

Paula Margarida Carrilho Quaresma

## **Sexualidade feminina aos cinco meses após o parto.**

**Projecto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
Especialização em Saúde da Mulher**

**Orientador:** Professor Doutor Jaime Raúl Seixas Fonseca

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Isabel Maria Damas Brás Dias Ferreira  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Vogais:** Professora Doutor Jaime Raúl Seixas Fonseca  
Professor Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e políticas da Universidade  
Técnica de Lisboa  
Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Alcoitão  
Mestre António Manuel Fernandes Lopes  
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Novembro, 2012



## II – Resumo

**Objetivos:** Com esta investigação pretende-se (1) traçar o perfil das mulheres que participam neste estudo nos primeiros cinco meses após o parto, (2) verificar se existem diferenças estatisticamente significativas ao fim de cinco meses pós parto nos scores totais do questionário *McCoy Female Sexuality Questionary* (MFSQ), em mulheres que foram informadas sobre as alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade.

**Métodos:** Em relação a métodos de recolha de dados, estudo quasi-experimental, com uma amostra de 59 puérperas; relativamente a métodos de análise de dados, foram usados os modelos de classes latentes, além dos testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), homocedasticidade (teste de Levene) e Mann-Whitney.

**Instrumento:** Usou-se o MFSQ que permite avaliar o nível de interesse e resposta sexual feminina nas suas dimensões: interesse sexual, satisfação, lubrificação vaginal, orgasmo, parceiro sexual e um outro questionário para melhor caracterização da amostra. Este instrumento MFSQ apresenta critérios de validade e fidelidade com um coeficiente Alfa de *Cronbach* global de 0,89.

**Resultados:** As mulheres da amostra revelaram-se heterogéneas, tendo sido classificadas em dois clusters, verificando-se que ambas têm níveis de interesse, satisfação, lubrificação, orgasmo, percepção do parceiro, completos e bem integrados, de forma homogénea.

Os scores no MFSQ têm distribuição normal nos dois clusters, sendo no entanto superiores nas mulheres que foram informadas.

**Conclusões:** O perfil das mulheres da amostra face às variáveis de caracterização é diferente, acabando por corresponder ao grupo das mulheres que receberam informação ou não. As mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade apresentam scores superiores, mais completos no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto, o que revela melhor integração da função sexual feminina.

**Palavras chave:** cuidados de saúde no pós parto, pós parto, desenvolvimento psico-sexual, função sexual, sexualidade feminina, excitação sexual feminina, saúde sexual, fisioterapia.

## Abstract

**Objective:** The aim of this research is two-fold: (1) setting the profile of women who participated in this study in the first five months after delivery, (2) verifying if there are statistically significant differences after five months post parturition in total scores of the *McCoy Female Sexuality Questionary* (MFSQ) in women who were informed/not informed about the changes that may occur in their sexuality.

**Methods:** Concerning data collection, quasi-experimental study with a sample of 59 postpartum women; as for data analysis we use latent class models, and tests of normality (Kolmogorov-Smirnov test), homocedasticity (Levene's test) and Mann-Whitney test.

**Instrument:** MFSQ for assessing the level of interest in female sexual response and its dimensions: sexual interest, satisfaction, vaginal lubrication, orgasm, sexual partner and a questionnaire to better characterize the sample. This instrument has MFSQ criteria of validity and fidelity with an overall Cronbach's alpha coefficient of 0,89.

**Results:** The sample's women proved to be heterogeneous and they were classified into two clusters, verifying that both levels have of interest, satisfaction, lubrication, orgasm, perception of the partner, complete and well integrated in a uniform way.

The scores in MFSQ were normal distributed in the two clusters, however they were higher in women who have been informed.

**Conclusions:** The profile of women in the sample accordingly with used variables is different, and ultimately correspond to the groups of women who received information or not. Women who received specific information about changes in sexuality present higher scores, more complete in the MFSQ questionnaire to five months after delivery, showing better integration of female sexual function.

**Key words:** *postnatal care, postpartum, psychosexual development, sexual functioning, sexuality, female sexual arousal, sexual health, physiotherapy.*

### III – Introdução

Este estudo<sup>1</sup> resulta de uma análise reflexiva sobre a sexualidade no período pós parto e na intenção da realização de um projecto nesta área.

É consensual que a gravidez e período pós parto constituem uma das fases de grande mudança na mulher, quer a nível biológico, psicológico, quer relacional. A sua adaptação enquanto mãe a esta nova fase, nem sempre é fácil, pois poderá deparar-se com uma série de problemas característicos do puerpério, como dificuldades na amamentação, distúrbios do sono, dores musculoesqueléticas, incontinência urinária, ansiedade, cansaço<sup>1,2,3</sup>. Não devemos no entanto esquecer-nos de que a mulher deve ser vista como uma pessoa, isto é como um todo<sup>4</sup>.

O nascimento de um filho constitui um processo de transição para a parentalidade, constituindo uma fase de mudança que leva a grandes alterações, tanto para o homem como para a mulher. Ainda que planeado e desejado, todo este processo está repleto de complexidade bio-psico-social, o casal muda

---

<sup>1</sup> Redigido em concordância com o antigo acordo ortográfico.

a condição de família, acrescentando-se um novo elemento na díade mulher - homem, que naturalmente, obriga a novas adaptações e reajustes, tanto ao nível individual como conjugal,<sup>5,6,7</sup> sobretudo quando se trata do primeiro filho<sup>8</sup>.

Até então o homem e a mulher, eram somente parceiros e filhos, agora irão adquirir novos papéis correspondentes a ser pai e mãe, com o assumir de novas funções<sup>9,10</sup>.

Todas as alterações referidas anteriormente poderão ter influência directa ou indirecta na vivência da sexualidade da mulher, sendo esta fase de transição, um momento particularmente propício a uma nova integração da sexualidade<sup>10</sup>.

A sexualidade no período pós parto é uma área que parece ter sido negligenciada durante muitas décadas em prole dos problemas relacionados com a incontinência urinária e depressão pós parto<sup>11</sup>. Os estudos existentes sobre sexualidade até à década de 90, limitavam-se à avaliação da actividade coital, negligenciando as outras dimensões de interesse ao nível da actividade sexual<sup>10</sup>.

Mas recentemente, a sexualidade vista como um todo, tem vindo a ser entendida pela própria mulher e profissionais de saúde, como um aspecto a ser valorizado durante o seu ciclo reprodutor, existindo ainda no entanto, muitas mulheres que vivem num profundo silêncio em torno desta temática<sup>6,7,11,12</sup>.

Por se tratar de um fenómeno complexo, multifactorial e para alguns ainda tabu, parece-nos de todo pertinente ser feito mais um estudo sobre esta temática.

### **1.1 - Resposta Sexual Feminina**

A Organização Mundial de Saúde<sup>12,13</sup>, refere que saúde sexual pode ser definida como um estado físico, emocional, mental, social e bem-estar, relacionados com a sexualidade, não sendo a mera ausência de doença, disfunção ou perturbação. Sempre que se fala em sexualidade feminina deverá ser abordado tudo o que com ela possa estar relacionado<sup>11</sup>. Uma vida sexual satisfatória é reconhecida como parte integrante do bem estar do ser humano, em que a qualidade da actividade sexual é considerada sadia quando satisfaz quem nela participa. Geralmente os transtornos da função sexual estão relacionados com problemas existentes nas fases específicas do ciclo da resposta sexual, podendo dever-se a factores orgânicos, psicológicos ou até mesmo medicamentosos<sup>4,10</sup>.

Durante a vida de uma mulher vários poderão ser os factores que influenciam a vivência da sua sexualidade em plenitude, como a toma de anticoncepcionais, medo de engravidar numa altura não desejada, variações hormonais durante adolescência, gravidez, pós parto, menopausa, ansiedade, entre outros.

A ansiedade é um dos factores com uma grande capacidade de influenciar a vida e comportamento sexual da mulher, visto que a resposta sexual necessita de uma activação do sistema nervoso

autónomo, de modo a que se desencadeiem respostas como a lubrificação. Esta poderá ser também influenciada por factores como o medo, dor, preconceitos, falta de diálogo com o seu parceiro, factores hormonais e físicos que decorreram durante o parto.

Como se pode comprovar, a sexualidade feminina é de natureza complexa e sujeita a várias variáveis que poderão interferir de forma menos positiva em todo o processo da resposta sexual.

Vários são os modelos que explicam e permitem compreender a resposta sexual, mas segundo Sayasneh A. & Pandeva I.<sup>7</sup>, o desejo e motivação para iniciar actividade sexual são reconhecidos como importantes para iniciar o acto sexual, referindo que a resposta sexual humana possui quatro ciclos ou fases: excitação (*arousal* inicial), *plateau*, orgasmo e resolução.

Na *excitação*, a resposta sexual fisiológica é desencadeada por estimulação somática ou psíquica, estando dependente da intensidade da resposta da estimulação. A excitação sexual vai estar dependente de sentimentos subjectivos ou prazer e mudanças fisiológicas. Também são importantes, o grau de lubrificação vaginal, relaxamento do clítoris e vulva, permitindo assim o aumento de fluxo de sangue. Este aumento de fluxo provoca uma congestão dos vasos do clítoris, tumescência e protusão da cabeça do clítoris. Esta fase pode ser desencadeada por estímulos psicológicos (por ex: fantasias), por estímulos fisiológicos (por ex: a carícia) ou por ambos.

Na fase *plateau* ocorre a intensificação da estimulação sexual, em que aumenta a tumescência da pele e dos pequenos lábios da vagina, há uma congestão do tecido que circunda a entrada e a parte inferior da vagina, estando criadas as condições necessárias para o orgasmo. O orgasmo dependerá da continuidade eficaz e estimulação apropriada.

No *orgasmo* ocorre a libertação espontânea da vasoconstrição provocadas pelos estímulos sexuais, costuma ser identificado como o pico do prazer e tensão sexual, com contracções rítmicas da musculatura genital, seguindo-se uma sensação geral de relaxamento e bem estar. Na mulher, o orgasmo concentra-se na região pélvica (clítoris, vagina, útero), sendo uma experiência subjectiva com grande variação de intensidade e duração. Há alterações no tónus muscular esquelético, sistema cardiovascular, alterações sensoriais e por vezes alterações transitórias do estado de consciência. Nas mulheres ocorre a possibilidade de multiorgasmos, se forem submetidas a mais estímulos afectivos, de forma continua.

A *resolução* consiste de um período involuntário, no qual a tensão involuntária vai diminuindo de forma gradual, retomando o seu estado normal. Nesta fase existe um desengorgitamento de sangue do aparelho genital, que volta ao seu estado normal de repouso.

## **1.2- Período Pós Parto**

Tradicionalmente o período pós parto era definido como o *timing* que vai desde a primeira hora após a saída da placenta até seis semanas; actualmente existe uma perspectiva mais ampla, que

classifica de pós parto imediato o momento que decorre do nascimento até à 6ª semana, de pós parto de curto prazo até aos 3-6 meses e de longo prazo quando ultrapassa os seis meses<sup>14</sup>.

A expressão da sexualidade no período pós parto, é muito complexa e resulta de uma série de alterações ao nível biológico, físico e até mesmo social<sup>4</sup>. Como momento indicado para se reiniciar a vida sexual numa mulher que acabou de ter um bebé, é aconselhado este ocorrer após a perda total de lóquios (saída de tecidos, células e sangue pela vagina); ao nível da Europa o reinício sexual ocorre numa média de 6-8 semanas após o nascimento do bebé, que corresponde à altura em que ocorre a consulta de revisão pós parto<sup>15,16</sup>.

Os problemas sexuais no pós parto inicial, têm uma prevalência considerada alta segundo alguns estudos<sup>7,11,17</sup>. Em média, apenas cerca de 12 a 14% dos casais afirmam não experienciar qualquer dificuldade em termos sexuais, a maioria dos casais (entre 20 a 60%) sente receio de reiniciar actividade sexual coital<sup>10</sup> e cerca de 70.6% referenciam ter disfunções sexuais nos três primeiros meses, diminuindo para 55,6% dos quatro aos seis meses<sup>7</sup>.

Apesar de existirem poucos estudos dirigidos às alterações da sexualidade no futuro, existem dados que indicam que cerca de cinquenta por cento das puérperas, se manifestam pouco satisfeitas sexualmente e que o relacionamento sexual de cerca de um terço dos casais piora após o parto<sup>10</sup>.

Alguns estudos apontam que ao fim de seis meses, uma em nove mulheres ainda não iniciou actividade sexual<sup>18</sup>.

### **1.2.1 – Sexualidade no período pós parto**

A vivência da sexualidade durante a gravidez e no período pós parto é directa ou indirectamente, influenciada por um turbilhão de mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e até mesmo sociais. Sendo a transição para a parentalidade uma fase que implica novas adaptações é também um momento particularmente propício para uma nova integração da sexualidade. Esta integração poderá levar a um aprofundamento e reforço positivos na sexualidade do casal ou, pelo contrário, desencadear uma serie de novos conflitos e dificuldades, provocando um impacto negativo na saúde física e psicológica em ambos os elementos do casal<sup>10</sup>.

Parece ser imperativo, que ocorra de forma sistemática uma abordagem deste tema pelos profissionais de saúde no período de pós parto<sup>8</sup>, uma vez que segundo alguns estudos apenas 28% das mulheres refere espontaneamente ter algum problema e 40% referem nunca terem sido abordadas sobre este tema até aos 3 meses de pós parto<sup>11</sup>.

Deste modo possibilita-se ajuda à mulher e ao casal nesta fase de adaptação e transição<sup>16</sup>, devendo o parceiro ser incluído nestas sessões sempre que possível<sup>19</sup>.

Alguns estudos apontam mesmo para a necessidade deste tema ser anteriormente abordado nas aulas de preparação para o nascimento, assim como os reajustamentos que irão ocorrer na

mulher em termos relacionais com o seu parceiro, não só durante a gravidez como também no pós parto<sup>4,8,11,19</sup>.

O desenvolvimento de conhecimentos nesta temática, habilidades clínicas e realização de estudos, parece ser tanto essencial nos profissionais que prestam cuidados no pré parto como no pós parto, de forma a melhor compreender e repassar informações, que possam ser importantes para a sexualidade<sup>6,7,20,21</sup>. De igual forma, é também importante utilizar instrumentos de avaliação, devidamente adequados e validados, para detectar e avaliar a sexualidade das mulheres, que são acompanhadas no período de pós parto<sup>22,23,24</sup>.

Durante este período, caracterizado pela diversidade de novas experiências, todos os factores que interfiram com a satisfação maternal são importantes serem abordados<sup>5</sup>, uma vez que existem estudos que verificaram que enquanto durante a preparação para o nascimento as mulheres parecem estar mais preocupadas com o parto e como tratar do seu bebé, no período pós parto as preocupações parecem estar mais centralizadas no seu dia a dia, satisfação e relacionamento com o seu parceiro<sup>19</sup>.

De forma geral, o funcionamento sexual normalmente diminui durante a gravidez e permanece baixo durante o período pós parto, podendo encontrar-se afectado por um vasto número de variáveis, onde se incluem as alterações hormonais, o aleitamento materno, o surgir de um novo ajuste psicossocial (imagem corporal), fadiga, mudança no papel social, entre outras.

No que refere à sexualidade da mulher e do casal, geram-se muitos tabus, sendo um tema muitas vezes evitado ou abordado superficialmente pelas mulheres/casal e até mesmo pelos profissionais de saúde<sup>21,23</sup>.

Um declínio no funcionamento sexual pós parto pode ser especialmente problemático se a expressão sexual for altamente valorizada e parte integrante do conceito de mulher, independentemente do relacionamento com o seu companheiro.

### **1.2.2 – Factores relacionados com a Sexualidade Feminina, no período pós parto.**

A sexualidade feminina com já foi referido anteriormente parece ser um fenómeno complexo, multifactorial podendo estar alterada por motivações não necessariamente apenas do foro sexual, envolvendo factores igualmente importantes como psicológicos, socioculturais e até relacionais<sup>6,25</sup>, fazendo dela uma matéria de estudo difícil, necessitando de uma compreensão mais aprofundada.

Devido à sua complexidade nem sempre é possível que o profissional de saúde determine de forma clara, qual o factor verdadeiramente causal que está por detrás das alterações da sexualidade na mulher no período pós parto, no entanto é importante, que o problema seja detectado pelo profissional<sup>4,7</sup>.

Vários estudos sugerem a existência de seis factores que parecem interferir na sexualidade feminina no puerpério, como a mudança do papel social, o cansaço, o humor, as alterações físicas relacionadas com o parto e amamentação, as alterações hormonais, a satisfação matrimonial, podendo ainda existir um sétimo factor, que se encontra relacionado com a ansiedade e medo de voltar a engravidar no caso de não utilizarem métodos contraceptivos<sup>10,21</sup>. A depressão é apontada por alguns autores também como um factor com influência na sexualidade<sup>18,26</sup>.

Alguns destes factores podem permanecer até aos seis meses, apresentando um decréscimo significativo entre os nove meses e um ano<sup>7,25</sup>.

Segundo alguns estudos<sup>7,21</sup> a falta de aconselhamento sexual constitui um factor de risco na ocorrência de distúrbios na sexualidade das mulheres no período pós parto, devendo ser as mulheres avaliadas sobre a fadiga física e mental<sup>15</sup>.

A falta de informação, de aconselhamento e tratamento por parte dos profissionais de saúde, podem ser também considerados como factores de risco para a existência de problemas do foro sexual<sup>7</sup>.

No que respeita a iniciativa sexual, apesar de haver poucos estudos em relação ao período após o nascimento, parece haver consenso acerca de maior desinteresse sexual por parte do casal. Contrariamente ao período da gravidez, três a quatro meses após o parto, a maioria das mulheres, demonstra-se mais desinteressada pelo sexo do que os seus companheiros<sup>27</sup>. Na maioria dos casos é o homem que demonstra maior iniciativa, tanto durante a gravidez, como no período após o parto, em que na maior parte das situações, o que motiva as mulheres para a actividade coital neste período é a obrigação marital e a percepção das necessidades do outro. Esta situação é particularmente saliente na primeira experiencia coital após o parto<sup>27</sup>.

A frequência coital demonstra percentagens mais reduzidas no primeiro ano após o nascimento, em relação à gravidez. Já no segundo ano, a actividade coital ocorre 1 a 2 vezes por semana<sup>27</sup>.

Seguir-se-á uma breve descrição de alguns dos factores que maior interferência parecem exercer na sexualidade feminina no período pós parto.

- **Alterações no pavimento pélvico:** Durante o parto por via vaginal pode ocorrer traumatismo da região perineal, muitas vezes agravado pela episiotomia (corte entre vagina e ânus) ou por lacerações do períneo. Além do edema e da sutura da episiotomia ou das lacerações, o perineo pode também apresentar equimoses, hematomas. A episiorrafia (sutura de lacerações perineais) provoca quase sempre dor mais ou menos intensa associada a desconforto, resultante da cicatrização. A

maioria das mulheres, um mês após o parto já não refere dor na região perineal, podendo no entanto prolongar-se até cerca de 6 a 8 semanas ou mais, algum incómodo nesta região<sup>28,29</sup>.

Alguns estudos sugerem que a episiotomia pode afectar a vida sexual de uma mulher durante o primeiro ano, existindo dor durante a penetração e acto sexual (dispareunia), alteração na lubrificação, insatisfação sexual e diminuição da libido<sup>7,21,28</sup>.

As alterações ocorridas no pavimento pélvico durante o parto segundo alguns estudos prevalecem em cerca de 40% dos casos afectando o bem estar físico e psíquico da mulher<sup>7,28</sup>.

Tal situação poderá dificultar o acto sexual, devido a dor e conseqüentemente, levar a que a mulher não retome a sua vida sexual na normalidade, podendo mesmo ser uma importante causa de abstinência sexual. Como tal, alguns autores são da opinião de que se deve tentar minimizar a extensão da lesão no perineo, procurando recorrer a intervenções menos violentas, de modo a minimizar o trauma mecânico causado nesta região, como por exemplo, evitando o uso rotineiro de episiotomia, de fórceps e de ventosas<sup>30</sup>.

Em relação há existência de diferenças nos níveis de desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e prazer, vários são os estudos que verificaram e concluíram que entre mulheres que tiveram um parto por via vaginal e cesariana, existem diferenças significativas, sendo que na primeira situação apresentam níveis mais baixos<sup>6,7,20</sup>.

O reinício da vida sexual também parece ser mais tardio nas mulheres submetidas a episiotomia, estimando-se segundo alguns autores que cerca de um milhão de episiotomias realizadas não tem em conta os *outcomes* maternos, uma vez que segundo a Organização Mundial de Saúde é preferível a rasgadura à episiotomia<sup>31</sup>.

- **Alterações hormonais e neurais:** A gravidez e o período pós parto provocam variações hormonais importantes, possíveis de comparar com o período de adolescência e menopausa, embora por um período mais curto<sup>25</sup>.

O sistema endócrino partilha com o sistema nervoso, a função de regulação do desenvolvimento, função e comportamento sexual, sendo necessário que estes dois sistemas interajam de forma íntima e subtil. A regulação hormonal é feita através de conexão complexa com o sistema neural, em que o hipotálamo é o centro do comando global, que envia uma hormona (gonadotrofina - GnRH) para a hipófise. Este é o sinal desencadeante para que a hipófise liberte outras duas hormonas: FSH (hormona folículo-estimulante) e LH (hormona luteinizante), estas denominam-se por gonadotrofinas, ou seja hormonas que controlam a função das glândulas sexuais ou gónadas.

O sistema nervoso central exerce controlo sobre as mudanças físicas associadas à resposta sexual, quer pela actividade reflexa quer pela estimulação dos sentidos, por exemplo os receptores cutâneos

situados nos genitais das mulheres são activados através do contacto e da pressão exercida. O historial da mulher relativamente às suas experiências anteriores e expectativas, entre outros, constituem factores determinantes no comportamento sexual, através das vias corticais<sup>32</sup>.

Envolvidos na fisiologia da amamentação, existem também um conjunto de mecanismos neurais e hormonais, nomeadamente estrogénios, progesterona, cortisol, hormona lactogénea placentária, insulina e prolactina. Após terem subido os seus valores em quase 100 vezes durante a gravidez, os níveis de estrogénios e progesterona diminuem drasticamente após o nascimento do bebé, enquanto os valores de prolactina aumentam<sup>21,25</sup>.

O défice de estrogénios e progesterona, assim como o aumento de prolactina são factores influentes na redução da resposta sexual na mulher no período pós parto, contribuindo para a insuficiente irrigação e lubrificação vaginal, sendo uma característica fisiológica bastante comum nas primeiras seis a oito semanas após o parto. Os estrogénios são responsáveis pela elasticidade e viscosidade da pele e da mucosa vaginal, o seu défice leva a dispareunia por secura vaginal, congestão e consequentemente a uma diminuição da libido<sup>7,21,25,33</sup>.

A dispareunia parece fazer parte das queixas mais comuns, com uma incidência de 41,3% que pode permanecer entre os 60 e 180 dias após o parto, parecendo resultar de uma combinação de factores físicos e psíquicos<sup>7</sup>.

Judicibus e McCabe (2005) demonstraram o impacto significativo que a dispareunia apresenta até seis meses após o parto, tal poderá verificar-se pelas primeiras experiências precoces do coito após o parto, que podem provocar medos e expectativas negativas face a penetração. Embora a dispareunia se possa desencadear a partir de uma origem biológica, facilmente se pode tornar num factor de patologia psicológica, em que a mulher parece prever que vai ter dor e desconforto<sup>10</sup>.

Parece ser possível encontrar justificações de três tipos diferentes para a ligação entre prolactina versus desejo sexual, sendo a primeira biológica, em que como foi referido anteriormente, os elevados níveis de prolactina suprimem a produção de estrogénios que, por sua vez, conduzem a uma diminuição da lubrificação vaginal em resposta a estimulação sexual<sup>34</sup>. A segunda explicação possível, está relacionada com factores psicológicos, referindo estes autores que as mulheres que amamentam satisfazem as suas necessidades eróticas ou tem menos necessidade de relacionamento, uma vez que experienciam o contacto e o toque, que a amamentação privilegia. Uma terceira hipótese está associada ao desgaste que a amamentação pode implicar para a mulher, deixando-a menos disponível física e psicologicamente para a intimidade com o companheiro<sup>35</sup>.

Há que salvaguardar que a correlação negativa entre a prolactina e o desejo sexual não é no entanto universal, existindo mulheres com níveis elevados de prolactina e que não relatam níveis de desejo diminuídos.

Existem também alguns relatos de situações desconfortáveis de ejeção de leite durante o acto sexual, interferindo na performance do próprio acto sexual<sup>4</sup>.

Os neurotransmissores, como a dopamina, acetilcolina e serotonina, podem ter uma acção positiva ou negativa sobre a sexualidade, no que diz respeito à sua influência sobre a resposta sexual. As alterações do sono e fadiga influenciam os níveis de serotonina que podem levar à diminuição do desejo sexual, da excitação e orgasmo<sup>23</sup>.

Existe também uma hormona denominada por oxitocina que parece ter influencia na mulher, tanto ao nível físico como social, estando presente durante o trabalho de parto, amamentação, vida sexual, participando também na redução de stress, pois reduz o batimento cardíaco e pressão arterial. Segundo alguns estudos, as mulheres que amamentam apresentam níveis mais elevados de oxitocina<sup>36</sup>.

Relativamente ao desejo sexual, existem várias regiões cerebrais envolvidas, no entanto o verdadeiro centro do desejo está no sistema límbico, onde se efectua a integração dos afectos e comportamentos. A amígdala também desempenha um papel preponderante na modelação dos estados emocionais. Ambas estruturas cerebrais estão dependentes de várias hormonas e neurotransmissores, que no período pós parto se encontram alteradas<sup>37</sup>.

- **A fadiga**, é um dos mais comuns factores referenciados como perturbador da sexualidade, parecendo ter influência no decréscimo do desejo e interesse sexual, sobretudo pela parte da mulher. Alguns estudos apontam para o facto de poderem estar diminuídos até aproximadamente aos seis meses após o parto<sup>21,23,38</sup>.

É importante que o profissional de saúde tente perceber efectivamente qual é o apoio familiar que a mulher tem, assim como a forma como esta estrutura o seu dia, períodos de actividade/repouso, de modo a pode-la aconselha-la e até mesmo orienta-la sobre algumas estratégias a adoptar para descanso<sup>39,40</sup>.

A fadiga relacionada com a ocupação diária de tratar o bebé, sobretudo nos primeiros meses, está relacionada com o aumento da irritabilidade, agitação, redução de empatia e socialização, alterações de humor e até mesmo diminuição da função cognitiva<sup>19</sup>.

- **As alterações ao nível psicológico** são mais propícias de ocorrer no período de pós parto, sendo a sua incidência superior nos primeiros seis meses. O aparecimento destas alterações parece ser explicado por vários factores como hormonais, confronto com o seu filho e o filho imaginário, adaptação ao bebé, problemas conjugais, alterações das relações, humor, ritmos, rotinas e aparecimento de novas responsabilidades<sup>25,40,41</sup>.

Alguns estudos relatam que mulheres deprimidas ou emocionalmente lábeis durante a gravidez e pós parto relatam menos interesse, menos actividade e satisfação sexual, bem como menos apoio por parte dos seus companheiros<sup>10</sup>.

Assim como identificam quatro factores de risco de depressão pós parto, sendo dois deles a pobre qualidade da relação íntima com o companheiro e o insuficiente suporte social<sup>19</sup>, podendo a mulher até estar satisfeita com o seu parceiro enquanto companheiro, mas não do ponto de vista sexual. Os outros factores enumerados por estes autores são a existência prévia de história psiquiátrica e ocorrência de acontecimentos adversos durante a gravidez ou pós parto<sup>11</sup>.

- **A presença do bebé** no quarto do casal, parece em alguns casos provocar alguns constrangimentos, perturbando a actividade sexual do casal, em que os pais estão mais atentos para os sons do seu bebé e podem pensar igualmente que este ouve o que eles fazem. Inevitavelmente ocorre um decréscimo na intimidade em termos globais, tendo grande significado em termos das relações sexuais, do tempo e atenção disponíveis entre os elementos do casal<sup>4,33</sup>, podendo cada um deles sentir que o outro não lhe presta a atenção, podendo mesmo algum dos parceiros sentir-se rejeitado<sup>42</sup>.

- **A adaptação a novos papéis e a satisfação matrimonial**, parecem desempenhar também um papel importante na sexualidade da mulher no período de pós parto. O ajustamento às mudanças do papel social (mãe, esposa, profissional) fazem assomar uma dicotomia da imagem da esposa como mãe, em contraste com a imagem ou auto-imagem de desejo sexual/attractiva, podendo encontrar-se reduzido o desejo sexual de ambos os parceiros<sup>10,11,43</sup>.

Em tempos, homens e mulheres sabiam o que esperar um do outro: os homens iam trabalhar e as mulheres assumiam como principal responsabilidade as actividades domésticas e o cuidar da família. A revolução ligada as expectativas de género ocorrida nos últimos 40 anos abalou todos estes pressupostos, pois apesar de estas mudanças pressuporem vários benefícios para ambos os elementos do casal, também deixaram muitos homens e mulheres incompreendidos, insatisfeitos e sobrecarregados neste domínio.

A ocorrência destas mudanças deve-se à afirmação da mulher e da sua inserção no mercado de trabalho, o que levou a uma configuração do casamento ou união de facto, com um estilo relacional muito diferente do que existia no século passado.

Antigamente, em grande parte das sociedades, as principais funções do casamento estavam relacionadas a interesses políticos e económicos. Hoje, as pessoas casam-se principalmente por razões afectivas e sexuais<sup>44</sup>. As transformações sociais vigentes, levaram a questionar o contracto matrimonial clássico, originando profundas mudanças na experiencia conjugal, em que a satisfação

aos diferentes níveis por parte da mulher é tida em conta. Existindo mesmo alguns estudos que concluem que os pais casados ou em união de facto apresentam níveis de satisfação parental superiores aos dos solteiros<sup>45</sup>.

A literatura aponta para o facto de os casamentos onde ambos os membros do casal trabalham, apresentarem um estilo de vida mais stressante, devido as constantes mudanças e adaptações ao longo da vida conjugal<sup>46</sup>, em que a falta de igualdade na divisão de tarefas domésticas, na administração da casa, na educação e cuidado dos filhos são factores geradores de stress na esfera familiar.

As mulheres estão cada vez mais exigentes, não só relativamente aos critérios de satisfação conjugal, como também, em relação a satisfação com o comportamento masculino de forma geral, ou seja, nas áreas da sexualidade, afectiva e profissional, estão atentas a sua performance sexual, exigindo fidelidade, companheirismo e amizade, ou seja, investimento na relação.

As dificuldades sexuais sentidas por mães recentes e seus parceiros podem causar sentimentos de angustia e insegurança, uma vez que a sexualidade parece preencher um papel importante na qualidade de vida, no bem estar físico, mental e conjugal<sup>13</sup>.

A falta de comunicação e compreensão mútua poderá levar consequentemente a maiores problemas conjugais<sup>10,47</sup>.

Judicibus & McCabe (2005) acrescentam um importante dado na qualidade do relacionamento conjugal, pois as mulheres que sentem maior satisfação com a sua conjugalidade são também aquelas que experienciam maior satisfação sexual, tanto na gravidez como no pós parto.

A vivencia plena da sexualidade neste período de crescimento e desenvolvimento da relação do casal, deve ser assumida com plena cumplicidade. Só desta forma é possível vivenciar esta fase de mudança, fortalecendo os laços maritais e torna-la numa transição saudável para o casal.

### **1.3– O papel do Fisioterapeuta versus Sexualidade Feminina**

O Fisioterapeuta pode desempenhar um papel importante nesta fase, por se tratar de um profissional com conhecimentos e competências (*skills*), capaz de contribuir para a reeducação e esclarecimento/resolução de alguns problemas, assim como, na promoção da saúde sexual através do ensino de algumas estratégias de resolução de problemas<sup>12</sup>, apoiando a mulher e casal, nesta fase tão exigente.

Está capacitado para fazer parte de uma equipa multidisciplinar, podendo prestar também o seu contributo através do ensino de exercícios no pavimento pélvico, que são de extrema importância para a recuperação da força perineal, resolução de problemas de incontinência urinária e do foro sexual, podendo contribuir para a redução da dor e melhoria da mobilidade musculoesquelética<sup>12,48</sup>.

A realização de classes de pós parto, onde se encontram mulheres com queixas e preocupações semelhantes, parece ser benéfico<sup>3</sup>, podendo o fisioterapeuta desempenhar o papel de elemento de confiança e facilitador da comunicação /diálogo no grupo<sup>49</sup>.

Neste tipo de abordagens torna-se providencial que este profissional de saúde aborde o casal ou as mulheres no sentido de informar acerca da flutuação normal da actividade sexual neste período, considerando possíveis sentimentos, receios e dificuldade que surjam com maior frequência, fazendo referência à flutuação do interesse sexual e satisfação.

Poderá alertar para outras formas de experienciar a sexualidade, como as carícias, actividade não genital, masturbação, diferentes posicionamentos coitais, medidas a tomar de modo a diminuir algum desconforto para a mulher, entre outras<sup>10</sup>. Nalguns casos, uma avaliação e intervenção individualizada pode ser necessária, como nos casos de dispareunia mantida e vaginismo<sup>12</sup>.

É de igual forma importante, que sempre que se detecte a persistência de dificuldades de relacionamento entre casal, ou relacionadas com a díade mãe-bebé, este profissional oriente a mulher para um apoio/acompanhamento mais especializado<sup>10</sup>.

No que refere ao ensino para adultos a escuta activa assim como promover aprendizagens activas são fundamentais, pretendendo-se que a mulher ou o casal consigam expressar as suas preocupações, ajudando-os a direccionarem-se na procura de uma solução e autonomia, proporcionando-lhes recursos, informações e apoio. Também compete ao profissional de saúde, neste caso em concreto ao fisioterapeuta, a descodificação de crenças erróneas, desmistificação de mitos e falsos conceitos uma vez que estes deterioram a vivencia de uma sexualidade harmoniosa<sup>5</sup>.

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas à semelhança da *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)*, reconhece o Fisioterapeuta como profissional de saúde com competências para intervir na mulher no período pós parto, sendo detentor de um corpo de saberes específicos e reconhecidos<sup>50</sup>.

Deste modo a eficácia da sua intervenção pode estar relacionada com a sua habilidade em estabelecer uma boa relação terapêutica e com a sua capacidade/competências de ensino<sup>8,19,39,51</sup>, contribuindo para a integração de um novo conceito de sexualidade na vida da mulher<sup>4</sup>.

O silêncio e a ignorância, impossibilitam algumas vezes as mulheres e seus parceiros da procura de ajuda e de soluções. Uma forma de abordar o tema da sexualidade e alterações que ocorrem no período pós parto, quando se tratam de mulheres pouco conversadoras, poderá passar por abordar que alterações lhe ocorreram a nível físico durante a gravidez e após o parto<sup>11,19</sup>. A sugestão de alguns temas ou o colocar questões para debate, após escuta activa e uma breve entrevista, poderão ser algumas das estratégias a adoptar<sup>38</sup>.

Toda a educação em torno dos factores que podem contribuir para as alterações da sexualidade, deve ser melhorada de modo a atender às necessidades da mulher e casal, pois quanto mais informação apropriada a mulher tiver, maior será a sua capacidade de detectar problemas e lidar com estes<sup>6,16,18</sup>.

Quando se aborda o tema de sexualidade feminina, não poderão ser esquecidas as várias dimensões relacionadas com a vagina, como o interesse sexual, orgasmo, lubrificação, satisfação, parceiro<sup>11</sup>, assim como a dor no acto sexual<sup>18</sup>.

Segundo alguns autores<sup>12,13</sup>, a Organização Mundial de Saúde, refere que saúde sexual pode ser definida como um estado físico, emocional, mental, social e bem-estar, relacionados com a sexualidade, não sendo a mera ausência de doença, disfunção ou perturbação. Também é da opinião de que todas as mulheres que tiveram um bebé deveriam ser vigiadas e observadas por profissionais de saúde nos momentos de maior necessidade, aos seis dias, seis semanas e seis meses<sup>25</sup>, uma vez que alguns dos problemas persistem até esta altura<sup>18</sup>.

Ao ajudar-se a mulher a restabelecer fisicamente e psicologicamente, está-se a contribuir para a sua melhor integração e desempenho multifacetado na sociedade<sup>1,2,3</sup>, colaborando para a promoção da saúde na mãe, casal e respectivo bebé.

As sessões de pós parto nos locais onde decorrerá o presente estudo, por questões de logística apenas acompanham as puérperas até a um período máximo de cinco meses, pelo que nos parece de todo relevante, significativa e após tudo o que foi anteriormente exposto, nos debruçemos mais uma vez sobre este tema.

Com a elaboração deste trabalho tem-se como objectivo principais traçar o perfil das mulheres que participam neste estudo nos primeiros cinco meses após o parto e verificar se existem diferenças significativas nos scores totais do questionário *McCoy Female Sexuality Questionary* (MFSQ), consoante as mulheres foram ou não informadas sobre as alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade.

Colocaram-se duas hipóteses:

H<sub>1</sub> - Será que as mulheres nos primeiros cinco meses após o parto obtêm níveis de interesse, satisfação, lubrificação, orgasmo, percepção do parceiro, completos e bem integrados, de forma homogénea?

H<sub>2</sub> - As mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade, apresentam scores superiores no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto?

### **III - Metodologia**

#### **3 – Desenho do Estudo**

##### **3.1 – Tipo de Estudo**

Este estudo pretende ser uma investigação do tipo quasi – experimental<sup>52,53,54</sup> e irá usar basicamente um tipo de recolha de dados: o inquérito por questionário (Apêndice I). Com base na análise de dados, as conclusões serão obtidas pela metodologia quantitativa, através de uma análise multivariada de *clustering*, de modo a permitir aumentar o conhecimento sobre o tema em análise.

##### **3.2 - População/ Amostra**

Atendendo aos objectivos deste estudo, a população alvo corresponde às mulheres nos primeiros cinco meses após o parto, constituída pelas mulheres que frequentam as sessões pós parto no Hospital de São Francisco Xavier, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação (grupo experimental) e no Centro de Saúde de Tomar (grupo controle).

A amostra é não probabilística, constituída por mulheres que tenham sido mães num período até cinco meses e que frequentaram as sessões de pós parto entre Junho e Agosto de 2011, grupo experimental (n = 34) e grupo controle (n = 25), tendo idades compreendidas entre os 20 e 41 anos.

##### **3.3 – Instrumento de Colheita de Dados**

Com base na literatura consultada e na experiência da investigadora, elaboraram-se algumas questões que pareceram pertinentes, como forma de complemento ao questionário sobre a sexualidade feminina de McCoy - MFSQ, instrumento de avaliação psicométrico, destinado a avaliar o nível de interesse e a resposta sexual, composto por 19 itens.

A sexualidade feminina é um tema altamente carregado de subjectividade<sup>4</sup>, daí a necessidade da utilização de instrumentos devidamente adaptados e validados.

O instrumento de avaliação psicométrico MFSQ, permite-nos avaliar o nível de interesse e resposta sexual feminina, através de cinco dimensões: Interesse sexual, Satisfação, Lubrificação, Orgasmo, Parceiro sexual<sup>22,24</sup>.

Este instrumento foi utilizado em vários estudos internacionais e em países culturalmente semelhantes ao nosso tendo sido sujeito a adaptação transcultural para Portugal<sup>33</sup>, com tradução seguida de retroversão, verificando-se validação consensual quanto à equivalência semântica, idiomática e de conteúdo. Foi submetido a um pré teste onde foram retirados alguns itens (14) referentes a informação sobre masturbação, actividades sexuais mas sem coito e relação anal, na medida em que várias mulheres se recusaram a responder<sup>33</sup>.

A forma básica do MFSQ utilizada consiste em 19 itens: 18 itens numa escala de 1 a 7 pontos, de muito baixo ou ausente para extremamente alto, e um item que pede uma frequência global de coito

heterossexual durante as últimas 4 semanas, através do preenchimento com um número no espaço em branco.

O item 12, referente à frequência das actividades sexuais, foi convertido em sete categorias e definida operacionalmente como: Nenhuma; 1-2 vezes/semana; 3-4vezes/semana; 5-6 vezes/semana; 7-8 vezes/semana; 9-10 vezes/semana; Mais de 10vezes/semana.

Em relação aos indicadores, para cada domínio é considerado o somatório de todos os itens da dimensão, e para o *Score* global, o somatório da totalidade das dimensões.

Contagens globais mais altas são interpretadas como níveis mais elevados, mais completos, de melhor integração da função sexual feminina.

Este instrumento mostrou também ter validade e fidelidade com um coeficiente Alfa de *Cronbach* global de 0,89<sup>33</sup>.

Para nos assegurarmos que o questionário elaborado se encontrava perceptível, foi realizado um pré teste, tendo sido administrados dez questionários, com apreciação favorável.

Nos dois grupos foi aplicado um pós teste, que corresponde à aplicação do instrumento de medida referido anteriormente, no final da frequência das sessões de pós parto (entre os 4 e 5 meses). Em ambos os grupos as sessões de pós parto são ministradas por fisioterapeutas que possuem a mesma formação referente ao pós parto, realizada através da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, grupo de Interesse da Saúde da Mulher e pós graduação na área da Saúde da Mulher.

No grupo experimental, no início das sessões de pós parto (2ª aula), são abordadas as alterações ao nível da sexualidade que poderão ocorrer durante o período pós parto e o que poderão as mulheres fazer para as colmatar. O grupo controlo corresponde às puérperas que frequentam as sessões de pós parto no Centro de Saúde de Tomar, seguindo-se o programa pós parto, no qual não há referenciação às alterações ocorridas ao nível da sexualidade. A validade interna será assegurada com base em análises realizadas à base de dados, na fase de tratamento dos dados, anterior à análise dos mesmos, através do uso do SPSS.

### **3.4– Variáveis/Operacionalização**

As variáveis do estudo serão classificadas como dependentes e independentes, a variável dependente é a que sofrerá o efeito, a variável independente será aquela que o investigador manipula no estudo para medir o seu efeito na variável dependente.

#### **3.4.1- Variável Dependente**

Esta variável corresponde ao nível de interesse e resposta sexual feminina nos primeiros cinco meses após o parto. Para operacionalizar esta variável optou-se pelo instrumento MFSQ (parte II do questionário)<sup>33</sup>, que permite avaliar o nível de interesse e resposta sexual feminina nas suas dimensões.

Trata-se consequentemente de uma variável latente (não observada) e que resulta das dimensões consideradas (Tabela 1), através da metodologia dos modelos de classes latentes.

Tabela 1 - Dimensões consideradas no MFSQ e respectiva informação

Dimensões	Itens	Cotação invertida	Índice
Interesse sexual	1; 3-5; 10-11	Não	6 (mínimo)
			42 (máximo)
Satisfação	2; 7; 12	Não	3 (mínimo)
			21 (máximo)
Lubrificação vaginal	6; 17; 18	Não	3 (mínimo)
			21 (máximo)
Orgasmo	13-16	13-15; Não	4 (mínimo)
		16; Sim	28 (máximo)
Parceiro Sexual	8; 9; 19	Não	3 (mínimo)
			21 (máximo)

Em relação à contabilização dos diferentes itens, para cada domínio é considerado o somatório de todos os itens da dimensão; para o *score* global é considerado o somatório da totalidade das dimensões, podendo os scores variar entre 19 e 133. Contagens mais elevadas são interpretadas como níveis mais elevados, mais completos, de melhor integração da função sexual feminina.

### 3.4.2 - Variáveis independentes

Como variáveis independentes neste estudo poderemos encontrar: idade, tipo de parto, tempo decorrido após o parto, episiorrafia, amamentação, reinício actividade sexual, com quem vive, práticas e comportamentos relacionados com o facto do bebé dormir no quarto do casal, alterações que a gravidez e parto provocaram no corpo, fadiga, percepção que a mulher tem do parceiro sexual, ter sido informada sobre as alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade. Estas variáveis funcionarão como variáveis de caracterização e encontram-se na parte I do questionário.

### 3.5 - Procedimentos Formais e Éticos

Com base na literatura e experiência procurou-se um instrumento que avaliasse a sexualidade feminina, o que foi deveras difícil, por não ter encontrado nenhum instrumento aferido à população portuguesa, encontrando-se alguns a aguardar publicação. Neste sentido após analisar alguns instrumentos, pareceu-nos que o MFSQ seria o mais adequado para obtermos informação sobre o que era pretendido<sup>2</sup>. Foram necessários pedidos formais para a realização deste estudo, junto do Director do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) - Hospital de São Francisco Xavier e

<sup>2</sup> Foi pedida autorização via telefónica e por *email* à autora portuguesa que procedeu à adaptação transcultural do instrumento que gentilmente concedeu.

direcção do Centro de Saúde de Tomar – locais onde decorreram as sessões pós parto, assim como para as comissões de ética respectivas.

Foi elaborada uma carta de apresentação anexada ao instrumento para recolha de dados, onde se procede a uma breve apresentação do estudo e objectivo geral, sendo dada a garantia de anonimato e confidencialidade. Este questionário é respondido pela puérpera, sendo-lhe pedido que o deixe em cima da mesa do local das sessões.

### 3.6 - Tratamento Estatístico

Após aplicação dos questionários, os dados obtidos foram lançados numa base de dados em ambiente SPSS. O tratamento dos dados foi feito através do SPSS, sendo que a análise posterior dos dados foi realizada com base no SPSS versão 19 e no LatentGOLD, este especialmente usado para a estimação dos Modelos de Classes Latentes, tendo como objectivo o traçado dos perfis<sup>55,56</sup>.

## 4 – Resultados

Através da estimação dos modelos de classes latentes (MCL), analisámos a possibilidade de homogeneidade (modelo com uma classe latente) e heterogeneidade, neste caso através dos modelos com duas e três classes latentes. Utilizou-se o critério de informação  $AIC_3$ <sup>55</sup>, porque todas as variáveis base de agrupamento (*clustering*) são categorizadas; foi seleccionado o modelo com duas classes latentes, pois foi nesse modelo que o critério se minimizou (Tabela 2).

**Tabela 2 .** Valores do critério de informação  $AIC_3$

Modelo	LL	$AIC_3$
1-Cluster	-2824,17	6152,331
2-Cluster	-2581,58	<b>5838,157</b>
3-Cluster	-2512,11	5870,215

Nas tabelas que se seguem, são apresentadas as estimativas dos parâmetros do modelo seleccionado, as quais representam probabilidades, embora de dois tipos:

1. Probabilidades simples, representando as probabilidades de pertença aos grupos 1 e 2, 0.60 e 0.40, respectivamente;
2. Probabilidades condicionais: representam as probabilidades de responder num certo sentido, sabendo que pertencem ao grupo 1(2). Assim, as probabilidades 0.5574 e 0.3668, representam as probabilidades de resposta *eutócito (normal)*, sabendo que pertencem aos grupos 1 e 2, respectivamente. Porque 0.5574 é maior que 0.3668, concluímos que essa resposta é mais provável no grupo 1, conforme se verifica nas tabelas 3 e 4.

**Tabela 3.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes latentes

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>Indicators</b>		
<b>Tipo de parto</b>		
eutócito (normal)	<b>0,5574</b>	0,3668
fôrceps	0,0605	<b>0,2691</b>
ventosa	0,118	<b>0,1809</b>
cesariana	<b>0,2641</b>	0,1831
<b>Há quanto tempo</b>		
menos 4 meses	<b>0,0393</b>	0,0302
4 meses	<b>0,4797</b>	0,4407
5 meses	0,481	<b>0,5291</b>
<b>Teve episiorrafia (pontos)</b>		
não	<b>0,3517</b>	0,1846
sim	0,6483	<b>0,8154</b>
<b>Teve alguma complicação</b>		
não	<b>0,8813</b>	0,7749
sim	0,1187	<b>0,2251</b>

**Tabela 3.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes latentes (cont.)

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>Que tipo de alimento dá ao seu filho</b>		
só leite materno	<b>0,4998</b>	0,4099
leite adaptado (biberão)	0,1473	<b>0,1813</b>
leite materno+leite adaptado	0,353	<b>0,4088</b>
<b>Já reiniciou a sua vida sexual</b>		
Não	0,0007	<b>0,1187</b>
Sim	<b>0,9993</b>	0,8813
<b>Há quanto tempo (semanas)</b>		
2	<b>0,0406</b>	0,0281
3	<b>0,0199</b>	0,0147
4	<b>0,0389</b>	0,0309
5	<b>0,1708</b>	0,1452
6	<b>0,1852</b>	0,1685
7	<b>0,0902</b>	0,0879
8	0,2107	<b>0,2198</b>
9	0,1024	<b>0,1144</b>
10	0,0829	<b>0,0991</b>
12	0,0467	<b>0,064</b>
20	0,0116	<b>0,0274</b>
<b>O bebê dorme no quarto do casal</b>		
não	0,206	<b>0,227</b>
sim	<b>0,7939</b>	0,7730
<b>Preocupa-se que ao fazer amor acorde o seu bebê</b>		
nunca	<b>0,1904</b>	0,07
raramente	<b>0,1897</b>	0,1163
ocasionalmente	0,3895	<b>0,3979</b>
a maioria das vezes	0,2097	<b>0,3571</b>
sempre	0,0207	<b>0,0587</b>
<b>Tem apoio nos cuidados com o seu filho</b>		
nunca	0,1011	<b>0,2069</b>
raramente	0,2495	<b>0,3413</b>
ocasionalmente	<b>0,2587</b>	0,2366
a maioria das vezes	<b>0,2742</b>	0,1676
sempre	<b>0,1165</b>	0,0476
<b>De quem</b>		
ninguem	0,1179	<b>0,1811</b>
marido	<b>0,323</b>	0,2286
namorado	0,0887	<b>0,0902</b>

mãe	0,1176	<b>0,1364</b>
sogra	<b>0,0292</b>	0,0004
empregada	0,0003	<b>0,0448</b>
amiga	0,0003	<b>0,0448</b>
mãe e namorado	0,0005	<b>0,0897</b>
sogra, mãe, marido	<b>0,0585</b>	0,0008
marido e mãe	<b>0,1753</b>	0,0026
filha mais velha	0,0003	<b>0,0448</b>
mãe, marido, empregada	0,0003	<b>0,0448</b>
mãe e sogra	<b>0,0292</b>	0,0004
irmã	0,0295	<b>0,0452</b>
mãe e tia	<b>0,0292</b>	0,0004
tia	0,0003	<b>0,0448</b>
<b>A sua força física e mental tem sido</b>		
muito inferior	0,061	<b>0,3588</b>
inferior	0,5002	<b>0,5901</b>
sem alteração	<b>0,263</b>	0,0039
superior	<b>0,1757</b>	0,0472

**Tabela 3.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes latentes (cont.)

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>A sensação de fadiga interfere no seu relacionamento sexual com o seu companheiro</b>		
nunca	<b>0,1163</b>	0,0026
raramente	<b>0,1099</b>	0,0124
ocasionalmente	<b>0,5808</b>	0,3309
a maioria das vezes	0,1845	<b>0,5313</b>
sempre	0,0084	<b>0,1228</b>
<b>A frequência com que tem tido relações sexuais com o seu parceiro tem sido</b>		
muito inferior	0,2656	<b>0,4523</b>
inferior	<b>0,6174</b>	0,5461
sem alteração	<b>0,117</b>	0,0016
<b>Preocupa-lhe o facto de poder engravidar neste momento</b>		
nunca	<b>0,1589</b>	0,0731
raramente	<b>0,204</b>	0,1395
ocasionalmente	0,4258	<b>0,4328</b>
a maioria das vezes	0,1634	<b>0,247</b>
sempre	0,0479	<b>0,1075</b>
<b>As alterações que a gravidez e o parto provocaram no seu corpo, interferem no seu relacionamento</b>		
nunca	<b>0,2537</b>	0,0634
raramente	<b>0,2189</b>	0,1167
ocasionalmente	0,3559	<b>0,4044</b>
a maioria das vezes	0,1716	<b>0,4155</b>
<b>Foi informada sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade</b>		
não	0,3247	<b>0,5426</b>
sim	<b>0,6753</b>	0,4574
<b>Até que ponto tem sido agradável a sua actividade sexual</b>		
1	0,0002	<b>0,1807</b>

2	0,002	<b>0,1779</b>
3	0,0581	<b>0,4537</b>
4	<b>0,2448</b>	0,1674
5	<b>0,3124</b>	0,0187
6	<b>0,294</b>	0,0015
7	<b>0,0885</b>	0
<b>Com que frequência teve actividade sexual</b>		
1	0,0018	<b>0,0425</b>
2	0,157	<b>0,664</b>
3	<b>0,3347</b>	0,2558
4	<b>0,2436</b>	0,0337
5	<b>0,1452</b>	0,0036
6	<b>0,0883</b>	0,0004
7	<b>0,0295</b>	0

**Tabela 3.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes latentes (cont.)

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>Com que frequência teve fantasias sexuais e/ou pensamentos relacionados com sexo</b>		
1	0,1624	<b>0,5652</b>
2	0,2078	<b>0,2694</b>
3	<b>0,2468</b>	0,1192
4	<b>0,2112</b>	0,038
5	<b>0,1131</b>	0,0076
7	<b>0,0587</b>	0,0005
<b>Até que ponto se tem sentido excitada durante a actividade sexual</b>		
1	0,0002	<b>0,1353</b>
2	0,0089	<b>0,3934</b>
3	0,1161	<b>0,4101</b>
4	<b>0,1992</b>	0,0565
5	<b>0,1744</b>	0,004
6	<b>0,3831</b>	0,0007
7	<b>0,118</b>	0
<b>Como classifica o seu nível de interesse sexual</b>		
1	0,0055	<b>0,3535</b>
2	0,032	<b>0,3127</b>
3	0,1952	<b>0,2888</b>
4	<b>0,1544</b>	0,0346
5	<b>0,2598</b>	0,0088
6	<b>0,2941</b>	0,0015
7	<b>0,059</b>	0
<b>Como classifica a sua lubrificação vaginal</b>		
1	0,0128	<b>0,2066</b>
2	0,0937	<b>0,4444</b>
3	0,1392	<b>0,1936</b>
4	<b>0,2797</b>	0,1141
5	<b>0,3011</b>	0,036
6	<b>0,1442</b>	0,0051
7	<b>0,0293</b>	0,0003
<b>Sente o seu grau de satisfação diminuir devido ao desinteresse manifestado pelo seu parceiro</b>		
3	0,0076	<b>0,1693</b>
4	0,0203	<b>0,1498</b>
5	0,1366	<b>0,3333</b>
6	<b>0,2321</b>	0,187
7	<b>0,6034</b>	0,1605

<b>Está satisfeita com o seu parceiro como amante</b>		
2	0,0003	<b>0,0447</b>
3	0,0036	<b>0,1302</b>
4	0,0238	<b>0,235</b>
5	0,0855	<b>0,2307</b>
6	<b>0,3389</b>	0,2494
7	<b>0,5478</b>	0,11
<b>Está satisfeita com o seu parceiro como amigo</b>		
2	0,0012	<b>0,0434</b>
3	0,0028	<b>0,041</b>
4	0,03	<b>0,1802</b>
5	0,103	<b>0,2492</b>
6	<b>0,2525</b>	0,2462
7	<b>0,6106</b>	0,24

**Tabela 3.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes latentes (cont.)

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>Considera-se sexualmente atraente de uma maneira geral</b>		
1	0,0028	<b>0,0409</b>
2	0,0217	<b>0,1477</b>
3	0,0576	<b>0,1831</b>
4	0,2251	<b>0,3335</b>
5	<b>0,244</b>	0,1687
6	<b>0,3413</b>	0,11
7	<b>0,1075</b>	0,0162
<b>Considera-se sexualmente atraente para o seu parceiro</b>		
1	0,0036	<b>0,085</b>
2	0,0118	<b>0,1176</b>
3	0,0635	<b>0,2645</b>
4	0,1383	<b>0,2403</b>
5	<b>0,2003</b>	0,1452
6	<b>0,4189</b>	0,1267
7	<b>0,1636</b>	0,0206
<b>Quantas vezes teve relações nas últimas 4 semanas</b>		
uma	0,4075	<b>0,7775</b>
duas	<b>0,4532</b>	0,2099
três	<b>0,11</b>	0,0124
várias	<b>0,0294</b>	0,0002
<b>Classifique o grau de prazer obtido</b>		
1	0,0001	<b>0,1355</b>
2	0,0025	<b>0,2676</b>
3	0,0295	<b>0,3618</b>
4	0,1231	<b>0,1732</b>
5	<b>0,347</b>	0,0561
6	<b>0,2915</b>	0,0054
7	<b>0,2062</b>	0,0004
<b>Com que frequência teve orgasmo</b>		
1	0,036	<b>0,352</b>
2	0,0681	<b>0,3027</b>
3	0,051	<b>0,1028</b>
4	<b>0,0923</b>	0,0846
5	<b>0,2089</b>	0,0869
6	<b>0,2364</b>	0,0447
7	<b>0,3074</b>	0,0264
<b>Classifique o grau de prazer obtido durante o orgasmo</b>		
1	0,0067	<b>0,1254</b>
2	0,0149	<b>0,1128</b>

3	0,0492	<b>0,1507</b>
4	0,0979	<b>0,1213</b>
5	<b>0,2001</b>	0,1004
6	<b>0,2605</b>	0,0529
7	<b>0,364</b>	0,0299
<b>Necessitou de estimulação adicional para atingir o orgasmo</b>		
1	0,1422	<b>0,3247</b>
2	0,0592	<b>0,0901</b>
3	0,1599	<b>0,162</b>
4	<b>0,1024</b>	0,0692
5	<b>0,1141</b>	0,0513
6	<b>0,1234</b>	0,037
7	<b>0,2349</b>	0,0469

**Tabela 3.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes latentes (cont.)

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>Considera que a sua lubrificação vaginal foi insuficiente</b>		
1	0,0548	<b>0,2779</b>
2	0,1078	<b>0,2871</b>
3	0,1235	<b>0,1725</b>
4	<b>0,1796</b>	0,1317
5	<b>0,2123</b>	0,0817
6	<b>0,1564</b>	0,0316
7	<b>0,1656</b>	0,0175
<b>Teve relações sexuais dolorosas</b>		
1	0,0229	<b>0,1911</b>
2	0,0728	<b>0,2956</b>
3	0,1289	<b>0,2547</b>
4	<b>0,1088</b>	0,1046
5	<b>0,1583</b>	0,074
6	<b>0,2056</b>	0,0467
7	<b>0,3027</b>	0,0335
<b>O seu parceiro teve problemas de erecção</b>		
1	<b>0,0218</b>	0,0119
4	<b>0,0197</b>	0,015
5	<b>0,038</b>	0,0322
6	<b>0,1642</b>	0,1553
7	0,7338	<b>0,7748</b>

Com o objectivo de ajudar a melhor caracterização dos perfis, foram usadas algumas variáveis de caracterização, ou variáveis sócio demográficas, às quais chamamos covariáveis. Os parâmetros correspondentes são apresentados na Tabela 4.

Com base nas tabelas que se seguem (5 e 6), poderemos então traçar o perfil das mulheres que cooperaram nesta investigação.

**Tabela 4.** Estimativas dos parâmetros do modelo com duas classes (covariáveis)

Cluster Size	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
<b>Covariates</b>		
<b>Idade</b>		
20	0,0294	<b>0,0455</b>
22	0	<b>0,0455</b>
23	0	<b>0,0909</b>
25	0	<b>0,0455</b>
26	0,0294	<b>0,0455</b>
27	<b>0,0587</b>	0,0003
28	<b>0,1175</b>	0,0912
29	0,0882	<b>0,0909</b>
30	<b>0,1181</b>	0,0902
31	<b>0,0588</b>	0
32	<b>0,0882</b>	0,0454
33	<b>0,1469</b>	0,0911
34	0	<b>0,1364</b>
35	<b>0,0882</b>	0,0455
36	0,0294	<b>0,0455</b>
37	<b>0,0588</b>	0,0455
38	0,0294	<b>0,0455</b>
41	<b>0,0588</b>	0
<b>Estado civil</b>		
solteira	<b>0,1177</b>	0,0909
casada	<b>0,5291</b>	0,5005
união de facto	0,265	<b>0,3631</b>
divorciada/separada	<b>0,0882</b>	0,0455
<b>Com quem vive</b>		
sozinha	0	<b>0,0909</b>
marido	0,1761	<b>0,455</b>
namorado	0,1475	<b>0,272</b>
pais e companheiro	<b>0,0588</b>	0
parceiro e filho	<b>0,5881</b>	0,1366
parceiro, filho bebé e outros filhos	0,0294	<b>0,0455</b>
<b>Nível de escolaridade</b>		
9ºano	0,0881	<b>0,1366</b>
12ºano	0,2356	<b>0,2723</b>
bacharelato	<b>0,0882</b>	0,0455
licenciatura	<b>0,5587</b>	0,5457
doutoramento	<b>0,0294</b>	0

É possível verificar-se (Tabela 5) que as mulheres que referem ter sido informadas sobre as alterações da sexualidade (cluster 1) apresentam resultados que se destacam como: partos do tipo eutócito e cesariana, sem episiotomia, amamentam os seus filhos durante mais tempo, já iniciaram vida sexual entre as 2-7 semanas após o parto, nunca ou raramente se preocupam com o facto de acordar o bebé enquanto fazem amor, têm apoio nos cuidados com o filho sempre ou na maioria das vezes, a força física e mental não sofreu alterações e em alguns casos é até superior, a sensação de fadiga nunca/raramente ou ocasionalmente interfere no relacionamento sexual com o seu

companheiro, assim como a frequência com que têm tido relações sexuais é inferior ou sem alterações.

As mulheres que não foram informadas sobre as alterações que ocorrem na sua sexualidade após o parto e que se enquadram no cluster 2, tiveram partos por fórceps/ventosa, com episiotomia e com complicações, não amamentam os seus filhos ou então fazem-no parcialmente, ainda não iniciaram a sua vida sexual e as que o fizeram foi entre as 8-20 semanas, o bebé dorme no quarto do casal, preocupando-se em acordar o bebé quando fazem amor, nunca/raramente/ocasionalmente apresentam apoio para cuidar dos seus filhos, a sua força física e mental é inferior e muito inferior, a sensação de fadiga interfere sempre ou na maioria das vezes no relacionamento sexual com o seu parceiro e a frequência de relações tem sido muito inferior.

No que refere aos diferentes itens e às dimensões contempladas no MFSQ, as mulheres que se encaixam no cluster1 apresentam scores superiores em relação às mulheres que se encontram no cluster2 e que não foram informadas sobre as possíveis alterações na sexualidade no pós parto.

**Tabela 5.** Perfil das mulheres face às variáveis de agrupamento

Variáveis de agrupamento	Mulheres informadas (60%)	Mulheres não informadas (40%)
Tipo de parto	Eutócito (normal); cesariana	Fórceps; ventosa
Há quanto tempo	4 meses	Menos 4 meses; 5 meses
Teve episiorrafia (pontos)	Não	Sim
Teve alguma complicação?	Não	Sim
Que tipo de alimento dá ao seu filho?	Só leite materno	leite adaptado (biberão); leite materno+leite adaptado
Quanto tempo após o parto iniciou a actividade sexual?	2 - 7	8 - 20
O bebé dorme no quarto do casal?	Não	Sim
Preocupa-se que ao fazer amor possa acordar o bebé?	Nunca; raramente	Ocasionalmente; a maioria das vezes; sempre
Tem apoio nos cuidados com o seu filho?	A maioria das vezes; sempre; ocasionalmente	Nunca; raramente
De quem?	Marido; namorado; sogra; sogra, mãe, marido; marido e mãe; mãe e sogra; mãe e tia	Ninguém; mãe; empregada; amiga; mãe e namorado; filha mais velha; mãe, marido, empregada; irmã; tia
A sua força física e mental tem sido:	Sem alteração; superior	Muito inferior; inferior
A sensação de fadiga interfere no seu relacionamento sexual com o companheiro	Nunca; raramente; ocasionalmente	A maioria das vezes; sempre
A frequência com que tem tido relações sexuais com o seu parceiro tem sido	Inferior; sem alteração	Muito inferior

Preocupa-lhe o facto de poder engravidar neste momento	Nunca; raramente;	Ocasionalmente; a maioria das vezes; sempre
As alterações que a gravidez e o parto provocaram no seu corpo, interferem no seu relacionamento sexual com o seu companheiro	Nunca; raramente	Ocasionalmente; a maioria das vezes

**Tabela 5.** Perfil das mulheres face às variáveis de agrupamento (cont.)

Variáveis de agrupamento	Mulheres mais activas sexualmente (60%)	Mulheres menos activas sexualmente (40%)
Foi informada sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade	Sim	Não
Até que ponto tem sido agradável a sua actividade sexual?	4-7	1-3
Com que frequência teve actividade sexual?	3-7	1-2
Com que frequência teve fantasias sexuais e/ou pensamentos relacionados com sexo?	3 - 7	1 - 2
Até que ponto se tem sentido excitada durante a actividade sexual?	4 - 7	1 - 3
Como classifica o seu nível de interesse sexual?	4 - 7	1 - 3
Como classifica a sua lubrificação vaginal?	4 - 7	1 - 3
Sente o seu grau de satisfação diminuir devido ao desinteresse manifestado pelo seu parceiro?	4 - 7	1 - 3
Está satisfeita com o seu parceiro como amante?	6 - 7	2 - 5
Está satisfeita com o seu parceiro como amigo?	7	2 - 6
Considera-se sexualmente atraente de uma maneira geral?	5 - 7	1 - 4
Considera-se sexualmente atraente para o seu parceiro?	5 - 7	1 - 4
Quantas vezes teve relações sexuais nas últimas 4 semanas?	Duas ou mais	uma
Classifique o grau de prazer obtido?	5 - 7	1 - 4
Com que frequência teve orgasmo (com relação sexual)?	5 - 7	1 - 4
Classifique o grau de prazer obtido com o orgasmo?	5 - 7	1 - 4
Necessitou de estimulação adicional para atingir orgasmo?	4 - 7	1 - 3

Considera que a sua lubrificação vaginal foi insuficiente?	4 - 7	1 - 3
Teve relações sexuais dolorosas?	5 - 7	1 - 4
O seu parceiro teve problemas de erecção?	1 - 6	7

Com base na Tabela 6 poder-se-á verificar que os dois factores que mais parecem contribuir para que as mulheres sejam sexualmente mais activas no pós parto são o estado civil e a escolaridade: o facto das mulheres serem divorciadas/separadas e solteiras parece influenciar a maior actividade sexual no pós parto; resulta também destes resultados que maiores níveis de escolaridade (bacharelato, licenciatura e doutoramento) parecem contribuir para maior actividade sexual no pós parto.

**Tabela 6.** Perfil das mulheres face às covariáveis

Covariáveis	Cluster1 (60%)	Cluster2 (40%)
Idade	29 – 33; 35, 37, 41	20 - 28; 34, 36, 38
Estado civil	Divorciada/separada; solteira	Casada; união de facto
Com quem vive	Pais e companheiro; parceiro e filho	Sozinha; marido; namorado; pais; parceiro, filho bebé e outros filhos
Escolaridade	Bacharelato; licenciatura; doutoramento	9º ano; 12ºano

Esta análise responde à primeira hipótese de investigação, será que as mulheres nos primeiros cinco meses após o parto obtêm níveis de interesse, satisfação, lubrificação, orgasmo, percepção do parceiro, completos e bem integrados, de forma homogénea?

Os resultados mostram a evidência clara de heterogeneidade, ou seja, comportamentos distintos, consoante as mulheres foram ou não foram informadas.

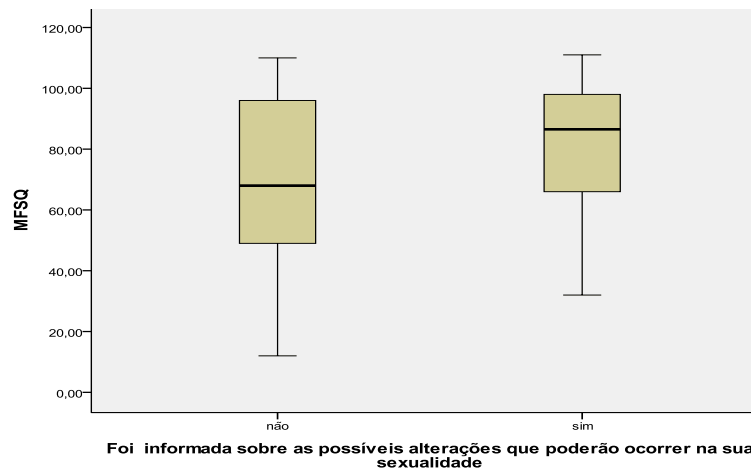
De seguida analisaremos a distribuição dos valores MFSQ e informação/não informação das intervenientes, com o intuito de testar a segunda hipótese de investigação, as mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade, apresentam scores superiores no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto?

O gráfico 1 representa os valores MFSQ na amostra, consoante as mulheres tenham ou não sido informadas sobre as alterações que podem ocorrer na sua sexualidade.

É possível verificar-se que de facto os scores no MFSQ são superiores na amostra em que houve informação. De seguida pretendemos testar estatisticamente esta hipótese (H<sub>2</sub>). Para o efeito podemos utilizar o teste t (se as duas populações em análise se distribuem normalmente e são

homocedásticas) ou o teste Mann-Whitney se falhar pelo menos uma destas duas condições de aplicabilidade do teste t.

**Gráfico 1.** Distribuição dos scores de MFSQ, segundo terem sido ou não informadas sobre as alterações da sexualidade no pós parto.



Assim começamos por testar a normalidade das duas populações (informadas e não informadas) através do teste Kolmogorov-Smirnov (Tabela 7).

Porque em ambas as situações valor  $p = 0,2$  é maior que  $\alpha = 0,05$ , aceitamos a hipótese nula (MFSQ distribuem-se normalmente pelos Não e pelos Sim). Fica assim provado que os scores do MFSQ têm distribuição normal, seja relativamente às mulheres informadas ou relativamente às mulheres não informadas.

**Tabela 7.** Teste de Kolmogorov-Smirnov (Shapiro-Wilk) para a normalidade

Foi informada sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade		Kolmogorov-Smirnov(Shapiro-Wilk)		
		Estatísticas	Graus de liberdade	Valor p
MFSQ	Não	0,140 (0,956)	25	0,20 (0,335)
	Sim	0,112 (0,951)	34	0,20 (0,133)

A outra condição exigida pelo teste t respeita à necessidade de homocedasticidade, pelo que iremos usar o teste de Levene para testar as hipóteses seguintes:

Hipótese nula: As variâncias são iguais v.s. Hipótese alternativa: As variâncias são diferentes

Segundo a tabela 8 o valor  $p = 0.028$  é inferior ao nível de significância  $\alpha = 0.05$ , pelo que a hipótese nula deve ser rejeitada, aceitando a hipótese alternativa. Assim se conclui que as variâncias são heterocedásticas.

Tabela 8. Teste de Levene (homocedasticidade)

---

Teste de Levene para a igualdade de variâncias

---

	F	Valor p
MFSQ	5,074	0,028

---

Porque os scores do MFSQ nas populações em análise (mulheres informadas e mulheres não informadas) têm distribuição normal mas não verificam a propriedade de homocedasticidade, não podemos utilizar o teste t para testar a hipótese de que as mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade no início das sessões de pós parto, apresentam scores superiores no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto (A hipótese nula afirma que *as mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade no início das sessões de pós parto*, apresentam scores inferiores ou iguais no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto); utilizaremos então o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Ao aplicar o teste Mann-Whitney obteve-se o valor p de  $0.052/2 = 0.026$  que é inferior ao nível  $\alpha = 0.05$ , pelo que rejeitamos  $H_0$  e aceitamos  $H_2$ , concluindo que existe informação suficiente para afirmar que as mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade, apresentam scores superiores no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto.

## 5 – Discussão

Na vida de um casal o nascimento de um bebé constitui um marco importante, tratando-se de um processo complexo e considerado por alguns como um período de instabilidade<sup>7</sup>.

As frequentes dificuldades conjugais podem ter um impacto negativo a médio e a longo prazo, quer ao nível da saúde física, como também no que respeita ao bem-estar psicológico da mulher e do homem<sup>41</sup>. A transição para a parentalidade é um momento de maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades sexuais emergentes ou pré-existentes.

A literatura aponta para um decréscimo na satisfação com a actividade sexual, diminuição do desejo e prazer sexual durante a gravidez, que se acentua após o parto, acabando por aumentar

gradualmente do primeiro para o decimo segundo mes do puerpério, assim como alterações dos padrões sexuais<sup>35</sup>.

Para atingir o primeiro objectivo do presente trabalho, traçar o perfil da amostra, procedeu-se à elaboração de um breve questionário, tendo em conta elementos correlacionais centrais, como factores psicossociais, contextuais e condições biográficas relevantes (ex: idade, escolaridade, tipo de parto, episiotomia e complicações, amamentação, reinício da actividade sexual, suporte social, situação familiar, fadiga), que segundo alguns autores é de extrema importância<sup>6,10,15,38</sup>.

Através de análise estatística verificámos que as 59 puérperas da nossa amostra são heterogéneas, razão pela qual foram classificadas em dois grupos, dentro dos quais se verifica homogeneidade.

A amostra em estudo apresenta idades compreendidas entre os 20 e 41 anos, resultados que se assemelham ao estudo realizado em Portugal<sup>33</sup> e que concluiu que a idade da mulher não se revelou ser uma variável com importância para influenciar os níveis de interesse e a resposta sexual feminina depois do parto. A maioria são solteiras ou se encontram divorciadas/separadas, o que nos parece ir de encontro aos valores actuais vividos na nossa sociedade, não tendo no entanto encontrado estudos que estudassem o estado civil versus sexualidade no pós parto. Em relação à escolaridade, encontra-se distribuída maioritariamente ao nível do bacharelato, licenciatura e doutoramento, o que também não é de estranhar, visto cada vez mais é percebido como fundamental o nível académico, em que a imagem da mulher aparece associada não ao papel familiar, mas também académico e profissional<sup>10,11,43</sup>. O facto de se enquadrarem no cluster1 (foram informadas), deixa na investigadora uma dúvida, sobre se existirá uma relação entre o nível académico e a necessidade de procurar informação perante dúvidas ou problemas que surgem. Parece haver evidência nos dados deste estudo, para concluir a existência de relação entre os níveis de escolaridade e problemas do foro sexual/insatisfação<sup>6</sup>. No que diz respeito à história obstétrica das nossas participantes o tipo de parto maioritariamente representado, é o parto eutócito e cesariana, sendo certo que fazia parte do antigo e actual plano nacional de saúde (2011-2016)<sup>57</sup> reduzir o nº de cesarianas, sendo este um indicador e meta a alcançar.

Curiosamente ao contrário do que estaríamos à espera, a grande maioria refere não ter tido pontos, nem nenhuma complicação, isto é, existiu integridade do perineo, resultados que parecem contrariar os resultados de alguns estudos que verificaram que grande parte dos partos eutócitos são realizados com episiotomia, parecendo não se ter em conta os *outcomes* das mulheres<sup>31</sup>. Interrogamo-nos se estes resultados significam que começa a existir maior preocupação em reduzir o número de episiotomias por rotina de modo a serem evitadas futuras complicações ao nível da incontinência e sexualidade na mulher<sup>18,29</sup>.

Alguns estudos revelam que o tipo de parto é importante e influencia os níveis de interesse e resposta feminina depois do parto. Existindo mesmo alguns resultados que relacionam o parto assistido por via vaginal a algum nível de disfunção, nomeadamente dor perineal e dispareunia<sup>6,7,20</sup>. De acordo com os nossos dados parece-nos que mulheres com parto tipo eutócito (sem episiotomia) ou cesariana são mulheres mais activas sexualmente no pós parto, do que mulheres que tiveram partos por ventosa e forceps.

No entanto um estudo realizado em Portugal<sup>33</sup> que decorreu durante 15 meses, verificou que o tipo de parto não se revelou ser uma variável com importância para influenciar os níveis de interesse e a resposta sexual feminina depois do parto, em que os resultados revelaram que o interesse e a resposta sexual da mulher após o parto não são influenciados pela presença de episiorrafia. Tais resultados não parecem estar em consonância com os estudos que atribuem à episiorrafia relação com a frequência e severidade da dispareunia e com a alteração do funcionamento sexual no pós-parto<sup>6,7,20</sup>. Questionamo-nos se tal se deve ao *timing* em que decorreu o estudo acima mencionado, que foi até aos 15 meses após o parto, podendo a mulher nessa altura não relacionar as variáveis em estudo.

As mulheres da amostra em estudo e que foram submetidas a episiorrafia, parecem reiniciar a sua vida sexual mais tarde, assim como apresentam scores mais baixos nos itens de agradabilidade na relação, lubrificação vaginal, prazer obtido, frequência relações sexuais dolorosas, assim como apresentam scores no MFSQ inferiores.

Foi possível verificar aquando a recolha de dados, que a maioria da amostra (60% aos 4 meses) se encontra amamentar em exclusivo, estes resultados parecem levar-nos a crer que as mulheres tendem a seguir as recomendações da OMS e UNICEF que consideram que os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno desde o nascimento até aos 4-6 meses e que após este período, as crianças devem continuar a ser amamentadas ao peito até aos dois anos ou mais, comendo também alimentos complementares adequados<sup>58</sup>. Estes resultados são superiores aos encontrados em alguns estudos<sup>33,58</sup>.

Devido ao tempo dispensado na amamentação, cuidados com o bebé, alguns estudos apontam para o facto das mulheres apresentarem níveis de sexualidade, desejo baixos, maior dificuldade em alcançar orgasmo, nos primeiros meses após o parto<sup>23,35</sup>. No entanto o estudo realizado por Alves, M.<sup>33</sup> não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis interesse, satisfação, lubrificação e parceiro sexual em mães que amamentam os filhos, verificando uma diferença significativa na variável orgasmo, relatando menor frequência do mesmo e necessidade de mais estimulação adicional para o atingir, do que as mulheres que não amamentam.

No nosso estudo, também os dados parecem sugerir que as mulheres que amamentam em exclusivo e que se encontram sobretudo no cluster 1, apresentam scores superiores em relação às que não amamentam, tanto ao nível do interesse, lubrificação, satisfação e orgasmo, assim como maior actividade sexual superior.

Parece existir uma contradição destes resultados em relação aos apresentados por alguns estudos que sugerem que o período de amamentação se associa a uma redução do desejo sexual e da frequência de actividade sexual coital e que as mulheres que amamentam possam levar mais tempo a chegar aos níveis de prazer e interesse sexual que apresentavam anteriormente, podendo existir várias causas, como biológicas, físicas e psicológica<sup>4,34,35,59</sup>.

Nas primeiras seis a oito semanas após o parto, as paredes da vagina encontram-se menos lubrificadas e os orgasmos femininos são menos intensos, no entanto, três a quatro meses depois do nascimento ou após, o corpo da mulher vai voltando à normalidade e há relatos de algumas mulheres, que referem ter orgasmos mais intensos que anteriormente<sup>60</sup>. Segundo Sydow K.<sup>26</sup>, apenas 20% das mulheres atingem o clímax na sua primeira relação coital pós parto, aumentando esse valor para 75% do terceiro ao sexto mês após o nascimento.

No que se refere ao reinício da vida sexual, a maioria das mulheres iniciaram actividade sexual entre a 2 e 7 semana, não deixando de ser curioso que 40% das mulheres que tiveram parto com menos de 4 meses e há 5 meses, iniciaram actividade sexual mais tarde (8 a 20 semanas) e que algumas ainda não tenham retomado a sua actividade sexual. Os autores Brubaker L. *et al*<sup>18</sup>, fazem referencia ao facto de aos 6 meses existirem mulheres ainda não iniciaram vida sexual (1 em 5) referindo problemas na função sexual, com diminuição da libido, secura e dor quando tentam o acto sexual. A dor ao acto sexual é descrita como um dos factores que mais interfere com o acto sexual e o timing em que este ocorre.<sup>12</sup>

Em relação ao tempo decorrido depois do parto e reinício de actividade sexual, o que está recomendado é que esta seja retomada após consulta de revisão de pós parto, que normalmente ocorre entre as 6-8 semanas<sup>15,16,57</sup>. O acompanhamento pós natal e planeamento familiar, continua a ser uma área que o Plano Nacional de Saúde<sup>57</sup> (2011-2016) continua a contemplar.

Em relação à prática de o bebé dormir no quarto do casal, verificamos que na grande maioria da amostra o bebé já não dorme com o casal, coincidindo com o facto da maioria já ter reiniciado vida sexual e referir que nunca ou raramente se preocupam com o facto de quando fazem amor acordar o bebé, assim como a frequência das relações sexuais não terem sofrido alterações ou serem inferiores. Por outro lado as mulheres que dormem no mesmo quarto com o bebé e manifestam a maioria das vezes ou sempre receio em acordar o bebé enquanto fazem amor, sendo a frequência de relações sexuais muito inferior. Estes dados parecem estar de acordo com alguns estudos, que são

consensuais em considerar que a ansiedade e receio de acordar o bebé durante o acto sexual, reduz a frequência coital do casal<sup>4</sup>. O estudo efectuado por Alves M.<sup>33</sup> revelou que o interesse e a resposta sexual da mulher após o parto não são influenciados pelo facto do bebé dormir no quarto do casal, assim como o receio de poderem acordar o bebé ao fazer amor, não apresentou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis interesse, satisfação parceiro sexual e orgasmo. Parece-nos mais uma vez que o *timing* em que este estudo ocorreu, ao longo de 15 meses, poderá ter alguma interferência nas respostas das puérperas.

Relativamente ao apoio nos cuidados com o bebé, salienta-se que 60% das mulheres refere ter apoio para tratar do seu bebé a maioria das vezes ou sempre, existindo no entanto 40% que fazem referência ao facto de nunca ou raramente ter apoio. O apoio mais referenciado pelas mulheres é muito variável, desde o marido, namorado, sogra, mãe, tia.

Com o nascimento de uma criança há tendência para uma maior diferenciação de papeis no casal, em que geralmente ocorre o assumir de papeis mais tradicionais, apesar de se ter vindo a verificar nas últimas décadas uma mudança tanto a nível sócio económico como cultural, destacando-se o papel cada vez mais participativo do homem nestas actividades, assim como uma menor envolvência familiar, visto que a idade de reforma pela parte dos avós é cada vez maior.

No que refere à força física e mental, as mulheres que mencionam ter na maioria das vezes ou sempre apoio nos cuidados com o seu bebé, referenciam que não ocorreu qualquer alteração e em alguns casos é até mesmo superior, assim como quando questionadas quanto há interferência da fadiga no relacionamento sexual com o companheiro, estas dizem que nunca, raramente ou ocasionalmente existe interferência. No entanto 40% das mulheres que referem nunca ter apoio ou raramente, ocasionalmente têm apoio, mencionam que a sua força física e mental tem sido inferior e muito, assim como relatam que a sensação de fadiga interfere a maioria das vezes e em alguns casos sempre no relacionamento sexual.

Alguns estudos estabeleceram relação entre a fadiga e a diminuição do desejo sexual, frequência do coito, assim como dos níveis de satisfação sexual durante o período de pós parto, atribuindo também ao aumento das tarefas e responsabilidades maternas<sup>19,38,39,40</sup>, encontrando-se no entanto um estudo que concluiu que a fadiga não se revelou ser uma variável com importância para influenciar os níveis de interesse e a resposta sexual feminina depois do parto<sup>33</sup>.

Em relação às alterações que a gravidez e o parto provocaram no corpo, a grande maioria das mulheres refere que nunca ou raramente tais alterações interferiram no relacionamento, estes resultados não vão de encontro a alguns estudos que considerarem que o auto-conceito e a imagem corporal podem afectar a sexualidade da mulher, sugerindo que este tema deveria ser mais estudado<sup>4,10,25</sup>. O estudo realizado por Alves, M.<sup>33</sup>, refere que 50% das participantes referiram que

estas alterações nunca interferem no seu relacionamento sexual. Verificou também que as mulheres que percebem que as alterações que a gravidez e o parto provocaram no corpo, não interferem no relacionamento sexual têm valores médios mais elevados ao nível do interesse e satisfação sexual do que as mulheres que consideram que essas alterações anatómicas interferem no relacionamento sexual.

Sendo certo que a gravidez e o parto provocam algumas alterações anatómicas, tal pode não significar um problema para o casal, fazendo parte de um processo normal. No entanto torna-se importante quer no pré-parto, como pós parto, aconselhar as mulheres no que refere à alimentação, de modo a que não haja um aumento de peso excessivo<sup>61</sup>.

Outro parâmetro questionado às puérperas da amostra é o de terem sido ou não informadas sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade, independentemente de que profissional o fez. Acharmos curioso, que na amostra que participou no HSFEX, onde as puérperas são abordadas sobre esta temática, um dos elementos que esteve presente, referiu não ter sido informada, o que faz a investigadora questionar-se sobre, dois factos: a informação não ter sido percebida pela puérpera ou não ter ido de encontro às suas dúvidas.

A falta de informação e aconselhamento sexual pode constituir um factor de risco na ocorrência de distúrbios na sexualidade das mulheres no período pós parto<sup>7,15</sup>. No presente estudo as mulheres que referenciam ter sido informadas parecem apresentar scores superiores no MFSQ.

Em relação aos valores obtidos pela MFSQ (*McCoy Female Sexuality Questionary*) e à hipótese colocada, se as mulheres nos primeiros cinco meses após o parto obtêm níveis de interesse, satisfação, lubrificação, orgasmo, percepção do parceiro, completos e bem integrados, de forma homogénea; verificou-se que os valores distribuem-se de forma normal pelas mulheres que foram e não foram informadas sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade, apresentando scores que denotam um nível positivo de integração da função sexual feminina. Estes resultados estão em consonância com os resultados obtidos pelo estudo realizado por Alves, M.<sup>33</sup>, que também concluiu que na amostra em estudo não existiam diferenças significativas nos scores de MFSQ ao longo de 15 meses.

Quanto à outra hipótese colocada, se as mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade no início das sessões de pós parto, apresentam scores superiores no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto, verificamos que esta hipótese é aceite, pois as mulheres apresentam scores no MFSQ superiores.

Os itens de satisfação com o parceiro como amante, amigo e ausência de problemas de erecção, foram os mais pontuados nas mulheres informadas, os menos pontuados foram os da frequência de fantasias sexuais, frequência de actividade sexual. Estes resultados são semelhantes aos encontrados

por Alves, M.<sup>33</sup>, assim como os resultados encontrados num outro estudo que verificou que o tipo de relação e relação com o cônjuge parece estar relacionado com a satisfação sexual/interesse e vice-versa<sup>19,62</sup>. O tipo de vinculação que existe no casal, a cumplicidade, o sentir-se compreendida são factores importantes para o relacionamento conjugal e conseqüentemente na percepção que a mulher tem da sua sexualidade depois do parto<sup>23,62</sup>, como tal achamos interessante o aprofundar conhecimentos nesta área.

Por outro lado as mulheres que referem não ter sido informadas apresentam como scores mais baixos em todas as dimensões, destacando-se os itens de frequência de actividade sexual e fantasias, interesse e satisfação sexual, lubrificação vaginal; necessitando de mais estimulação para atingir o orgasmo.

Achamos curioso que estas mulheres que referem dificuldades na lubrificação, referem também preocupar-se sempre ou a maioria das vezes em acordar o bebé, a sua força física e mental ser muito inferior/inferior, assim como na maioria das vezes ou sempre que têm relações sexuais terem medo de engravidar. Será que estes factores não permitem que a mulher relaxe e se concentre no relacionamento com o seu parceiro, não estando tão disponível, com receio de acordar o se bebé<sup>4,33</sup>. Interrogamo-nos se o facto de não terem informação mais específica sobre as alterações na sexualidade terá influência sobre estes scores, não permitindo que estas mulheres colmatem e ultrapassem algumas dificuldades e receios.

Parece-nos que a redução da frequência de relações sexuais e das fantasias sexuais em ambas mulheres informadas/não informadas, podem estar relacionada com o facto da mulher revelar grande dedicação ao bebé, deixando o companheiro para segundo plano e a não procura de solução para os seus problemas ou dúvidas<sup>6,16</sup>.

## **6 – Conclusão**

Com a elaboração do presente trabalho pretendeu-se construir um ponto de partida, para um projecto mais alargado que a investigadora pretende realizar na área da sexualidade no período pós parto. Foi realizada pesquisa bibliográfica, assegurada autorização para utilização do instrumento para recolha de informação, inclusivamente realizado um pré teste, para assegurarmo-nos da sua adequação e compreensão, parecendo-nos ser um estudo viável.

Esta investigação apresentou logo de início algumas limitações, uma das quais a limitação temporal. Após aprovação do anteprojecto e obtenção de autorizações para passar os questionários, apenas disponhamos aproximadamente de três meses, para realização da intervenção e recolha de dados, pelo que o número da amostra (59 puérperas), correspondendo a um quarto da população das puérperas seguidas em sessões de pós parto, tanto no Hospital de São Francisco Xavier como no Centro de Saúde de Tomar.

De seguida, pelo facto da amostra não ser aleatória, os resultados obtidos neste estudo não podem ser extrapolados para a população global de mulheres que foram mães num período até cinco meses, não sendo representativa de todo este tipo de população.

Ao iniciar-se a presente investigação, foi ponderada a participação dos companheiros, pois poderia de certa forma ser enriquecedor para o estudo, visto que o parceiro está também relacionado com a sexualidade feminina, no entanto devido ao nº reduzido de parceiros que frequentam as sessões de pós parto, esta hipótese foi colocada de parte.

Uma outra lacuna desta investigação prende-se ao facto de não ter sido realizada previamente uma triagem das mulheres que pudessem ter sintomas depressivos, que poderia influenciar de certa maneira a forma como a mulher vivencia a sua sexualidade<sup>8,18</sup>. Poderia ter-se utilizado a Escala de Depressão Pós Parto de Edimburgo - EPDS - escala criada para ser utilizada por profissionais que trabalham ao nível dos cuidados primários, onde se enquadram as aulas de pós parto<sup>1</sup>. Esta escala encontra-se traduzida e validada para a população portuguesa, apresentando valores de consistência e fidedignidade<sup>63</sup>.

Uma outra limitação e dependência da viabilidade do presente estudo prende-se com o facto de estarmos dependentes da participação de puérperas no preenchimento de um questionário, que apesar do anonimato expõe um assunto muito íntimo.

Através deste estudo verificamos que atingimos os objectivos propostos e concluímos que:

1 – O perfil das mulheres que participam na amostra face às diferentes variáveis de caracterização é diferente, tendo havido necessidade de as agrupar em dois grupos, acabando por corresponder ao grupo das mulheres que receberam informação ou não. Destaca-se o facto da maioria ter tido um parto normal ou cesariana, estar ainda a amamentar, já ter reiniciado vida sexual, o bebé não dormir no quarto do casal, não se preocuparem em acordar o bebé quando fazem amor, terem sempre ou a maioria das vezes ajuda nos cuidados com o bebé, força física e mental sem alterações, fadiga sem interferência na vida sexual do casal, raramente terem medo de engravidar, alterações físicas não interferirem no relacionamento sexual, scores mais elevados no MFSQ, sobretudo nos itens referentes à satisfação em relação ao seu companheiro e inferiores nos itens referentes frequência de fantasias sexuais e frequência de actividade sexual.

2 – As mulheres que receberam informação específica sobre as alterações na sexualidade apresentam scores superiores, mais completos no questionário MFSQ aos cinco meses após o parto, que revelam melhor integração da função sexual feminina.

Relativamente às hipóteses formuladas verificamos que as hipóteses colocadas no início do estudo se confirmam. As mulheres nos primeiros cinco meses após o parto obtêm níveis de interesse, satisfação, lubrificação, orgasmo, percepção do parceiro, completos e bem integrados, de

forma homogénea, em cada grupo; os valores distribuem-se de forma normal pelas mulheres que foram e não foram informadas sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade, apresentando scores que denotam um nível positivo de integração da função sexual feminina.

Os resultados mostram também a evidência clara de heterogeneidade, ou seja, comportamentos distintos, consoante as mulheres foram ou não foram informadas, verificando-se que os scores no MFSQ são superiores nas mulheres informadas.

Parece-nos que a presente investigação será de grande utilidade no imediato e para investigações posteriores, no conhecimento dos perfis das mulheres nas condições que foram descritas anteriormente.

Este tipo de investigação, utilizando o instrumento MFSQ, para avaliação do interesse e da resposta sexual feminina no período de pós parto, foi feito pela primeira vez no referido *timing* de período pós parto (altura em que normalmente a mulher retoma a sua vida profissional) e pela segunda vez em Portugal.

Devido à inserção dos fisioterapeutas na área da saúde materna, parece ser importante uma maior valorização e envolvimento destes profissionais, em estudos na área da saúde sexual durante a gravidez e no período de pós parto, uma vez que este profissional é por excelência considerado como *expert* no aconselhamento e ensino de exercícios do pavimento pélvico, que tanta importância parece ter na sexualidade feminina.

Sugerimos que num próximo estudo sejam estudadas e verificadas as relações entre os dados obtidos na caracterização da amostra e os scores apresentados ao nível das várias dimensões da sexualidade feminina no período de pós parto, assim como novas investigações contemplando todas as outras limitações enumeradas anteriormente, como a dimensão da amostra, para obter resultados mais representativos.

Esperamos deste modo ter contribuído para um melhor conhecimento da temática sexualidade feminina depois do parto, bem como a complexidade dos factores que a influenciam, permitindo abrir novos horizontes para o desenvolvimento de trabalhos e abordagens ao nível da educação para a saúde, tornando-as mais efectivas. Não podemos deixar de realçar mais uma vez que tratando-se de uma amostra reduzida e de conveniência, não está garantida a representatividade de toda a população de mulheres no pós-parto, pelo que todas as considerações feitas são fortuitas.

Parece-nos ser imperativo a realização de mais estudos sobre este tema, tanto ao nível mundial como nacional uma vez que são escassos; achamos que estudos qualitativos poderiam ser uma mais valia nesta temática, para esclarecer e complementar melhor o tema.

## **VI – Referências Bibliográficas**

1. Camacho R., Cantinelli F., Ribeiro C., Cantilino A., Gonsales B., Braguittoni E. & Renno J. (2006) Psychiatric disorders in pregnancy and puerperium: classification diagnosis and treatment. *Revista Psiquiatria Clinica*. 33(2), 92-102.
2. Fonseca V., Silva G. & Otta E. (2010). The relationship between postpartum depression and maternal emotional availability. *Cadernos de Saúde Publica*. 26 (4), 1-10.
3. Norman E, Sherburn M., Osborne RH. & Galea MP. (2010). An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 90 (3), 348-55.
4. Salim N., Araújo N. & Gualda D. (2010). Body and Sexuality : Puerperas' Experiences. *Rev.Latino Americana de Enfermagem*. 18(4), 732-9.
5. Denker A., Taft C., Bergqvist L., Lilja H., Berg M.(2010).Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *Pregnancy and Childbirth*. 10, 81-88.
6. Khajehei M., Ziyadlou S., Safari R., Tabatabaee HR. & Kashefi F. (2009). A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian Journal of Community Medicine*, 34 (2), 126-130.
7. Sayasneh A. & Pandeva I. (2010). Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode delivery, *BJMP*, 3 (2), 316-20.
8. Yelland J., Sutherland G., Brown S.(2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian Women. *BMC Public Health*, 10:771
9. Canavarro, M.C. & Pedrosa, A.A. (2005). Transicao para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 225-255.
10. Silva A. & Figueiredo B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clinica*, 25 (3), 253-264.
11. Rogers R., Bolders N., Leeman L. & Alberts L.(2009). Does spontaneous tract trauma impact postpartum sexual function?. *J Midwifery Womens Health*, 54 (2), 98-103
12. Rosenbaum TY. (2006). The role of physiotherapy in sexual health: Is it evidence-based? *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*; 99, 1-5.
13. Abdool Z, Thakar R. & Sultan A.(2009). Postpartum female sexual function: A review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 30, 1-5
14. Cunningham G., Lveno KJ. & Bloom SL. (2005). *Williams obstetrics*, 22 ed. McGraw Hill, p 696-710.

15. McGovern P., Douvd B., Gjerdingen D., Dagher R., Ukestad L., McCaffrey D. & Lundberg U. (2007). Mothers' Health and work-related factors at 11 weeks postpartum. *Annals of Family Medicine*. Vol 5, n°6
16. Woranitat W. & Taneepanichskul S. (2007). Sexual function during the postpartum period. *Journal Med Assoc. Thai*, 90 (9), 1744-48.
17. Lumley J., Watson L., Small R., Brown S., Mitchell C.& Gunn J. (2006).Program of resources, information and support for mothers. *BMC Public Healt*, 6, 1-37.
18. Brubaker L., Handa V., Bradley C., Connolly A., Moalli P., Brown M. & Weber A.(2008). Sexual Function 6 months after first delivery. *Obstetric Gynecol*, 111(5): 1040-1044.
19. Rowe H. & Fisher J.(2010). Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. *BMC*. 10:499
20. Baksu B., Davas I., Agar E., Akyol A. & Varolan A. (2007). The effectof mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women; *Int Urogynecol J.*, 18, 401-406.
21. Brtnicka H., Weiss P. & Zverina J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*, 110 (7), 427-431.
22. McCoy NL., (2000). The McCoy Female Sexuality Questionnaire. *Quality of life research*, 9 (6a), 739-745.
23. Judicibus M. & McCabe MP. (2005). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The journal of behavioral of sex research*, 39 (2), 94-103.
24. Fisher T., Davis C., Yarber W. & Davis S.(2010). Handbook of Sexuality-Related Measures – *Hardcover*, 3 ed., Routledge, pg 250.
25. La Marre AK, Paterson LQ & Gorzalka BB. (2003). Breastfeeding and Postpartum Maternal Sexual Functioning: A Review. *The Canadian Journal of Human Sexuality*; 12 (3/4),151-169.
26. Carter W., Grigoriadis S. & Ross LE. (2010).Relationship distress and depression in postpartum women: literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention.*Arch Womens Mental Health*,13 (3): 279-84.
27. Sydow, K. (1998). Sexuality During Pregnancy and After Childbirth: a MetacontentAnalysis of 59 Studies. *Journal of Psychosomatic Research*,47,27-49.
28. Bertozzi S., Londero A., Fruscalzo A., Driul L., Delneri C., Calcagno A., Benedetto P., Marchesoni D. (2011). *BMC Women's Health*. 11:12.

29. Pastore L., Owens, A., & Raymond, C. (2007). Postpartum Sexuality Concerns Among First-Time Parents from One U.S. Academic Hospital. USA. *International Society for Sexual Medicine*, 4(1): 115-23.
30. Polden, M & Mantle, J. (2004). *Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology*. Oxford: Butterworth Heinemann.
31. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J. & Lohr K. (2005). Outcomes of Routine Episiotomy – A Systematic Review. *American Medical Association*. Vol 293, nº17.
32. Vieira Silva R.M. (2002). Perturbações sexuais. In Dias Cordeiro JC. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: 157 -160.
33. Alves M. (2008). Factores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto. *Tese de Mestrado em Sexualidade Humana*. Tese do Mestrado de Sexualidade Humana, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. No prelo
34. Cunningham G., Lveno KJ. & Bloom SL. (2005). *Williams obstetrics*, 22 ed. McGraw Hill, p 696-710.
35. Hyde J S, DeLamater J D, Plant, EA & Byrd, J M (1996). Sexuality during Pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*. 1996; 33: 143-151.
36. White-Traut R., Watanabe K., Pournajafi-Nazarloo H., Schwertz D., Bell A., & Carter S. (2009). Detection of salivary oxytocin levels in lactating women. *Dev Psychobiol*. 51(4), 367-373.
37. Costa JG. (2004). Sexualidade e hormonas. Série III. 9 (1), 63-68.
38. Gunn J., Southern D., Chondros P., Thompson P. & Robertson K. (2003). Guidelines for assessing postnatal problems: introducing evidence-based guidelines in Australian general practice. *Family Practice*. Vol 20, nº4.
39. NICE .(2006). Routine postnatal care of women and their babies. *Clinical Guidelines – postnatal care*. 4-28
40. Rojas G., Fritsch R., Guajardo V., Rojas F., Barroilhet S., Jadresic E. (2010). Characterization of depressed mothers in the postpartum. *Revista Médica Chile*, 138 (5), 536-542.
41. Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*. 22 (3), 329-339.
42. Ellison C.R. (2003). Facilitating orgasmic responsiveness. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. In: Levine SB, editor. New York: Brunner – Routledge, p.167-85.
43. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R & Manyonda I . (2000). Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107(2): 186-95.
44. Giddens, A. (1992). *A transformação da intimidade*. Sao Paulo Editora UNESP. 47-58

45. Bárcia S. & Veríssimo, M. (2008). Avaliação da Satisfação Parental: Adaptação do Parental Satisfaction Scale. Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (CD-ROM). Psiquilibrios.
46. Walsh, F. (2002). Casais saudáveis e casais disfuncionais: Qual a diferença? In M. Andolfi. A crise do casal: uma perspectiva sistémica (13-28). Porto Alegre. Artmed.
47. Dwenda G. & Center B. (2003). First - time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics, *The journal of the American Board of family practice*. 16, 304-311.
48. Riesco M., Caroci A., Oliveira S. & Lopes M. (2010). Perineal muscle strength during and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(6): 1138-44
49. Watkins C., Timm A., Gooberman-Hill R., Harvey I., Haines A. & Donovan J. (2004). Factors affecting feasibility and acceptability of a practice-based educational intervention to support evidence-based prescribing: a qualitative study. *Family Practice*. vol 21, 6.
50. [www.apfisio.pt/gifsm/index.php](http://www.apfisio.pt/gifsm/index.php). 12-02-2011, 21h00
51. Hermansen I., O'Connell B., Gaskin C. (2010). Are postpartum women in Denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises? *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol 55, 2, 171-174
52. Fries, C. J. (2009). Bourdieu's Reflexive Sociology as a Theoretical Basis for Mixed Methods Research: An Application to Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(4), 326-348.
53. Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48-76.
54. Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2005). Taking the "Q" Out of Research: Teaching Research Methodology Courses Without the Divisive Between Quantitative and Qualitative Paradigms. *Quality & Quantity*, 39, 267-296.
55. Fonseca, Jaime R. S. (2010). On the performance criteria in latent segment models. Paper presented at International Conference on Mathematical Science and Engineering, World academy of science, engineering and technology, Rio de Janeiro – Brasil.
56. Lazarsfeld, P. F., & Henry, N. W. (1968). *Latent Structure Analysis*. Boston: Houghton Mifflin.
57. [www.dgsaude.min-saude.pt](http://www.dgsaude.min-saude.pt) 07-09-2011, 17h16
58. Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

- 59.** Weiss P. & Zverina J.(2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*, 110(7):427-31.
- 60.** Masters & Johnson, 1996
- 61.** Lowell H, Miller D. (2010). Weight gain during pregnancy: adherence to health Canada's guideline. *Health Reports*, 21(2), 31-36.
- 62.** Dixon M., Booth N. & Powell R. (2000). Sex and relationship following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. *British Journal of General Practice*, 50, 223-224
- 63.** Augusto A., Kumar R., Calheiros JM., Matos E., Figueiredo E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, (26), 135-141.

## **Apêndice I**



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

**MESTRADO DE FISIOTERAPIA - ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA  
MULHER**

**QUESTIONÁRIO**

O presente questionário insere-se numa investigação de Mestrado, realizada por Paula Margarida Carrilho Quaresma, Fisioterapeuta no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, tendo como principal objectivo o traçar o perfil da Sexualidade Feminina aos cinco meses após o parto.

Neste sentido pede-se a sua valiosa colaboração, no preenchimento deste questionário e salienta-se a importância da sua resposta a todas as questões, sob pena do seu questionário não ser válido, para este estudo.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e por favor, não escreva o seu nome no questionário.

Desde já agradece-se a sua colaboração.

**2011**

## Parte I

1 – Idade \_\_\_\_\_

2 – Estado Civil      Solteira       Casada       União de Facto

Divorciada/Separada

2.2 – Com que é que vive? \_\_\_\_\_

3 – Nível de Escolaridade \_\_\_\_\_

4 – Tipo de Parto

Eutócico (normal)       Fórceps       Ventosa       Cesariana

4.1 – Há quanto tempo \_\_\_\_\_ (meses)

5 – Teve episiorrafia (pontos)?      Sim      Não

5.1 – Teve alguma complicação?      Sim      Qual? \_\_\_\_\_

Não

6 – Que tipo de alimento dá ao seu filho?

Só leite materno

Leite adaptado(biberão)

Leite materno + leite adaptado

6.1 – Se actualmente não está a dar de mamar, até quando amamentou?

\_\_\_\_\_ (meses)

7 – Já reiniciou a sua vida sexual?      Sim       Não

7.1 – Se SIM, quanto tempo após o parto \_\_\_\_\_ (semanas)

8 – O bebé dorme no quarto do casal?      Sim       Não

9 – Preocupa-se que ao fazer amor possa acordar o bebé?

Nunca       Raramente       Ocasionalmente       A maioria das vezes       Sempre

10 – Tem apoio nos cuidados com o seu filho?

Nunca

Raramente       Ocasionalmente       A maioria das vezes       Sempre

10.1 – De quem? \_\_\_\_\_

**11 – Desde o nascimento do seu bebé...**

**11.1** – A sua força física e mental tem sido:

Muito inferior  Inferior  Sem alteração  Superior  Muito Superior

**11.2** – A sensação de fadiga interfere no seu relacionamento sexual com o seu companheiro:

Nunca  Raramente  Ocasionalmente  A maioria das vezes  Sempre

**11.3** – A frequência com que tem tido relações sexuais com o seu parceiro tem sido:

Muito inferior  Inferior  Sem alteração  Superior  Muito Superior

**11.4** – Preocupa-lhe o facto de poder engravidar neste momento:

Nunca  Raramente  Ocasionalmente  A maioria das vezes  Sempre

**11.5** – As alterações que a gravidez e o parto provocaram no seu corpo, interferem no seu relacionamento sexual com o seu companheiro:

Nunca  Raramente  Ocasionalmente  A maioria das vezes  Sempre

**12** – Foi informada sobre as possíveis alterações que poderão ocorrer na sua sexualidade

Sim  Não

## Parte II

O questionário que se segue foi sujeito a adaptação transcultural para Portugal por Maria da Graça Cerqueira Alves, no contexto do Mestrado em Sexualidade Humana da Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina.

**13.** Por favor responda às seguintes perguntas em termos de sua experiência nas últimas **4 SEMANAS**. Circule um número ou circule NA para “Não aplicável” significando que não teve essa actividade sexual durante aquele período de tempo.

**13.1-** Até que ponto tem sido agradável a sua actividade sexual?

Nada agradável 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente agradável **NA**

**13.2** -Com que frequência teve actividade sexual?

Nenhuma frequência 1 2 3 4 5 6 7 Muita frequência

**13.3** -Com que frequência teve fantasias sexuais e/ou pensamentos relacionados com sexo?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Mais de 10 vezes por dia

**13.4-** Até que ponto se tem sentido excitada durante a actividade sexual?

Nada excitada 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente excitada **NA**

**13.5-** Como classifica o seu nível de interesse sexual ?

Extremamente baixo 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente elevado

**13.6-** Como classifica a sua lubrificação vaginal?

Ausente 1 2 3 4 5 6 7 Excessiva **NA**

**13.7-** Sente o seu grau de satisfação diminuir devido ao desinteresse manifestado pelo seu parceiro ?

Sempre 1 2 3 4 5 6 7 Nunca

**13.8-** Está satisfeita com o seu parceiro como amante?

Nada satisfeita 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente satisfeita **NA**

**13.9-** Está satisfeita com o seu parceiro como amigo?

Nada satisfeita 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente satisfeita

**NA**

**13.10-** Considera-se sexualmente atraente de uma maneira geral?

Nada atraente 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente atraente

**NA**

**13.11-** Considera-se sexualmente atraente para o seu parceiro?

Nada atraente 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente atraente

**NA**

**13.12-** Quantas vezes teve relações sexuais nas últimas 4 semanas?

\_\_\_\_\_ (vezes / semana)

**13.13-** Classifique o grau de prazer obtido?

Nenhum prazer 1 2 3 4 5 6 7 Muito prazer

**13.14 -** Com que frequência teve orgasmo (com relação sexual)?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Sempre

**13.15 -** Classifique o grau de prazer obtido com o orgasmo?

**NA**

Algo agradável 1 2 3 4 5 6 7 Muito agradável

**13.16-** Necessitou de estimulação adicional para atingir orgasmo?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Sempre

**NA**

**13.17-** Considera que a sua lubrificação vaginal foi insuficiente?

Sempre 1 2 3 4 5 6 7 Nunca

**13.18 -**Teve relações sexuais dolorosas?

Sempre 1 2 3 4 5 6 7 Nunca

**13.19 -**O seu parceiro teve problemas de ereção?

Sempre 1 2 3 4 5 6 7 Nunca

**NA**