outras alternativas"
	GA4: "antes é verdade que tínhamos uma vida sexual muito ativa e claro, passar de ser muito ativos a encontrar-nos com nada..."
	GA5: "procuramos outras alternativas para não notar essa diferença do tudo ao nada"
	GA6: "no primeiro trimestre, desejo nenhum, porque tinha vontade de vomitar a todas as horas, notava-me muito cansada, psicologicamente não me encontrava bem"
	GA7: "No segundo (trimestre), já está tudo bem, que é quando tu queres, mas não podes, foi frustrante"
	GA8: "se tivesse podido (ter relações sexuais), de certeza que teria querido, porque deve de ser muito satisfatório... não tens medo de engravidar, acho que liberta essa coisa... essa oxitocina que precisas de libertar"
	GA9: "é verdade que eu não estou igual ao que era antes"
	GA10: "colocares uma roupa interior (...) não é a mesma coisa que antes..."
	GA11: "ele demonstra que me continua a ver igual ou melhor do que antes..."
	GA12: "eu que não pude fazer nada (em termos sexuais), sinto que tenho muito desejo de estar com o I. e sinto que esse desejo é por como vejo o que ele é comigo, por ter sempre boas palavras para mim, por continuar a dar palmadas no rabo (...) antes de engravidar, sim, pensei que estes gestos iam diminuir"
	GC1: "a minha libido aumentou (riso)"
	GC2: "Eu mesmo com esta barriga tenho vontade de ter relações"
	GC3: "Dificulta ali a coisa, mas aquilo faz-se na mesma"
	GC4: "Depois de eu ter a barriga grande, teve uma altura em que ele não me dizia nada. Não me procurava, (...) eu pensava "Deve ter medo de alguma coisa" (...) é mais o medo de magoar o bebé"
	GC5: "O sexo não é tudo numa relação (...) Mas é muito importante. É a intimidade do casal"
	GC6: "E para eles (homens) não perderem o interesse"
	GC7: "A toda a hora tinha vontade. Não sei se era das hormonas"
	GC8: a gestante mencionou que houve uma altura em que o companheiro deixou de a procurar, referindo: "Se calhar pelo aspeto de estar mais gordinha..."
	GD1: "No início tinha sempre muita vontade. Depois essa vontade foi diminuindo, mas no início tinha mesmo muita, muita vontade"
	GD2: "Algumas posições dão dores e muito desconforto"

GD3: "O simples facto de tu ficares em cima já custa, porque tens também a barriga e o peso da barriga"

GD4: "É sempre mais fácil fazer posições de lado ou assim desse género, ou mesmo ele em cima"

GD5: "O simples facto de a barriga bater... dá medo de que aconteça alguma coisa"

GD6: "ele tinha sempre mais medo de fazer, mais receio... Mas depois foi melhorando"

GD7: "O simples facto de tu teres relações sexuais, faz com que tu exerces muito bem o corpo todo e faz muito bem à gravidez"

GD8: "com o avançar da gravidez, vai ficando cada vez mais difícil encontrar uma posição que seja confortável e isso altera a vontade..."

GD9: "há outras coisas que têm agora têm piorado e que me faz ter vergonha na mesma ao pé dele (J.), como isso das estrias"

GD10: "acho que continuo ainda a esconder-me (...). Às vezes parece que à frente dele tenho vergonha de mostrar o corpo, mesmo estando grávida"

GD11: "Posso gostar de ver como está o meu corpo agora na gravidez, mas à frente de outra pessoa, sinto ainda vergonha"

GE1: "No princípio tens mais vontade (...) Porque estás na mesma. Não aumentaste muita coisa. O corpo está mais ou menos igual"

GE2: "Agora no final já pior, por causa mesmo da barriga, que já está muito grande, do desconforto... da posição ou mesmo de não ter vontade"

GE3: "No segundo trimestre, acho que aumentou a vontade de fazer sexo (...) porque também tens mais desejo"

GE4: "agora no terceiro já não tens nenhuma vontade"

GE5: "no final é mais complicado (...) também para o teu parceiro, saber se tu queres ou não queres, se tens vontade..."

GE6: "na fase já final, é mais complicado, porque não é só o estares cansada, mas também o pensar que já falta pouco"

GE7: "Às vezes eu posso pensar que ele já não me quer"

GE8: "tu pensas "Já tenho uma barriga gigante, como é que vou chamar a atenção dele?"

GM1: "tive ali um primeiro trimestre e um segundo trimestre em que eu estava completamente ativa, ainda sentia que não estava... pesada... não sentia aquele enchimento tão grande da barriga, o que também não atrapalhava, por isso, sentia-me mais confiante, e tudo isso ajuda nessa parte sexual"

GM2: "do segundo para o terceiro trimestre foi a grande mudança"

GM3: "o próprio desejo sexual muda, porque o próprio corpo alterou... tenho uma barriga muito maior e penso que se calhar para ele também pode ser desconfortável ou pode ele não gostar de estar como gostava de estar"

GM4: "antes era uma pessoa ativa, e era muito mais regular do que agora, e agora sinto que isso (prática sexual menos regular) é também uma consequência da própria alteração física, porque sinto aquele cansaço, o peso, as próprias posições já não são confortáveis nenhuma..."

GM5: "é preciso equilibrar o querer com o conseguir, porque às vezes tenho vontade, o apetite está lá, mas sinto ou cansaço ou porque há alguma dor que é desconfortável ou porque a barriga já não tem aquela dimensão que tinha e tu queres encontrar uma posição, mas também já não é fácil"

GM6: "acabas por ir pelo caminho mais fácil que é pensar: "Olha, se calhar fica para outro dia e pronto..."

	GM7: "Eu acho que foi diminuindo (o desejo e a frequência de relações sexuais) de trimestre para trimestre"
	GM8: "no primeiro trimestre sentia-me super bem, ativa, o peso era quase o mesmo, a barriga era pequena, quase que nem sentes diferença..."
	GM9: "A própria zona feminina, para mim alterou um bocadinho, porque senti que tinha mais desconforto, pela parte, às vezes, da lubrificação ou até de tu sentires aquele apetite"
	GM10: "para eles é mais difícil entender o que é que se está a passar no corpo do que para nós (...) se aquilo realmente me está a aleijar, se não está"
	GM11: "esse sentimento ficou diminuído, de capacidade de sedução, da capacidade de ser atraente só de cuecas ou de soutien..."
	GM12: "não sinto vergonha. Sinto se calhar, naqueles dias em que eu te disse... menos positivos... sinto desconforto (...) "não sinto vergonha porque é um corpo... é o meu, mas está só alterado"
	GN1: "É muito diferente do que era (antes de estar grávida)"
	GN2: "Passas por muitas fases"
	GN3: "no início da gravidez, o médico disse-me para não fazer nada de nada"
	GN4: "Depois, o teu corpo também vai mudando... As hormonas todas..."
	GN5: "Tem muito a ver com o corpo, porque já não tens tanta flexibilidade, não estás tão capaz como estavas antes... O peso, tudo... A vontade"
	GN6: "E depois a parte hormonal também afeta a cabeça. (...) Se há dias em que estou mais triste, pois não tenho vontade de nada"
	GN7: "No início, como era o início e estava muito assustada, não tinha tanto desejo nem vontade. (...) Depois, houve uma altura que tive muito (...) agora já não estás capaz de muito (riso)"

Tabela 13 – Categoria “A existência de dois corpos: o corpo de mulher e o corpo de mãe” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria C2. A existência de dois corpos: o corpo de mulher e o corpo de mãe	GA1: "é que agora é tudo o bebé"
	GA2: "O bebé é a prioridade total"
	GA3: "adoro ter esta parte de ser mãe, mas (...) não me quero esquecer da minha parte, de ser mulher"
	GA4: "tenho medo de quando o bebé chegar e eu não me dar conta de que me estou a esquecer de mim"
	GA5: "estou a conhecer uma nova eu, mas tenho medo de me esquecer daquilo que eu era antes da gravidez"
	GA6: "Para além de mãe, sou mulher, sou jovem, sou namorada, sou irmã..."
	GA7: "há dois corpos, duas mentes, uma de mãe e outra de mulher"
	GM1: "eu sinto que é aquela imagem que eu diferencio..."

	GM2: "é o facto de ser um corpo de mãe e um corpo meu, normal, sem uma criança"
	GM3: "às vezes é difícil eu ver essa parte sensual da mulher se tenho ali um ser, se estou a criar uma vida"
	GM4: "Se calhar para os homens (...) pode ser difícil de distanciar aquilo que é a mulher... atraente, sensual... da mulher que está a ser mãe, que está a criar a tua filha, que vai criar a tua família"

Tabela 14 – *Categoria “Os mitos/tabus da sexualidade” e respectivas unidades de registo*

	Unidades de Registo
Categoria C3. Os mitos/tabus da sexualidade	GA1: "Aproveita agora que quando tiveres barriga..."
	GA2: "Muito cuidado agora, no início, porque o bebé tal..."
	GA3: "eu tive aulas de preparação para o parto, e (...) não passa nada, o bebé não fica mal quando há relação sexual, que as relações sexuais até podem ter benefícios..."
	GD1: "O facto de a relação sexual fazer mal ao bebé ou mesmo a ti e à gravidez"
	GE1: "cheguei a ouvir muita gente dizer que não tinha relações sexuais com o parceiro, porque o parceiro tinha medo de magoar o bebé e coisas assim"
	GM1: "As pessoas tentavam dizer: "Ai não façam relações com posições muito diferentes, estejam sempre deitados, porque isso pode fazer mal"

Anexo 6. Grelhas da Análise de Conteúdo – Tema D “O lugar da intimidade ao longo da gravidez” - Categorias e Unidade de Registo

Tabela 15 – Categoria “A intimidade do casal” e respetivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria D1. A intimidade do casal	GA1: "neste momento é fundamental o parceiro, porque afinal isto é uma coisa dos dois"
	GA2: "Eu sinto um apoio do I. muito antes de saber que estava grávida"
	GA3: "Com o I., desde sempre, apoiámo-nos muito um ao outro, talvez mais um pouco depois do aborto e isso tem muita influência"
	GA4: "essa intimidade reforçou-nos mais como casal"
	GA5: "Demo-nos conta de que não é preciso ter relações sexuais (...) para estar tão unidos como estamos"
	GA6: "É mais importante sentir-te valorizada no teu momento mais vulnerável, do que estar sexualmente com o teu companheiro"
	GC1: "eu oiço muita gente dizer que os filhos afastam o casal, mas eu e o M., temo-nos tornado, e nós já éramos próximos, mas ainda mais próximos"
	GD1: "daqui para a frente, vamos ser só nós os dois. Pronto, os três"
	GD2: "é importante tu teres apoio, teres alguém que esteja ao teu lado"
	GM1: "Eu acho que há um cuidado diferente"
	GM2: "Eu acho que a intimidade passa de ser só nossa, só nós os dois, para ser uma intimidade quase a três"
	GM3: "Se estivermos nós os dois, na sala ou no quarto, ele está também com a atenção na barriga, faz questão de falar com a barriga, e isto parece que não, mas torna-se uma intimidade mais conjunta, porque deixa de ser só nós os dois, não existe só nós os dois já, e acho que isso é importante para o próprio fortalecimento daquela relação, que é o facto de sermos pais"
	GM4: "a intimidade não piorou quando te digo que existe esta mudança (...). Para mim, ficou melhor, porque é o que já é, estamo-nos a adaptar com o facto de: "Vamos ser 3"
	GM5: "Eu acho que nós já éramos muito unidos, sempre senti isso. Mas aproxima mais no sentido de: "Ok, isto é real, vamos criar agora a família"
	GM6: "quando vai passando o tempo, tu vais ver que são os últimos momentos a dois... e isso também me deu alguma nostalgia, no sentido de pensar que algumas coisas vão mudar"
	GM7: "acho que faz mais sentido eu e o J. continuarmos a ser íntimos e dar-nos super bem e só compreendermos que é uma fase pior ou um dia melhor ou pior do que propriamente sermos sexualmente muito ativos, regularmente, todos os dias, e depois não existir a parte da compreensão, da intimidade, do apoio"

Tabela 16 – Categoria “O lugar das manifestações de afeto na intimidade” e respectivas unidades de registo

	Unidades de Registo
Categoria D2. O lugar das manifestações de afeto na intimidade	GA1: "Sim, sim (uma maior necessidade de afeto). É verdade. É como se precisasses... como eu tenho tanto cuidado em relação ao bebé, é como se eu precisasse que também alguém cuide de mim"
	GA2: "não me sinto mal porque tenho de lhe pedir para ser mais atento, não sinto isso, porque foi algo que veio dele, foi espontâneo"
	GC1: "eu acho que é importante (a intimidade, o carinho) e que faz falta, sim"
	GE1: "Sim. Tens mais necessidade disso durante esta etapa, de ouvir uma coisa carinhosa, dele estar sempre “levantando-te” (subir o ânimo)"
	GM1: "Não sei se foi por causa das minhas hormonas (risos) ou se foi por ter uma personalidade já diferente dentro de mim, mas eu não era nada de precisar de afeto, nem de mimos, nem de nada disso"
	GM2: "Eu acho que agora já preciso muito mais de carinho, de atenção..."
	GN1: "Depende de como estiveres de dia para a dia"
	GN2: "se estás mais em baixo e te demonstram mais carinho, vais melhorar"
	GN3: "Noutros dias que estás melhor, que estás mais alegre, não dás tanta importância a essa parte (carinho ou elogios por parte do companheiro)"
	GN4: "está muito associado à parte hormonal e a como tu te sentes de dia para dia"