

Clarisse Costa Menezes  
António Manuel Marques

## Parto e pós-parto: impacto sobre a sexualidade do pai



**TRABALHO DE REVISÃO.** Ao longo do exercício como profissional de saúde e com o uso diário do processo de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa, sendo esta, o centro deste processo, fomos recolhendo elementos empíricos sobre o tema desta investigação, os quais foram sistematizados com a formação específica em sexologia. Foi a partir destas vivências e das observações não sistemáticas que surgiu a curiosidade em relacionar esta temática, numa perspectiva pouco desenvolvida, com a área em que a primeira autora se encontra a investir, a sexologia, esperando contribuir para o debate e aprofundamento temático acerca do envolvimento dos homens na saúde reprodutiva, especificamente no parto.

**Palavras-chave:** parto, pós-parto, sexualidade masculina, ansiedade.

### Introdução

Sendo a observação um instrumento fundamental da prática profissional da autora, na sala de partos, deparamo-nos com os mais variados comportamentos por parte dos companheiros enquanto acompanham o decurso do trabalho de parto e parto. Estes oscilam entre os mais simples aos mais bizarros. Enquanto alguns companheiros apresentam comportamentos de aparente indiferença e desinteresse, como se tratasse de uma imposição, outros, por sua vez, estão despertos para a colaboração nas manobras de relaxamento e conforto para a companheira, oferecendo apoio e carinho, demonstrando muitas vezes preocupação com a sua situação.

Porém, outros vivenciam intensamente o momento, chegando mesmo a simular quase um parto na posição vertical, tornando-se curioso, porque fazem tanta ou mais força que a própria parceira no período expulsivo. Existem ainda, aqueles que têm muita força de vontade em estar presentes neste momento de vida, mas, ao primeiro procedimento mais arrojado, sentem-se indispostos e muitos acabam mesmo por desfalecer. Outros, ainda, confundem este momento de

vida sentimental com a profissional, ou seja, homens da área militar, por norma, na sala de partos, acabam por estimular a companheira como se estivessem na hoste, usando vocábulos específicos da sua profissão.

### Trabalho de parto e parto

A sexualidade humana é uma característica intrínseca do comportamento humano (Igor, 1979). É difícil descrever exactamente a evolução histórica do comportamento sexual, pois as descobertas arqueológicas não definem em concreto a vida palpante desses povos. Os primeiros vestígios sobre a sexualidade humana manifestaram-se desde a pré-história através de estatuetas ou de objectos onde estavam gravadas figuras nuas. A partir destes artefactos foram formuladas diversas teorias. Uns dizem que as estatuetas femininas representavam a maternidade, outros que estas serviam para os homens apreciarem os corpos femininos nus, que estes possuíam poucas oportunidades de ver as mulheres nestas condições, devido ao clima da época ser excessivamente frio (Igor, 1979). Devido a estas instabilidades climáticas, calcula-se que as tribos tivessem vivido dispersas e sem conexão entre si. Pensa-se que a grande modificação ocorreu a partir do degelo, cerca de 12 000 anos antes de Cristo, a partir do qual o Homem passou a fazer criação de animais e cultivo agrícola em substituição da caça (Badinter, 1986). Ibor (1979) acrescenta ainda que esta época, provavelmente, foi o primeiro momento da consciencialização da gestação, visto que a ideia da fecundidade estava associada ao culto da deusa-mãe. Presumivelmente, foi neste período que se deu o aparecimento da família patriarcal, uma vez associados a deusa da fecundidade e o deus fecundante (Badinter, 1986).

Assim, nesta etapa em que o Homem possuía um estado de evolução muito elementar, a promiscuidade sexual seria vulgar e a humanidade estaria mais próxima das características de outros animais, nomeadamente dos primatas: os homens apoderavam-se das mulheres através da força, quando sentiam necessidade natural de satisfazer os seus impulsos sexuais, e dividiam entre si as mulheres; e os filhos não sabiam quem era o seu pai. Ou seja, na luta constante com o meio ambiente, a agressividade do homem primitivo também se reflectiria no seu comportamento sexual, desprovido de delicadezas (Bologne, 2008).

Ou seja, o autor acima indicado afirma que, nesta época, não havia a institucionalização do casamento e as mulheres tinham relações sexuais com vários homens, pelo que o acaasalamento não se associava à institucionalização da família. Como não se sabia quem era o pai, as mulheres eram as únicas responsáveis pelo parto.

Posteriormente, com o desenvolvimento da comunicação e das primeiras formas de arte, surgem os clãs e as famílias organizadas em torno da figura paterna. É nesta altura que surgem as primeiras manifestações de superioridade do homem perante a mulher, distanciando-a, bem como aos filhos, para um plano inferior ao seu (Bologne, 2008).

Assim, durante muitos séculos, o domínio dos homens fundamentou-se a partir de situações aparentemente naturais como, por exemplo, as diferenças de emoções entre o homem e a mulher. Ou seja, a agressividade, a força, a coragem e a ausência de medo definiam o homem e, por isso, ele era o responsável pela caça, enquanto a mulher era definida pela sensibilidade, e responsável pela agricultura. Desta forma e devido a essa organização baseada no sexo, só o homem poderia chegar ao poder (Braconnier, 1998). Esta "regra" per-

mitiu ao homem permanecer num patamar simbólico e objectivamente superior ao da mulher durante várias épocas, acrescenta Badinter (1986). Ou seja, a mulher teve um papel secundário na sociedade em relação ao papel masculino. Os homens e as mulheres tinham funções diferentes na sociedade e no próprio núcleo familiar: o homem garantia a vida económica e social do agregado familiar, a mulher debruçava-se sobre os cuidados domésticos e agrícolas. O homem era o detector do poder, a todos os níveis: familiar, político, económico e cultural; a mulher era submissa em tudo, sem poder de decisão e opções autónomas de vida (Leal, 2005).

Só com a Revolução Francesa as mulheres se consolidaram mais claramente nas bases para a conquista do futuro. Assim, no século XIX, as mulheres convertem-se em problema de investigação científica graças ao avanço da ciência e ao papel importante que possuía na revolução industrial, apesar de não ter uma vida propriamente fácil na altura (Ibor, 1979). As mudanças foram decorrendo ao longo dos anos, impondo uma participação feminina mais activa na sociedade e exigindo igualdade de direitos. Desta forma, e com o desenvolvimento educativo, oferece-se às raparigas a possibilidade de seguirem o ensino (Braconnier, 1998).

As mulheres foram adquirindo um estatuto de igualdade incondicional com os homens, assumindo compromissos com a carreira profissional, a política, a vida social, simultaneamente às responsabilidades inerentes ao núcleo familiar, à administração económica e à educação dos filhos (Leal, 2005).

Com tudo isto, ao longo das épocas e, como se pode verificar com o decorrer da história, a vivência e o pensamento acerca da sexualidade e da igualdade de direitos entre os sexos foram-se modificando. Desde a

Pré-História ao Egípto, passando pela mitologia grega, na Roma Antiga, com o Cristianismo, na Idade Média, com o amor cortês, durante o Renascimento e assim, ininterruptamente, século após século, até à actualidade (Leal, 2005).

Perante todas estas mudanças, o papel social dos homens também se foi modificando. Outrora, mulheres e homens levavam a cabo as suas tarefas sem interferir nas do outro e, actualmente, a igualdade entre ambos é cada vez mais assumida como um imperativo, inclusive na relação conjugal e parental (Sullerot, 1993). Cada vez mais, os casais assumem as suas responsabilidades, distribuindo as funções pessoais, independentemente do sexo de referência (op.cit.). Os homens foram reeducados com o declínio do patriarcado, de forma a desprenderem-se das normas e estereótipos herdados da família patriarcal, envolvendo-se progressivamente nas actividades domésticas e familiares, e expressando os seus sentimentos, contrariando o princípio de que os homens não devem ser expressivos (Aratangy, 2008).

Contudo, as diferenças corporais, a construção social e a definição rígida do papel do sexo masculino predominante durante largos anos, levaram a que a vivência da gravidez e do parto se tivesse mantido como um evento do domínio exclusivo das mulheres (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005).

O nascimento é, inevitavelmente, considerado um acontecimento social, expressando uma época e uma cultura. As formas de ser compreendido, explicado e vivenciado foram sendo registadas em estatuetas ou até mesmo em pinturas, como é o caso de uma estátua pequena e em posição de cócoras, esculpida por um índio há mais de 1500 anos, que mostra uma mulher em trabalho de parto, apresentando uma face de dor devido às contracções e as mãos co-

locadas na região abdominal para facilitar a saída do bebé (Ibor, 1979).

Com o passar do tempo, verificou-se que o posicionamento no trabalho de parto foi sofrendo alterações, adoptando a mulher uma posição horizontal e com os joelhos elevados acima do corpo, sobretudo nas sociedades ditas ocidentais ou influenciadas culturalmente por esta (Ibor, 1979).

Claro que ainda é um pouco variável de cultura para cultura. Por exemplo, até há bem pouco tempo, as mulheres mansi da Sibéria, vestiam roupas realizadas especialmente para este evento, mantinham-se numa posição vertical, sustentando uma barra horizontal. As mulheres dos Apaches Jicarilla, no Sudoeste Americano ajoelhavam-se para parir, agarrando-se vigorosamente a uma barra vertical de modo a apoiar-se. As mulheres caticuga, das Filipinas, adoptavam a posição sentada com as costas apoiadas, atavam os pés com blocos de madeira e agarravam-se a uma corda suspensa no tecto para puxar aquando do aparecimento da dor (Ibor, 1979).

Ou seja, por todo o Mundo, o nascimento foi, quase sempre e exclusivamente, do domínio feminino; a "parteira" era sempre uma mulher. Só mais tarde, alguns homens ligados à Igreja, e posteriormente os médicos, intervinham, se surgissem complicações no parto (Ibor, 1979).

Nas sociedades ocidentais, até há bem pouco tempo, o trabalho de parto ocorria sempre em casa da grávida e era esta que escolhia quem queria que estivesse presente para a ajudar. Normalmente, a parturiente era assistida por uma "curiosa" e encontrava-se rodeada de mulheres pertencentes à família, como a mãe, a sogra ou mesmo a irmã, mulheres essas que já tinham passado pelo mesmo processo. As técnicas do trabalho de parto eram transmitidas pelas mulheres mais experientes da família. O papel do homem consistia

em esperar, passiva e ansiosamente, pela notícia do nascimento, mas sem saber o que estaria a passar-se com a sua companheira (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005).

Só no século XX, depois da Segunda Guerra Mundial, ocorreu a institucionalização generalizada do parto, devido à elevada mortalidade materno-infantil, passando assim do meio familiar para o núcleo hospitalar (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005).

Desta forma, o facto de se institucionalizar o parto acabou por levar a um afastamento da esfera familiar nesta fase da vida das parturientes e muitas mulheres passaram a associar a vivência do parto ao isolamento e até mesmo ao abandono. Durante décadas, a parturiente foi unicamente acompanhada por profissionais de saúde especializados na área (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005).

Apesar de passadas mais de duas décadas de estudos, a fundamentação do movimento pela humanização do parto está presente nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), tendo esta, concluído que, numa fase da vida tão importante, como é o nascimento de um filho, seria imprescindível que a parturiente, em meio hospitalar, pudesse ter um acompanhante escolhido por si. Assim, em 1996, a OMS publicou um guia prático para a assistência ao parto e qualificou a humanização do mesmo (OMS, 1996).

Através da OMS e da produção científica, têm sido fomentadas mudanças importantes na prática obstétrica, defendendo-se actualmente um papel mais participativo da mulher no parto, assim como dos familiares, em detrimento das práticas rotineiras e intervencionistas.

A OMS (1996) admite que o apoio físico e emocional contínuo através da presença de um acompanhante proporciona grandes benefícios para a parturiente, incluindo um trabalho

de parto mais curto, menor uso de terapêutica, menor recurso a cesariana, menos riscos no pós-parto e reforço positivo da vinculação entre a mãe e o bebê.

A questão do envolvimento do acompanhante no trabalho de parto e no parto tem sido amplamente discutida como um facto indispensável na mudança do paradigma do atendimento e prestação de cuidados. Assim, admitir a presença de um ou uma acompanhante junto da parturiente é um dos aspectos da humanização, além de se tratar de uma prática baseada em evidências científicas (OMS, 1996).

#### **Papel do pai e sua presença na sala de partos**

Segundo Decherney (2007), a progressão do trabalho de parto consiste no avanço regular e ritmado das contracções uterinas, apagamento e dilatação do colo. A dilatação do colo do útero consiste no alargamento do orifício e do canal cervical, e o seu diâmetro vai evoluindo até à dilatação completa, de forma a permitir o nascimento do feto.

A dilatação completa do colo marca o fim do trabalho de parto. As contracções começam a adquirir um carácter expulsivo e a mulher sente uma necessidade imperiosa de fazer força. O esforço para a descida do feto é auxiliado por uma força voluntária, similar ao realizado no processo de defecação. Automaticamente, a mulher começa a exercer pressão para baixo, contraindo os músculos abdominais enquanto relaxa o pavimento pélvico; muitas vezes, o esforço é acompanhado por fortes gemidos devido à dor e leva a maior parte das vezes à exaustão (Decherney, 2007).

Existe uma relativa variedade de partos. Estes são divididos em partos eutócicos e distócicos. O parto eutócico é aquele que o senso comum carac-

teriza como o parto normal, ou seja, o feto nasce pela via vaginal sem auxílio de instrumentos médicos. No parto distócico encontram-se os partos por ventosa, por fórceps e a cesariana. O parto assistido por ventosa é um método de nascimento que envolve a aplicação de uma ventosa na cabeça fetal, utilizando a pressão negativa para facilitar a sua saída. O parto por fórceps é aquele em que é utilizado um instrumento composto por dois ramos articulados cujas extremidades são curvas para se adaptarem ao formato da cabeça fetal e ajudarem ao seu nascimento. Na cesariana é o nascimento de um feto através de uma incisão uterina trans-abdominal, seja ela planeada ou de emergência (Decherney, 2007).

O posicionamento da mulher durante o parto, por norma, é designado por litotomia. Esta posição anatómica é quando a mulher se encontra com o corpo deitado, com a cabeça voltada para cima, apresentando o quadril e o joelho num ângulo de 90 graus, expondo o períneo (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta posição auxilia a parturiente, o enfermeiro ou o médico na realização do parto, mas a forma como estão expostos os genitais, o esforço físico da mulher, similar ao de defecar. Para quem observa este momento, incluindo o próprio casal, o sangue e o líquido amniótico acabam por quebrar a ligação entre a representação do corpo belo e erótico, em contraste com o maternal (Ibor, 1979).

A escolha da pessoa que acompanha o parto é influenciada pela cultura e religião da mulher e pela tendência da sociedade em que ela vive. Por exemplo, nas sociedades do Ocidente, o pai é visto como um companheiro ideal durante o parto. Para os casais europeus e americanos, assistir em conjunto às aulas de preparação para o parto tornou-se um costume. Já na cultura chinesa, mexicana, filipina, islâmica e etíope, a presença do pai na

sala de partos é inapropriada. Na Índia, Irão e Laos preferem a presença feminina durante o parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

Colman e Colman (1994) afirmam que, uma vez que o parto é o culminar da gravidez, será digno que a gravidez acabe tal como começou: num momento íntimo e partilhado do casal que está a desenvolver uma nova vida.

Várias investigações, de diferentes autores, vieram reforçar e validar o que a OMS recomendou, em 1996. Foi verificado que os efeitos de suporte à parturiente reduzem a taxa de cesariana, diminuem o uso da oxitocina durante o trabalho de parto assim como a administração de analgésicos e aumenta a satisfação materna relativamente à experiência do nascimento (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005). No mesmo âmbito, Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) e Tomeleri, Pieri, Violin, et al, (2007) acrescentam a tudo isto que a presença do pai na sala de partos propicia apoio emocional, diminui a ansiedade da parturiente, favorece a evolução do trabalho de parto e aumenta o sentimento de segurança e tranquilidade na grávida.

Tem-se verificado que, quando acompanhadas pelos respectivos companheiros, as parturientes, referem sentir-se mais apoiadas, apesar de muitos homens afirmarem ter sido inúteis durante esta fase (Kopff-Landas, Séjourné & Chabrol, 2008).

Numa investigação realizada por Chan e Paterson-Brown (2002), procedeu-se à comparação das emoções dos pais nos diferentes tipos de parto, tendo por base catorze estudos. De forma sintética, estas autoras referem que a presença contínua de uma pessoa durante o parto reduz a probabilidade de administração de terapêutica analgésica em qualquer tipo de parto. Porém, as autoras não chegaram a um consenso de quem seria a melhor pessoa para acompanhar a

grávida no trabalho de parto e no parto. Nesta análise, também se verificou um crescimento do número de pais que assistiam ao parto, mas as autoras consideram que, provavelmente, esse facto se deveria, sobretudo, a uma pressão exercida pela sociedade.

Pela experiência pessoal, em Portugal, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto difere de acordo com contexto social, das políticas de saúde, da legislação, mas, principalmente, em função do regulamento da maternidade ou hospital. Assim, há instituições que estimulam a presença do acompanhante, mas outras não o permitem ou, se o fazem, impõem restrições. Isso apesar da possibilidade do pai acompanhar o nascimento do seu filho no bloco de partos estar declarado há mais de 30 anos. Porém, só em 1985 foi regulamentada em Portugal. Assim, de acordo com o Decreto-Lei nº 14/85 de 6 de Julho, nos termos dos artigos 164º, alínea d), e 169º, nº 2 da Constituição Portuguesa, a mulher grávida, internada em estabelecimento público de saúde, poderá ser acompanhada durante o trabalho de parto pelo seu companheiro ou por outra pessoa indicada por ela.

A futura mãe espera do companheiro um cuidado especial e atento enquanto lida com o cansaço, as mudanças hormonais, os desconfortos físicos, os momentos de stress e ansiedade, quando se vê diante da gravidez e parto. O toque é importante e o companheiro pode demonstrar o seu afecto pela parceira através de gestos carinhosos (Kopff-Landas, Séjourné & Chabrol, 2008). Uma boa relação entre o casal, ao longo desta experiência, evita conflitos levando à proximidade entre ambos (Sanz, 2002).

Apesar deste conhecimento relativamente recente, o pai tem sido, o "progenitor esquecido", pois, como já vimos anteriormente, foi valorizado,

sobretudo, pelo seu papel de suporte financeiro e instrumental (Leal, 2005). Actualmente, perante a construção do "novo papel" do pai, a maioria das maternidades incentiva a presença do pai na sala de partos (Lowdermilk & Perry, 2008). No passado, o papel do pai na educação dos filhos andou esquecido durante anos e só nos últimos anos os investigadores se debruçaram sobre a temática. Os avanços da biologia da reprodução provocaram igualmente novos olhares sobre as dimensões biológica, social e psicológica da parentalidade (Balacho, 2007).

Assim, segundo alguns autores que adoptaram uma abordagem desenvolvimental de ciclo de vida, tem-se vindo a reconhecer e a compreender melhor como a gravidez e a parentalidade afectam o homem. Tornar-se pai, pela primeira, segunda ou sexta vez, exige uma reorganização total do significado da vida (Leal, 2005). Nos anos sessenta do século XX, a ideia de serem incluídos na experiência do parto, preferindo que as esposas estivessem nas mãos competentes de uma equipa de obstetrícia. Mesmo quando lhes era solicitado para assistirem ao parto, muitos preferiam não o fazer (Colman & Colman, 1994).

Actualmente, os homens têm um papel mais activo tanto na gravidez, acompanhando as suas esposas nas consultas de vigilância da gravidez e frequentando as aulas de preparação para o parto, como no momento do parto, e até mesmo durante o pós-parto (Colman & Colman, 1994).

Contudo, a decisão da presença do pai na sala de partos deve ser discutida entre o casal, uma vez que nem sempre existe concordância ou mesmo desejo de o fazer. Lowdermilk e Perry (2008) referem que essa escolha não deve desiludir nenhum dos dois, ou seja, o companheiro deve compreender a esposa que não deseje

a sua presença, e preferir a companhia de alguém que já passou pela mesma situação, assim como a esposa deve entender o companheiro, se este não deseja participar nesse momento, independentemente do motivo.

Por vezes, as mulheres não aceitam o marido por perto no momento do parto, receando vir a sentir-se desconfortáveis com a sua presença (Colman & Colman, 1994). Os mesmos autores relatam ainda que alguns homens ficam perturbados com a intensidade das contracções, têm medo de ver sangue, bem como de observar os aspectos cirúrgicos do parto. Referem também que é muito difícil ver alguém que se ama a sofrer e a enfrentar a dor.

Por outro lado, e em reforço ao que os autores anteriores referem, Freitas, Coelho e Silva (2007) também verificaram que muitas parturientes preferiram a companhia de outras mulheres no momento do parto em substituição do seu companheiro. As entrevistadas alegaram que se sentiam inibidas com a presença do seu parceiro devido à posição de parir, assim como consideraram a visualização da criança a sair da vagina como algo feio, assustador e repugnante. É-nos dito pelos autores que o acto de parir acaba por ser um evento que envolve a sexualidade e implica exposição corporal da mulher, o que pode acarretar, a posteriori, sentimentos de inibição na sua intimidade.

Para os autores acima indicados, o trabalho de parto é demorado e difícil, acabando por ser um pouco solitário, pois, por mais envolvido que o marido possa estar, não pode, por razões óbvias, substituir a mulher na dilatação nem no período expulsivo. Em oposição à ideia anteriormente referida, Lowdermilk e Perry (2008) descrevem que, no início, o companheiro na sala de partos pode-se sentir desconfortável devido a inúmeras

situações: pode hesitar em acomodar a almofada, fazer uma massagem ou apenas pegar na mão da companheira e, no entanto, a pouco e pouco, começa a sentir-se mais confortável e a perceber o quão é importante e necessário para ela.

Durante o trabalho de parto e no próprio parto, acaba por haver todo um envolvimento físico e emocional tanto da parturiente como do respectivo companheiro. Ambos passam por experiências nunca antes vivenciadas (Lowdermilk & Perry, 2008). Segundo a realidade profissional, a sala de partos está equipada com materiais semelhantes a uma sala de cirurgia, mas com equipamentos especializados do foro ginecológico e obstétrico. A sala de partos está dividida por "boxes," de modo a promover a privacidade de cada parturiente e respectivo companheiro, e cada uma delas é individualizada e apresenta todos os utensílios para a realização do parto. Todas estas novidades, para quem não é da área profissional especializada, podem suscitar alguns desconfortos nas pessoas que assistem ao parto.

No momento da admissão da grávida, a mulher e o companheiro são acolhidos e apresentados aos profissionais que estarão envolvidos durante o parto. Se a mulher o desejar, o companheiro é incluído nesta fase da admissão. As outras pessoas significativas, mas que não podem estar na sala de partos, são encaminhadas para a sala de espera. O cuidado centrado na família deve ser a tendência actual da maternidade, como dizem Lowdermilk e Perry (2008).

Pela experiência profissional no Centro Hospitalar de Torres Vedras, e de acordo com as normas aí estabelecidas, todos os companheiros podem estar junto das respectivas esposas, ininterruptamente, após a passagem desta para a sala de partos, podendo estar durante toda a fase de dilatação e período expulsivo, caso o desenvol-

vimento progrida para um parto eutócico. Porventura, se durante a dilatação ou período expulsivo ocorrer alguma alteração anómala e se tenha de proceder a um parto distócico, seja ele por ventosa, fórceps ou cesariana, o companheiro é encaminhado para a sala de espera. Porém, sabemos que noutras instituições é permitido ao companheiro estar presente no parto por cesariana.

Após o nascimento, os familiares são autorizados a entrar e a permanecerem juntos durante um determinado tempo para acolherem a chegada do novo membro da família.

Embora o acompanhante da mulher no trabalho de parto possa ser outra pessoa que não o pai do bebé, normalmente há o incentivo para que esta seja a figura de suporte durante o trabalho de parto. Pensa-se que o papel ideal do pai é o de apoio à mulher em trabalho de parto e espera-se que participe activamente. No entanto, esta expectativa pode ser irrealista, dado que alguns homens têm preocupações acerca das suas capacidades de apoio no trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

Estes autores referem que o homem pode assumir três papéis diferentes durante o trabalho de parto e o nascimento: "orientador", "membro da equipa" e "observador". Como "orientador", o pai auxilia activamente a mulher durante e após as contracções. Este papel demonstra uma grande necessidade de se controlar, assim como controlar o trabalho de parto. O pai que actua como "membro da equipa" ajuda a mulher durante o trabalho de parto e no nascimento, dando apoio físico e emocional. Normalmente, o pai que age como membro da equipa assume o papel de seguidor ou de ajudante e olha para a mulher e para o enfermeiro para que este lhe diga o que fazer. O pai "observador" actua como companheiro, fornecendo suporte emocional e moral. Ele observa a mulher em trabalho de parto, mas por

vezes adormece, vê televisão ou deixa o quarto por longos períodos de tempo, afirmando que tem poucas tarefas que pode realizar e, por isso, torna-se simples espectador (Lowdermilk & Perry, 2008).

### Sentimentos e emoções expressos pelo pai

Os sentimentos de um homem que é pai pela primeira vez alteram-se com a progressão do trabalho de parto. Apesar de normalmente estar calmo no início, os sentimentos de medo e impotência começam a dominá-lo à medida que o trabalho de parto progride e se torna mais activo. Assim que o nascimento se aproxima, a atenção do pai passa da mulher para o bebé que está prestes a nascer. O pai será exposto a muitas imagens e odores que pode nunca ter experienciado. Por esse motivo, é importante informá-lo e fazê-lo sentir confortável em abandonar a sala de partos para se recompor, caso aconteça alguma coisa que o surpreenda (Lowdermilk & Perry, 2008).

Poucas investigações realçam os sentimentos e atitudes do companheiro durante o parto e período expulsivo e mais raras são aquelas que referem os resultados dessa observação. Santo e Bonilha (2000) verificaram que, em geral, os homens desejavam estar presentes no momento do nascimento do seu filho e essa atitude acabava por tornar a relação conjugal mais forte, quando essa presença não lhes é imposta. No entanto, estes autores, acrescentam que o pai deve permanecer junto à cabeceira da mulher, de forma a não observar directamente a região perineal, pois esta observação pode interferir no relacionamento sexual posterior do casal, apesar de ser frágil a evidência científica nesse domínio.

Ao longo de toda uma vida, os indivíduos procuram as emoções ou

fogem delas. Os filósofos clássicos classificavam as emoções como sendo algo que o corpo proporcionava ao espírito, com ou sem o seu consentimento. Deste modo, as emoções consistem em ser, simultaneamente, um estado físico e mental (Besche-Richard & Bungener, 2008). Este autor refere, ainda, que a resposta emocional comporta diferentes processos, nomeadamente a formação de uma emoção, a expressão desta emoção, a experiência subjectiva que é o vivido emocional e a adaptação do comportamento à situação emocional (Besche-Richard & Bungener, 2008).

Tanto os sentimentos como as emoções acabam por ser um contínuo, no qual é difícil delimitar onde termina um e começa outro. Slepj (1998) acrescenta que a forma de distinguir um do outro é pela duração ou intensidade e, além disso, várias emoções podem estar presentes num único sentimento.

As emoções são muitas vezes divididas em emoções positivas e emoções negativas. O seu número é variável, mas geralmente os autores retêm seis emoções fundamentais: a tristeza, o medo, a cólera, a alegria, a surpresa e a repugnância. A emoção é caracterizada não só por um estado afectivo que tem um início bem determinado, está ligada a um objectivo particular e possui uma duração relativamente breve mas, também por alterações fisiológicas, corporais e cognitivas (Besche-Richard & Bungener, 2008). O senso comum considera que um indivíduo chora porque está triste, invectiva alguém porque está irritado e treme porque está assustado. Actualmente, a maioria dos psicólogos pensa nas cognições, isto é, as percepções, as recordações e as interpretações que constituem as componentes essenciais da emoção, como resultado da atribuição das causas e conseqüências do comportamento (Besche-Richard & Bungener, 2008).

Estudos realizados no âmbito das expressões dos sentimentos dos pais durante o parto revelam que estas são diversas (Liukkonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997). Os autores descrevem-nas com base em quatro factores: sentimentos de desconforto, sensação de prazer e orgulho, sentimentos relacionados com os profissionais de saúde e com o ambiente. Os resultados indicaram que os companheiros, após assistirem ao parto, relataram um conjunto de sensações desconfortáveis como medo, ansiedade, culpa, insegurança, entre outras. A situação mais desagradável que foi referida dizia respeito ao facto de observar a companheira com dor e não ser capaz de a ajudar. Os companheiros relataram ainda que, apesar do desconforto, o facto de terem assistido ao parto foi importante para a sua maturidade face à parentalidade. Por fim, no mesmo estudo, foi observado que os companheiros que eram pais pela primeira vez se sentiram mais desconfortáveis do que os pais que já tinham passado por uma situação idêntica. Em conclusão, quase todos os pais consideraram a sua presença no parto de extrema importância para o processo de desenvolvimento de competências para o exercício da paternidade, apesar de existirem alguns sentimentos e emoções negativos.

Ainda relativamente aos sentimentos no momento do parto, numa outra investigação, Chan e Paterson-Brown (2002) sinalizaram a presença de sensações de prazer e de orgulho, mas também de desamparo e medo. A maioria dos pais relatou que se sentiu confortável durante o trabalho de parto, mas que houveram grandes variações e referiram, inclusive, ter sido úteis, que melhoraram o relacionamento com a parceira, que foi uma experiência gratificante e, outros, altamente traumatizante. Apesar de tudo isto, os autores concluíram que existiu uma grande sa-

tisfação tanto do pai como da mãe ao partilhar a experiência do trabalho de parto e parto (Chan & Paterson-Brown, 2002).

Numa outra pesquisa, a forma como os pais presenciavam o parto, bem como as suas experiências e sentimentos, foram descritos com base em quatro factores: sentimentos de desconforto, de prazer, de orgulho, de relação com a família e com o ambiente. Nos sentimentos de desconforto foram incluídos a tensão, o medo, a ansiedade, o desamparo, o desconforto e a insegurança. Neste estudo, os pais referiram que o acontecimento mais desagradável e difícil foi assistir à dor da sua companheira e não ser capaz de a ajudar (Olin & Faxelid, 2003), corroborando as observações de Liukkonen e Vehviläinen-Julkunen, (1997).

Relativamente às emoções sentidas pelo homem ao ver a mulher a parir, nomeadamente no que se refere à imagem corporal, não foram encontrados estudos neste sentido.

### O erotismo do homem

A sexualidade é um elemento fundamental no ser humano, possibilitando a vinculação da intimidade, do contacto, da relação corporal e emocional. O erotismo acaba por ser uma forma de estimular o impulso sexual (Alberoni, 2007).

O erotismo é um conceito de arte e uma experiência da própria arte erótica como objecto estético, feito para ser visto e admirado. Ou seja, o erotismo caracteriza o belo, a estética sexual, a arte de transformar corpos em obras de arte. Alberoni (2007) acrescenta que o erotismo masculino tem um cariz predominantemente visual, concentrando-se no órgão sexual e no orgasmo e, no caso da orientação heterossexual do desejo, enaltecendo determinadas partes do corpo feminino.

O homem heterossexual excita-se com a nudez feminina, com fotografias e imagens eróticas. Por essa razão, o material pornográfico masculino consiste predominantemente, em imagens de actos sexuais excitantes, sem que haja a necessidade de uma história que justifique esses actos (Alberoni, 2007).

Na cultura ocidental, o nu é considerado uma representação erótica. No entanto, esse erotismo é mais evidente de uma forma parcial em relação à sua totalidade (Ibor, 1979).

O que importa, na perspectiva visual, não é o que se vê, mas em que circunstâncias e como se vê; portanto, o valor erótico relativo ao nu está subordinado à situação propriamente dita. O olhar tem um poder tal que pode acariciar um corpo sem necessitar de o tocar. Desta forma, a visão é, provavelmente, a fonte de estimulação sexual mais importante no homem. A forma de andar, um olhar, um gesto, até mesmo a maneira de vestir, são estímulos que podem ser muito atraentes (Ibor, 1979).

O relacionamento entre a beleza como instrumento de cultura estética e o erótico é evidente na captação visual da realidade (Ibor, 1979).

O homem heterossexual sente-se atraído por mulheres cuja beleza corresponde aos cânones estéticos da altura, como refere Alberoni, (2007, p. 95): "Para o homem é mais importante o aspecto exterior da mulher do que saber que ela é ministra; no entanto, para ele também é importante a maneira de vestir e a maquiagem no fascínio feminino. É verdade que o homem prefere a empregada de limpeza lindíssima à patroa feia, mas entre duas mulheres equivalentes, uma vestida pobremente, descuidada, sem maquiagem e a outra muito elegante, magnificamente maquiada, que anda de maneira provocadora, ele só vê a segunda. A diferença entre uma mulher desalinhada e a mesma mulher

com vestido de gala é tão grande que o homem tem a impressão de que se trata de dois seres distintos. Porque o erotismo masculino é visual, mais do que comunicar-lhe emoções, evoca-lhe imagens".

As representações que o homem e a mulher fazem da maternidade aparecem como a base de alterações importantes na sexualidade do casal, incluindo durante o período de aleitamento materno. Na sociedade moderna, o seio é conhecido, em primeiro lugar, como um órgão sexual de grande apelo erótico e fixa a atenção nos jogos de sedução. O seio materno e o seio erótico podem ou não ter a mesma conotação, sendo variável em cada indivíduo para a resolução dessa dicotomia. As mamas são a metáfora física do dar e receber. Nos tempos antigos simbolizava a abundância da natureza e as suas qualidades de criação actualmente simboliza também parte do prazer sexual da mulher (Northrup, 2000).

Na sociedade ocidental moderna, as mamas têm uma dupla representação: o maternal, seio materno e fonte de alimento, e o seio erótico, como fonte de prazer sexual (Ibor, 1979).

O seio transformou-se num objecto erótico de primeira ordem. A mulher, por sua vez, concedeu aos seios uma valorização sedutora, aumentando-os muitas vezes artificialmente (Ibor, 1979).

Assim, no contexto desta investigação, estes elementos teóricos devem ser considerados, dada a sua potencial relação com o objectivo de identificar e compreender os efeitos da observação do parto na sexualidade masculina. Ou seja, pode considerar-se que exista uma incompatibilidade potencial entre a maternidade e o erotismo pois, a mulher deixa de ser Deusa e passa a ser mãe e desta transição poderá estar dependente alguma diminuição do interesse e do desejo sexual entre o casal, no período pós-parto.

### Pós-parto, adaptação conjugal e sexual masculina

Neste segundo momento da revisão da literatura, serão abordadas as alterações fisiológicas do pós-parto na parturiente e as condicionantes que poderão interferir na sexualidade do companheiro, logo, na do casal. Serão ainda abordadas as formas de adaptação conjugal face a esta nova fase da vida e os efeitos potenciais sobre a sexualidade masculina.

A palavra puerpério é derivada do latim puer, referindo-se a criança e parere que significa parir, também chamado de post partum. Este período é caracterizado como sendo a fase durante a qual se desenrolam todas as manifestações evolutivas e de recuperação dos genitais maternos. Após o nascimento do bebé, as modificações provocadas pela gravidez e pelo próprio parto no organismo da mulher tendem a retomar a situação do estado pré-gravídico, caracterizando desta forma o puerpério (Northrup, 2000).

Este período é caracterizado por grandes mudanças tanto a nível físico como psicológico. Tudo começa após a expulsão da placenta, fase em que se dá uma acentuada diminuição das hormonas produzidas pelo organismo, o estrogénio e a progesterona, que só vão readquirindo os seus níveis normais uma semana após o parto (Northrup, 2000).

A diminuição dos estrogénios é responsável pelo decréscimo da lubrificação e pelo estreitamento da mucosa vaginal, levando ao desconforto nas relações sexuais que podem persistir até que a função ovárica e a menstruação recomecem. A parede distensível da vagina retoma gradualmente o seu tamanho cerca de seis a oito semanas após o parto. Além disso, com o parto, a perda de sangue uterina é frequente, normalmente chamada de lóquios, e pode manter-se entre duas a seis semanas, sendo

inicialmente de coloração vermelho vivo e, à medida que os dias decorrem, tornam-se serosos, de cor esbranquiçada (Northru, 2000).

Vários estudos têm vindo a relatar a adaptação do casal após o nascimento do bebé. Segundo Progianti, Araújo e Mouta (2008), num estudo sobre repercussões da episiotomia sobre a sexualidade, referem que, com a evolução da ciência e da tecnologia, ocorreram grandes transformações até no modo de nascer e de parir. Isto é, em 1985, Stahl defendeu o uso rotineiro da episiotomia argumentando que esta permitia uma melhor restauração do períneo em relação às lacerações.

A episiotomia consiste no alargamento do orifício vaginal por meio de uma incisão perineal, realizada com uma tesoura durante o início da expulsão do feto. Este procedimento requer reparo cirúrgico posterior e tem por objectivo impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal de parto, favorecendo a descida e libertação do feto e evitar as lacerações (Borges, Serrano e Pereira, 2003). Por seu lado, Progianti, Araújo e Mouta (2008) concluíram que alguns dos profissionais, apesar de não condenarem este procedimento, apresentam algumas desvantagens da utilização habitual da episiotomia, tais como necessidade de reparo cirúrgico, perda sanguínea e alterações sexuais femininas.

As mulheres que tiveram um filho recentemente podem apresentar-se relutantes em reassumir a actividade sexual por medo de dor ou preocupação em relação à cicatrização dos tecidos perineais, levando algum tempo até à readaptação sexual. No entanto, muitos casais retomam a sua actividade sexual antes da revisão do puerpério, seis semanas após o parto. Brown e Mcdanel (2008) defendem que o risco de hemorragia ou infecção é mínimo a partir da segunda semana após o parto. Refor-

çam ainda que seis semanas são suficientes para cicatrizar a episiotomia; é o tempo médio recomendado por todos os médicos para retomar à vida normal.

A actividade sexual do casal também pode ser afectada já que a estimulação sexual e orgasmo feminino tendem a ser mais lentos e menos intensos, mas isso não significa que a sensualidade ou a paixão estejam perdidas (Lowdermilk & Perry, 2008). Directa ou indirectamente, este conjunto de alterações tem um impacto ao nível da vivência da sexualidade, podendo conduzir a um maior nível de stress e várias dificuldades ao nível do relacionamento sexual, afirmam Silva e Figueiredo (2005).

As mesmas autoras referem ainda que, apesar de existir um número muito limitado de estudos relativos ao período pós-parto, mais concretamente nos primeiros três a quatro meses após o nascimento do bebé, os companheiros revelam-se sexualmente mais desinteressados em comparação com o período pré-gravídico. Comparando os homens com as mulheres, verificou-se que as mulheres, na maioria dos casos, se mostram mais desinteressadas pela relação sexual do que os seus companheiros. Na maioria dos casais, é o homem quem demonstra mais iniciativa, tanto antes, como durante e mesmo depois do período de gestação. Estas autoras chegam mesmo a referir que, a maioria das vezes, o que motiva a mulher para a iniciação da actividade sexual é a vontade expressa do seu parceiro, isto é, como se tratasse de uma obrigação marital ou com a percepção da necessidade de satisfação do outro.

Silva e Figueiredo (2005) acrescentam que a dispareunia é das patologias mais vulgares ao nível das dificuldades sexuais nas mulheres depois do parto e em especial nas primíparas, a qual pode persistir durante alguns meses, por razões de natureza

fisiológica, levando, concomitantemente, a uma perda de desejo sexual. É sabido que a amamentação, devido aos níveis elevados de prolactina, inibe o desejo sexual. Além disso, as mamas podem apresentar emissão de leite, principalmente durante e após o orgasmo da mulher, o que, para muitos casais, pode ser um estímulo inibitório da sexualidade do casal. A suspensão do aleitamento materno está associada a uma melhoria no estado de humor, disposição e sexualidade, referem as autoras acima citadas.

Por outro lado, os níveis de prolactina no sangue aumentam progressivamente durante a gravidez e, nas mulheres que amamentam, permanecem elevados até à sexta semana do pós-parto; ou seja, a amamentação influencia os níveis desta hormona na circulação. Na mulher que não amamenta, dependendo do motivo, os níveis de prolactina decrescem, atingindo os níveis pré-gravídicos dentro de duas semanas (Lowdermilk & Perry, 2008).

É também importante referir que a exaustão é comum no período pós-parto, devido a componentes fisiológicas associadas ao trabalho de parto prolongado, à cesariana, à anemia e até mesmo à amamentação, e a componentes psicológicas relacionadas com a depressão e a ansiedade. Além disso, a prestação de cuidados à criança pode contribuir para a fadiga, especialmente nas mães de bebés mais difíceis (Lowdermilk & Perry, 2008).

Um outro assunto, também bastante importante, principalmente no que toca ao foro psicológico feminino, é a recuperação da silhueta no pós-parto imediato. Aratangy (2008) verificou que, nesta fase, algumas mulheres lamentaram a perda do corpo juvenil, acreditando que as modificações provocadas pela maternidade as tenham deixado pouco atraentes. Além disso, a mulher gasta

tanto do seu tempo a cuidar do bebé que pode não se sentir propriamente a mulher mais sensual do mundo.

Perante tudo isto, o nascimento de um filho vem condicionar a sexualidade do casal. Antes de ter o bebé, o casal dispunha potencialmente de tempo e liberdade para actividades sexuais e a chegada de um filho monopoliza a atenção física, mental e emocional da mulher, pois o bebé necessita de imensos cuidados e esta acaba por se dedicar intensamente ao filho, durante as 24 horas, restando-lhe pouco tempo e energia para dedicar ao companheiro (Savage, 2008).

A autora afirma ainda que muitos homens sentem ciúme e, muitas vezes, a rejeição devido à companhia dedicar mais tempo ao filho do que à relação conjugal. Face a isto, afirma que esta fase da vida conjugal, sobretudo no que concerne ao relacionamento sexual, leva a um dos maiores desafios a que o casal tem de ultrapassar.

O nascimento de uma criança é acompanhado de enormes mudanças na relação conjugal. Os reajustes necessários no sistema familiar dependem do funcionamento prévio do casal e podem ser concretizados de formas muito diversas. De forma geral, podemos dizer que é necessário flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental (Leal, 2005).

Habitualmente, a satisfação sexual decresce com o nascimento de uma criança. A prática clínica e alguns estudos quantitativos mostram-nos que, nas épocas de grande mudança e necessidades de reajustamentos diversos, o maior factor protector da aliança conjugal é a exigência de comunicação sobre as necessidades sentidas, a partilha de experiências, dúvidas e, muitas vezes, ansiedade, conjuntamente com a sensibilidade às necessidades do outro (Leal, 2005). O nascimento de um filho, principal-

mente quando se trata do primeiro, é dos momentos mais importantes e com mais alterações na vida do casal, passando de uma relação exclusivamente conjugal para uma relação simultaneamente parental, desafiando transformações intensas na organização emocional e relacional (Leal, 2005).

A maioria dos casais ultrapassa a confusão dos primeiros dias após o nascimento do bebé sem grandes complicações, apesar da angústia de viverem novos papéis (Sanz, 2002). O bebé transforma o casal numa família, o marido torna-se pai e a mulher converte-se em mãe. Passada a agitação emocional dos primeiros tempos, a nova condição familiar faz com que o casamento saia da rotina e ofereça oportunidades para o desenvolvimento e aparecimento de facetas novas e desconhecidas por parte dos parceiros (Aratanga, 2008).

O nascimento de um filho, apesar de ser um condutor de stress familiar, acaba por ser comum à maioria das famílias de uma forma limitada (Leal, 2005). Porém, a transição para a parentalidade pode implicar uma sobrecarga sensorial e emocional, e mesmo mães e pais psicologicamente bem adaptados poderão experienciar consideráveis perturbações psicológicas ao longo da gravidez e após o nascimento de um novo bebé. Esse stress familiar pode desencadear uma perturbação grave do equilíbrio da família ou uma mudança tão aguda que o sistema fica bloqueado e incapacitado. Durante um período mais curto ou mais longo, a família não funciona satisfatoriamente, há dificuldade na concretização dos papéis e tarefas habituais e os membros da família não atingem níveis óptimos de funcionamento, quer fisiológico quer psicológico (op cit).

Assim, como seria de esperar, o nascimento do primeiro filho não tem o mesmo impacto na família do que o nascimento da segunda ou terceira

criança. A forma de lidar com uma transição é sempre influenciada pelas experiências prévias ou transições semelhantes. Os indivíduos que são pais pela primeira vez apresentam modificações maiores no estilo de vida e identidade pessoais em comparação com aqueles que já tiveram experiências anteriores (op cit.).

O início da vida do bebé, apesar de esperado e desejado, acciona um processo irreversível que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família. O nascimento de um filho no seio de uma família altera radicalmente os equilíbrios anteriores, pelo que este processo de mudança exige um tempo de reajustamento, durante o qual o recém-nascido toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros. Trata-se de uma marca da passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar. No caso de não ser o primeiro filho, envolve a complexificação do sistema familiar, com a conseqüente redefinição de papéis e tarefas (Leal, 2005). Dadas as alterações no núcleo familiar, provocadas pelo stress e que levam ao ajuste de novos papéis, a mesma autora, refere a necessidade dos mecanismos de coping. O coping diz respeito aos mediadores da intensidade do stress em várias componentes, a fisiológica, a comportamental, a cognitiva e a emocional, da resposta evocada no indivíduo e das próprias estratégias implementadas por cada um para lidar com o stress. De acordo com o modelo de stress e coping preconizado por Lazure, a pessoa avalia uma dada situação e procura determinar as exigências e as limitações das combinações decorrentes com o ambiente e os recursos de que dispõe para lidar com a situação em que se encontra. É em função destes processos de avaliação cognitiva que surgem as reacções do indivíduo e, em última análise, os resultados da adaptação (Leal, 2005).

Após o nascimento de um bebé, o casal demora algum tempo a recuperar a privacidade e a sensualidade. A nova condição traz desconforto para ambos os parceiros, embora nem sempre com a mesma intensidade. A mulher, durante algum tempo, pode ficar totalmente ocupada pela maternidade, e não se sentir preparada para a entrega amorosa. O parceiro também não se sente à vontade diante do corpo da companheira, que antes lhe era tão familiar e agora lhe parece tão diferente. O processo de reaquisição da intimidade e a disposição para o encontro amoroso varia entre os casais e depende também do espaço que o novo membro da família ocupa, tendo em conta as suas necessidades e inseguranças, reforça Aratangy (2008).

#### Resposta sexual masculina e respectivas disfunções

Desde a Antiguidade que a erecção é a principal expressão masculina para manifestar o seu impulso sexual e é a partir da sexualidade que se transmite o património genético, constituindo-se o mecanismo essencial para a evolução da espécie ao longo da história (Bishop & Osthelder, 2001).

Já na Pré-História, os homens gravavam nas paredes acontecimentos dessa natureza, como se pode observar nas pinturas rupestres ou mesmo na criação de objectos fálicos. No Egipto Antigo, o Deus Min era um dos Deuses mais importantes e representava a fertilidade; na Grécia Antiga, este era representado por Priapo; na Roma Antiga existiam vários objectos, como o portal de casa, tintinnablae, também amuletos fálicos; na Idade Média, o gigante de Cerne Abbas; no Renascimento surge Adão e, depois, foi-se diversificando de cultura para cultura, século após século. Ou seja, a sexualidade passou a fazer

parte da humanidade, quer na vertente da fertilidade quer na do prazer (Bishop & Osthelder, 2001).

Desta forma, a erecção leva o homem a descobrir e a mostrar, desde a mais tenra idade, a sua importância, ao mesmo tempo fonte de emoção e objecto de orgulho. Para os homens, o pénis tem tal importância que chegam mesmo a compará-lo entre amigos, avaliam o comprimento, assim como o volume dos testículos. Através destes jogos, procuram avaliar-se uns em relação aos outros e assegurar-se da sua conformidade face à norma, cor, forma e curvatura (Mimoun & Chaby, 1999).

Como diz Pereira (2004), o pénis tem uma importância simbólica desde os nossos antepassados mais longínquos até à actualidade pois, o pénis transporta a conotação da virilidade e da masculinidade.

Na década de sessenta, do século XX os pesquisadores Masters e Johnson observaram em laboratório as modificações corporais durante a actividade sexual e chegaram a um padrão de resposta sexual, tanto para o homem como para a mulher, ao qual deram o nome de ciclo da resposta sexual humana (Bishop & Osthelder, 2001). Esses pioneiros dos estudos sobre sexualidade humana dividiram a resposta sexual em quatro fases: excitação, planalto, orgasmo e resolução. A fase de excitação, no homem, corresponde à erecção do pénis; nesta fase, os testículos tendem a subir e a aproximar-se do abdómen, podendo existir erecção dos mamilos e, progressivamente, vai-se intensificando a tensão muscular, bem como o ritmo cardíaco, a pressão arterial e a frequência respiratória. A fase de planalto manifesta-se com o aumento de diâmetro do pénis e com endurecimento da glande, devido à congestão de sangue. Se se mantiver um estímulo adequado, desencadeia-se, de forma reflexa, a fase orgásmica. No homem, após a sensação de imi-

nência ejaculatória, dá-se a expulsão do sémen para o exterior, por meio da contracção dos músculos pélvicos e uretrais. Na fase de resolução, todas as alterações anteriores regredem e os órgãos genitais recuperam a normalidade. Nesta fase, o homem não responde a um novo estímulo (Bishop & Osthelder, 2001).

A erecção peniana é um fenómeno que envolve aspectos vasculares, hormonais, neurológicos e sensoriais, definem Srougi e Paranhos (2007). Pode-se afirmar que a resposta sexual no homem se desencadeia quer a partir de estímulos ambientais, sobretudo visuais e tácteis, quer a partir de estímulos produzidos pelo córtex cerebral, quer por fantasias sexuais (Srougi & Paranhos, 2007).

Tanto uns como outros são filtrados por uma parte do cérebro e, posteriormente, interpretados pelo córtex cerebral, que é quem "decide", com base nas emoções e na aprendizagem prévia, se se trata duma situação sexualmente estimulante (op. cit.). Enquanto os diversos factores desencadeantes da resposta sexual masculina não sofrem desajustes, não surge qualquer problema no desempenho sexual. No entanto, por vezes, basta haver uma alteração num dos componentes para desencadear muitas vezes, uma situação geradora, de problemas, como afirmam Srougi e Paranhos (2007). Estes autores acrescentam que, embora não seja uma ameaça à vida, não devem ser desvalorizados, já que podem afectar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo.

A maioria das dificuldades sexuais sentidas pelos homens, durante muito tempo, era atribuída a razões puramente psicológicas. Hoje, graças aos avanços da tecnologia e medicina, vieram contrariar este fenómeno, afirmando que também existem inúmeras causas orgânicas (Mimoun & Chaby, 1999).

De facto, é comum que um homem que já não tenha erecção se iniba e silencie o seu desejo. Perante esta situação, é frequente que, no caso heterossexual, a parceira considere que o cônjuge não tem erecção porque não a deseja. O facto de se sentir rejeitada levá-la-á a fechar-se e a ser mais agressiva em relação ao cônjuge. Todas estas atitudes no casal só contribuem para o aumento dos problemas de erecção (Mimoun Et Chaby, 1999).

Muitos casais encontram dificuldades na sua vida sexual em resultado da junção de factores biológicos, psicológicos ou sociais que falham, havendo necessidade de, muitas vezes, recorrer a intervenção e a apoio especializados (Srougi Et Paranhos, 2007).

Fala-se de disfunção sexual quando existe dificuldade, permanente ou não, nalguma fase da resposta sexual ou em desenvolver algum elemento do comportamento sexual. A disfunção sexual pode ser de ordem primária ou secundária, se se apresentam no início da vida sexual ou após um período prévio sem alterações. Podem ser também totais ou parciais, conforme afectem a totalidade ou parte da resposta erétil, ou ainda contínuas, episódicas ou recorrentes, conforme se mantenham durante todo o tempo, apareçam muito isoladamente ou o façam com certa regularidade, globais ou situacionais, conforme se apresentem em todas as situações sexuais ou em determinadas condições (op.cit.).

Com os avanços recentes na área da sexologia e da fisiologia, a erecção começou a ser mais compreendida, assim como as causas e os tratamentos para a disfunção erétil. Com o aparecimento do tratamento medicamentoso, a consciencialização da população sobre as questões da sexualidade aumentou significativamente e hoje já é possível a condução de estudos (Srougi Et Paranhos, 2007). Estes autores acrescentam que os

estudos devem ser interpretados com cuidado, em virtude das múltiplas variáveis que podem interferir nos seus resultados e conclusões. Estas variáveis passam pelos aspectos relacionados com a privacidade do paciente, pelas baixas taxas de resposta e pelo desconhecimento dos dados daqueles que não respondem ao inquérito. Também interferem nos resultados factores inerentes à própria pesquisa, como as ferramentas utilizadas, características do entrevistador e padronização e análise dos dados finais.

Relativamente à avaliação psicológica, Palha (2003) diz que é um passo essencial no estudo clínico de uma disfunção sexual em qualquer dos sexos, idade ou circunstância da vida dos indivíduos, porque nos seres humanos existem fenómenos psicológicos básicos e complexos que estão na origem dos comportamentos sexuais. Palha (2003) acrescenta que a sua experiência tem vindo a demonstrar que, mesmo numa situação de disfunção sexual de componente orgânica, há necessidade de intervir sobre os factores psicológicos.

Ainda dentro das disfunções sexuais masculinas, Nobre (2006) faz uma breve análise dos tipos de disfunções, sendo o desejo sexual hipoactivo caracterizado pela deficiência ou ausência de fantasias sexuais. Está ligada geralmente a um défice de pensamentos e fantasias e é uma das disfunções mais comuns.

Até há poucos anos, o desejo sexual inibido era quase exclusivo da mulher, mas nos últimos anos a sua incidência aumentou no homem (Nobre, 2006). As causas são variadíssimas, estando envolvidos factores educacionais, o stress ou o excesso de trabalho, doenças crónicas e tratamentos farmacológicos. Quanto à aversão sexual, o mesmo autor explica que se caracteriza pela repulsão do contacto sexual devido a uma resposta fóbica, habitualmente asso-

ciada a recordações sexuais traumáticas. Já a dificuldade ou impossibilidade de obter ou manter uma erecção suficiente para se conseguir a penetração e consumir o coito define-se como disfunção erétil. Embora as estatísticas variem, o autor refere que se pode afirmar que entre 5 a 10% da população total masculina, apresenta um problema de erecção mais ou menos permanente. Embora se costume falar de disfunção erétil orgânica ou psicológica, deve-se ter em conta que, quando existe um problema orgânico, acaba sempre por se sobrepor uma certa afectação psicogénica. Nos homens, esta dificuldade é facilmente observável, sendo caracterizada pela ausência de resposta erétil do pénis (Nobre, 2006). Este autor acrescenta que a maioria dos casos de disfunção erétil aparece após um período de funcionamento sexual "normal"; ele designa-a por tipo adquirido. No entanto, a ausência completa de qualquer resposta erétil é rara, sendo mais frequentes as erecções parciais, não suficientes para a penetração, ou as erecções completas que são perdidas de forma súbita. O autor refere que tudo isto, normalmente, está associado a variadíssimas causas. Por outro lado, a disfunção sexual pode ainda ser de cariz generalizado ou seja, em todo o tipo de actividade sexual ou ainda manifestar-se apenas em determinadas situações ou com determinados parceiros. Neste último caso, a etiologia é obrigatoriamente psicológica, afirma Nobre (2006).

Quanto às perturbações do orgasmo, estas designam dificuldades relacionadas com a resposta de clímax sexual que são caracterizadas por um conjunto de reacções fisiológicas (contração rítmica dos músculos genitais e dos esfíncteres que, no caso masculino, é acompanhada habitualmente com a ejaculação) e subjectivas, sensação de clímax ou libertação de tensão. Pode estar

relacionada com a ausência de resposta de clímax sexual ou, por outro lado, à excessiva rapidez e ausência de controlo na obtenção do orgasmo, afirma Nobre (2006).

A perturbação do orgasmo no homem é definida pelo DSM-IV 2000 como o persistente ou recorrente atraso ou ausência de orgasmo após uma fase de excitação sexual considerada normal, que causa mal-estar acentuado ou dificuldades interpessoais. Os casos de perturbação de orgasmo no homem são pouco frequentes. Nobre (2006) afirma que, nalguns casos, os homens apresentam ejaculação retrógrada, emissão do esperma feita para o interior da bexiga, mas, mantêm a sensação de orgasmo sem alterações. Este autor acrescenta que estas situações podem resultar devido ao consumo de determinada terapêutica, cirurgias da próstata ou de neuropatias, e que nestes casos não devem ser rotulados com o diagnóstico de perturbação do orgasmo. De uma forma mais simples, Srougi e Paranhos (2007) apresentam um quadro que aborda a temática (Quadro 1 – Etiologia da Disfunção Erétil). Este descreve que a disfunção erétil é dividida do ponto de vista etiológico em orgânica e psicogénica. Considera-se que a maioria dos indivíduos apresenta a forma mista, na qual ambos os componentes estão envolvidos. Essa premissa baseia-se no facto de que são conhecidos múltiplos factores que ocorrem simulta-

neamente, abrangendo distúrbios psicogénicos, hormonais, vasculares, neurológicos, traumáticos, farmacológicos (Srougi & Paranhos, 2007).

Previamente, pensava-se que 90% dos casos de disfunção erétil tinham etiologia psicogénica. Actualmente, aceita-se que a maior parte dos casos o transtorno seja misto, com predomínio psicogénico ou orgânico (Srougi & Paranhos, 2007).

Para Gomes (2003), a intimidade conjugal é a interacção entre duas pessoas com um nível de profundidade e cumplicidade profundos. Palha (2003) acrescenta que a avaliação psicológica é um passo essencial no estudo clínico de uma disfunção sexual em qualquer dos sexos, qualquer idade e circunstância da vida dos indivíduos. Visto que, a sexualidade é um fenómeno humano peculiar, que toma a sua feição própria porque existem nos seres humanos fenómenos psicológicos fundamentais, uns básicos outros mais elaborados que estão na génese, na manutenção e na perpetuação dos comportamentos de natureza sexual.

Curiosamente, Allen Gomes (2004) afirma que se está numa época em que a relação homem/mulher é uma permanente negociação. Negociar implica saber ser firme e saber ceder, algo que nem sempre é fácil de se conseguir. Não admira que nas relações onde predomina uma má comunicação, em que os estilos de vida são incompatíveis, onde se assiste a uma

permanente luta pelo poder, se desgaste e facilite o aparecimento de todo o tipo de disfuncionalidades, como falta de atracção pela parceira, falta de interesse e participação sexual desta e actividade sexual extra-relação. O mesmo autor reforça ainda a importância de problemas relacionados com o tão falado stress, quer inerente à actividade profissional, quer às condições de vida, ao desemprego, ao nível económico, à auto-estima, à preocupação com os filhos, à falta de privacidade, para não falar das alterações orgânicas que vão surgindo ao longo da vida. Qualquer destes inúmeros e variados factores podem ter grande importância no determinar de falhas erécteis ocasionais ou permanentes (Allen Gomes, 2004).

#### Sexualidade masculina após o parto

São poucas as pesquisas a respeito dos comportamentos íntimos masculinos durante a gestação ou mesmo no puerpério, pelo que, embora existam algumas informações sobre efeitos físicos e psicológicos nos homens, estas não são claras. Von Sydow (1998) pesquisou sobre a sexualidade, durante a gravidez e após o parto, fazendo uma análise de 59 estudos, com o objectivo de obter uma visão sistemática de todas as investigações existentes sobre a sexualidade parental durante a gravidez e pós-parto, entre o primeiro e o sexto mês, relativamente aos anos compreendidos entre 1950-1996.

Com esta pesquisa observou que, pelo menos, um terço dos casais desenvolve distúrbios sexuais. Por outro lado, só um terço dos estudos inclui o marido na investigação; ou seja, os homens são negligenciados na maioria dos estudos. O autor critica esta tendência, afirmando que a sexualidade, nesta situação particular, envolve sempre os dois parceiros, pelo

Quadro 1  
Etiologia da Disfunção Erétil

Etiologia da Disfunção Erétil	
Orgânica	Psicogénica
Vasculogénica	Tipo generalizada Falta de resposta e inibição generalizada
Neurogénica	Tipo situacional
Anatómica e estrutural	Relacionado à parceira ou à performance
Hormonal	Relacionado a distúrbios psicológicos
Induzida por drogas	ou ajustamento
Mista	

que, segundo ele, os homens devem ser incluídos nas investigações, em lugar de serem negligenciados, como ocorre na maioria das vezes (Von Sydow, 1998).

Está provado, pelos estudos analisados, que a actividade sexual dos casais diminui acentuadamente após o nascimento do primeiro filho. A maioria dos casais tem problemas sexuais, imediatamente pós-parto, e um terço dos homens desenvolve distúrbios psicosssexuais de longa duração após o nascimento do primeiro filho. No entanto, o autor verificou que o tema da sexualidade no pós-parto é apenas superficialmente explorado (Von Sydow, 1998).

Numa outra vertente e igualmente importante, Pacey (2004) efectuou uma investigação, tendo como ponto de partida a compilação de várias investigações sobre os casais com problemas sexuais durante a gravidez e o pós-parto do primeiro filho. Neste trabalho, analisou os diversos factores que contribuem para a diminuição da qualidade do relacionamento do casal.

Este autor verificou que a maioria dos estudos incidia sempre na sexualidade das mulheres, tanto na gravidez como no pós-parto, deixando por explorar a perspectiva masculina. No entanto, algumas conclusões foram possíveis. Parece que, na transição para a parentalidade, apesar de satisfeitos, a intimidade do casal, com o nascimento do bebé, sofria grandes alterações, chegando mesmo a algumas situações de divórcio (Pacey, 2004).

Existem muitos factores que afectam a qualidade da relação íntima conjugal. Ahlborg e Strandmork (2005) identificaram-nos, tendo por base o período de seis meses após o parto. Os autores usam os resultados para construir um modelo, a fim de, posteriormente, serem considerados em intervenções de promoção da saúde, com o objectivo de evitar os divórcios

motivados por essas razões, visto estar comprovado que o nascimento de um filho pode ameaçar o bem-estar conjugal, acabando por levar ao declínio das relações.

Num estudo sueco, evidenciou-se que o desejo de ter um filho aumentava a felicidade mas, quando o bebé nascia, a felicidade voltava a diminuir, principalmente entre o casal, afirmam Gungor, Baser, et al (2008). Estes autores interrogam-se se o tipo de parto influenciava na qualidade e funcionalidade das relações sexuais do homem. Nesta investigação compararam três grupos constituídos por companheiros de nulíparas e de multiparas: as "cesarianas electivas", "parto vaginal com episiotomia" e "parto vaginal sem episiotomia".

Curiosamente, a função sexual dos homens não foi afectada pelo tipo de parto, embora a relação entre o tipo de parto e os problemas sexuais que daí advêm ainda continuem a ser fundamentados (Gungor, Baser, et al, 2008). Estes autores verificaram que o parto vaginal é aquele que causa danos na pelve, daí que aproximadamente um terço dos inquiridos optou por cesariana aquando opção de escolha. As razões apontadas foram o medo do parto e a preocupação com a sexualidade posterior.

Apesar de as mulheres preferirem cesariana ao parto normal, devido a acharem haver alterações na sexualidade posteriormente, verificou-se que as queixas de ambas as situações eram similares; ou seja, ambos apresentavam dispareunia, dor e atraso em retomar a vida sexual. Ou seja, não houve diferenças entre os grupos quanto à função sexual (Gungor, Baser, et al, 2008).

Relativamente ao grau de satisfação, os homens cujas esposas tiveram bebé por cesariana electiva demonstram pior pontuação no grau de satisfação. No entanto, a prevalência da insatisfação sexual foi semelhante nos três grupos. Involuntariamente, a ele-

vada prevalência de disfunção sexual (26.2% do grupo estudado) foi uma surpresa para os investigadores porque nenhum procurou ajuda para a disfunção sexual (Gungor, Baser, et al, 2008).

Em conclusão, o estudo demonstrou que o tipo de parto não afecta o funcionamento sexual do parceiro. Além disso, não se detectaram diferenças significativas relativamente ao prazer sexual nos três grupos (cesariana, parto vaginal com episiotomia ou parto vaginal sem episiotomia). No entanto, os dados confirmam a existência da disfunção sexual, o que parecia ser uma área negligenciada nos cuidados de saúde primários (Gungor, Baser, et al, 2008).

Outra investigação, e de forma a complementar o que já foi acima referido, Brown e Mcdanel (2008) afirmam que tanto a gravidez como o pós-parto podem causar alterações significativas, chegando a interferir com a sexualidade e o desejo. Referem que 33% dos casais desenvolvem graves distúrbios psicosssexuais após o parto do primeiro filho. Estes autores defendem que é importante começar a abordar estes temas nas consultas pré-natal, desmistificando assim o assunto.

Poucos estudos portugueses foram também desenvolvidos neste âmbito. Mendes (2007) pesquisou e tentou compreender o ajustamento materno e paterno no período do pós-parto devido aos reajustamentos no papel parental. Esta autora identificou como as vivências positivas da gravidez e do parto como um período de construção do papel parental, consciencialização da responsabilidade do papel parental, construção do sentimento de família, interacção com o bebé e reforço dos laços familiares. Relativamente aos constituintes negativos, salientou a inexperiência e insegurança no cuidar do bebé, vulnerabilidade emocional, menos tempo para o casal e menor convívio social.

Da revisão da literatura efectuada, salienta-se a importância de considerar os homens nos estudos e de procurar compreender os efeitos do nascimento de um filho na dinâmica conjugal, nomeadamente ao nível do desejo e do desempenho sexual.

Reconhece-se que a área de obstetria é uma muito dicotómica no que toca à sexualidade e ao próprio erotismo da relação conjugal. Isto é, sem sexualidade, não há o desenvolvimento de uma nova vida (pela via convencional), mas uma nova vida pode levar a alterações da sexualidade e da própria intimidade do casal. Pelo efeito de fenómenos diversos que se potenciam e articulam entre si, a gravidez e o pós-parto constituem-se como um período crítico na vida do casal devido a alterações físicas e psicológicas da mulher, afirmam Silva e Figueiredo (2005). Com efeito, vários estudos têm vindo a demonstrar estas alterações que acabam por transtornar a vida conjugal.

Há relatos de homens que ficaram perturbados com a intensidade das contracções, a visualização de sangue e de outros aspectos cirúrgicos, como referem Colman e Colman (1994). Outros autores, como é o caso de Freitas, Coelho e Silva (2007), dizem-nos que o acto de parir acaba por ser um evento que envolve a sexualidade e implica a exposição corporal da mulher, o que pode acarretar sentimentos de inibição na intimidade, posteriormente.

Foram encontrados poucos estudos nacionais no âmbito desta temática. Acresce, ainda, que os estudos identificados estão mais directamente relacionados com a sexualidade da mulher na gravidez e no pós-parto, havendo uma certa negligência quanto à perspectiva do parceiro, pois este, raramente ou nunca é abordado. Os estudos encontrados focalizam-se na transição para a parentalidade e não propriamente na

relação conjugal, sendo pouco considerado o facto de o homem assistir ao parto. Desta forma, este estudo, pretende ser um contributo para a alteração deste panorama de fraca exploração do tema.

### Referências bibliográficas

- Ahlborg, T. & Strandmark, M. (2005). Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery. First time parents' own views and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(3):163-172.
- Alberoni, F. (2007). *Sexo e Amor*. 3ª Edição. Lisboa: Bertrand Editora.
- Allen Gomes, F. (2004). *Paixão, Amor e Sexo*. 1ª Edição. Lisboa: Dom Quixote.
- Aratangy, L. (2008). *O Anel Que Tu Me Deste*. 1ª Edição. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Badinter, E. (1986). *Um é o Outro*. Lisboa: Antropos.
- Balancho, L. (2007). *Ser Pai, Hoje*. 8ª Edição. Lisboa: Editorial Presença.
- Besche-Richard, C. & Bungener C. (2008). *Psicopatologias, Emoções e Neurociências*. 1ª Edição. Lisboa: Editores Climepsi.
- Bishop, C & Osthelder, X. (2001). *Sexuality, from prehistory to cyberspace*. Munich: Konemann.
- Bologne, J.(2008). *História da Conquista Amorosa, da Antiguidade aos Nossos Dias*. Lisboa: Editora Teorema.
- Borges, B. Serrano, F. & Pereira, F. (2003). *Episiotomia, uso generalizado versus selectivo*
- Braconnier, A. (1998). *O Sexo das Emoções - Epigénese e Desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brown, H. & Mcdanel, M. (2008). A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. *USA. Current Medicine Group Bruggemenn, O. Parpinelli, M. & Osis, M.* (2005). *Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura*. Tese de Mestrado. Faculdade Ciências Medicas. Universidade Estadual de Campinas. Rio de Janeiro.
- Chan, K. Paterson-Brown, S. (2002). How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delive? *Journal of Obtetres and Gynaecology*, 22 (1), 11-5.
- Collière, F. (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colman, L & Colman, A. (1994). *Gravidez a Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Decherney, A. (2007). *Current Obstetric & Gynecological Diagnosis & Treatment*. 10ª Edição. London: Mc Graw-Hill.
- Figueiredo, B. Costa, R. & Pacheco, A. (2002). *Experiência de Parto: Alguns factores e consequências associadas. Análise Psicológica*. Tese de Mestrado. Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freitas, W. Coelho, E. & Silva, A. (2007). *Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de género*. Tese de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraíba João Pessoa. Rio de Janeiro.
- Gomes (2003). *A Intimidade Sexual na Intimidade Conjugal*. In L. Fonseca, C. Soares, & J.M. Vaz. (Eds). *A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar*. (Volume I, pp. 113-127) Coimbra: Quarteto.
- Gungor, S. Baser, I & Ceyhan,T. et al. (2008). Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? *Journal of Sexual Medicine*, 5 (1), 155-63.
- Ibor, J. (1979). *Biblioteca da Vida Sexual*. Madrid: La Libertina.
- Kopff-Landas, A. Séjourné A. & Chabrol, H. (2008). *Vécu de l'accouchement par le coupe primipare: étude qualitative*. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36 (11), 1101-04.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Liukkonen A. & Vehvilainen-Julkunen K. (1998). Father's experiences of childbirth. *Midwifery*, 18 (1), 61-71.
- Lowdermilk D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, I. (2007). *Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Mimoun, S. & Chaby, L. (1999). *A Sexualidade Masculina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Northrup, C. (2000). *Corpo de Mulher Sabedoria de Mulher*. Lisboa: Sinais de Fogo Publicações.
- Olin, R. & Faxelid, E. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17 (2), 153-59.

32. OMS Organização Mundial de Saúde. Care in normal birth. Ministério da Saúde, 1996.
33. Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 19 (3), 223-46.
34. Palha, A (2003). Avaliação Psicológica das Disfunções Sexuais. In L. Fonseca, C. Soares, & J.M. Vaz. (Eds), *A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar*. (Volume I pp 30-48). Coimbra: Quarteto.
35. Pereira, NM. (2004). Imagem Corporal e Identidade Sexual nos Dimorfismos Penianos. Tese de Doutorado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
36. Progianti, J. Araújo, L. & Mouta, R. (2008). Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 12 (1), 45-9.
37. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J & Mishra A. (1997). The international index of erectile function (IIFE) a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6):822-30.
38. Santo, L. & Bonilha, A. (2000). Expectativas, Sentimentos e Vivências do Pai durante o Parto e Nascimento de seu Filho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21 (2), 87-109.
39. Sanz, A. (2002). *A Vida a Dois*. Lisboa: Editorial Presença.
40. Sarafana, S., Albecasis, F., & Soares, I. (2006). Aleitamento materno: evolução nas últimas décadas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), 9-14.
41. Savage J. (2008). *O Sexo Depois dos Filhos*. Vila nova de Famalicão: Editorial Magnólia.
42. Silva, A. Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na Gravidez e Após o Parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-64.
43. Silva, D. (2003). O inventário de estado-traço de ansiedade (STAI) in M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (coord) *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa Vol I*. Coimbra: Quarteto Editora.
44. Slepov, V. (1998). *Compreender os Sentimentos*. Lisboa: Editorial Presença.
45. Spielberger, C. D. Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G. A. (1989). *Stat-trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. 2ª ed. Flórida: Consulting Psychologists Press.
46. Srougi, M. & Paranhos M. (2007). *Disfunção Sexual Diagnóstico e Tratamento*. 1ª Edição. Barueri: Manole.
47. Sullerot, E. (1993). *El nuevo padre, un nuevo padre para un nuevo mundo*. Barcelona: Ediciones Grupo Zeta.
48. Tomeleri, K., Pieri, F., Vialin, M. et al. (2007). Eu vi o meu Filho Nascer. Vivências dos pais na sala de partos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (4), 497-504.
49. Von Sydow, K. (1998). Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta-content analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49.

### Os autores

**Clarisse Costa Menezes, MSc**  
menezesclarisse@hotmail.com  
Enfermeira no Serviço de Obstetria do Hospital de Torres Vedras. Mestre em Sexologia pela ULHT. Investigadora da ISEX – Associação para o Estudo Avançado da Sexualidade Humana.

**António Manuel Marques, MSc, PhD**  
am.marques49@sapo.pt  
Sociólogo e Investigador. Mestre e Doutorado em Psicologia Social. Professor-Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Membro da APF – Associação para o Planeamento da Família.