



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**Vivências da Sexualidade nas Mulheres
após o Nascimento do Primeiro Filho
Fatores Condicionantes do Bem-estar Sexual**

Teresa Margarida Antunes Portela Mendes

Orientadora: Mestre Maria Neto da Cruz Leitão
Professora Coordenadora da ESEnfC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, junho de 2012

*“Sexualidade é a possibilidade de viver o encontro,
a fusão de duas pessoas na dança da vida,
de experimentarmos a pulsação quente do existir.
Assim sendo, o ato sexual passa a ser um ato sagrado, um ato de amor.
E, o amor é a liga que nos une e nos dá a oportunidade de sobreviver”.*
(Teixeira, 2011)

AGRADECIMENTOS

Às instituições e mães participantes deste estudo: *sem elas seria impossível construir este trabalho. Pela disponibilidade e confiança evidenciada pelas participantes, na partilha de vivências e sentimentos da sua vida, fundamental para a concretização deste estudo.*

À minha orientadora: a Professora Maria Neto da Cruz Leitão, pelos estímulos sempre positivos em cada etapa deste trabalho, por partilhar comigo as suas vivências e sobretudo a sua forma otimista de ver a vida. Pela sua tranquilidade, perante alguns momentos de ansiedade; pela disponibilidade, orientação primorosa, incentivo e encorajamento constantes.

Ao meu marido Fernando: um agradecimento especial, pela partilha de responsabilidades parentais, compreensão, pelas coisas boas e banais que pôs de lado para me apoiar. Pelos momentos de ausência e a sua aceitação incondicional e o desejo de um rápido retorno por inteiro. Pelo seu constante amor, e por todas as coisas que não são possíveis descrever, apenas sentir.

Aos meus filhos Daniela e Bernardo: um obrigado gigante, por terem mudado a minha vida para sempre. Tolerarem as brincadeiras adiadas, ensinaram-me a ser mãe a cada dia, abrindo novas zonas de sentido jamais pensadas antes.

Aos meus pais, Clara e Modesto: a quem devo aquilo que sou. Pelo apoio e incentivo constantes, o suporte afetivo e a sua ajuda incondicional.

À minha Prima e às minhas Amigas: pelo apoio, sugestões, retificações palavras de coragem, incentivo e amizade.

A **todos** os que me apoiaram nesta caminhada, pelo valor intrínseco de cada um, compreenderão o meu reconhecimento mudo...

A todos vós, o meu sincero

MUITO OBRIGADA!

SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Regional de Saúde

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IPPF - International Planned Parenthood Federation

OE - Ordem dos Enfermeiros

ONU - Organização das Nações Unidas

OPS - Organización Panamericana de la Salud

RSH - Resposta Sexual Humana

UICISA-E - Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

WAS - Associação Mundial para a Saúde Sexual

WHO - World Health Organization

RESUMO

O nascimento do primeiro filho é marcante para a mulher, tem múltiplas adaptações individuais/conjugais (Bia,2008). O enfermeiro tem um papel preponderante, ajudando a mulher/casal a vivenciar uma sexualidade saudável. A presente investigação pretende conhecer fatores que condicionam o bem-estar sexual da mulher após o nascimento do primeiro filho.

Utilizou-se a metodologia qualitativa fenomenológica e a análise de dados, segundo Colaizzi (1978). Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a doze mulheres, cujo primeiro filho tinha entre 6 e 18 meses (inclusive), contatadas em duas creches de Condeixa e pelo método “bola de neve”.

Os resultados permitiram verificar que a sexualidade engloba manifestações psicológicas e comportamentais, ‘é percecionada a dimensão física e psicológica, ambas importantes para o bem-estar sexual e conjugal; existem fatores pessoais e ambientais que influenciam a vivência da sexualidade. Estes fatores podem assumir-se como facilitadores: aumento do desejo, proximidade conjugal/parental, informação dos profissionais de saúde; ou dificultadores: alterações corporais, horário do bebé, *stress* e ineficácia do sistema de saúde.

Propõem-se sugestões para a prática clínica: programas de saúde sexual e reprodutiva, acessíveis à população, sites e linhas telefónicas para consulta de informação e esclarecimento de dúvidas; no pós-parto: assumir o casal como alvo dos cuidados, adequar a abordagem da sexualidade, promover a transição para uma parentalidade saudável; na formação: integrar a sexualidade como unidade curricular; na investigação: estudos noutros contextos geográficos e culturais, avaliação da satisfação das mulheres/casais antes e após o nascimento do primeiro filho, objetivando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade, Mulher, Pós-Parto, Enfermagem

Abstract

The first birth is a period marked for women with multiple individual and marital adjustments (Bia, (2008). the nurse has a leading role, helping women / couples to experience a healthy sexuality. This research aims to determine factors that influence the sexual well-being of women after the first child's birth.

We used a phenomenological qualitative methodology and an analysis of data according to Colaizzi (1978). Semistructured interviews were held to twelve women, whose first child was born during a period between 6 and 18 months, contacted by two day care centers in the municipality of Condeixa and by snowball method.

The results allowed us to verify that sexuality encompasses psychological and behavioral manifestations and there are physical and psychological dimensions, both important for sexual wellness and combine personal and environmental factors that influence sexuality. These factors can be assumed as adjuvants: increased desire, marital / parental proximity, information to health professionals; or difficulties: body changes, baby time, stress and inefficiency of the health system.

Suggestions are proposed to the clinical practice: programs for sexual and reproductive health accessible to population, websites and telephone lines for information consultation and clarification of doubts; the couple is the subject of care, postpartum: the couple take care of the target, to adjust the sexuality approach, to promote the transition to a healthy parenting; training: to integrate sexuality as a course; research: studies in other geographical and cultural contexts, assessment of satisfaction of women / couples before and after the birth of first child, in order to improve the quality of nursing care in maternal health and midwifery.

Key-words: sexuality, woman, postpartum, nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - As dimensões físicas e psicológicas da sexualidade	80
Figura 2 - Vivências da sexualidade após o nascimento do primeiro filho	92
Figura 3 - A sexualidade (des) conhecida e (des) composta.....	93
Figura 4 - Dimensões da sexualidade	94
Figura 5 - Manifestações da sexualidade	96
Figura 6 - (Auto) Reconhecimento das respostas aos estímulos sexuais.....	98
Figura 7 - Bem-estar sexual.....	101
Figura 8 - A (não) sexualidade no pós-parto	103
Figura 9 - Fatores facilitadores pessoais.....	104
Figura 10 - Fatores facilitadores ambientais	106
Figura 11 - Fatores dificultadores pessoais.....	110
Figura 12 - Fatores dificultadores ambientais	113
Figura 13 - Sugestões para partilhar a (nova) vida sexual	119

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Idade das participantes.....	83
Gráfico 2 - Concelho de residência	83
Gráfico 3 - Habilitações literárias.....	84
Gráfico 4 - Atividade profissional	84
Gráfico 5 - Local de vigilância da gravidez.....	85
Gráfico 6 - Tipo de parto	86
Gráfico 7 - Tempo pós-parto.....	87
Gráfico 8 - Reinício da atividade coital	87

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Exemplo das assertivas significativas da entrevista nº2	77
Quadro 2 - Exemplo da formulação de sentidos da entrevista nº2.....	78
Quadro 3 - Exemplo de organização dos sentidos formulados em temas e Subtemas	78
Quadro 4 - Exemplo da descrição exaustiva dos fatores facilitadores ambientais	79

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
1 - A SEXUALIDADE	32
1.1 - BEM-ESTAR SEXUAL	33
1.2 - DIMENSÕES	36
2 - VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NO FEMININO	41
2.1 - RESPOSTA SEXUAL	42
3 - IMPLICAÇÕES DO PÓS-PARTO/PUERPÉRIO	
 NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE	46
3.1 - CONCEITOS	46
3.2 - ALTERAÇÕES FÍSICAS E A SEXUALIDADE	47
3.2.1 - Amamentação e sexualidade.....	49
3.3 - ALTERAÇÕES PSICO - AFETIVAS	50
4 - A MULHER E A CONJUGALIDADE APÓS O NASCIMENTO	
 DO PRIMEIRO FILHO	53
5 - DESAFIOS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM AVANÇADOS.....	57
5.1 - ENFERMAGEM E SAÚDE SEXUAL FEMININA	57
5.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM MULHERES /CASAIS	
NO PÓS PARTO	59
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	65
1 - OPÇÃO METODOLÓGICA	66
1.1 - A FENOMENOLOGIA	67
1.2 - PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	67
1.3 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	68
1.4 - PARTICIPANTES NO ESTUDO	69
1.5 - COLHEITA DE DADOS	70
1.6 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	74
1.7 - ANÁLISE DE DADOS	76
1.8 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	82
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	91
1 - A SEXUALIDADE (DES)CONHECIDA E (DE)COMPOSTA.....	93
2 - (AUTO) RECONHECIMENTO DAS RESPOSTAS AOS ESTIMULOS SEXUAIS	98
3 - BEM-ESTAR SEXUAL	100

4 - A (NÃO) SEXUALIDADE NO POS PARTO	103
4.1 - FATORES FACILITADORES	104
4.2 - FATORES DIFICULTADORES.....	109
5 - SUGESTÕES PARA PARTILHAR A (NOVA) VIDA SEXUAL	119
CONCLUSÃO.....	126

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da comissão de ética da UICISA-E da ESEnC para realizar o presente estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guião para a realização da entrevista

APÊNDICE II - Pedidos e autorizações das direções das creches para contactar as participantes

APÊNDICE III - Consentimentos livres e informados às participantes

APÊNDICE IV -Transcrição integral da entrevista nº 8

APÊNDICE V - Análise de dados: Fase 2 - Exemplo de “Extração de assertivas significativas”

APÊNDICE VI - Análise de dados: Fase 3 - Exemplo de “Formulação de sentidos”

APÊNDICE VII - Análise de dados: Fase 4 - Exemplo de “Organização dos sentidos formulados em conjunto de temas e subtemas”

APÊNDICE VIII - Análise de dados: Fase 5 - Exemplo de “Descrição exaustiva do fenómeno”

INTRODUÇÃO

A sexualidade remete a um universo onde tudo é relativo, pessoal e por vezes paradoxal. É o traço mais comum, mais inato e simultaneamente mais íntimo do ser humano, que se manifesta diferentemente em cada pessoa de acordo com a maturidade, contexto social e ambiental, religião e experiências pessoais. De difícil encaixe numa definição única e absoluta, a sexualidade entende-se entre outras coisas como busca de prazer e descoberta de sensações.

Na nossa sociedade a sexualidade é ainda encarada como tema tabu, controverso e muitas vezes considerado inconveniente. A abordagem do tema varia de acordo com concepções e crenças próprias de cada comunidade podendo encontrar-se visões muitas vezes preconceituosas que influenciam a saúde e o bem-estar físico, psíquico, psicomotor e social das pessoas. Muitas vezes confundida com sexo, expressa-se através de comportamentos, atitudes, atos e pensamentos.

Em algumas etapas do ciclo de vida da mulher, a sexualidade pode ser ainda mais problemática, sendo uma delas o período após o nascimento do primeiro filho, uma fase de múltiplas adaptações individuais e conjugais. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o puerpério é um período caracterizado por modificações biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas. Constitui uma fase crítica para o início ou agravamento de problemas sexuais, na medida em que o desejo, o interesse e a atividade sexual tendem a diminuir. Mas, por que será que tal acontece? Será que as mulheres sentem dificuldade em retomar a vivência da sua sexualidade após o nascimento do primeiro filho? Se sim, quais os fatores condicionantes? Alguns autores citam as experiências sexuais e as informações recebidas durante a gravidez como condicionantes da sexualidade da mulher no pós-parto e, conseqüentemente, da sua conjugalidade.

No momento da elaboração do enquadramento teórico e respetiva revisão bibliográfica, surgiu uma dificuldade, a escassez de bibliografia recente, principalmente em Portugal, acerca da sexualidade e dos cuidados de enfermagem no pós-parto. Tal facto induz a necessidade de investigação neste âmbito, de forma a ultrapassar os preconceitos e estereótipos relacionados com sexualidade, incentivando o reinício da vivência da sexualidade de forma saudável, após o nascimento do primeiro filho. Estas foram algumas das questões que surgiram quando se refletiu sobre a vivência da

sexualidade no pós-parto, despertando uma curiosidade inquietante e que conduziu a uma profunda pesquisa bibliográfica.

A génese deste estudo abrange duas dimensões: a primeira incide sobre uma reflexão pessoal, enquanto mulher e mãe, relativamente à temática da sexualidade após o nascimento do primeiro filho; a segunda assenta na inquietude enquanto enfermeiro de promover a saúde e o bem-estar das mulheres/casais, uma preocupação que se acentuou durante o desenvolvimento da especialidade e mestrado em saúde materna e obstétrica, devido à dificuldade que as mulheres atualmente ainda sentem em conjugar as várias vertentes da vida tais como: sexual, conjugal, maternal, social, profissional, entre outros.

Após diálogo informal com algumas mulheres e vários enfermeiros, considerou-se um tema atual e pertinente, uma vez que o bem-estar sexual da mulher tem consequências no bem-estar sexual e conjugal do casal e, concludentemente, na saúde/bem-estar de toda a família.

A escassez de estudos em Portugal conferiu ênfase ao tema e aumentou a motivação pessoal. Com base no exposto pretendeu-se realizar o estudo que foi intitulado de *“Vivências da sexualidade nas mulheres após o nascimento do primeiro filho - fatores condicionantes do bem-estar sexual”*, e desta forma encontrar respostas ao problema de investigação que orientou o mesmo: *“Quais são os fatores que condicionam a vivência da sexualidade da mulher, após o nascimento do primeiro filho?”*

Definiram-se então os objetivos deste estudo: conhecer as conceções de sexualidade e a importância do bem-estar sexual das mulheres, para o bem-estar pessoal e conjugal; identificar as dimensões da sexualidade mais valorizadas pelas mulheres; conhecer as mudanças ocorridas na vivência da sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho; identificar os fatores condicionantes do bem-estar sexual das mulheres após o nascimento do primeiro filho e identificar as intervenções de enfermagem, que permitam promover o bem-estar sexual das mulheres após o nascimento do primeiro filho.

A pertinência deste estudo deve-se à possibilidade de poder contribuir para que os profissionais de saúde/enfermeiros promovam a saúde e o bem-estar, não só das mulheres, mas também dos casais após o nascimento dos seus filhos. Sabendo-se da importância do bem-estar sexual para a saúde em geral, procura-se trazer conhecimento que sustente práticas de cuidados de enfermagem que beneficiem a saúde das mulheres, dos casais, da família e da comunidade em geral, promovendo o desenvolvimento do potencial para uma vida saudável, digna e feliz.

Estes objetivos têm por base as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem: cuidar a mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planejamento familiar, durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal e climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009).

A proximidade do enfermeiro à mulher incute-lhe a responsabilidade de a ajudar naquela a que, tal como a autora, Leitão (2003), refere como sendo uma dimensão existencial, que é transversal à vida de todos os indivíduos, uma vez que a sexualidade tem uma grande influência e contribui, de um modo muito expressivo para a saúde e bem-estar, ou seja, para a qualidade de vida e a felicidade das pessoas.

Para compreender a essência do fenómeno estudado tal como as participantes o viveram, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, com uma abordagem fenomenológica, usando o método de Colaizzi (1978 in Streubert e Carpenter, 2002).

Este trabalho está estruturado em três capítulos, após esta breve introdução, encontra-se o primeiro capítulo, onde será apresentado o enquadramento teórico, com a definição de vários conceitos e revisão de literatura desta temática, especificamente: os conceitos de sexualidade, bem-estar sexual, saúde sexual e reprodutiva, direitos sexuais, crenças, mitos, tabus e posteriormente as vivências da sexualidade no feminino, a resposta sexual feminina e as implicações do pós-parto na vivência da sexualidade. Será também abordado o tema da mulher e da sua conjugalidade após o nascimento do primeiro filho e, por fim, os desafios a cuidados de enfermagem avançados. O segundo capítulo corresponde à apresentação da fase metodológica usada no estudo empírico. Será apresentada a metodologia da investigação: o tipo de estudo, o problema de investigação, os objetivos, a colheita de dados, os procedimentos éticos, as participantes do estudo, a metodologia de análise dos dados e a caracterização das participantes. O terceiro capítulo será constituído pela apresentação e discussão dos resultados deste estudo.

O trabalho termina com a conclusão, onde também são referenciadas as implicações/contributos que possam decorrer deste estudo, nomeadamente sugestões que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem, quer na prática clínica, quer na formação, quer na investigação, bem como ideias emergentes que vislumbram a possibilidade de novas pesquisas no contexto da sexualidade no pós-parto.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é fundamental pois permite criar e formar a base de aquisição e de suporte de novos conhecimentos; sendo adquiridos e estimulados com a elaboração deste trabalho e que conduziram à reflexão. Permitiu aprofundar o saber, bem como estruturar o problema de investigação face ao estado dos conhecimentos da área que se pretende estudar, as lacunas, sobreposições ou incoerências encontradas (Fortin, 2003).

Neste capítulo serão apresentados um conjunto de conceitos, alguns estudos existentes sobre a temática e resultados de investigações já realizadas, que permitiram enriquecer a temática em estudo: “A vivência da sexualidade nas mulheres após o nascimento do primeiro filho”.

1 - A SEXUALIDADE

As definições de sexualidade, saúde e bem-estar sexual, têm evoluído e entrelaçam-se entre si, ultrapassando fronteiras, sendo por vezes difícil obter uma definição precisa pois influenciam-se mutuamente. Cada indivíduo pode construir a sua própria definição, dando mais relevância aos aspetos biológicos, às emoções, aos sentimentos ou aos valores. Marques (2009), reforça esta ideia, dizendo que no mundo da sexualidade existe uma variedade de diferentes e, por vezes, contraditórios discursos do que significa a sexualidade. São discursos articulados através de uma série de diferentes linguagens e ancorados numa densa rede de atividades sociais. Sendo a sexualidade tão antiga como a própria humanidade, vários foram os autores que se expressaram sobre o seu conceito.

A sexualidade deve ser definida de uma forma holística, tendo presente o modo particular como que cada indivíduo a vivência (Gomes, 2007) e as múltiplas facetas que assume. Enquanto conjunto de atividades, comportamentos, emoções, sentimentos e valores, variam de indivíduo para indivíduo, quer social, quer culturalmente (Bia, 2008). Segundo Patrão (2005) a sexualidade são os recursos psicossociais de cada um, para manter uma relação de intimidade e da qual se pode retirar prazer sexual. Podem ser diversos os fatores a influenciar esta relação, mormente contextos familiares, pares, estado físico e psicológico.

Segundo a World Health Organization (WHO)¹

“A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução. É sentida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos” (2011, p.xi).

O total desenvolvimento da sexualidade é essencial para o bem-estar individual, interpessoal e social. É um processo complexo e único que imbrica no indivíduo aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Albuquerque, 2007).

Os conceitos anteriormente referidos conduzem a outros intimamente relacionados com a sexualidade: a saúde sexual também designada por “bem-estar” e que, por sua vez, engloba o conceito de bem-estar sexual ou satisfação sexual. Segundo Marques (2008) a vida sexual de pessoas sãs, ou seja com “saúde sexual”, é ordenada pela interligação de três sistemas: neurológico, vascular e o endocrinológico. Quando existe

¹ As traduções da WHO apresentadas neste trabalho são da responsabilidade da autora.

uma alteração num destes sistemas pode potencialmente gerar descoordenação na resposta sexual. Refere ainda, que uma relação sexual bem-sucedida, está dependente de várias ocorrências hormonais e fisiológicas, que são vulneráveis às excitações emocionais. Considera-se pertinente referir que a saúde sexual deve ter uma abordagem multidimensional da sexualidade humana.

Este estudo segue o conceito da WHO (2011) referido anteriormente. Esta definição conduz a uma análise das implicações que o nascimento do primeiro filho tem na vida da mulher.

Outro termo utilizado neste trabalho é “relação sexual”, definida na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta2 (CIPE β2), (2011) como um tipo de interação sexual com características específicas: ações sexuais de duas pessoas, (...) com a finalidade de excitação mútua e orgasmo. Durante este trabalho, utiliza-se o termo relação sexual de forma abrangente, englobando toda a relação de intimidade do casal e utiliza-se o termo relação coital quando se refere o ato de penetração vaginal.

1.1 - BEM-ESTAR SEXUAL

Bem-estar sexual é um termo cuja definição se entrelaça com os conceitos de sexualidade, satisfação sexual e saúde sexual e reprodutiva. De acordo com a WHO (2011), a saúde sexual é um estado dinâmico de harmonia que envolve as experiências eróticas e reprodutivas do ser humano, encarado de um modo alargado - físico, emocional, social, interpessoal e espiritual – no sentido do bem-estar e numa base cultural informada, assumindo uma escolha responsável e livre e sem esquecer os aspetos éticos.

A Saúde Reprodutiva é outro conceito que se interliga com o anterior, é definida pela WHO:

“Como um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todos os assuntos relativos ao sistema reprodutivo e à sua função e aos processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que eles têm a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e quantas vezes a fazê-lo” (2011, p.xiii).

A direção geral da saúde (DGS), (2011) refere a importância deste conceito, que, teve origem no programa de ação da conferência internacional sobre população e desenvolvimento (Cairo - 1994); ou seja, as pessoas devem poder decidir, se, quando e com que frequência têm filhos. Esta condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que

permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais. Os cuidados a prestar na área da saúde reprodutiva constituem, por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, das mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida. A referida conferência internacional sobre população e desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV conferência mundial sobre as mulheres, em Beijing, (1995), trouxeram importantes contributos para que, o desenvolvimento internacional de saúde pública e comunitária tenha abraçado uma agenda mais abrangente na área da saúde reprodutiva e tenha procurado fornecer uma gama alargada de serviços de forma mais integrada. Esta mudança, para uma saúde reprodutiva integrada incluiu maior atenção aos direitos das mulheres e melhor qualidade dos cuidados garantindo uma escolha informada. Paralelamente, esta mudança trouxe um reconhecimento progressivo e mais amplo das necessidades sexuais e reprodutivas das mulheres e das mudanças exigidas, através de um sistema de saúde centrado nas mulheres e nas suas necessidades.

As definições anteriores foram mais uma vez reforçadas nas atas da reunião convocada pela organização panamericana de la salud (OPS), a WHO e a Associação mundial para a saúde sexual (WAS), na Guatemala, em maio de 2000 (Look, 2008). É importante realçar que o conceito atual não se limita à assistência na área da saúde sexual e reprodutiva, mas abrange um conjunto de direitos humanos, individuais e sociais, que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e da reprodução (Ventura, 2006).

Neste sentido a WHO (2011) e Vaz (2003) referem que os direitos sexuais e reprodutivos abrangem alguns direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais de direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos ancoram-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número, espaçamento e tempo dos filhos e de ter a informação e os meios para fazê-lo, e assim o direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva.

Em Portugal, estes direitos foram reforçados com a Resolução da Assembleia da República nº46/2010 (D.R. I Série nº99 - p. 1745-1746) "*O Direito à informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao longo do seu ciclo de vida*". A analogia entre saúde e direitos sexuais e reprodutivos leva-nos a pensar sobre

essa relação, com base nas necessidades geradas pela vivência reprodutiva e pelo exercício da sexualidade.

A prática dos enfermeiros² deve estar comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, descritos na carta dos direitos sexuais e reprodutivos³, dos quais destacamos: o direito de escolher casar ou não e de constituir e planejar família; o direito de decidir ter ou não filhos e quando os ter; o direito aos cuidados e à proteção da saúde; o direito aos benefícios do progresso científico e o direito a não ser submetido nem a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

Em suma, a sexualidade surge num contexto de múltiplas definições e conceitos, dependendo da valorização de cada autor. Neste sentido, importa explorar as dimensões do conceito, procurando perceber a sua complexidade.

² Apesar de a maioria dos profissionais de enfermagem serem do sexo feminino, ao longo deste trabalho sempre que se refere *enfermeiro* engloba todos os profissionais do sexo feminino e masculino.

³ International planned parenthood federation (IPPF), 1995, adaptada para a língua portuguesa pela Associação para o planeamento da família, (APF) conjuntamente com o Grupo de trabalho direitos sexuais e reprodutivos daquela organização não governamental (ONG), 1999

1.2 - DIMENSÕES

Muitos autores referem de forma mais ou menos explícita as várias dimensões que a sexualidade engloba e que são utilizadas para compreender a sexualidade humana, referindo as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, ou seja, a sexualidade deve ser entendida de forma holística em cada indivíduo. Ela tornou-se cada vez mais importante na construção do sujeito individualizado, porém, existem, diferentes formas de os indivíduos lhe darem sentido e de inscreverem a na sua biografia (Marques, 2009).

Até meados do século XIX, a sexualidade encontrava-se confinada à função reprodutora (Duarte, 2005), também Miguel (1994 in Albuquerque, 2007), faz referência à complexidade dos aspetos em que a sexualidade está implicada, dizendo que, pode ter um papel importante a vários níveis, nomeadamente: na identificação do género pois é a sexualidade que traça a diferença entre o biológico, o psicológico e o social, entre mulheres e homens; na reprodução, mesmo com a evolução da medicina, é possível ter filhos por inseminação artificial, mas continua a ser normal que os filhos sejam fruto de uma relação sexual; na relação amorosa, a sexualidade é uma forma de manifestação física do amor, para o reforço da relação; no desejo e no prazer, a sexualidade tem a respetiva responsabilidade de gerir os desejos extraordinariamente intensos em conjunto com o prazer, que normalmente acompanham, os pensamentos e as atividades sexuais.

Segundo Crespo *et al.* (2006) as relações amorosas incluem a sexualidade e referem que a relação passa pela dimensão corporal, através do toque, do conhecimento do corpo e do outro e da interação dos dois.

Em relação à dimensão social e cultural, a sexualidade constitui um caso particular das interações humanas e o estudo dos padrões de comportamento sexual é indissociável das representações sociais da sexualidade que a orientam e dão significado pois a sexualidade humana “é socialmente construída” (Vala e Monteiro, 2006, p.158).

Nas relações entre o sexo e a reprodução existe um longo historial de ligação, de tal forma, que atualmente é impossível falar sobre sexualidade nas sociedades contemporâneas, sem incluir essas relações (Alves, 2008). A dimensão biológica é mais valorizada na área da saúde, uma vez que a conceção de sexualidade é frequentemente reduzida à genitália, ao ato coital, à reprodução, como componente biológico de uma necessidade meramente orgânica, havendo tendência de classificá-la e normalizá-la com um significado de negação ou afirmação, ou seja, tende a denominá-la de “normal” ou “anormal”. Tal facto poderá não ser o mais correto, uma

vez que os princípios que regem as relações entre a sexualidade e a reprodução, em diferentes momentos, estão relacionados com as várias formas de organização social, a divisão sexual do trabalho, os processos de representações e, em especial, com as relações entre os sexos (*Idem*).

Presentemente, observamos um crescimento da indústria sexual (pornografia, turismo sexual, casamentos), mas também a utilização do imaginário sexual na publicidade, tornando-se num foco fundamental do capitalismo global. Neste sentido, White (2006, in Gomes, 2007), referência a sexualidade como um fenómeno normal da vida humana, que necessita de ser compreendida e orientada para que o indivíduo possa ter um desenvolvimento harmonioso da sua personalidade. E para um desenvolvimento psicosssexual saudável necessita de um equilíbrio entre o físico e o psicológico e do domínio interpessoal. Quando tal não acontece, pode estar comprometido o bem-estar psicosssexual.

Segundo a WHO (2011), o sexo refere-se às características biológicas que definem seres humanos como feminino ou masculino, que são geneticamente determinadas. De acordo com Fisher (2008) o sexo é salutar se se estiver com alguém de quem se gosta, se for a altura certa e se se apreciar essa forma de exercício e de expressão da própria personalidade. E refere que, as carícias e a massagem incutem a produção de oxitocina e de endorfinas, substâncias químicas do cérebro que podem relaxar e provocar sentimentos de união.

Tendo presente a dimensão social e cultural da sexualidade, é necessário mencionar algumas das influências que podem surgir, tal como as crenças, mitos e tabus.

Crenças, mitos e tabus

As crenças⁴, os mitos⁵ e os tabus⁶ associados à sexualidade na gravidez e no pós-parto são algo bastante antigos em todos os povos. São heranças e saberes culturais e sociais que algumas populações preservaram mais que outras⁷, e que podem contribuir para o enfraquecimento e até para a rutura de muitos vínculos conjugais durante a gravidez e pós-parto. O enfraquecimento e rompimento trazem

⁴ Crença vem do latim *credentia*. É a aceitação como verdadeira de determinada proposição, que pode ou não ser comprovada (Dicionário de Sociologia, 2008). A adesão à crença pode dever-se ao medo ou ao respeito por um ritual, pode ser decisiva, principalmente se acontece em momentos críticos do ciclo vital do homem, como a doença ou o nascimento (Couto, 2000).

⁵ A palavra mito tem origem no latim *mythu* e no grego *mythos*, significando “fabula”. O mito procura explicar os principais acontecimentos da vida, as origens do mundo e do homem por meio de deuses e heróis, tendo muito pouco a ver com a razão. (Dicionário de Sociologia, 2008) A sua função social é a de expressar aquilo que determinados grupos querem acreditar (Couto, 2000).

⁶ Tabu é um assunto cuja discussão costuma ser evitada pela população em geral, por diversas razões: porque este seria alvo de opiniões contraditórias; tratar-se de um assunto que interfere com a sensibilidade das pessoas; ou por ser um assunto polémico capaz de interferir com a moral e os costumes da sociedade (Couto, 2000).

⁷ Barcelos (2004, p.125) afirma que “nenhuma instituição ou relacionamento humano pode ser adequadamente entendido, a menos que consideremos as suas expectativas, valores e crenças”.

distanciamento, ou seja, o casal que se deveria unir afetiva e sexualmente durante este período, por falta de informação e de conhecimento, distancia-se.

Alguns mitos e tabus foram, progressivamente, criando um clima psicológico de “anormalidade”, que se tem mantido até aos nossos dias e que as vitórias científicas destes últimos anos não conseguiram alterar (Gomes, 2007). Este facto pode contribuir para despoletar muitos problemas sexuais e experiências negativas durante a gravidez e depois do parto, que se podem tornar difíceis de resolver (Bia, 2008).

Num estudo sobre crenças na gravidez, Martins (2007) comprova a existência de inúmeras crenças que influenciam as práticas das grávidas, nomeadamente as relacionadas com a sexualidade, transmitidas oralmente entre mulheres de geração em geração, que nas sociedades rurais prevalecem ao lado do saber científico. A mesma autora refere que, algumas dessas crenças assentam na convicção de o feto viver as emoções e sentimentos dos pais. A autora verificou também falta de informação e dúvidas infundadas relacionadas com a sexualidade durante a gravidez e pós-parto. Do ponto de vista religioso, refere que, a sexualidade é justificada pela procriação, assim as relações sexuais durante a gestação tem um caráter infrator e pecaminoso. Estas convicções condicionam algumas mulheres, mesmo que inconscientemente, alterando o significado de prazer sexual.

Alguns tabus e interdições resultam de especulações e preconceitos, de comparações/analogias realizadas com o mundo animal e vegetal, evocando leis da natureza. Como exemplo, é referido o facto de as fêmeas (animais) quando prenhas se absterem de relacionamentos e a terra ser deixada em repouso após a sementeira até à colheita (Martins, 2007).

A amamentação sofre também as influências de crenças e mitos. Por exemplo é referida a relação entre o esperma e o leite que está na origem de interdições sexuais em muitas sociedades. Para os membros da sociedade *Mae-Enga*, da Nova-Guiné, e da sociedade *Mende*, na Serra Leoa, o leite materno e o esperma são substâncias que não se podem misturar. Segundo os *Mae-Enga*, o esperma pode contaminar o leite e para os *Mende*, a mistura do esperma com o leite provocaria a morte da criança (Bledsoe, 1987 in Sandre-Pereira, 2003).

Entre os *Mende*, a abstinência sexual deve manter-se durante todo o período da amamentação e o desmame acontece apenas quando a criança começa a andar. Um detalhe a ser destacado na análise da mesma autora (Bledsoe, 1987 in Sandre-Pereira, 2003), é o facto de a proibição da prática sexual se limitar às mulheres. A poligamia é culturalmente aceite e, mesmo que o homem não tenha oficialmente uma ou mais esposas, pode satisfazer os seus desejos sexuais fora de casa, sem que isso

implique um prejuízo para o seu filho amamentado (Sandre-Pereira, 2003). A autora refere que essa não é uma situação muito confortável para as mulheres, mesmo na ocorrência da poligamia, uma vez que, não sendo a mulher sexualmente disponível, ela perde a preferência aos olhos de seu marido, podendo implicar perdas de algumas vantagens no âmbito da família.

Outra questão de grande importância, é a saúde da criança ser vista como um indicador moral da mãe, ou seja, se a criança fica doente, (diarreia ou vômitos), isso é tido como uma confirmação de que a mãe não obedeceu à proibição e teve relações sexuais no período da amamentação, o que é socialmente muito mal aceite, visto, que torna a mãe 'culpada' pelos problemas de saúde do filho (Sandre-Pereira, 2003).

Em algumas tribos indígenas brasileiras, nomeadamente entre os índios *Urubus-Kaapor*, existe o ritual da 'covada', ou seja a abstinência sexual deve ser mantida até a cerimónia do 'batismo', quando o pai dá um nome à criança, ritual que acontece quando a criança se começa a sentar. Se durante esse período, os casais têm uma relação sexual, a mulher afasta o homem antes da ejaculação (coito interrompido), de forma a evitar que o esperma e o leite se misturem (Ribeiro, 1996 in Sandre-Pereira, 2003).

A interdição sexual no período de amamentação aparece também na Europa, particularmente na França dos séculos XVII e XVIII. A medicina da época defendia a ideia de que o esperma contaminava o leite materno (tornava-o azedo), colocando em perigo a vida do bebé. Assim, os médicos prescreviam a abstinência sexual durante o período da amamentação. Essa prescrição, seria um dos motivos da prática de contratar amas-de-leite mercenárias (Sandre-Pereira, 2003).

Para as mulheres das classes altas, a prática de contratar uma ama-de-leite inseria-se claramente nos valores sociais dominantes da época, tais como: a prioridade dada aos interesses masculinos (inclusive sexuais); o papel desempenhado pela mulher na vida social da época e do qual ela não poderia nem desejava abrir mão (*Idem*).

No Brasil também foram utilizadas as amas-de-leite na alimentação dos bebés, por influência portuguesa durante a colonização. Normalmente, as amas-de-leite eram as escravas negras, surgindo assim a figura da *mãe preta*, tão presente na literatura brasileira. Pelo exposto conclui-se que a sexualidade e a vida conjugal será fortemente afetada durante a amamentação perante cuidados e preocupações deste tipo (*Idem*).

Algumas mulheres fazem uma divisão do seu próprio corpo, quando iniciam a amamentação, criando uma proibição temporal: se os seios "são do bebé", então o marido não lhes pode tocar. Essa mesma reação pode também ocorrer no homem, pois ele mesmo não "ousa" tocar os seios de sua mulher durante o período de

amamentação. Essa situação pode gerar descontentamento de ambos os elementos do casal, e também afetar a continuidade da amamentação (Sandre-Pereira, 2003).

No entanto, o seio maternal e o seio erótico podem ou não ocupar o mesmo corpo, dependendo da forma como os indivíduos interpretam esse complexo sistema simbólico e lidam com ele. Nas entrevistas que realizou a autora encontrou vários casais para os quais não havia nenhum tabu em relação ao seio materno e, portanto, para eles, os seios eram ao mesmo tempo maternais e sexuais. Mesmo a situação, em que ocorre saída de leite durante o ato sexual, para alguns casais é motivo de constrangimento, para outros é fonte de novos jogos eróticos (*Idem*).

Os cuidados na fase puerperal são uma prática feminina influenciada por mitos e tabus, que outorga às mulheres um poder de agentes nesse processo, já que trazem consigo conhecimentos de muitas gerações, ao mesmo tempo em que atuam como sujeitos ativos e reinventam sistemas estabelecidos, construindo-se como mãe (Stefanello, Nakano e Gomes, 2008).

Perante esta realidade, os enfermeiros da área de saúde materna e obstetrícia, devem estar atentos no momento das consultas pré-natal, diagnosticando a necessidade de transmitir à mulher/casal informação científica atualizada, com o propósito de ajudar a desmistificar, atenuar ou, mesmo, excluir eventuais crenças e/ou mitos, que possam precipitar a quebra do vínculo afetivo do casal, quer durante a gravidez, quer no período do pós-parto.

2 - VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NO FEMININO

A sexualidade das mulheres foi, ao longo da história muitas vezes ignorada. Quando se faz referência às estatísticas, as mulheres são muitas vezes “assexuadas” (Perrot, 2007), atendendo que sistematicamente se usa o plural masculino (eles), ocultando-se a realidade feminina.

A posição de inferioridade do sexo feminino, que há muito se encontra associada ao papel reprodutivo e identifica a mulher com a natureza, as emoções e os instintos, em oposição à cultura, à razão, ao espírito e à abstração, dimensões atribuídas ao masculino, é salientada por Alves (2006).

A mulher, mais que o homem, paga um preço alto pela ignorância e desatenção para com as suas necessidades de satisfação sexual. Sofre as influências da religião, da educação dos pais, da família, da escola e da sociedade, que levaram a mulher a reprimir a sua sexualidade e ao desconhecimento do seu corpo, à contenção, mesmo que inconsciente, dos seus desejos eróticos e ao abandono das reações sexuais (Abuchaim, 2005).

Na segunda metade do século XVIII, descobriu-se a fertilidade da mulher e que a sua contribuição na fecundação era igual à do homem. Mas a mulher manteve a sua função no matrimónio - a de reprodutora. Fora do matrimónio, a nova descoberta não lhe trouxe melhorias, ela era apenas aquela que dava prazer, a amante, a cortesã e a mulher paga. O parto era um tema tabu e a mulher grávida desconhecia o que lhe ia acontecer. A maternidade era, ao mesmo tempo, idealizada e motivo de vergonha. O sexo no matrimónio continuava a ter como único objetivo - a reprodução.

No final do século XIX, surge uma nova interpretação da origem do homem - o evolucionismo de Darwin, concebe o divórcio definitivo entre a sexualidade e a reprodução, separa a sexualidade do pecado e vincula-a ao prazer (Muraro, 2000).

Mas, ao longo dos anos, a mulher foi adquirindo algumas conquistas, exemplo disso foi o facto de poder controlar a sua fecundidade. A mulher adquiriu a oportunidade de desfrutar o prazer da sexualidade, sem risco de uma gravidez indesejada, para tal contribuiu a invenção da pílula no século XX, início dos anos 60 (Bia, 2010).

Resultados de diversas pesquisas apontam para profundas transformações que têm vindo a ocorrer, desde os anos 60, no que diz respeito à família, ao género e à sexualidade, como a democratização da vida íntima, a uma pluralização da vida familiar ou o reconhecimento da diversidade sexual (Weeks, 2007).

Para que cada indivíduo usufrua dos seus direitos sexuais e reprodutivos é também importante que conheça a resposta sexual humana, por isso considerou-se relevante fazer uma breve referência sobre a resposta sexual, nas próximas páginas.

2.1- RESPOSTA SEXUAL

A Resposta Sexual Humana (RSH) pode visualizar-se em três dimensões: biológica, psicológica e social, todas interligadas entre si (Marques 2008). Neste sentido Lopes (1970, in Marques, 2008) descreve a RSH como um conjunto de modificações fisiológicas que ocorrem após estímulo sexual positivo, no entanto, para Kaplan (in Marques, 2008), a resposta sexual é uma sucessão altamente racional e ordenada de ocorrências fisiológicas, cuja função é preparar os corpos de dois companheiros para a reprodução.

Masters e Johnson (1970), citado por Marques (2008) descrevem o “ciclo de resposta sexual completo” dividido em quatro fases:

1. Excitação é a fase da estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato sexual e traduz-se pela lubrificação vaginal na mulher. Alves (2008) acrescenta que na mulher a excitação é impulsionada por pensamentos estimulantes deliberados, como a comunicação entre o companheiro, música e estimulação física direta. É uma sensação subjetiva de prazer que pode envolver entre outros o ingurgitamento sanguíneo dos tecidos genitais (vasoconstrição), o aumento da tensão muscular, a ereção dos mamilos, aumento da frequência cardíaca, respiratória e da tensão arterial. Concretamente na mulher ocorre dilatação dos tecidos da vagina, do clítoris e lubrificação vaginal. O clítoris feminino aumenta de volume, os pequenos lábios aumentam de espessura e ocorre a expansão e distensão da parte interna da vagina. Sucede-se a tumescência das auréolas mamilares e um aumento até 23% do volume dos seios. Pode também surgir o rubor sexual, uma erupção maculopapular, inconstante, desde o epigastro até às mamas, por vezes até ao pescoço e ombros (Berman, Berman, e Kanaly, 2003; Alves, 2008).

Nas mulheres é comum que a estimulação sexual necessite algum tempo de convivência, para ser plena, e há maior necessidade dos sentimentos de amor,

confiança, segurança, sendo a motivação e os estímulos sexuais, de natureza mais afetiva do que instintiva (Berman, Berman e Kanaly, 2003).

2. Platô é a fase onde a excitação continua e pode prolongar-se entre 30 segundos a vários minutos.

3. Orgasmo fase onde ocorre uma descarga de imenso prazer. É a fase de excitação máxima. Segundo Alves (2008) é descrita, por vezes, como uma sequência intensa de espasmos prazerosos na área genital, que pode irradiar para outras partes do corpo. Existem alterações no tônus muscular esquelético e no sistema cardiovascular. Pode também ser vivido como um alívio de tensões, seguido de uma calma.

4. Resolução ou fase de detumescência - é um estado subjetivo de bem-estar generalizado, que sucede ao orgasmo, onde predomina o relaxamento muscular, a fadiga e alguma apatia; a duração varia de minutos a horas. A este respeito os autores Soares (2003) e Alves (2008) acrescentam que as mulheres não têm o seu potencial orgásmico limitado, por um período refratário, como os homens. Elas têm uma capacidade multiorgásmica, se forem submetidas à replicação de estímulos afetivos e sexuais.

Em 1977, Kaplan (in por Marques, 2008) descreve a fase de desejo, como sendo a vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de um estímulo sensorial. O ciclo de resposta sexual é descrito também em quatro fases, sendo a primeira o desejo e as restantes a excitação, o orgasmo e a resolução (Verit *et al.*, 2006).

O comportamento sexual da mulher é suscetível às situações de ansiedade, uma vez que a resposta sexual supõe uma ativação do sistema nervoso autónomo, para que se desenrolem respostas sexuais essenciais, como a lubrificação vaginal, a qual pode ser influenciada por fatores como os medos e os preconceitos sexuais, a falta de comunicação e as inseguranças sobre a própria capacidade sexual (Alves, 2008).

Vários autores, referem que a comunicação, o relacionamento sexual, o diálogo sobre as preferências, as necessidades e os desejos sexuais estão diretamente relacionados com os níveis de satisfação e bem-estar das mulheres e casais, (Dyers e Demmons, 1999; Cupach e Cwhotock, 1999 in Barros, 2008).

Hoje contextualiza-se muito a sexualidade das mulheres, ou seja, considera-se mais afetiva, romanceada e mais elaborada. Para a mulher, a sexualidade não começa na “cama”, nem tão pouco termina; a sexualidade é o quotidiano com o seu companheiro e tudo aquilo que ele possa demonstrar de afetividade (*Idem*).

Segundo Fisher (2008) a intimidade, o sentido de proximidade e partilha, são algo importante para o amor romântico. No entanto, a forma como definem e expressam essa proximidade é diferente nos homens e nas mulheres. Ambos os géneros pensam

compartilhar segredos pessoais e realizar atividades juntos, pois consideram-nas algo íntimo. Enquanto, as mulheres consideram intimidade falar cara a cara, os homens preferem trabalhar, jogar e conversar lado a lado.

Também a escalada da excitação sexual não é desencadeada pelos mesmos estímulos nos homens e nas mulheres, nem as condições de satisfação sexual são as mesmas. Os homens podem reagir em resposta a estímulos como o *striptease*. As mulheres necessitam de expressões de ternura; para elas, os prazeres preliminares são particularmente importantes e o apogeu da satisfação não se desencadeia de forma imediata (Chiland, 2005). As mulheres referem que sentem maior intimidade com um companheiro, quando existe diálogo entre os dois antes do ato coital (Fisher, 2008).

A sexualidade da mulher está envolvida em dar prazer sexual, e para a função reprodutora. De facto o clitóris é o único órgão humano cuja única função é gerar prazer sexual. A experiência da sexualidade nas mulheres, não é determinada pelos órgãos genitais, nem está limitada aos órgãos genitais exteriores. (Northrup, 2003)

Está documentado que as mulheres com lesões da medula óssea espinal e que não conseguem sentir nada da cintura para baixo continuam a ser capazes de ter orgasmos, isto porque o cérebro pode receber sinais de reação sexual por outras vias que não a medula espinal (*Idem*).

A mesma autora refere que cabe às mulheres distinguir as próprias verdades pessoais sobre a sexualidade, para tal cada mulher deve definir a sexualidade a partir do interior, ou seja, deve considerar-se sujeito sexual e não objeto sexual. Acrescentando que o funcionamento dos órgãos sexuais e da reação sexual da mulher é determinado em grande parte pelo condicionamento cultural relativamente á sexualidade, para compreender o seu funcionamento é necessário conhecer a herança cultural de cada mulher. Marques, (2008) reforça esta ideia dizendo que a sexualidade feminina deve ser sempre considerada no contexto em que o casal está inserido, conhecendo os costumes e valores da comunidade, aspetos sociais, culturais e religiosos, que podem influenciar os seus conceitos de saúde e vivência sexual

Ao longo da sua vida, a mulher está sujeita a múltiplas transformações: sofre oscilações do ciclo menstrual, maioritariamente toma anticoncecionais, pode engravidar, passa por todos os fenómenos do pós-parto e aleitamento e presencia o fim do ciclo reprodutivo, com a entrada na menopausa, refletindo-se todos estes fatores na vivência da sua sexualidade (Alves, 2008). Frequentemente, quando as mulheres referem dificuldades na relação sexual, estas estão relacionadas com a falta

de paixão, romance, prazer e muitas vezes com o seu estatuto de minoria ética e com o sentimento de infelicidade relacionado com o seu modo de vida (Leitão, 2003).

Em síntese Basson (2001 in Leitão, 2003) refere que a intimidade da mulher, quando desenvolvida numa cumplicidade emocional pode conduzir à excitação sexual que por sua vez conduz ao desejo e ao prazer sexual, obtendo uma intimidade reforçada. A mesma autora refere que “a intimidade origina, alimenta e termina o ciclo sexual nas mulheres”.

3 - IMPLICAÇÕES DO PÓS-PARTO/PUERPÉRIO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

Neste capítulo, apresentam-se as implicações do pós-parto/puerpério na vivência da sexualidade da mulher. Serão referidas as alterações físicas e psicoafectivas desencadeadas pelo parto, com especial relevo para aquelas que poderão influenciar a vivência da sexualidade.

3.1 - CONCEITOS

O conceito de puerpério ou pós-parto tem sofrido evolução ao longo dos tempos, embora cada autor apresente a sua própria definição. No entanto, todos eles se referem ao puerpério como um período de múltiplas adaptações por parte da mulher, dependendo da sua recuperação física e psicológica e de todas as mudanças decorrentes deste período.

O puerpério, também designado por período pós-parto, ou ainda quarto trimestre da gravidez, corresponde ao período de tempo que decorre desde a expulsão da placenta (dequitação) até os órgãos reprodutores da mulher retomarem as características anteriores à gravidez. Esta readaptação demora aproximadamente seis a oito semanas, oscilando de acordo com o organismo de cada mulher, (Graça, 2005; Lowdermilk e Perry, 2008; Alves, 2008), com a evolução da gravidez, do trabalho de parto e tipo de parto, mas também do acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde. No entanto, o tempo poderá ser a variável menos importante na recuperação da mulher, tendo em conta que a recuperação será feita de forma progressiva e única para cada mulher, dependendo dos diversos fatores referidos anteriormente.

Através das pesquisas realizadas, verificou-se que as definições dos vários autores revelam uma evolução cronológica e um aumento da complexidade do termo puerpério. Sabe-se quando se inicia e não o momento em que termina.

O puerpério é influenciado por fatores como a amamentação, a relação mãe-marido-filho-família, ou seja, é a fase de readaptação do próprio organismo à vida conjugal/familiar e ao retomar das manifestações de sexualidade entre o casal (Graça, 2005).

De forma a uniformizar a linguagem utilizada neste estudo, será utilizado o conceito referido por Lowdermilk e Perry, (2008, p.479), puerpério “compreende o intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal não gravídico (...)”, e acrescentam que as mudanças fisiológicas são

diferentes em cada mulher, assim como o tempo necessário para se adaptar a elas, sendo influenciado por diversos fatores.

As alterações físicas vividas durante o puerpério dependem também do tipo de parto a que a mulher foi sujeita. O tipo de parto designa-se consoante ocorreu por via vaginal ou por via abdominal, neste caso também designado por cesariana. Podem ocorrer diferentes tipos de parto, por via vaginal o parto pode ser: eutócito com períneo intacto - aquele que ocorreu sem qualquer laceração; o parto eutócito com perineorrafia – aquele em que foi necessário realizar episiotomia⁸ com consequente sutura (perineorrafia) ou reconstituir lacerações ocorridas; ou parto instrumentado com recurso a ventosa ou fórceps.

Em consequência do parto, pode surgir a dispareunia, a sensação de dor durante a relação sexual associada ao coito forçado, excitação sexual incompleta ou lesões e lacerações dos genitais ou tecidos adjacentes, que podem ser associadas ao parto (CIPE β2, 2011). Neste trabalho, quando se refere o termo dispareunia, ele define a dor durante o coito, que, no caso das mulheres, pode dever-se à existência de sutura operatória ou à falta de lubrificação que será abordada posteriormente.

3.2 - ALTERAÇÕES FÍSICAS E A SEXUALIDADE

A gravidez, o parto e o puerpério não existem como um fenómeno único e isolado, todos fazem parte do processo da maternidade. Este processo gravítico e pós-gravítico traduz-se num importante desafio adaptativo aos ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos da mulher. O padrão de sexualidade pode também ser alterado, sendo necessário organizar e redirecionar o desejo sexual, por isso, a puérpera deve ser visualizada como mulher com as suas próprias necessidades, somadas às necessidades do bebé e da família (Belentani, Marcon e Pelloso, 2011).

Considerou-se igualmente pertinente descrever algumas das alterações/adaptações da mulher no pós-parto, de forma a perceber-se porque é que este pode ser um período difícil e complexo, com alterações e mudanças biológicas, mas também psicológicas e sexuais para a mulher e para a relação conjugal.

As alterações/adaptações no organismo materno são diversas e, geralmente, provocam dor ou desconforto a diversos níveis. Dada a sua relevância para o estudo, mencionar-se-á apenas aquelas que de forma direta ou indireta, parecem condicionar a atividade sexual da mulher/casal e o tempo médio da sua recuperação. Assim, segundo Graça (2005), Lowdermilk e Perry (2008) após o parto verificam-se múltiplas

⁸ Incisão cirúrgica realizada a nível do períneo (Graça, 2005).

alterações físicas: o colo uterino está mole, com pequenas lacerações e fecha-se gradualmente, durante uma a duas semanas após o parto. O retorno do útero à posição original na pelve e ao seu estado normal, (involução), demora cerca de seis a oito semanas. A vagina readquire as suas dimensões e elasticidade normais ao fim de seis a oito semanas, em simultâneo existe uma contração gradual da musculatura pélvica e abdominal; a parede abdominal demora cerca de seis semanas a retomar ao estado não gravídico e dois a três meses para a recuperação do tônus muscular o que pode provocar dificuldades no posicionamento e deambulação. As alterações pélvico-perineais podem provocar dificuldade ou ausência do orgasmo; a bexiga deixa de estar comprimida pelo útero e os uréteres retomam o seu calibre normal após duas a oito semanas e o edema do meato urinário reduz progressivamente; os lóquios podem manter-se cerca de 10 a 15 dias após o parto. O desconforto decorrente da amamentação pode resultar de fissuras mamilares e dores ao nível dos mamilos, nas mulheres que amamentam os estrogénios provocam a diminuição da lubrificação vaginal, podendo causar desconforto/dor durante o coito; a prolactina aumenta significativamente em resposta à sucção mamilar exercida pelo recém-nascido provocando diminuição dos níveis de testosterona, que conduzem à diminuição da libido; a existência de perineorrafia ou lacerações na vagina e/ou períneo (num parto vaginal instrumentado ou não) pode provocar desconforto perineal, edema, hematoma, equimose e infeção perineal, podendo a sua cicatrização demorar em média, três a seis semanas.

De acordo com Gonçalves *et al.* (2010), o impacto da gravidez e das alterações ocorridas durante o parto, na função sexual feminina, é muito variável, dependendo do tipo de parto, mas também de fatores psicológicos, afetivos e socioculturais.

Segundo os resultados de um estudo retrospectivo realizado por (Gonçalves *et al.*, 2010) com 153 mulheres entre os 18 e os 45 anos, saudáveis e sem disfunção sexual prévia ao parto, tendo como objetivo avaliar a função sexual feminina no pós-parto e sua correlação com as diferentes vias de parto, verificou que: a atividade sexual foi maioritariamente reiniciada entre as 6 e as 12 semanas, em maior quantidade, pelas mulheres que realizaram parto eutócito, depois pelas mulheres em que o parto foi instrumentado e, por fim, pelas que realizaram cesariana; as mulheres submetidas a parto vaginal apresentaram um *score* mais elevado relativamente ao desejo sexual, enquanto as mulheres submetidas a cesariana obtiveram um *score* mais elevado nos itens lubrificação e dispareunia. Contudo, os autores referem que as diferenças não foram estatisticamente significativas; no entanto, mencionam que, de forma indireta, a via do parto pode influenciar o reinício da vida sexual ativa por diversos fatores, tais como: traumatismos perineais espontâneos, ocorrência de lacerações vaginais,

realização de episiotomia profilática e lesões do nervo pudendo. Este nervo, é responsável pela sensibilidade perineal, vulvar e do clitóris, com a probabilidade deste ser lesado durante o parto vaginal, em consequência da compressão provocada pelo feto na passagem pelo canal de parto. Pode ainda surgir perturbação da imagem corporal no caso de realização de cesariana.

Aos fatores referidos anteriormente (alterações corporais após o parto, tipo de parto), alguns autores (Previatti e Souza, 2007; Progianti, Araújo e Mouta, 2008) acrescentam que o uso indiscriminado de episiotomia, em mulheres que realizam parto normal, pode gerar desconforto e dor durante a atividade sexual, alterando os padrões de sexualidade feminina.

A literatura refere também que, no pós-parto, as mudanças corporais que mais incomodam são as mamas volumosas e pesadas, o abdómen flácido, o peso acima do normal e a presença de estrias (Abuchaim, 2005). Para as mulheres, o facto de não corresponderem ao padrão de beleza física desejada é motivo de grande insatisfação. O desejo de regressar ao peso anterior à gravidez ocorre, porque as puérperas se sentem incomodadas, quer por questões estéticas, quer pelo desejo de agradar ao companheiro (*Idem*).

3.2.1 - Amamentação e a sexualidade

A amamentação, apesar do cansaço que causa, tende a ser prazerosa para a mulher, uma vez que possibilita maior ligação afetiva entre ela e a criança (Souto *et al.*, 2010). Sendo sentida por muitas mulheres como um privilégio e até mesmo um prazer sexual, esse erotismo muitas vezes assusta aquelas que o experimentam (Chiland, 2005). Para algumas mulheres, a necessidade de contacto íntimo fica satisfeita com a amamentação e diminuem o interesse na expressão sexual com o companheiro (Alves, 2008).

Souto *et al.* (2010), mencionam que as mulheres, quando se referem à amamentação, frequentemente, demonstram que essa prática acarreta aspetos positivos e negativos. O esforço físico da mulher, a fadiga, a limitação no desempenho das suas funções, incluindo o cuidado com o seu próprio corpo e a difícil conciliação entre o exercício da sexualidade e a amamentação, são vistos de forma negativa. Expressam também o sentimento de solidão, isolamento e ausência de apoio para conseguir amamentar, demonstrando a necessidade de auxílio externo. O ato de amamentar também pode exercer influência na sexualidade feminina, devido às alterações nos sentimentos das mães, referentes à autoimagem e à relação com o companheiro.

Os principais fatores que propiciam problemas sexuais em mulheres que amamentam estão relacionados com as alterações físicas e hormonais próprias da amamentação. Destacam-se a dispareunia, devido à menor lubrificação vaginal durante a excitação e estreitamento vaginal, o aumento da sensibilidade no mamilo, a libertação de leite durante a relação, assim como problemas de contraceção, diminuição da libido e ciúme do companheiro pelo relacionamento entre mãe e filho (Abuchaim, 2005; Belentani, Marcon e Pelloso, 2011; Soares, 2010).

Como respostas fisiológicas comuns ao coito e à amamentação, algumas mulheres referem a ereção do mamilo, a dilatação venosa, a temperatura elevada e a turgência do clitóris (Rezende, 1991 citado por Soares, 2010).

No seu estudo, Belentani, Marcon e Pelloso (2011) referem que, nas entrevistas com mulheres francesas e brasileiras, detetaram que a maternidade era considerada como sagrada. Então, a erotização que o seio representa, o tabu do incesto (a mulher culpa-se por sentir prazer ao amamentar), o facto de o bebé partilhar a cama dos pais, podendo formar uma barreira física entre os pais, e a diminuição da libido feminina, devido a alterações hormonais (produção de prolactina), são fatores que estão ligados à diminuição da sexualidade, podendo comprometer a relação do casal.

Abuchaim (2005) refere que, a maioria das mulheres não relatavam questões sobre a sua sexualidade nos primeiros meses de puerpério e aquelas que o faziam falavam apenas do medo da dispareunia ou medo de uma nova gravidez.

3.3 - ALTERAÇÕES PSICO - AFETIVAS

Como já foi referido a função sexual feminina é influenciada por diversos fatores, físicos, psicológicos e sociais, o que fez com que no período pós-parto, possa existir particular instabilidade da expressão sexual. O retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas, provoca na mulher mudanças bruscas e intensas que poderão estar relacionadas com: a autoimagem, o papel social desempenhado até então, o ritmo e a rotina familiar, entre outros, para os quais a mulher terá de desenvolver um mecanismo de adaptação. Por isso, é frequente encontrar no puerpério especificamente no pós-parto imediato, uma extrema labilidade emocional na mulher, ao tentar adaptar-se à sua nova situação familiar e ao papel materno (Graça, 2005; Lowdermilk e Perry, 2008).

Por sua vez, Figes (2001) refere que a exaustão e a ansiedade da maternidade recente podem diminuir a libido e, também, que a mudança emocional de “mulher-

para-homem”, passando a ser de “mulher-para-filho”, pode ser tão intensa, que as mulheres não sentem necessidade de atividade sexual.

Não se pode deixar de considerar que a sexualidade feminina, geralmente, é alimentada por demonstrações explícitas de amor, carinho, companheirismo e não apenas pela atração física. Assim, se o relacionamento com o companheiro não for suficiente para satisfazer as necessidades emocionais da mulher, que são exacerbadas no puerpério, é provável que ela não se sinta atraída sexualmente pelo companheiro (Belentani, Marcon e Pelloso, 2011).

Como alude Silva e Figueiredo (2005), as alterações corporais que se sucedem ao longo da gravidez, associam-se por vezes a sentimentos de perda da autoestima devido a percepções subjetivas de fraca atratividade física e incapacidade de sedução. De tal forma que, quando a mulher chega ao período de pós-parto, frequentemente subsiste a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez.

Alves (2008) ao mencionar que, apesar de não ter sido observada correlação estatística, sabe-se que um factor muito importante na perda da libido é a baixa autoestima corporal. Após o nascimento do filho, uma das primeiras conclusões que a mãe tem é que seu corpo já não o mesmo de antes, provocando incómodo e insatisfação. Mesmo sabendo que essas modificações são naturais e podem ser transitórias, elas podem influenciar e desencadear uma alteração na sexualidade.

Alguns autores, como Abuchaim, (2005) e Gonçalves *et al.* (2010) referem que, no sexto mês pós-parto, foi observado que o ato sexual não era visto como antes da gestação por algumas mulheres, sendo influenciado pela informação dos profissionais de saúde sobre a pausa da atividade coital, por insegurança e por medo da dor, acrescentam que a possibilidade de tristeza ou depressão na puérpera, também influenciam a vivência sexual. Algumas mulheres sentiam o oposto, tendo vontade sexual por sentirem-se desejadas e por recuperar a sua identidade ou para confirmar o interesse sexual do companheiro por ela. Trindade e Ferreira (2008) mencionam que o cansaço e falta de tempo geram indisposição física e emocional para o exercício sexual no puerpério, ou seja, não é apenas o cansaço, mas também o *stress* devido ao grande volume de trabalho, que influenciam a diminuição da libido nos primeiros 45 dias pós-parto.

Também o estudo realizado por Williamson, Mc Veigh e Baafi (2008), sobre a sexualidade no período puerperal, obteve depoimentos semelhantes, mas por parte dos maridos, que consideram ser o cansaço com os cuidados ao bebé e a espera para

o reinício da atividade coital (sexta semana após o parto), os principais fatores da diminuição da vivência da sexualidade.

A maternidade é também caracterizada por um processo de adaptação à nova identidade materna e à aprendizagem de um novo papel - o de mãe -, assim como à adaptação a um novo elemento familiar com uma identidade própria - o filho - e de reestruturação das relações conjugais e sociais.

4 - A MULHER E A CONJUGALIDADE APÓS O NASCIMENTO DO PRIMEIRO FILHO

A conjugalidade assume-se como a consequência da formação do casal, traduzida pelo desejo explícito de viver juntos, pela criação de um lar e de um modelo relacional próprio (Silva e Figueiredo, 2005). O aumento da autonomia e igualdade das mulheres, assim como a realização profissional e social, trouxeram as suas consequências na vivência da conjugalidade. Também a forma como a mulher vivencia a sua conjugalidade após o nascimento do primeiro filho é influenciada pelas diferentes representações que a mulher tem do conceito de maternidade (*Idem*).

Com o nascimento do primeiro filho, existe uma panóplia de fatores que direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, influenciam a mulher, não sendo de surpreender que o conjunto destas alterações possa ter um impacto na relação sexual do casal e consequentemente na sua conjugalidade.

A mulher que decide viver em casal com o seu companheiro fica, então, inserida numa “entidade extremamente complexa, paradoxal, surpreendente e única – o casal - como única é a história de cada casal, onde haverá uma sucessão de momentos na respetiva vida, que contarão a história de cada um (...).” O casal torna-se assim um ser com “vulnerabilidades e resiliências” que também se transformam ao longo da vida (Lourenço, 2006, p.31).

Amor, intimidade e sexualidade são hoje temas fundamentais da produção da vida conjugal e familiar, uma trilogia que não pode ser esquecida para compreender “o lado de dentro” da vida conjugal e familiar (Aboim, 2006, p. 26). Significando que, as diferenças importantes no seio da conjugalidade explicam-se pelo facto de o casal se complexificar ao longo da sua própria história, pela duração da relação conjugal, o número de filhos e, com menor peso, as várias fases do ciclo vital da família nuclear do casal (Lourenço, 2006). Por isso, Aboim (2006, p. 27) refere que “Família, conjugalidade e mudança, são palavras que surgem inevitavelmente acopladas”. A vida conjugal, a gravidez e o pós-parto não podem ser abordados sem se focar o domínio das interações e dar relevo a novos ideais de afetividade, relação, igualdade do género e em consequência outras tensões na individualidade e na construção da conjugalidade (Lourenço, 2006).

O relacionamento difícil com o companheiro surge como mais uma consequência da experiência vivida, visto que, a transição para a maternidade e paternidade pode induzir ou aumentar tensões entre o casal, incluindo alterações na atividade sexual (Williamson, McVeigh e Baafi, 2008; Belentani, Marcon e Pelloso, 2011).

Uma das influências na conjugalidade pode ser o tipo de representação que cada mulher tem da maternidade; sendo uma delas a representação “de perda da organização conjugal ou da sua exclusividade”. O receio de não conseguir encontrar equilíbrios conjugais satisfatórios, após o nascimento de um filho é manifestado por muitas mulheres, ao terem a percepção do investimento emocional e de tempo que o papel maternal implica, considerando-o como um “roubo” à sua relação conjugal (Canavarro, 2006).

A mesma autora (Canavarro 2006) enumera diversas tarefas, durante o desenvolvimento da gravidez e maternidade, das quais destacamos o reavaliar e reestruturar a relação com o companheiro. Assim, o companheiro deixa de ser percebido como companheiro romântico e torna-se também o “pai do meu filho”, o homem com quem vai partilhar as responsabilidades de educação de uma criança. Almeida (2005) acrescenta que o homem e a mulher, que eram somente companheiros e filhos, agora tornam-se pai e mãe. Isto ocorre quando um casal tem um filho, planeado ou de forma ocasional, mas sobretudo aquando do nascimento do primeiro filho. O impacto na vida pessoal e familiar impõe uma rutura à vida do casal, acionando um processo irreversível, que modifica decisivamente a identidade, os papéis e as funções de cada um dos cônjuges. Este processo de mudança exige um tempo de adaptação para a mulher, que tem de reajustar a sua relação, no plano afetivo, na rotina diária e no relacionamento sexual (Leal, 2005; Almeida, 2005; Canavarro, 2006).

Segundo Leal (2005), os pais necessitam de realizar a transição e adaptação para a parentalidade e construir a vinculação ao seu filho, mas também manter a sua relação conjugal e a sua sexualidade, o que exige múltiplas adaptações.

A conjugalidade e a sexualidade do casal podem também ser modificadas pelas influências masculinas; as alterações surgem também nos homens, pois alguns podem sentir dificuldade de “olhar” a sua companheira, simultaneamente, como parceira sexual e como mãe do seu filho. De forma análoga, devido ao impacto de assistirem ao parto e observarem as transformações que acontecem nos genitais da mulher, as suas conceções de atração ou desejo podem diminuir. O pouco tempo, que

o casal tem para si, é outro factor que provoca alterações ao nível da sexualidade do casal no pós-parto (Rice in Soares, 2010).

De acordo com Figes (2001) apesar do parto modificar a vida sexual do casal, com alterações que se prolongam no tempo, progressivamente com o mudar das exigências dos filhos e a diminuição do cansaço das mulheres, muitas delas descobrem um novo nível de intimidade sexual com o seu companheiro. Também muitos homens descobrem o respeito pelo corpo da mulher, após as maravilhas da gravidez e do parto. A intimidade sexual, após uma experiência partilhada tão intensa, aprofunda-se e enriquece-se com o passar dos anos.

Para os casais que tinham uma relação de distância emocional, o bebé pode representar a proximidade que não tinham atingido anteriormente entre si. Mas o inverso também é possível, ou seja, se uma criança nasce num contexto de falta de intimidade conjugal, esta é uma conjuntura com fortes riscos de disfuncionamento, que pode ultrapassar o subsistema conjugal, podendo surgir triangulações conjugais (Relvas e Lourenço, 2006; Canavarro, 2006). Por vezes, esta situação é ilustrada pelo espaço físico que a criança ocupa - a cama do casal, a criança dorme entre os pais ou um dos cônjuges sai mesmo da própria cama, desta forma, o casal poderá justificar a ausência, raridade ou impossibilidade de contactos sexuais (Canavarro, 2006).

Um estudo realizado por Bossi e Ardans-Bonifacino (2010) teve como objetivo compreender o entendimento dos pais de “primeira viagem”, em relação à parentalidade em dois momentos distintos: no último trimestre da gravidez e nos dois primeiros meses após o nascimento. Os autores relatam que durante a gravidez, os casais entrevistados destacaram que, ao tornarem-se pais, têm um aumento de responsabilidades, pelo facto de terem de prestar cuidados a um ser totalmente dependente. Os homens referiram que a mulher possuiria uma relação afetiva maior com o bebé pelo facto de este crescer na barriga da mulher e o homem ficava à espera do nascimento do bebé, para ter um contato direto com ele. Na opinião das mulheres, não foram mencionadas diferenças no que se refere aos papéis materno e paterno, mencionando iguais responsabilidades para com o bebé.

Ainda de acordo com o mesmo estudo, após o nascimento do bebé, (o segundo momento das entrevistas), a definição de identidade materna e paterna continuou a apresentar divergências quando definidas por homens e mulheres. Para os homens, a identidade ainda está associada ao sustento financeiro da família, enquanto a identidade materna está associada aos principais cuidados que devem ser dispensados ao bebé. Esse facto acarretou uma desigualdade na divisão de tarefas entre os casais no que se referia à atenção ao bebé, já que a mulher era considerada

como a que devia prestar os cuidados na totalidade (Wagner *et al.*, 2005; Freitas *et al.*, 2009, Bossi e Ardans-Bonifacino, 2010). As mulheres conservaram a opinião dada antes do parto, de que os pais detêm as mesmas responsabilidades que a mãe, devendo auxiliá-la nos cuidados da criança, uma vez que ambos possuem atividades profissionais. Os papéis tradicionais de pai e mãe misturam-se com formas mais recentes de exercício dos mesmos (Wagner *et al.*, 2005; Freitas *et al.*, 2009; Bossi e Ardans-Bonifacino, 2010). Para a mulher, a figura de cuidadora entrelaça-se com a mulher que ingressou no mercado de trabalho, mostrando o desejo de uma rotina que vá para além das atribuições domésticas e maternas (Bossi e Ardans-Bonifacino, 2010).

Neste sentido, Relvas e Lourenço (2006, p.114) referem a importância dos cuidados de saúde quando afirmam que o nascimento de um bebé influencia inevitavelmente a vida sexual do casal. Estas informações devem ser transmitidas aos casais, o que apenas acontece em casos pontuais. Apesar de muitas vezes a vulnerabilidade física, os receios e medos serem ultrapassados, existem outros obstáculos para a satisfação sexual, tais como: o excesso de tarefas parentais, ansiedade e preocupações excessivas. “Marido e mulher olham menos um para o outro e mais para o bebé, podendo ao mesmo tempo cada um deles sentir que o outro não reconhece o seu valor e trabalho... ou mesmo sentir-se rejeitado”.

Os resultados da pesquisa realizada parece permitir afirmar que as dificuldades conjugais frequentes podem ter um impacto negativo a médio e a longo prazo, quer ao nível da saúde física, quer ao nível do bem-estar psicológico, podendo afetar a saúde sexual e reprodutiva da mulher/casal.

5 - DESAFIOS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM AVANÇADOS

Simultânea e paradoxalmente, persistente e frágil, a sexualidade humana encontra-se no âmago de todo o ser humano e tem a capacidade para ocasionar os maiores deleites e as maiores angústias. A sua natureza complexa, com as suas componentes fisiológicas, psicológicas, emotivas e sociais, faz com que, em geral, seja uma matéria iludente, de estudo difícil, necessitando a sexualidade feminina, em particular, de uma compreensão mais aprofundada (Alves, 2008).

Pretende-se então abordar como pode o enfermeiro intervir para promover uma sexualidade gratificante e saudável no pós-parto/puerpério.

5.1 - ENFERMAGEM E SAÚDE SEXUAL FEMININA

Ao longo do ciclo vital, os indivíduos e as suas famílias estão em constante desenvolvimento. Os acontecimentos de vida transicionais, pelos fenómenos de mudança e adaptação que envolvem, são em grande parte responsáveis por esse processo e, dada a vulnerabilidade em saúde, constituem momentos cruciais de intervenção para a enfermagem (Meleis, 2010). Os processos de parto e pós-parto têm sido descritos como momentos de mudanças que pode ser definida como transição⁹, e ter um impacto significativo sobre a vida, a saúde das mulheres e família. De acordo com a teoria da transição, o processo de maternidade e as alterações na vida das mulheres são determinadas por vários fatores internos e externos. O papel do enfermeiro tem como objetivo promover a saúde, facilitando a transição e apoiar a procura de soluções, para as necessidades que possam surgir durante o processo de gravidez e pós-parto; sendo importante conhecer as questões relacionadas com as experiências de transição anteriores (Canaval, 2009).

O constante aperfeiçoamento e procura de novos conhecimentos e formas de cuidar devem ser prioridade para a excelência dos cuidados de enfermagem, sem deixar de considerar as particularidades existentes em cada mulher/casal. É nesta perspetiva que se posiciona o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, ao

⁹ Transição é a mudança entre dois períodos estáveis, onde a pessoa se move de uma fase, situação ou estado de vida para outro, ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento (Meleis, 2010).

pretender conhecer a mulher e o seu percurso de vida, para assim poder cuidar dela na promoção da sua saúde, ou nas fases de transição que vive nas diferentes etapas do seu ciclo de vida.

As competências profissionais, que os enfermeiros possuem e devem empreender nos cuidados que prestam, estão fortemente implícitas no conceito de enfermagem, no qual se afirma que, mais do que o exercício de um conjunto de cuidados técnicos, é uma profissão que deve primar por nutrir a alma e restabelecer a humanidade (Madeira, 2007). Tal conceito implica a valorização da relação interpessoal no processo de cuidar, bem como o respeito pelos valores e pela cultura de cada mulher e a sua inclusão nas decisões a tomar.

A mulher é um ser dotado de uma estrutura biológica, racional, mas também um ser com sentimentos, desejos, valores, conhecimentos e crenças, produto da sua interação com o ambiente físico, sociocultural e espiritual, passado e presente. Ela é um sujeito que se faz culturalmente, molda-se e, ao mesmo tempo, constrói o mundo, não podendo estar limitada à reprodução. Da totalidade do ser humano emergem necessidades que incluem a sobrevivência, o desenvolvimento humano e a emancipação, cuja garantia depende da saúde feminina.

Os cuidados de enfermagem, no período pós-parto, devem ser organizados de forma a proporcionar uma vivência saudável da maternidade e da paternidade, com promoção de estilos de vida saudáveis, manutenção do bem-estar sexual e conjugal, promoção do auto cuidado da mulher nas diferentes fases do ciclo gravítico-puerperal e reestruturação das relações conjugais, familiares e sociais (Lowdermilk e Perry 2008).

A abordagem da sexualidade, não se deve focar apenas na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e no planeamento familiar, mas abranger as alterações do corpo, do prazer, das emoções e todos os aspetos que a sexualidade envolve.

As mulheres carecem de informação integral, com capacidade de aperfeiçoamento da sua saúde sexual e reprodutiva, passando pela vigilância pré-natal, pela assistência no parto e no pós-parto, pela abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até à terceira idade, pela vigilância das doenças transmitidas sexualmente, pelo apoio nas situações de cancro e pela assistência para conceção e contraceção.

Obtendo a informação necessária a mulher com maior facilidade, vai lidar com todas alterações que influenciam a sexualidade do casal.

O acompanhamento da mulher, para além do período puerperal, deve ser realizado por profissionais motivados e com bases científicas sobre todo o processo que envolve

a mulher, desde o seu nascimento até ao período de reprodução, para prestarem cuidados humanizados e holísticos à mulher e não apenas à mãe, o que possibilitará que a alteração na sexualidade seja vivida de forma esclarecida e informada (Belentani, Marcon e Pelloso, 2011).

Estas informações são reforçadas por Graça (2005); Lowdermilk e Perry (2008) e Soares (2010) ao referir a importância da enfermeiro iniciar o acompanhamento da mulher antes da gravidez. Os enfermeiros de saúde materna e obstétrica devem cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante as várias fases do seu ciclo de vida, e especificamente nos períodos pré-natal, trabalho de parto, puerpério. Quando a enfermeiro presta cuidados à mulher, engloba: a promoção da saúde, a prevenção de complicações e o diagnóstico precoce, e o providenciar de outros cuidados que considere necessários, tendo em conta que a mulher está inserida numa família e numa comunidade e todas as influências a elas subjacentes¹⁰.

No que se refere à sexualidade, é importante não exacerbar o anormal e o patológico, não falar somente de risco mas também de prazer, não reduzir a sexualidade ao ato coital e à reprodução, já que tais atitudes facilitam a transformação de indivíduos com vivências e histórias singulares, em casos clínicos, com problemas, conduzindo a abordagens essencialmente biomédicas.

Mais recentemente, Bia (2010) reforça a importância de educação para a saúde sobre a sexualidade, ao referir que, durante algum tempo as preocupações dos profissionais de saúde no puerpério foram centradas nos cuidados ao recém-nascido, faltando o reconhecimento pelas preocupações sexuais da mulher. São vários os estudos que reconhecem a necessidade crescente de abordar este tema, não só devido às alterações fisiológicas, hormonais e psíquicas, que ocorrem na mulher, mas também porque a literatura demonstra que os valores de cada um originaram crenças e mitos. Os quais podem condicionar os comportamentos sexuais no pós-parto (*Idem*), permitindo compreender a diversidade de atitudes perante a relação sexual no pós-parto, tendo as suas raízes na história longínqua e nas diferentes culturas.

5.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM A MULHER/CASAL NO PÓS-PARTO

Um dos instrumentos que deve ser considerado estruturante para a vivência da sexualidade saudável é a educação para a saúde. A base da educação para a saúde é ajudar a aprender opções de vida saudáveis, que podem ir desde o controlo da

¹⁰ Ordem dos Enfermeiros (2009)

doença crónica até ao crescimento do seu potencial de saúde, bem-estar e equilíbrio. Para ajudar a aprender, os educadores para a saúde têm, regra geral, de percorrer quatro etapas: informar¹¹, ensinar¹², instruir¹³, e treinar¹⁴ (CIPE, 2011), sendo necessário ter em conta o grau de formação e compreensão de quem se pretende educar, para se poder adequar a melhor estratégia de aprendizagem a essa pessoa, grupo ou comunidade.

Na realidade, a educação para a saúde pode servir-se de várias estratégias de formação: formal, informal e “educação ao longo da vida” - *life long learning* (Declaração de Nairobi, 1997 in Oliveira, 2008).

A educação para a saúde é uma área em expansão e evolução, sendo atualmente compreendida, como parte essencial para alcançar resultados adequados em saúde. Deve ser integrada em todas as intervenções de enfermagem, prestadas à mulher (e a todos os indivíduos e grupos) em todas as etapas do seu ciclo de vida e em todos os contextos. A mudança nos cuidados de saúde tem incentivado a introdução da educação para a saúde nos cuidados ao utente, no sentido de uma maior responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde, trazendo para os indivíduos mais ganhos e melhor saúde (Oliveira, 2008).

Sabendo que a sexualidade contribui para o bem-estar físico e mental dos indivíduos, constituindo-se, portanto, como uma dimensão inseparável da pessoa em todos os momentos, que se manifesta por meio de emoções, fantasias, sentimentos e desejos, devendo ser englobada quando se pretende cuidar de forma holística do indivíduo.

É fundamental que a abordagem dos cuidados à mulher no pós-parto se sustente num modelo orientado para o bem-estar (Lowdermilk e Perry, 2008).

Sabendo que o internamento após o parto é muito curto, é necessário um planeamento rigoroso dos cuidados, de um modo continuado, de forma a que mulher cuide de si, apresente bem-estar e integre gradualmente os novos papéis parentais.

Neste processo é fundamental incluir outros membros da família em especial marido/companheiro. Assim deve-se fazer um acompanhamento/continuidade dos cuidados e uma educação para a saúde, através de visitas no domicílio e consultas de vigilância de saúde da mulher/casal e família.

Destaca-se algumas intervenções diretamente relacionadas com a atividade sexual da mulher/casal, devendo ser transmitidas sempre que se justifique, mas com maior incidência durante as consultas de vigilância da gravidez e durante o puerpério. Tendo

¹¹ “comunicar alguma coisa a alguém”

¹² “dar informação sistematizada a alguém, sobre temas relacionados com a saúde”;

¹³ “(...) fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa”;

¹⁴ “desenvolver as capacidades de alguém” (CIPE, 2011).

por base os conhecimentos de Graça (2005); Lowdermilk e Perry (2008) e Soares (2010) considerou-se pertinente organizar as informações a transmitir sobre esta temática em cinco áreas principais:

1 - Comunicação sexual após o parto: os casais devem ser incentivados a valorizar a existência de outras atividades orgásmicas além da penetração, sendo neste ponto essencial que a enfermeiro saliente a verdadeira essência da sexualidade, reforçando a ideia de que sexualidade não é sinónimo de coito, (pode envolver afetos, mimos, carícias, diálogo). Ambos os elementos do casal podem estar ansiosos sobre o reinício da atividade coital, mas sentirem-se desconfortáveis e sem vontade de abordar a questão. Por isso, é importante que o enfermeiro esclareça os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter no ato sexual e, sobretudo, crie com a mulher/casal uma relação de confiança que lhes permita à vontade suficiente para esclarecer dúvidas, receios e mitos.

2 - Mudanças decorrentes da gravidez, parto e amamentação: o organismo de cada mulher reage de forma única e individual, não se podendo indicar uma data específica para o reinício do coito no puerpério. Mas a mulher/casal deve ser informada sobre o risco de hemorragia e infeção até à 5ª - 6ª semana, após o parto. Entre as primeiras 6 semanas e os 6 meses após o parto, e de um modo particular a mulher que amamente a vagina pode não lubrificar o suficiente e causar desconforto/dor durante o coito. É frequente que algumas mulheres sintam estimulação sexual e orgasmo enquanto amamentam o bebé, não se devendo culpabilizar por isso. A mulher deve aprender a realizar os exercícios de *Kegel* para fortalecer os músculos pubococcígeos. Estes estão associados ao funcionamento da bexiga e dos intestinos, bem como às sensações vaginais durante o coito, promovem a cicatrização e previnem problemas ginecológicos.

3 - Reinício da relação coital: o retomar da atividade coital no pós-parto, só deve ocorrer quando os dois elementos do casal se sentirem preparados para o fazer; para facilitar, recomenda-se, para além, do diálogo conjugal, o uso de gel hidrossolúvel; manteiga de cacau, creme ou gel contraceptivo para facilitar a lubrificação, antes do coito. Se existir dor vaginal, o companheiro pode ser orientado a introduzir um ou mais dedos limpos na vagina para ajudar a relaxar e a identificar possíveis áreas de desconforto. Uma posição em que controle a profundidade de inserção do pénis também é útil; lado-a-lado ou com a mulher por cima, pode ser mais confortável. As reações fisiológicas à estimulação sexual nos primeiros três meses após o parto, podem ser mais lentas e menos intensas e o orgasmo ter menor intensidade.

4 - Organização da vida familiar e cuidados ao bebé: logo que possível, o bebé deve dormir no seu próprio quarto, a sua presença pode influenciar o ato sexual, porque os pais podem preocupar-se com a hipótese de o bebé ouvir os seus movimentos e qualquer fase do ciclo da resposta sexual pode ser interrompida por ouvir o bebé chorar ou movimentar-se, deixando os pais frustrados e insatisfeitos. É importante a partilha de tarefas parentais e domésticas, pois a quantidade de energia física e psicológica despendida pela mulher nos cuidados diários à criança podem fazer com que se sinta demasiado cansada. Os recém-nascidos exigem uma grande quantidade de atenção e tempo, o que pode diminuir a disposição física e psicológica da mãe para a relação sexual.

5 - Contraceção segura: a mulher/casal deve receber informação sobre a contraceção, para que possam decidir o método mais adequado e esclarecer receios ou mitos, que possam impedir a disponibilidade psicológica para a relação coital. Devem ser informados sobre a consulta do puerpério (entre a 4ª e a 6ª semana após o parto), para avaliar a evolução/recuperação do organismo da mulher e esclarecer eventuais dúvidas.

Todas as ações de enfermagem devem ser direcionadas no sentido de auxiliar a mulher e seu companheiro durante a transição inicial para o reinício da vivência da sexualidade e para a transição para a maternidade-paternidade. O que implica ajudar a puérpera a retornar à sua vida com plena vitalidade, capacitá-la a prestar cuidados ao recém-nascido, mas também a si própria. Estas ações irão contribuir para que a mulher possa estar mais disponível para a vivência da sexualidade. Os serviços de saúde devem privilegiar a qualidade e a humanização, (Belentani, Marcon e Pelloso, 2011) sendo os cuidados de enfermagem realizados com a mulher/casal e não apenas para a mulher/casal.

Sintetizando pode-se dizer que uma vida sexual salutar e satisfatória é identificada como parte integrante do bem-estar e da felicidade em geral. A qualidade, quantidade e características da atividade sexual deve ser considerada sadia, quando satisfaz quem nela participa. Deve ser objeto de atenção terapêutica, quando proporciona insatisfação, sofrimento e frustração, no momento do ato sexual, antes ou depois, tornando os envolvidos infelizes (Alves, 2008).

Após o enquadramento teórico apresenta-se o capítulo II onde será descrita toda a metodologia utilizada para a realização do estudo, pretendendo tornar mais clara e objetiva a investigação empírica

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

O enquadramento teórico permitiu a aquisição de conhecimentos globais que possibilitou orientar a pesquisa sobre a sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho. Na metodologia pretende-se utilizar “um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2003, p.372); ou seja, procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas (Polit, Hungler e Beck, 2004), com as quais se pretende sistematizar os procedimentos adotados durante as várias etapas do estudo. Definido o objeto de estudo - Vivência da sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho e os objetivos a atingir (especificados nas próximas páginas), justificar-se-á seguidamente a metodologia selecionada para a investigação empírica: o tipo de estudo, as participantes, o método de colheita e análise de dados e todos os procedimentos formais e éticos que sustentaram a investigação empírica.

1 - OPÇÃO METODOLÓGICA

Pretendendo-se estudar a sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho fazendo emergir a realidade das participantes, o objetivo principal deste estudo incidiu na identificação das vivências da sexualidade e dos fatores condicionantes do bem-estar sexual das mulheres. Assim, optou-se por uma metodologia qualitativa com uma abordagem fenomenológica interpretativa de acordo com o método de Colaizzi (1978), visto que a investigação qualitativa visa a compreensão do significado do fenómeno em estudo, recolhendo a perspetiva única dos indivíduos (Ribeiro, 2008). Tendo por objetivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais e colhendo os dados que sobressaem espontaneamente, este tipo de investigação assume e defende a forte ligação entre os dados da investigação com as circunstâncias da sua produção.

Entendeu-se que para estudar a sexualidade no pós-parto é necessário um método onde “o investigador não se coloca como perito” (Fortin, 2003), pois considera-se necessário a proximidade e a interação, o contacto face a face com os participantes de modo a obter uma ideia aprofundada daquilo que as participantes pensam, sentem, e experienciam dos acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2008).

A investigação qualitativa apresenta várias características, das quais se destacam: os resultados são linguísticos e não numéricos; a empatia com os participantes é uma das estratégias de metodologia; os dados são interpretados de acordo com o contexto do estudo; e o *empowerment* dos participantes é tido em conta (Stiles, 1993). Este mesmo autor refere que o tipo de investigação em questão procura dar descrições e interpretações comprovadas e profundas sobre os fenómenos de estudo. Como decorrem em ambiente natural, procuram estar menos constrangidas por teorias previamente determinadas e as conclusões têm por base dados indutivos. Trata-se de abordagens baseadas na exploração e não tanto de abordagens de confirmação, que são mais “descritivas e compreensivas do que explicativas, mais interpretativas do que nomotéticas” (Giorgi e Sousa 2010, p.105).

1.1 - A FENOMENOLOGIA

Entre as diferentes abordagens qualitativas, optou-se por uma abordagem fenomenológica, porque permite estudar as experiências vividas e usa a percepção da estrutura do fenómeno, da essência e do contexto da experiência subjetiva do indivíduo (Ribeiro, 2008).

O método fenomenológico é normalmente usado pelo investigador na procura da compreensão do significado de alguns fenómenos vivenciados pelas pessoas em determinadas situações, sobre os quais existe pouca literatura, documentação e carecem de ser descritos com maior profundidade (Ponte, 2009). De acordo com Sterubert e Carpenter (2002, p.55) a fenomenologia é “uma investigação rigorosa, crítica e sistemática de um fenómeno”, cujo objetivo consiste em explorar as experiências vividas pelos participantes e descobrir como foi ou é vivida essa experiência. Conclui-se que este método permite ainda contribuir para o conhecimento dos significados que cada pessoa atribuiu à experiência que viveu numa determinada situação, ou seja, através da fenomenologia é possível conhecer o universo mais profundo da vivência humana.

A opção por esta metodologia prende-se com o fato da investigação abordar o estudo das experiências no domínio da sexualidade vividas pelas participantes após o nascimento do primeiro filho. Como refere Queiroz (2001) pretende-se compreender e interpretar essas experiências, usando as falas das participantes e procurando descobrir os múltiplos modos da vivência da sexualidade após o parto.

Para identificar as vivências da sexualidade após o parto e identificar os fatores condicionantes, na perspetiva de cada mulher, foi necessária a aproximação das participantes, tentando compreender o seu mundo e dando-lhes sentido. Face a todo o descrito, optou-se por utilizar uma metodologia qualitativa com uma abordagem fenomenológica interpretativa de acordo com o método de Colaizzi (1978).

1.2 - PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

O enquadramento teórico anteriormente realizado permitiu verificar que a sexualidade nas mulheres após o nascimento do primeiro filho tem sido pouco estudada, concretamente em Portugal. Verificou-se que podem surgir múltiplos fatores que influenciam a vivência e o bem-estar sexual.

É neste contexto que se definiu como problema da investigação deste estudo:

Quais são os fatores que condicionam o bem-estar sexual da mulher após o nascimento do primeiro filho?

Selecionou-se para este estudo as seguintes questões de partida:

- Quais as concepções de sexualidade e a importância do bem-estar sexual das mulheres, para o seu bem-estar pessoal e conjugal?
- Quais as dimensões da sexualidade que as mulheres mais valorizam?
- Quais as mudanças ocorridas na vivência da sexualidade das mulheres, após o nascimento do primeiro filho?
- Quais os fatores que condicionam o bem-estar sexual das mulheres após o nascimento do primeiro filho?
- Quais as intervenções de enfermagem que permitem promoverem o bem-estar sexual das mulheres após o nascimento do primeiro filho?

1.3 - OBJETIVOS

Tendo presente o problema de investigação e as questões de partida, procurou-se com este estudo atingir os seguintes objetivos:

- Conhecer as concepções de sexualidade e a importância do bem-estar sexual das mulheres, para o bem-estar pessoal e conjugal;
- Identificar as dimensões da sexualidade mais valorizadas pelas mulheres;
- Conhecer as mudanças ocorridas na vivência da sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho;
- Identificar os fatores condicionantes do bem-estar sexual das mulheres após o nascimento do primeiro filho;
- Identificar as intervenções de enfermagem, que permitam promover o bem-estar sexual das mulheres após o nascimento do primeiro filho.

O conhecimento obtido com o presente estudo pode contribuir para que os profissionais de saúde/enfermeiros disponham de conhecimentos científicos capazes de suportar práticas de intervenção mais globais, promovendo a saúde e o bem-estar, não só das mulheres, mas também dos casais após o nascimento dos seus filhos. Sabendo-se da importância do bem-estar sexual para a saúde em geral, procurou-se trazer conhecimento que sustente práticas de cuidados de enfermagem que beneficiem a saúde das mulheres, dos casais, da família e da comunidade em geral,

promovendo o desenvolvimento do seu potencial para uma vida saudável, digna e feliz.

1.4 - PARTICIPANTES NO ESTUDO

As mulheres selecionadas foram designadas por “participantes” ou “informantes”, termos escolhidos porque espelham o envolvimento ativo e pertinente de cada uma, permitindo uma melhor compreensão das suas vivências (Streubert e Carpenter, 2002, p.25).

Crítérios de inclusão

As participantes selecionadas tiveram que satisfazer os seguintes critérios de inclusão, à data da entrevista:

- Ser primípara;
- Ter vivido a experiência do nascimento, num período que oscilasse entre os 6 e os 18 meses inclusive;
- Ter mantido durante e após a gravidez o mesmo parceiro sexual;
- Ter assinado o consentimento livre e esclarecido para a realização da entrevista;
- Ter aptidão para expressar e transmitir as suas vivências, sentimentos e emoções.

A seleção de mulheres primíparas justifica-se pelo facto de não possuírem experiências/vivências de sexualidade de partos anteriores. O período do pós-parto escolhido compreende os 6 e os 18 meses inclusive, porque é neste período que a maioria dos casais já retomou a vivência da sua sexualidade, já recomeçou atividade profissional e provavelmente já realizaram algumas adaptações. As participantes poderão referir os fatores que condicionaram todo o processo, quer se tenham assumido como facilitadores, quer como dificultadores

As participantes foram selecionadas pela facilidade de acesso e pelo fato de possuírem aptidão para descreverem as suas vivências, ou seja, realizou-se uma amostragem por conveniência (Flick, 2005). Inicialmente a seleção foi realizada em duas creches de Condeixa-a-Nova, porque atendendo à residência da investigadora era mais fácil esse acesso e ainda pelo conhecimento dos responsáveis pela direção das referidas instituições. No entanto, devido à baixa lotação das creches, existiam poucas mulheres com os critérios de inclusão pretendidos. Foi então necessário reiniciar-se a seleção de outras mulheres através da técnica de “bola de-neve”

(snowball technique) ou rede social (Patton, 1990) que permite que, a partir de algumas participantes já conhecidas, se identifiquem outras, através de referências feitas por pessoas que partilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa. As primeiras indicavam as seguintes e assim sucessivamente, fazendo com que o número de participantes crescesse como uma bola de neve (Biernacki e Walford, 1981; Carmo & Ferreira, 1998).

Historicamente, este método tem sido amplamente utilizado em estudos qualitativos, em populações que requerem o conhecimento de pessoas que possam localizar indivíduos de interesse para a investigação. Adotou-se esta técnica por se considerar a mais adequada devido à sensibilidade da temática em causa e por se verificar alguma dificuldade no acesso às participantes (Ramiro e Matos, 2008).

Assim, na sequência de contactos pessoais da investigadora no concelho de Penela, foi identificada uma mulher que preenchia os critérios de inclusão e que aceitou participar voluntariamente no estudo. No fim da entrevista, foi-lhe solicitado que indicasse nomes e contactos de outras mulheres possíveis de integrar o estudo. Cada mulher indicada foi contactada, informada de quem a indicou e convidada a participar no estudo, como sugere Miaso (2007). Este procedimento repetiu-se até se obter um número de participantes consideradas suficientes, ou seja, quando se atingiu a saturação dos dados.

Tal como menciona Morse (in Streubert e Carpenter, 2002), a saturação refere-se à repetição de informação descoberta e à confirmação de dados colhidos. De acordo com Mayan (in Duarte, 2005), o conceito de saturação implica que a colheita de dados continue até que as informações comecem a repetir-se e sejam adequadas aos objetivos propostos. Entrevistaram-se tantas mulheres quantas as que foram consideradas necessárias para se obter a saturação de dados.

1.5 - COLHEITA DE DADOS

De acordo com os objetivos do estudo, selecionou-se a entrevista como instrumento de recolha de dados. Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 134), esta representa um instrumento básico que possibilita "recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo". Para isso, foi solicitado às participantes que expressassem as suas significações em torno das questões propostas e partilhassem as suas vivências, elucidativas das suas perceções, experiências e emoções.

Tendo em consideração que se pretendem conhecer os fatores que condicionam o bem-estar sexual após o nascimento do primeiro filho, tentou-se conduzir as entrevistas “(...) para a compreensão plena das experiências e fornecer uma visão da realidade” (Streubert e Carpenter, 2002, p.18).

Perante a possibilidade das variantes passíveis de serem utilizadas, recorreu-se à entrevista semiestruturada pelo fato de existir uma série de perguntas-guia, relativamente abertas em que a investigadora se esforçou principalmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos, cada vez que a entrevistada se afastava deles (Quivy e Campenhoudt, 1998). Assim, para uma boa condução da entrevista, elaborou-se um guião onde se procurou contemplar os aspetos fundamentais para se alcançarem os objetivos que haviam sido definidos. O guião é composto por dois blocos: o primeiro com as questões relativas à caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes e o segundo com as várias questões da investigação e as respetivas questões de aprofundamento.

Pretendeu-se ainda colocar no guião da entrevista algumas considerações prévias: a apresentação da entrevistadora, os objetivos do trabalho, o motivo pelo qual foram selecionadas para a entrevista e a importância da sua participação para o estudo, assim como a importância da gravação da entrevista. No decorrer da mesma, percebeu-se que estes procedimentos foram um investimento para se obter a garantia da disponibilidade física e psicológica de cada participante, tal como refere Carmo e Ferreira (1998).

Na elaboração do guião, foram ainda tidas em conta a ordem como se colocaram as perguntas, de modo a que as mais sensíveis, fossem colocadas no fim da entrevista, altura em que já existia um clima de maior confiança e um maior à-vontade com a entrevistadora, para que a mulher (participante) partilhasse as suas vivências. Para finalizar a entrevista, foi colocada uma questão aberta, possibilitando uma resposta livre e pessoal e assim criar oportunidade para as participantes acrescentarem informações que julgassem necessárias e pertinentes, enriquecendo o conteúdo do estudo.

Na pretensão de validar a acessibilidade da linguagem, a objetividade e a perceção das questões com vista aos objetivos do estudo, procedeu-se à realização de uma entrevista piloto a uma mulher que reunia as condições necessárias para integrar o estudo. Esta serviu para treinar o uso do gravador, que foi o meio utilizado para o registo das entrevistas e para o desenvolvimento de competências em relação à técnica da entrevista, nomeadamente como e quando colocar novas questões no sentido de clarificar e validar os aspetos da mesma, tal como sugere Junqueira (2008).

Após a audição e transcrição da entrevista verificou-se a necessidade de introduzir pequenas adaptações na forma de colocar algumas questões e consequentemente elaborou-se a versão definitiva do guião da entrevista (Apêndice I).

As entrevistas decorreram entre abril e agosto de 2011, de acordo com a disponibilidade apresentada por cada participante, no total de doze entrevistas, todas realizadas pela investigadora. Procurou-se centrar a entrevista na exploração da experiência vivida, indo além de uma mera troca de perguntas e respostas, pressupondo-se uma relação entre informante e entrevistadora de modo a que existisse reflexão, clarificação, pedido de exemplos e descrições e mostrando-se a investigadora autenticamente interessada pela história da participante (Loureiro, 2006). A duração das entrevistas oscilou entre os 35 e os 65 minutos, sendo a média de 55 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio. Houve especial preocupação de informar as participantes da gravação e explicada a sua pertinência para que não se sentissem constrangidas. Foi igualmente assegurado que haveria total confidencialidade, desde o tratamento de dados à sua posterior divulgação. Esclareceu-se ainda que só a investigadora teria acesso à audição e à transcrição integral das entrevistas e seriam utilizados códigos na transcrição das mesmas, assim como todo o processo iria ser apenas utilizado no âmbito académico, sendo que a orientadora também tido acesso às transcrições de forma a poder orientar e validar análise dos dados.

Procurando-se que as participantes estivessem confortáveis, de modo a ser mais fácil revelarem a informação que se procurava (Streubert e Carpenter, 2002). Ainda a este respeito diz Britten (2005) que o ambiente de uma entrevista pode influenciar o seu conteúdo e, por conseguinte, é essencial que esta seja realizada de acordo com a conveniência do entrevistado, ou seja, se a pessoa conhecer bem o local da entrevista irá sentir-se mais à-vontade. Assim, foi dada total liberdade às participantes para selecionarem o local e o horário onde pretendiam realizar a entrevista, de forma a causar-lhes menos transtorno na sua vida pessoal e familiar e para que pudessem escolher um local onde cada uma se sentisse integrada e confortável, sabendo que facilitaria a partilha das suas experiências e vivências com a investigadora.

As entrevistas decorreram essencialmente ao final da tarde e, na maioria (oito) dos casos, nas suas próprias casas, duas no local de trabalho das mesmas e ainda duas das participantes preferiram deslocar-se a casa da investigadora no horário mais conveniente e após marcação prévia. Procurou-se adequar cada local o melhor possível às condições ideais de um local próprio para a entrevista, ou seja, tentou-se isolar ao máximo os ruídos para não haver distrações, isolar o espaço (com o fecho

das portas) para que houvesse total privacidade e para que, deste modo, a participante não se sentisse coagida pela possibilidade de ser interrompida por algum familiar, sendo este um dos principais inconvenientes da realização de entrevistas num local familiar à participante. Em alguns casos não foi possível evitar a presença do bebé, o que por vezes perturbou a entrevista, ainda que de forma pouco significativa.

Sendo esta a primeira experiência de investigação qualitativa da autora com recurso a entrevista, foram sentidas algumas dificuldades, principalmente no que concerne à exploração de novas questões no decurso da entrevista, ao nível da comunicação e da expressão oral, o uso de outra informação por parte das participantes, bem como a presença de ruídos. Foi necessária concentração redobrada para não permitir o afastamento dos objetivos do estudo e a utilização de várias estratégias de comunicação como a reformulação das questões, o recurso a perguntas de aprofundamento (mais objetivas) e a adequação da linguagem ao nível cultural, linguístico e social de cada participante.

Durante as entrevistas, houve a preocupação de possibilitar às participantes a liberdade e espontaneidade necessárias para se criar uma interação capaz de desenvolver uma atmosfera facilitadora entre a investigadora e a participante.

Foi também uma preocupação não usar uma terminologia demasiado técnico-científica, nem afirmações diretivas, de modo a recolherem-se expressões espontâneas entre as participantes. Havendo necessidade de gerir os momentos de silêncio, facilitando o decorrer da entrevista e respeitando os sentimentos de cada participante. O saber escutar foi uma constante ao longo das entrevistas, pois algumas vezes foi necessário dar tempo à participante para se exprimir espontaneamente, usando por vezes técnicas de reforço, ou “perguntas de aquecimento” e ainda expressões como “estou a ver...” e também a repetição parcial das respostas ou a reformulação das perguntas, como é referido por (Carmo & Ferreira, 1998, p. 136).

Notou-se também alguma relutância e dificuldade em verbalizar os sentimentos e as vivências, por parte das participantes, por se tratar de uma temática de cariz pessoal e íntimo, muitas vezes ainda tabu, independentemente do nível social, cultural, profissional e académico de cada uma. No entanto, com o decorrer das entrevistas e da literatura pesquisada (por parte da investigadora), foram adquiridas e aperfeiçoadas as capacidades de expressão e de comunicação, o que diminuiu o grau de dificuldade e fez das entrevistas bons momentos de aprendizagem.

Uma das formas de minimizar as pequenas dificuldades incidiu sobre o fato da transcrição das entrevistas em *verbatim*, ser feita sempre que possível, no mesmo dia em que a entrevista ocorreu, de modo a preservar o conteúdo da narrativa gerada, o

registo das observações sobre o comportamento não-verbal de cada participante de forma a conseguir contextualizá-la no ambiente envolvente. Conseguiu-se assim preservar todos os dados recolhidos de forma a poder realizar uma análise o mais fiável e objetiva possível. Estes procedimentos permitiram também enriquecer/maximizar as informações sobre a entrevista.

A transcrição de todas as entrevistas realizou-se para o processador de texto em *word*, com o registo integral dos conteúdos expressos, incluindo tempos de pausa e expressão de sentimentos (*i.e.* rir). Nenhuma expressão das participantes foi alterada ou corrigida no momento do registo, pela investigadora. Após cada transcrição, foi realizada a sua leitura e ouvida novamente a gravação áudio, de forma a confrontar o que tinha sido lido com o que foi transcrito, tendo como objetivo clarificar algo que pudesse ter ficado menos explícito e perceber as ideias principais de cada uma delas. A cada participante foi atribuído um nome fictício, acompanhado da idade real e o número correspondente à ordem da realização da entrevista. A decisão de atribuir um nome fictício e não apenas um número deveu-se ao fato de se considerar que se torna menos impessoal ao falar de cada participante, do que apenas representá-la por um número. Desta forma, o código 6-Fátima (26A), por exemplo, corresponde à sexta mulher a ser entrevistada, que possui 26 anos de idade. O número da entrevista foi somente usado durante as primeiras fases da análise dos dados. Na apresentação foi apenas referido o nome fictício e a idade, onde o A representa a palavra anos.

1.6 - PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

Uma investigação efetuada com seres humanos e que implique a participação destes levanta sempre questões éticas muito importantes sobre as quais importa refletir. Qualquer que seja a natureza da investigação, devem ser respeitados e servir de elementos orientadores os princípios éticos, como o princípio da autonomia, da justiça, da beneficência e da não-maleficência (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Tendo consciência que, ao realizar este estudo, se entrou na privacidade de cada participante, teve-se como intenção agir com o maior respeito com cada uma, mostrando compreensão, disponibilidade, ausência de perceções e preconceitos pessoais e culturais. Assim, procurou-se salvaguardar sempre os princípios éticos e legais para se discernirem os atos que se pusessem em prática, de modo a "...balizar os limites da ação" (Martins, 2008, p. 64).

Para garantir e salvaguardar os princípios éticos, foi pedida a apreciação do projeto na Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

(UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), que deu parecer favorável (Nº 33-05/2011) para a realização do estudo (Anexo I).

No que diz respeito aos procedimentos legais, foram contactadas duas creches do concelho de Condeixa-a-Nova e foi apresentado um pedido escrito formal, endereçado às respetivas direções, solicitando autorização para aceder aos contactos das possíveis participantes. A resposta afirmativa das direções das instituições, para poder aceder aos contactos das participantes, foi entregue por escrito e em mão à investigadora (Apêndice II). Seguidamente, após um diálogo informal com um elemento de cada direção, foi entregue às possíveis participantes o pedido de autorização de contacto telefónico, cuja resposta foi afirmativa. De seguida, a investigadora contactou-as por telefone, esclarecendo algumas dúvidas e marcou a data e o local da entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada uma das partes. No dia da entrevista foi entregue e assinado o consentimento livre e esclarecido para a sua realização e respetiva gravação (Apêndice III); processo em todo semelhante ao realizado com as participantes selecionadas pela técnica da “bola de neve”, (ver subcapítulo 1.4 – participantes no estudo).

Foi uma preocupação constante procurar salvaguardar os direitos fundamentais das pessoas, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e à proteção contra o desconforto e o prejuízo. Tal como defendido por Polit, Beck e Hungler (2004), pretendeu-se que as participantes tivessem conhecimento das informações apropriadas relativas à investigação para poderem decidir a participação livre e voluntária.

No que se refere ao princípio da não maleficência, procurou-se que o estudo não causasse qualquer prejuízo às participantes. Para isso, pretendeu-se que somente partilhassem aquilo que desejassem, de forma a não se sentirem incomodadas em qualquer situação. Este princípio foi também salvaguardado sabendo que não há benefícios diretos para estas mulheres, mas os conhecimentos obtidos poderão tornar-se benefícios para outras mulheres.

De acordo com o sugerido pela UICISA-E da ESENfC todo o material áudio utilizado nas gravações foi destruído após transcrição e codificação das entrevistas.

O princípio da autonomia foi apoiado pela assinatura do termo de consentimento livre e informado (Apêndice III) para a realização da entrevista gravada, onde foram fornecidos a cada participante os objetivos, os conteúdos e as formas de participação no estudo através de uma linguagem acessível, permitindo-lhes decidir livremente e com conhecimento de causa. Foi também explicado a todas as participantes que teriam total liberdade para decidirem se queriam ou não participar no estudo ou

interromper a sua colaboração em qualquer fase da entrevista, sendo ainda informadas que a investigadora estaria disponível para o esclarecimento de dúvidas, ao longo de toda a colheita de dados.

Foram respeitados os princípios da beneficência e da justiça ao informar as participantes da garantia de confidencialidade e do anonimato de todos os dados que partilhassem com a investigadora e acerca da utilização de pseudónimos na publicação dos testemunhos.

1.7 - ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) a análise de dados tem como finalidade organizar, proporcionar estruturar e extrair o significado dos dados da pesquisa. Tendo sempre presente a preocupação de obter rigor na forma como se faria a análise dos dados colhidos, foi necessário primeiramente decidir sobre a forma de proceder. Os autores citados referem a necessidade de existirem normas para a análise e apresentação dos dados qualitativos, caso contrário tornar-se-ia difícil a apresentação dos resultados relativamente à sua validade. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) encontraram-se como métodos mais usados em enfermagem, para análise de informação para a fenomenologia, os métodos de Van Kaam (1966), Colaizzi (1978) e Giorgi (1985). Todos estes métodos têm como finalidade a descrição do significado de uma experiência através do reconhecimento dos temas essenciais.

Recorreu-se à técnica de análise de dados, seguindo as etapas processuais da metodologia de Colaizzi (1978). Considerou-se este método como o que melhor se adequa à presente investigação, pois pressupôs-se que as descrições das experiências vividas das participantes já foram recolhidas e transpostas de forma escrita. Este método pressupõe também o regresso às participantes para validação da análise dos dados.

O método é enumerado em sete etapas, conforme referem Colaizzi (1978, in Sanders, 2003), Streubert e Carpenter (2002) e Queirós (2001), de seguida apresenta-se as etapas propostas e a forma como foram desenvolvidas no processo de análise, usando quadros exemplificativos das etapas.

1 - "Acquiring a Sense of Each Transcript" - Nesta etapa, o investigador deve ler as descrições das participantes para poder compreender as suas ideias e obter uma visão geral do fenómeno, por isso foi feita a leitura integral de todas as entrevistas, processo já descrito e explicado no capítulo anterior. A título exemplificativo apresenta-se a transcrição integral de uma entrevista (Apêndice IV).

2 - "Extracting Significant Statements" - Nesta etapa, o investigador deve procurar extrair frases significativas que digam diretamente respeito ao fenômeno estudado; conhecido como "Extração de assertivas significativas". Para o conseguirmos, após nova leitura das entrevistas, foram sublinhadas todas as frases consideradas significativas e relacionadas com o objetivo em estudo: a sexualidade e respetivos fatores condicionantes. As frases/assertivas foram depois extraídas, obtendo-se assim uma listagem das assertivas significativas de cada entrevista. A título de exemplo apresenta-se no quadro 1 algumas das assertivas significativas da entrevista nº2, (no Apêndice V encontram-se as restantes).

Quadro 1 - Exemplo das assertivas significativas da entrevista nº 2.

"Sexualidade é um relacionamento que faz parte, neste caso, da vivência do casal".
"(...) Calor, o palpitar, suores, evolui até atingir o orgasmo".
"(...) o bem-estar sexual é importante para a vida do casal.
"Depois do parto foi difícil e doloroso porque o corte foi muito grande, (...) parecia que estava...virgem outra vez. E nas primeiras vezes, o receio e o medo de não ter prazer era grande. E esse receio também causava dor."
"Superei (...) calma, ajuda do meu marido, atenção do meu marido, com muito carinho e algum relaxamento, porque o psicológico também ajuda muito (risos)".
"(...) os horários da amamentação que influenciavam na nossa vivência da sexualidade."
"Explorei a informação, e a internet é uma amiga muito jeitosa (risos)."
"(...) Acho que falta qualquer coisa, (...) não consigo dizer concretamente o quê (...) e os receios e as dúvidas... e depois não saber a quem perguntar. (...) como existem as aulas antes do parto também devia existir algo depois do parto (...)."
"Muito diálogo com o companheiro..." (Rosa, 32 anos).

3 - "Formulation of Meanings" - nesta etapa, o investigador tenta colocar em palavras o sentido de cada assertiva significativa. Colaizzi adverte que esta etapa encerra um momento criativo, pois é preciso passar daquilo que as participantes dizem para o seu significado. Assim, foi elaborado um quadro, onde uma das colunas contem as assertivas significativas e na outra coluna paralela foi colocado em palavras o sentido de cada uma, ou seja, sem usar as palavras textuais do *verbatim* das participantes, foi descrito o seu significado. Dando continuidade à etapa anterior, o quadro 2 representa uma pequena parte da formulação de sentidos da entrevista nº 2 (as restantes são apresentadas no Apêndice VI).

Quadro 2 - Exemplo da formulação de sentidos da entrevista nº 2

Assertiva Significativa	Formulação de Sentidos
<i>"Sexualidade é um relacionamento, que faz parte neste caso da vivência do casal". "(...) o bem-estar sexual é importante para a vida do casal."</i>	A sexualidade é uma parte importante da vida do casal e do bem-estar conjugal.
<i>"(...) Calor, o palpitar, suores, evolui até atingir o orgasmo".</i>	Respostas físicas prévias ao orgasmo.
<i>"Muito diálogo com o companheiro".</i>	É importante o diálogo entre o casal
<i>"Depois do parto foi difícil e doloroso, porque, o corte foi muito grande, (...) parecia que estava...virgem outra vez. (...) receio e medo de não ter prazer, era grande. E esse receio também causava dor".</i>	O reinício da atividade coital foi doloroso – dispareunia, diminuição do prazer. Muito receio / medo de não ter prazer que causava dor.
<i>"Os horários da amamentação que influenciavam na nossa vivência da sexualidade".</i>	Os horários do bebê e a amamentação alteraram a relação sexual do casal.
<i>"Explorei a informação, e a internet é uma amiga muito jeitosa, (risos)".</i>	Procurou informação online.
<i>"(...) Acho que falta qualquer coisa, (...) não consigo dizer concretamente o quê (...) e os receios e as dúvidas... e depois não saber a quem perguntar. (...) como existem as aulas antes do parto também devia existir algo depois do parto(...)". (Rosa, 32 anos)</i>	Refere falta de resposta / ajuda dos serviços de saúde no período pós-parto. Sugere continuidade dos cuidados oferecidos antes da gravidez.

4 - "Organising formulated meanings into clusters of temas" - Nesta etapa, o investigador deve começar a "organizar os sentidos formulados em conjuntos de temas e subtemas", que foram posteriormente testados com os discursos originais de forma a validá-los. Para o conseguir, após ter sido realizada a formulação dos sentidos para todas as entrevistas, começou-se a organizá-los e a agrupá-los em conjuntos de temas e subtemas, a maioria convergentes com os objetivos do trabalho. O quadro 3 exemplifica a forma como se desenvolveu este processo no tema "fatores dificultadores pessoais". Os quadros com os restantes temas e subtemas são apresentados no Apêndice VII.

Quadro 3 - Exemplo de organização dos sentidos formulados em temas e subtemas

Tema: Fatores Dificultadores Pessoais	
Subtemas	Assertiva Significativa
Falta ou Diminuição do desejo	<i>"(...) Não sentia desejo". (Bianca, 36 anos)</i> <i>"Não tenho quase apetite sexual, quase nenhum, nem é coisa que me passe pela cabeça. (...) a minha vontade sexual reduziu muito". (Nádia, 26 anos)</i> <i>"Houve uma diminuição do apetite sexual, (...)". (Sara, 27 anos)</i>
Diminuição da atividade sexual	<i>"O número de vezes de atividade sexual, diga-se é menor (...)". (Catarina, 26 anos)</i>
Diminuição do prazer	<i>"(...) Ainda não sinto o mesmo prazer". (Bianca, 36 anos)</i> <i>"(...) O prazer não foi o mesmo". (Nádia, 26 anos)</i> <i>"(...) E não foi muito agradável na penetração em si". (Paula, 29 anos)</i>
Desconforto e dor provocada pela perineotomia / perineorrafia	<i>"Foi difícil e doloroso o corte foi muito grande." (Rosa, 32 anos)</i> <i>"(...) na zona da costura, (...) e doía". (Guida, 34 anos)</i> <i>"(...) Com mais cuidado, até porque tinha agrafos (...) foi difícil retomar a atividade sexual (...)". (Fátima, 26 anos)</i> <i>"(...) Senti um bocadinho dores, mas já estava á espera, levei pontos" (Paula, 29 anos)</i>

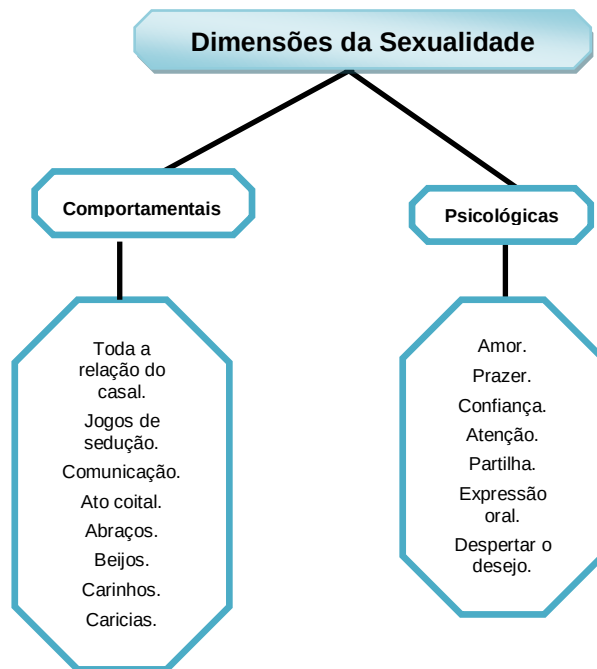
5 - "Exhaustively describing the investigated phenomenon" - Nesta etapa, deve ser realizada uma "descrição exaustiva do fenômeno", com todos os resultados obtidos. Para cada tema e consequentemente subtemas, elaborou-se um quadro com a respectiva descrição exaustiva. Como exemplo apresenta-se a descrição exaustiva dos fatores facilitadores ambientais, (os restantes são apresentados no Apêndice VIII).

Quadro 4 - Exemplo da descrição exaustiva dos fatores facilitadores ambientais

Subtemas	Tema: Fatores facilitadores ambientais	
	Assertiva significativa	Descrição exaustiva
Conjugal		
Maior valorização da relação do casal.	<i>"O meu marido continua-me a procurar, (...), influencia o bem-estar e esse amor e essa cumplicidade. (...) cumplicidade essa compreensão por parte a parte, ele cada vez mais ativo no seio familiar, nas tarefas (...) é uma demonstração de amor".</i> (Guida, 34 anos)	A participante relata que todas atividades em casal são importantes e que aumentaram a valorização da relação conjugal.
Aprofundamento do diálogo com companheiro	<i>"(...) Porque não era algo que simplesmente queríamos fazer, não, nós conversávamos muito abertamente e os dias iam passando e foi algo que foi natural...normalmente, iniciamos a...nossa vida de casal mesmo, no sentido da sexualidade (...)".</i> (Dina, 33 anos) <i>"Ainda há pouco tempo, falamos sobre isso (a minha barriga ficou maior) e ele disse que gostava de mim como eu era, (...), mas agora já está tudo bem".</i> (Beatriz, 34 anos)	As participantes realçam a importância do diálogo, Dina refere que ela e companheiro conversaram muito sobre o que sentiam e isso facilitou o reinício da vivência da sexualidade. Também as outras participantes relatam que o diálogo com o companheiro facilitou as pequenas dificuldades da relação conjugal. Outra participante refere a sua inibição por ter a "barriga" maior após o parto, mas, após o diálogo com o marido, percebeu que ele continuava a gostar dela, apesar da "barriga estar um bocadinho maior".
Familiares		
Reorganização de horários. Novas prioridades. Adaptação das rotinas familiares.	<i>"Invertemos a situação e durante o dia, quando estamos os dois proporcionamos o momento, como o menino está lá na creche..."</i> (Dina, 33 anos)	Esta participante relata que tiveram necessidade de reorganizar os horários, realizam a atividade sexual quando o filho está na creche. Assim tem mais tempo para o casal, mais prazer e sentem o momento só deles. Refere que assim não alteram a frequência e atividade sexual. Outras participantes relatam também o fato de encontrarem estratégias para terem mais tempo para o casal, necessitaram de realizar adaptação das rotinas familiares e algumas alterações na gestão do tempo.
Comunitários		
Informação dos profissionais	<i>"(...) fui aconselhada a pôr vaselina, o que ajudou muito".</i> (Beatriz, 34 anos) <i>"(...) as enfermeiras do meu Centro de Saúde. As intervenções dos profissionais de enfermagem são muito importantes e comigo têm feito um ótimo trabalho (...)".</i> (Catarina, 26 anos)	Estas participantes referem que foi importante a informação fornecida pelos profissionais de saúde: enfermeiro de família, enfermeiro especialista, médico de família, ginecologista.

6 - "Describing the fundamental structure of the phenomenon" - Nesta etapa, o investigador é aconselhado a reduzir a descrição exaustiva do fenômeno investigado a uma estrutura essencial, de forma a ser a mais inequívoca possível. Neste sentido, para cada um dos temas e subtemas, foram elaborados esquemas de forma a transmitir a sua estrutura essencial de forma simples e clara.

A título exemplificativo, apresenta-se a figura 1 com as dimensões comportamentais e psicológicas da sexualidade.

Figura 1 - As dimensões da sexualidade

7 - "Returning to the Participantes" - Nesta etapa, a sugestão incide na "Validação da análise dos dados", regressando a cada participante, através de uma entrevista simples e perguntando-lhe sobre a adequação dos resultados obtidos e se estes representam a sua experiência, devendo cada uma ler aquilo que a investigadora escreveu.

Dada a importância da validação dos dados, foi então realizado um segundo encontro com as participantes, após contacto telefónico prévio. No entanto, devido às limitações de tempo académico e à dificuldade de conciliar a disponibilidade de horários e a localização geográfica, entre algumas das participantes e a investigadora, só foi possível concretizar esta etapa final com cinco participantes. Estas entrevistas decorreram durante o mês de março de 2012. No início de cada entrevista, foi recordada a sua finalidade e reforçou-se o carácter de privacidade da mesma. Posteriormente foram apresentados alguns esquemas representativos da estrutura do fenómeno e respetiva explicação, tal como foi compreendido pela investigadora. Após

questionada cada participante, conclui-se que todas (cinco) se reviam nesta estrutura representativa das suas vivências da sexualidade após o parto.

Todas as etapas foram revistas, analisadas e ponderadas com a supervisão da orientadora deste trabalho.

Estratégias de validação

A investigação qualitativa é o modo adequado de gerar conhecimento científico válido, devendo, no entanto, haver critérios claros de monitorização e rigor de modo a avaliar a sua qualidade e evitando posições extremas (Giorgi e Sousa, 2010), sendo fundamental um processo de validação contínuo de todo o seu trajeto. O objetivo é apresentar com rigor as experiências das participantes no estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

Uma vez que vários autores definem critérios de validação, optou-se por seguir os critérios definidos por Lincol e Guba (in Polit, Hungler; Beck, 2004).

A credibilidade significa a confiança na verdade dos dados, com observação persistente sobre os aspetos relevantes do fenómeno. Foi sempre motivo de preocupação, desde a primeira abordagem às participantes até ao final de cada entrevista, motivar cada uma, com vista ao fornecimento de dados fidedignos.

A credibilidade “pode ser estabelecida levando a descrição exaustiva a cada participante e pedindo-lhe para verificar o rigor dos resultados” (Streubert e Carpenter, 2002, p.91). Neste sentido, estabeleceu-se a credibilidade dos resultados, realizando uma segunda entrevista individual com algumas das participantes, fornecendo-lhes a oportunidade de reverem a análise e interpretação dos dados e explicação dos resultados finais. Tal como já foi referido, todas as participantes contactadas reconheceram que as descrições refletiam as suas experiências, identificando-se na descrição e interpretação realizada pela investigadora.

A confiabilidade refere-se à estabilidade dos dados ao longo do tempo e em diferentes condições. Outra técnica relacionada com esta é a auditoria da investigação¹ que envolve a análise dos dados por um revisor externo. Concretamente neste estudo, a orientadora fez o acompanhamento de todo o processo de colheita de dados, leitura das transcrições das entrevistas e respectivo processo de análise.

A confirmação traduz a objetividade e a neutralidade dos dados, de forma que duas ou mais pessoas independentes concordem com a relevância ou significado dos dados, podendo também ser realizada uma auditoria e realizada uma segunda entrevista com

¹ A auditoria é a habilidade de outro investigador seguir o pensamento, as decisões e os métodos utilizados pelo investigador original” (Yonge e Stewin, 1988, citado por Streubert e Carpenter 2002, p.91).

as participantes, (descrita na análise de dados). A transferência significa que os dados podem ser transferidos para outros ambientes ou grupos. A investigadora tentou proporcionar dados descritivos suficientes no relatório de pesquisa para que a aplicação dos dados em outros contextos possa ser avaliada. Para o conseguir realizou-se também uma descrição minuciosa de todo o processo da investigação.

A transferibilidade dos resultados desta investigação para outros contextos semelhantes será possível se forem entrevistadas pessoas que viveram o mesmo fenómeno e que são capazes de o comunicar, tal como realizado neste estudo. Os resultados obtidos só são válidos para as mulheres que participaram no estudo, não sendo possível a sua extrapolação para outras populações, pelo fato de se tratar de uma amostragem por conveniência. Contudo, acredita-se que os resultados obtidos poderão ser válidos para outras mulheres em situações idênticas.

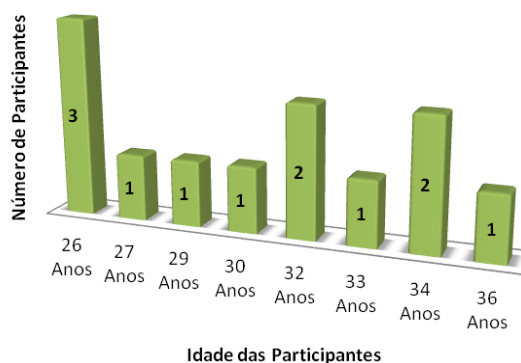
A intersubjetividade é outra forma de validação da análise, usando uma construção subjetiva e recorrendo a outro investigador para analisar os excertos representativos dos dados e da análise (Huberman, 1994). Para concretizar este critério, a professora orientadora analisou os excertos representativos dos dados para determinar se, na relação das assertivas significativas com os temas, haveria alguma distorção quer na sua identificação, quer no processo de categorização correspondente. Neste processo, não foram encontradas discordâncias, após se ter clarificado e explorado algum conteúdo que não estava *à priori* tão evidente.

1.8 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

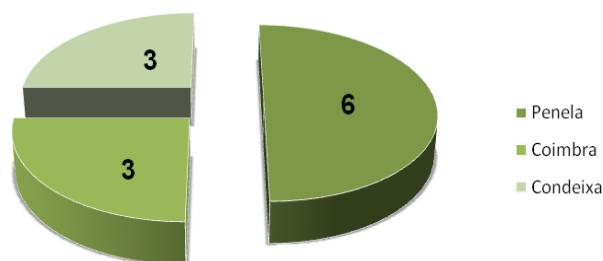
Por uma questão de organização da informação, após os critérios e procedimentos para a seleção das participantes, optou-se por apresentar a caracterização geral das participantes. Como já foi referido, a cada participante foi atribuído um nome fictício, salvaguardando assim a sua identidade e privacidade. Seguidamente apresenta-se a caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes.

Participaram no estudo doze mulheres, no que se refere à idade² como se pode observar no gráfico 1, à data da entrevista as participantes tinham idades compreendidas entre 26 e 36 anos, com predominância nos 26 anos (três participantes). A média de idades era de 30 anos.

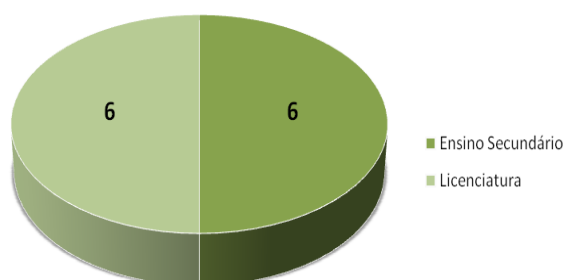
² Número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até ao momento de que se fala. (Dicionário de língua portuguesa, 2010).

Gráfico 1 - Idade das participantes

Todas as participantes são caucasianas. No que se refere à nacionalidade, dez (10) das participantes têm nacionalidade portuguesa e duas (2) de nacionalidade brasileira. Relativamente ao concelho de residência, como se pode observar no gráfico 2, três (3) das participantes vivem na cidade e nove (9) em concelhos limítrofes; destas, seis (6) residem no concelho de Penela e três (3) no concelho de Condeixa.

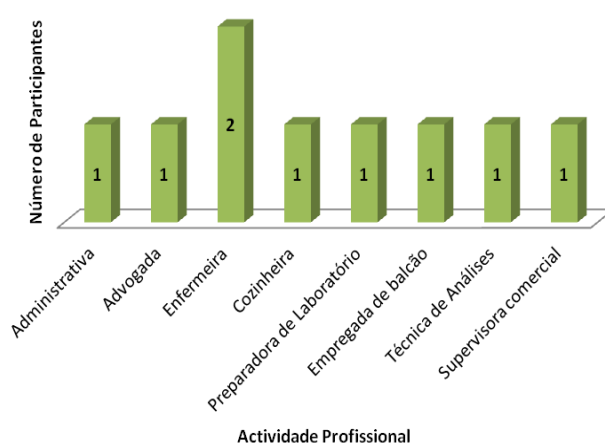
Gráfico 2 - Concelho de residência

Quanto à estrutura familiar, onze (11) participantes coabitam somente com o companheiro e o filho, enquanto uma (1) habita com os pais, companheiro e filha. No que se refere à situação conjugal nove (9) estavam casadas e três (3) viviam em união de facto. Na maioria das participantes (11) encontra-se a viver a primeira relação marital e uma (1) está a viver a segunda relação. O tempo de união de facto/casamento oscila entre os 2,4 e os 7 anos, sendo a média de 4,8 anos. No que diz respeito à religião, onze (11) eram católicas e uma (1) evangélica batista. No que se diz respeito às habilitações literárias, como se pode observar no gráfico 3, seis (6) possuem o ensino secundário, e as restantes seis (6) são licenciadas.

Gráfico 3 - Habilitações literárias

Relativamente à atividade profissional, a maioria das participantes, nove (9) desempenhavam atividades profissionais remuneradas, que incluíam diversas profissões, tais como: supervisora comercial, técnica de análises, empregada de balcão, preparadora de laboratório, cozinheira, enfermeiro, advogada e administrativa, como se pode visualizar no gráfico 4. No que diz respeito ao vínculo laboral, quatro (4) das participantes pertenciam ao quadro das respetivas empresas, quatro (4) têm contrato a termo certo e uma (1) era trabalhadora independente.

Duas (2) das participantes estavam desempregadas e uma (1) era estudante do ensino secundário.

Gráfico 4 - Atividade profissional

O reinício da atividade profissional oscilou entre o mês e meio (a mulher trabalhadora independente) e os seis meses após o parto. Quando as participantes retomaram a atividade profissional, dez (10) participantes referiram que, os filhos ficavam na creche, uma (1) recorria ajuda dos avós e uma (1) participante referiu que o bebé ficava alternadamente com a mãe e o pai.

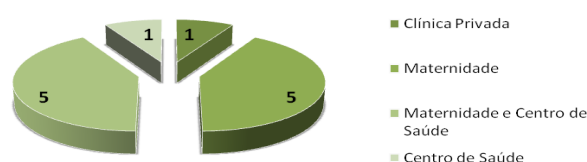
Relativamente ao apoio nos cuidados ao bebé e nas atividades domésticas sete (7) participantes não têm qualquer apoio e cinco (5) referiram ter o apoio dos avós.

Caracterização obstétrica

No que se refere à história obstétrica onze (11) participantes referiram que a sua gravidez tinha sido planeada e uma (1) que a sua gravidez não foi planeada. Relativamente ao número de gravidezes e ao número de partos, onze (11) participantes eram primigestas e primíparas e uma (1) teve um aborto espontâneo.

Todas as participantes fizeram vigilância da gravidez: cinco (5) das participantes em maternidade central e no centro de saúde, cinco (5) só em maternidade central, uma (1) só no centro de saúde e uma outra (1) em clínica privada, como se pode observar-se no gráfico 5.

Gráfico 5 - Local de vigilância da gravidez

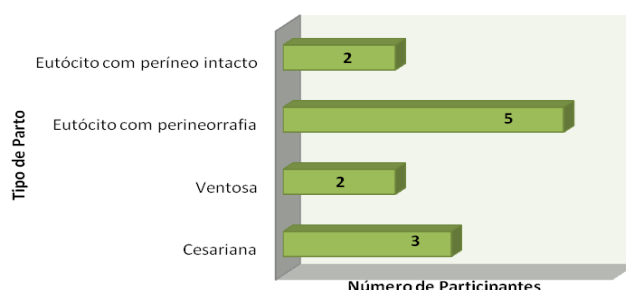


Todas as participantes realizaram o número de consultas previstas para a vigilância de uma gravidez de baixo risco (dez consultas). No que diz respeito às consultas de enfermagem, três (3) referiram que foram assistidas sempre pelo mesmo enfermeiro e oito (8) por enfermeiros diferentes. Oito (8) das participantes afirmaram terem realizado o curso de preparação para o parto, enquanto quatro (4) não tiveram oportunidade de o realizar, por diversos motivos, tais como: a distância geográfica e a incompatibilidade de horários profissionais.

Os partos decorreram todos em maternidades centrais.

Como podemos observar no gráfico 6, as participantes tiveram partos de termo embora de diferentes tipos: dois (2) eutócicos com períneo intacto³, cinco (5) eutócitos com episiotomia, dois (2) instrumentados com ventosa e três (3) por cesariana.

Gráfico 6 - Tipo de parto



A maioria dos pais, nove (9) tiveram oportunidade de assistirem ao parto, enquanto três (3) não teve essa possibilidade, pelo fato de o parto ter ocorrido por cesariana, embora tivessem acompanhado toda a gravidez.

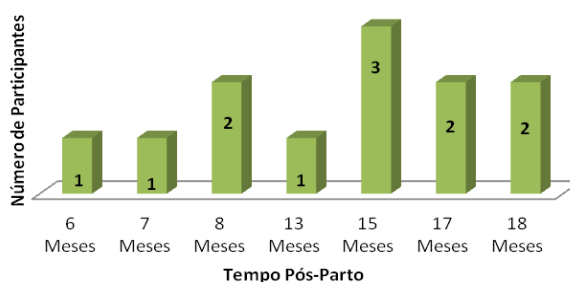
Relativamente ao sexo do bebê, seis (6) são do sexo feminino e seis (6) do sexo masculino. De acordo com sete (7) das participantes, o sexo do seu bebê era aquele que desejavam, enquanto cinco (5) referiram que era indiferente. Aquando do nascimento, o peso dos bebês oscilou entre os 2,420Kg e os 3,650Kg, sendo a média de peso 3,135kg.

O tempo de amamentação oscilou entre os cinco dias e os dezoito meses. A maioria (sete) das participantes refere que o motivo do *términus* da amamentação foi a insuficiência de leite para as necessidades do bebê, no entanto quatro (4) das participantes ainda se encontravam a amamentar aquando da entrevista (os quatro bebês tinham respetivamente; 7, 8, e dois bebês 17 meses). Uma das participantes refere ter suspenso a amamentação devido ao cansaço que sentia (aos 7 meses após o parto, tendo iniciado atividade profissional aos 3 meses).

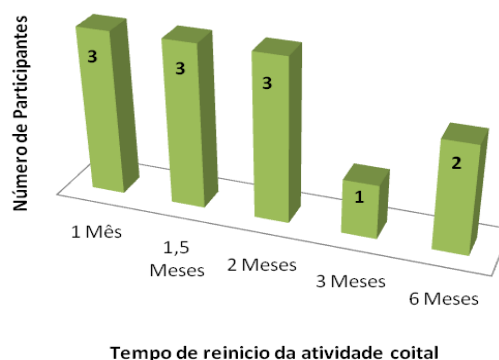
As participantes realizaram a consulta de revisão pós-parto entre as 4 e as 8 semanas, embora uma (1) não tivesse realizado essa consulta por desconhecimento.

Tal como preconizado, à data da entrevista, o tempo pós-parto de cada participante oscilou entre os 6 e os 18 meses (sendo coincidente com a idade dos bebês), por isso 7 dos bebês tinham até 15 meses de idade e a média de idade era de 13 meses, como se observa no gráfico 7.

³ Os vários tipos de parto estão definidos no capítulo I - Enquadramento.

Gráfico 7 - Tempo pós-parto

O reinício da atividade coital oscilou entre um (1) e seis (6) meses após o parto. A maioria das participantes (nove) iniciou a atividade coital antes dos dois (2) meses: três (3) começaram um mês após o parto, três (3) passado um mês e meio e três (3) após 2 Meses. Duas (2) participantes retomaram após seis (6) meses, apontando como razão, uma desconforto e dispareunia, e outra porque o marido encontrava-se ausente por motivos de trabalho no estrangeiro.

Gráfico 8 - Reinício da atividade coital

Duas (2) das participantes já não estavam a amamentar no início da atividade coital, enquanto as restantes dez (10) mantinham a amamentação, mas nenhuma referiu que esse facto influenciasse na vivência da sexualidade.

À data das entrevistas, as participantes utilizavam diferentes tipos de contraceção: dez (10) a contraceção oral, uma (1) o preservativo e uma (1) das participantes encontrava-se novamente grávida.

Em síntese, as participantes tinham uma média de idades de trinta (30) anos, um grau de ensino que variava entre o ensino secundário e o superior e a maioria exercia

atividade profissional remunerada. Três (3) das participantes vivem na cidade e nove (9) em concelhos limítrofes à cidade.

As relações maritais tinham uma duração média de 4,8 anos, a maioria planeou a gravidez e eram todas primigestas e primíparas. Todas realizaram vigilância da gravidez, todos os partos foram de termo e, a maioria partos vaginais e à data da entrevista, a média de idades dos bebés era de treze (13) meses; quatro (4) das participantes ainda se encontravam a amamentar (os bebés tinham respetivamente 7, 8 e 17 meses), as restantes sete (7) referiram que o motivo do término da amamentação foi insuficiência de leite.

Terminada a descrição da metodologia, tipo de estudo, os critérios e procedimentos utilizados para a seleção das participantes, o método de análise de dados, respetivas estratégias de validação e a caracterização das mulheres que participaram no estudo, passa-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos neste estudo.

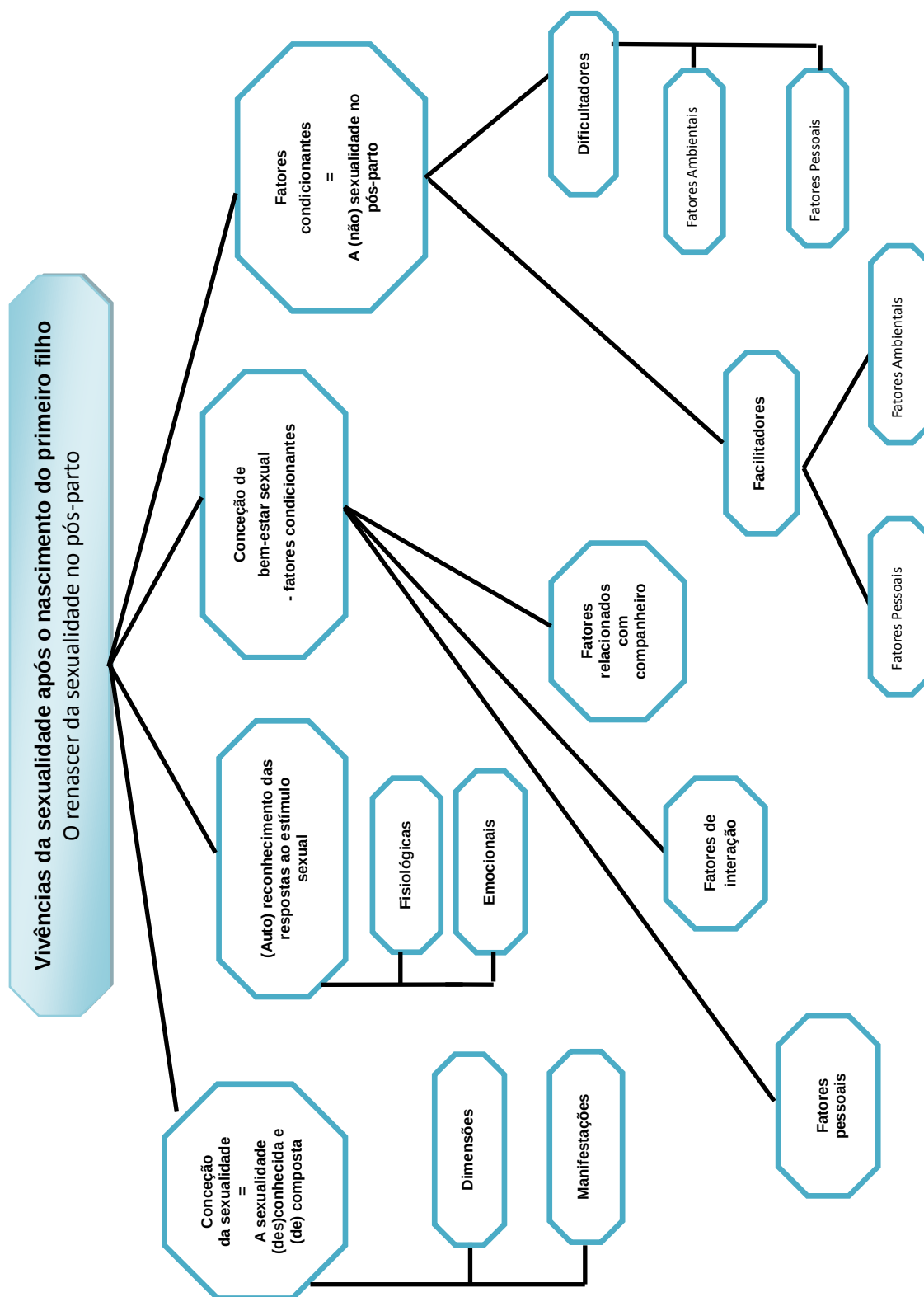
CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se e discute-se os resultados obtidos, procurando evidenciar os mais relevantes. Com base nos objetivos do trabalho - análise das vivências das participantes - passou-se das descrições para os significados, obtendo-se assim um conjunto de temas e subtemas que refletem o fenômeno em estudo. Será feito o cruzamento da literatura com os resultados obtidos de um modo integrador, reforçando os saberes que incidem sobre as áreas de intervenção de Enfermagem. Para facilitar a compreensão, os resultados serão apresentados em esquema, juntamente com a respectiva interpretação, seguidos de excertos das entrevistas das participantes.

Os quatro grandes temas que, segundo as mulheres participantes, influenciam a vivência da sexualidade após o nascimento do primeiro filho são: a concepção de sexualidade - a sexualidade desconhecida e decomposta, o (auto) reconhecimento das respostas ao estímulo sexual; fatores que influenciam o bem-estar sexual; fatores condicionantes - facilitadores e dificultadores da (não) sexualidade no pós-parto. Ao longo das entrevistas as participantes referiram alguns fatores que consideram importantes para partilhar a (nova) vida sexual, após o nascimento dos filhos; este tema será desenvolvido ainda neste capítulo.

Como se pode observar na figura 2, esta divide e subdivide os quatro temas principais das vivências da sexualidade após o nascimento do primeiro filho: a concepção da sexualidade incorpora diferentes dimensões e manifestações, quer físicas quer psicológicas; o (auto) reconhecimento das respostas ao estímulo sexual, é expresso pelas participantes através de respostas fisiológicas e emocionais. As respostas fisiológicas englobam as alterações respiratórias, as alterações da termorregulação as alterações endócrinas; e as respostas emocionais, incluem o amor, o desejo, a ansiedade e a sensação de bem-estar. A concepção de bem-estar sexual identifica fatores pessoais, fatores relacionados com o companheiro e fatores de interação do casal, e por último, os fatores condicionantes podem ser facilitadores e dificultadores, incluindo as dimensões pessoal e ambiental.

Figura 2 - Vivências da sexualidade após o nascimento do primeiro filho

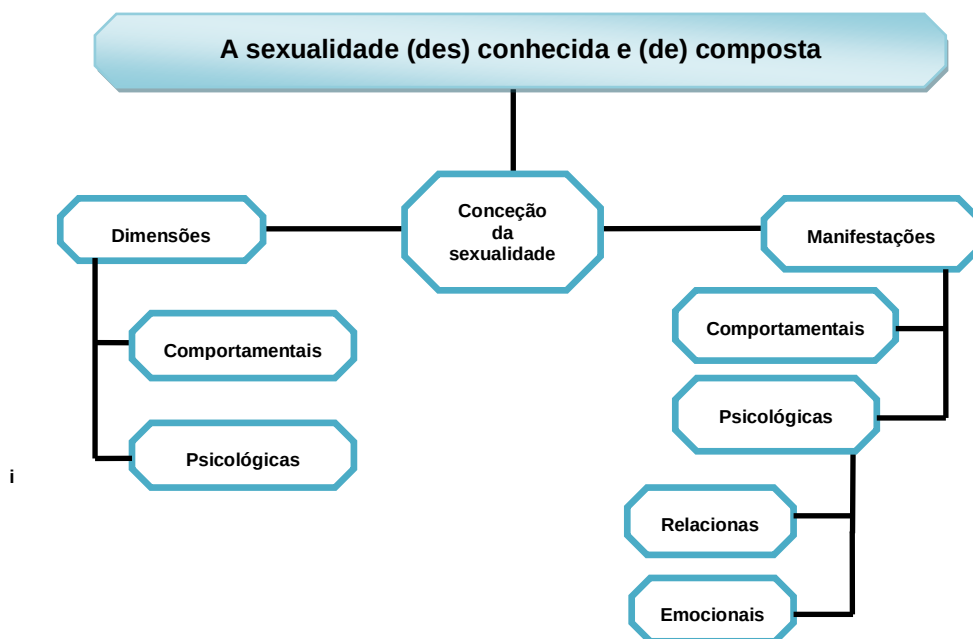


As participantes sentiram dificuldade em definir e falar sobre sexualidade. Detetado este entrave, a entrevistadora solicitou que se referissem às diferentes formas como expressavam as diferentes manifestações da sexualidade, que poderiam ser físicas, comportamentais ou afetivas. Curiosamente, nenhuma das mulheres entrevistadas fez alusão à sexualidade com o objetivo de reprodução, apesar de a maioria (onze) relatar que a sua gravidez foi planeada. Indo ao encontro do que menciona Bia (2008), a sexualidade segundo estas participantes apresenta múltiplas facetas enquanto conjunto de atividades, comportamentos, emoções, sentimentos e valores.

1 - A SEXUALIDADE (DES) CONHECIDA E (DE) COMPOSTA

Para compreender o modo como é vivida a sexualidade das mulheres no pós-parto, procurou-se conhecer o(s) conceito(s) que cada participante possuía do tema em questão. A análise permitiu identificar que a conceção da sexualidade engloba dimensões, comportamentais e psicológicas. Quanto às manifestações foram referidas as manifestações comportamentais e as psicológicas, sendo que estas, abrangem as manifestações emocionais e relacionais (figura 3).

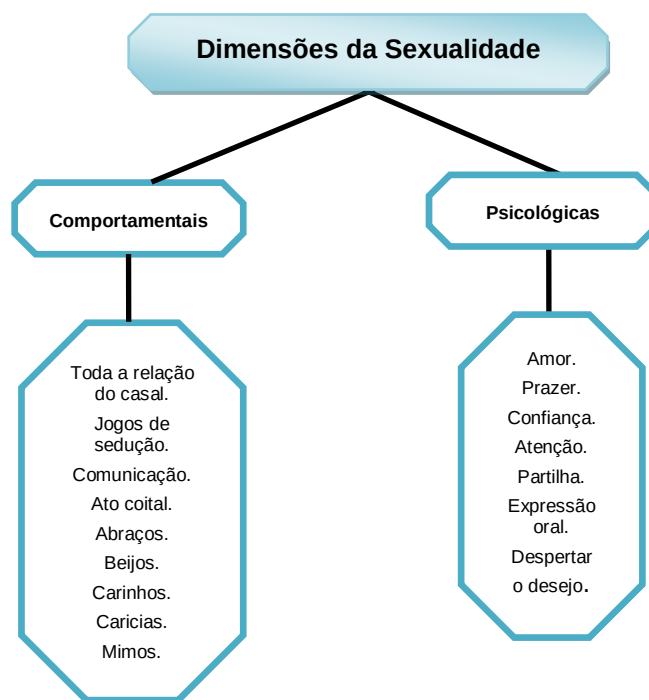
Figura 3 - A sexualidade (des) conhecida e (de) composta



Dimensões da sexualidade

Relativamente às dimensões da sexualidade as mais valorizadas pelas participantes incidem por um lado na componente comportamental, que abarca a relação do casal, os jogos de sedução, a comunicação, o ato coital, os abraços, os beijos, os carinhos, as carícias e os mimos. Por outro lado, é salientada a componente psicológica, que incide no amor, no prazer, na confiança, na atenção, na partilha, na forma de expressão oral e no despertar do desejo, como se pode observar na figura 4.

Figura 4 - Dimensões da sexualidade



Exemplificando estas dimensões, Nádia (26A), afirma: “São os beijos, os carinhos, (...) tudo isto faz parte da sexualidade”, valorizando tudo o que envolve essencialmente a dimensão comportamental. Por outro lado, Dina (33A) dá ênfase à dimensão psicológica, como por exemplo, o amor, o prazer, a confiança, a atenção e a partilha, ou seja, a sexualidade “engloba no fundo a partilha que o casal pode fazer em vários aspetos”.

No geral, as participantes atribuíram igual importância às dimensões comportamentais, onde englobam os beijos, o ato coital, as ações, os abraços; algumas participantes incluem jogos de sedução e brincadeiras, mas englobam também a dimensão

psicológica, a forma de falar, o amor, o prazer, a partilha. Assim, parece transparecer dos relatos das participantes que para uma vivência plena da sexualidade são necessárias ambas as dimensões. Neste seguimento, Sara (27A) refere que a *“Sexualidade... são todos os comportamentos, ações... aquilo que envolve o casal, (...) a relação que existe entre o casal.”* e Guida (34A), acrescenta que *“é um jogo de emoções e de ações focalizadas entre marido e mulher ou ... homem e mulher”*.

Segundo a definição mais recente da WHO (2011, p.xi) *“A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, gênero, identidades e papéis, (...) erotismo, intimidade e reprodução (...)”*. Patrão (2005) também refere que a sexualidade são os recursos psicossociais de cada um, de modo a manter uma relação de intimidade e da qual se pode retirar prazer sexual. Podem ser diversos os fatores a influenciar esta relação, mormente os contextos familiares, os pares, o estado físico e psicológico, ou seja, deve ser definida de uma forma holística, tendo presente o modo particular com que cada indivíduo a vivência (Gomes, 2007).

Parece poder afirmar-se que as dimensões encontradas são convergentes com as referidas pela WHO (2011), por Patrão (2005) e por Gomes (2007) visto que todos reconhecem a importância das dimensões comportamentais e psicológicas na vivência e satisfação sexual.

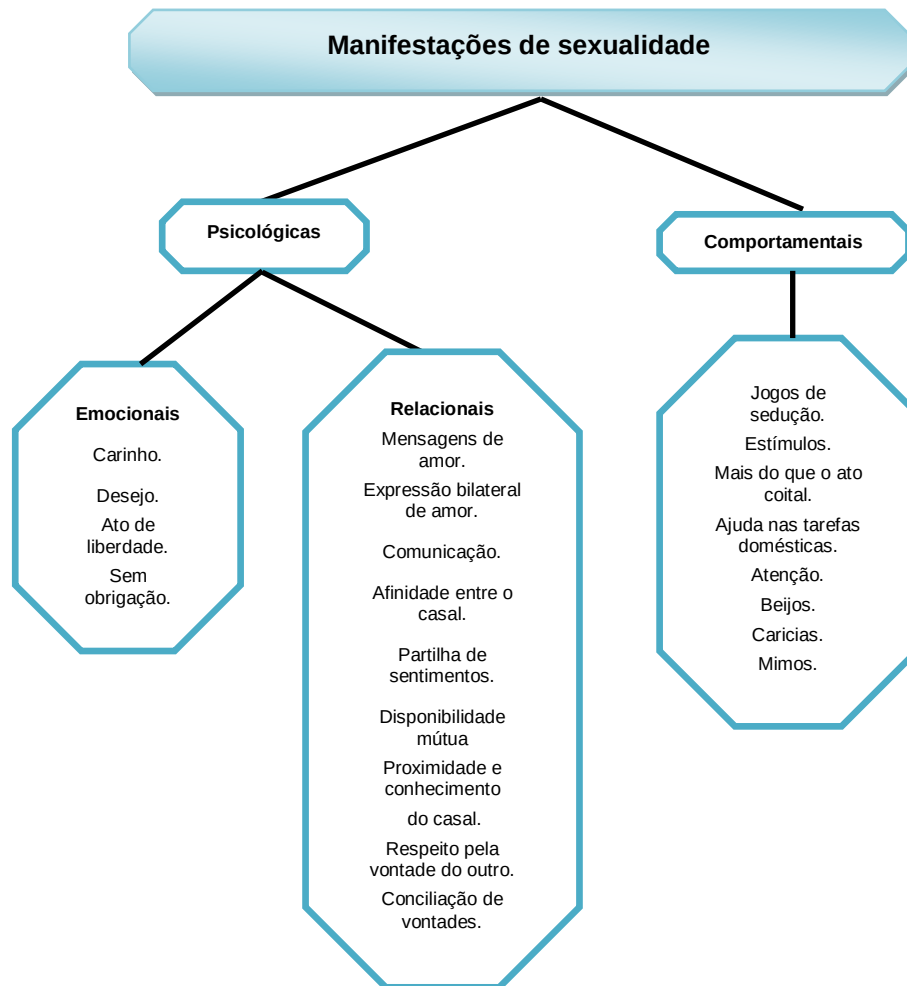
Em síntese parece denotar-se, nas expressões das participantes, não só a referência aos comportamentos e ações sexuais, mas também á componente psicológica e sentimental, às emoções e aos sentimentos de união.

Manifestações da sexualidade

No que se refere às manifestações da sexualidade, a análise permitiu identificar manifestações psicológicas e comportamentais, (figura 5).

Relativamente às manifestações psicológicas, estas dividem-se em emocionais e relacionais. No que respeita às emocionais as participantes realçam o carinho, o desejo, o ato de liberdade, sem obrigação para qualquer dos cônjuges: As manifestações relacionais abrangem as mensagens de amor e a expressão bilateral de amor, a comunicação, a partilha de sentimentos, o respeito pela vontade do outro, a conciliação de vontades, (a disponibilidade mútua, a afinidade, a proximidade e o conhecimento do casal).

No que diz respeito às manifestações comportamentais, as participantes referiram os jogos de sedução, os estímulos, o ato coital, a ajuda nas tarefas domésticas, a atenção, os beijos, as carícias e os mimos.

Figura 5 - Manifestações da sexualidade

As expressões das participantes mostram que na análise realizada, no que se refere às manifestações psicológicas emocionais Beatriz (34A) menciona: “*É importante haver afetos entre o casal (...) o carinho e amor (...)*”, Rosa acrescenta: “*Carinho, o amor, o desejo (...)*”, Bianca refere “*... é termos desejo um pelo outro (...)*”, “*Não estar ali forçada a nada, tem se ser algo sem obrigação (...)*” menciona Nádia (26A).

Relativamente às manifestações relacionais, Paula (29A) afirma: “*(...) é um processo e que só deve acontecer quando ambas as partes querem, estão disponíveis, basicamente*”, “*(...) quando o casal esteja de acordo quanto a isso, é um ponto tão importante como outras coisas no casal, têm de ter a mesma linha (...) podem não ter os dois as mesmas vontades, mas conseguir conciliar e chegar a um entendimento*”.

Quanto às manifestações comportamentais Guida (34A) refere “*Fazemos joguinhos de olhares (risos), fazemos brincadeiras já, como hei de dizer... que já são habituais entre nós a ... espicaçando um ao outro a... ternuras, carícias*”. Acrescenta ainda Catarina

(26A) *“os pequenos gestos (...) uma pequena mensagem para mim já são um grande ato sexual, melhor, muitas vezes que a atividade sexual”*. A expressão de Nádia (26A) parece reforçar estas opiniões *“Para mim, a sexualidade não é só o sexo, mas uma maneira de mostrarmos que gostamos um do outro em relação ao casal. Envolve um sentimento e não é a sexualidade só em si”*.

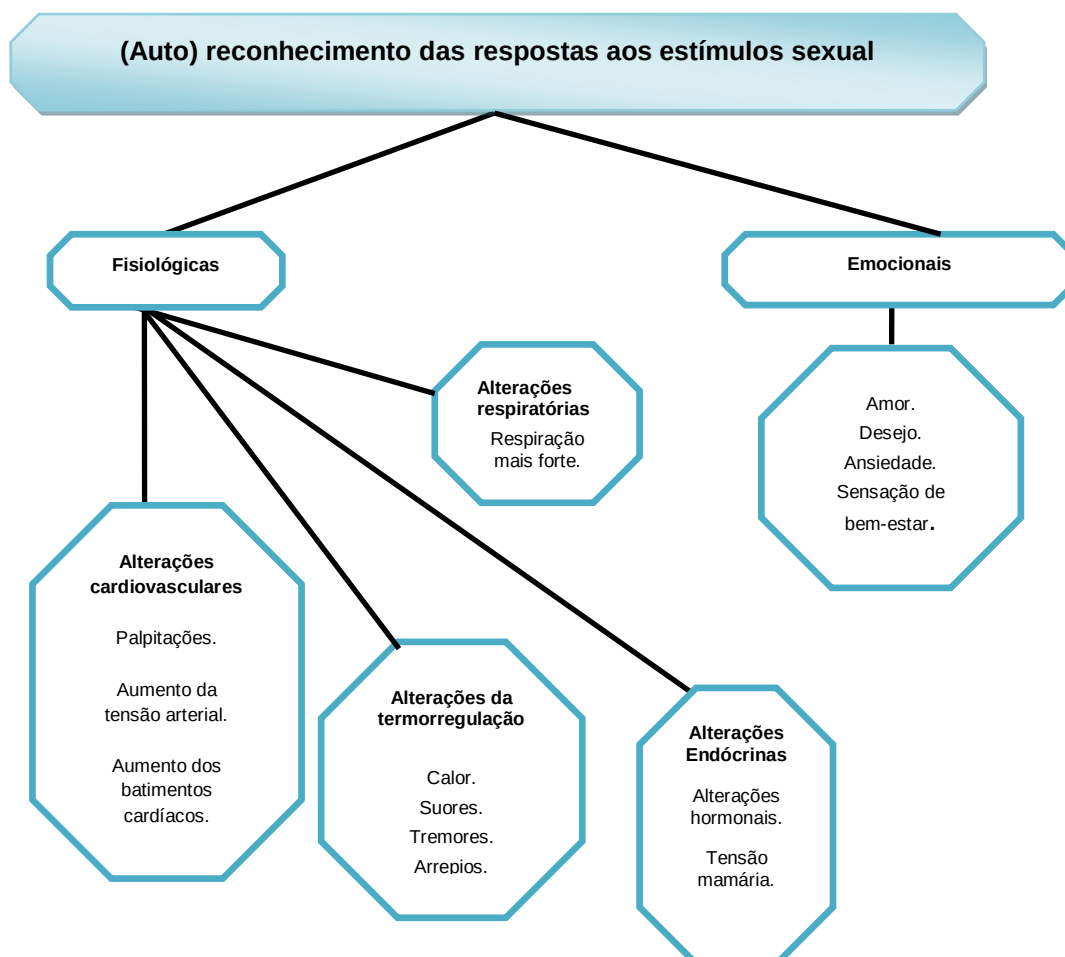
A este respeito, a WHO (2011, p. xi) refere que a sexualidade é “sentida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos”.

No que se refere as manifestações da sexualidade verifica-se que existe uma conformidade entre aquilo que refere a WHO (2011) e as expressões das participantes, ou seja, as manifestações englobam comportamentos, atitudes, ações, que para algumas participantes incluem jogos de sedução, ajuda nas tarefas domésticas, mas também a parte psicológica, os desejos, o carinho e a liberdade de cada um.

2 - (AUTO) RECONHECIMENTO DAS RESPOSTAS AOS ESTÍMULOS SEXUAIS

O (auto) reconhecimento das respostas aos estímulos sexuais foi outro tema abordado nas entrevistas. Como podemos observar na figura 6, a análise das respostas expressas pelas participantes permitiu verificar que as participantes identificam respostas dos domínios fisiológico e emocional. As respostas fisiológicas englobam alterações cardiovasculares - palpitações; aumento da tensão arterial, aumento dos batimentos cardíacos, alterações respiratórias - respiração mais forte - alterações da termorregulação- calor, suores, tremores, arrepios- e alterações endócrinas (alterações hormonais, tensão mamária). No que diz respeito, às respostas emocionais, as participantes referiram o amor, o desejo, a ansiedade e a sensação de bem-estar.

Figura 6 - (Auto) reconhecimento das respostas aos estímulos sexuais



Das afirmações feitas pelas participantes apresentam-se algumas que ilustram os resultados apresentados. No que se refere as alterações cardiovasculares Dina (33A) refere que quando é estimulada sexualmente sente “(...) *uma taquicardia, o coração de uma pessoa fica mais acelerado por exemplo (...)*”. Rosa (32A) acrescenta: “*Muitas reações, o palpitar (...) evolui até atingir o orgasmo*”. Bianca (36A) embora tenha algum receio / vergonha em verbalizar o que sente, acaba por referir “*(risos) ... a gente sente... não é vergonha de falar, é a palavra que falta, a gente acabava sentindo (...) a tensão arterial deve subir (...) A respiração fica forte, não é!?*”.

Relativamente às alterações da termorregulação, as participantes também verbalizaram: “*É algo generalizado no corpo. Sei lá, há várias formas, na mulher manifesta-se, ah.... Pronto, não sei....Os calores....Todo o corpo está envolvido*” Paula (29A). “*Calor, suores, tremores, arrepios (...)*” refere Guida (34A).

No que se refere alterações endócrinas as participantes mencionam “(...) *Mais pela lubrificação (...)*” Paula (29A). Por sua vez Sara (27A) acrescenta “(...) *que há produção de hormonas, lubrificação.... Todo o corpo reage, há reações generalizadas no corpo...*”. Relativamente às alterações mamárias Dina (33A) refere que: “(...) *a nível da mama uma pessoa sente que fica mais rígida ...*”.

De referir ainda que uma das mulheres teve dificuldade em identificar as respostas do seu corpo quando estimulada sexualmente: “*às vezes ficamos um bocadinho alteradas, mas nunca dei muita importância a esse facto, nem às reações que temos*” Nádia (26A).

Na globalidade, as afirmações das participantes vão de encontro às afirmações da autora Alves (2008) quando refere, que a resposta sexual supõe uma ativação do sistema nervoso autónomo, tendo como fim o desenrolar de respostas sexuais essenciais, como é exemplo a lubrificação vaginal. Marques (2008) acrescenta que a resposta sexual humana é ordenada pela interligação dos sistemas neurológico, vascular e endocrinológico. Refere ainda que uma relação sexual bem-sucedida está dependente de várias ocorrências hormonais e fisiológicas, que são vulneráveis às excitações emocionais.

Por tudo o referido parece poder afirmar-se que as participantes ainda que não soubessem associar as respostas percebidas pelos estímulos sexuais à fisiologia que está na sua origem, a maioria foi capaz de as enumerar, ainda que, por vezes com algum receio, (vergonha) na sua verbalização.

As respostas emocionais ao estímulo sexual aparecem atravessadas pelo desejo sexual e estiveram igualmente presentes nos discursos das participantes. Soraia (32A)

por exemplo, salienta: “(...) *a ansiedade, a vontade de estar com o outro...*”, Catarina (26A) reforça a presença de “(...) *um bem-estar, sentimo-nos desejadas, acarinhadas, temos sentimentos positivos, bons, saudáveis*”. Esta opinião é reforçada por Dina (33A) “*Está inerente a cada um (...) é uma situação de bem-estar a nível generalizado (...)*”. Beatriz (34A) para além das reações físicas enfatiza o amor como o ingrediente fundamental para a satisfação plena: “(...) *quando há amor, então, é melhor*”.

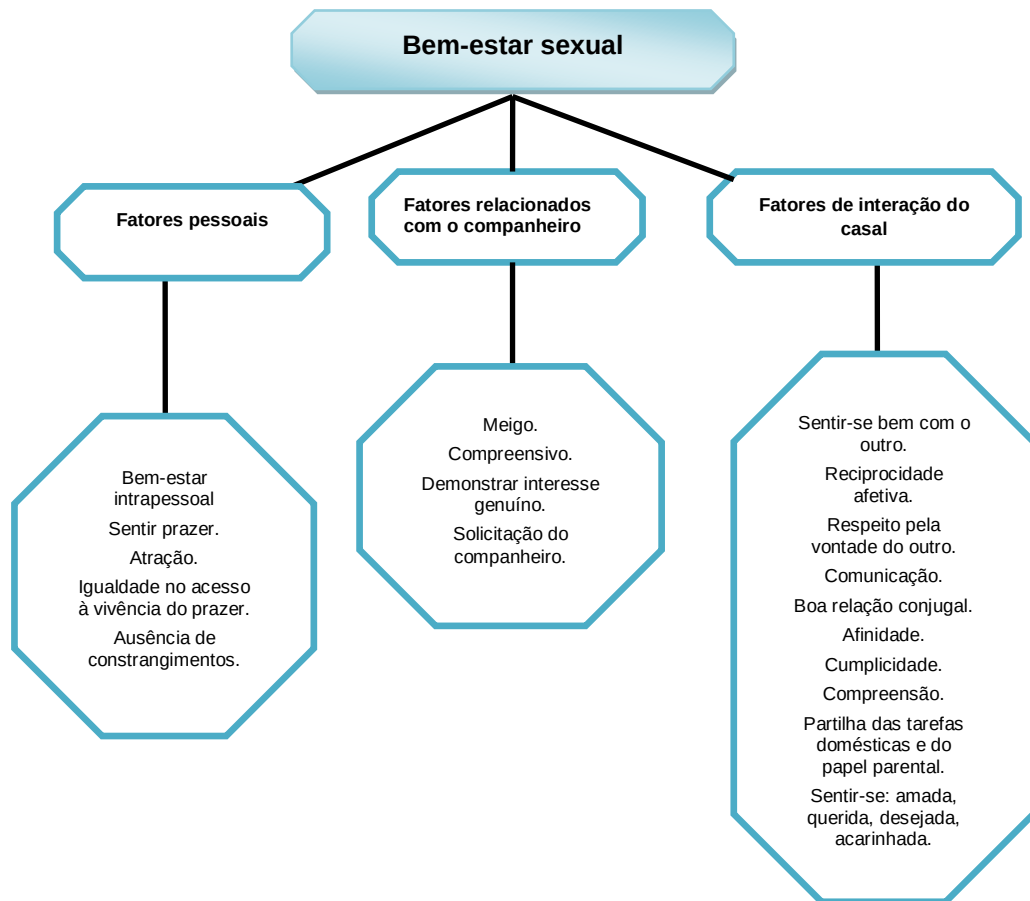
Marques (2008) diz que a sexualidade ultrapassa a mera componente biológica, pois a RSH pode visualizar-se em três dimensões ligadas entre si: a biológica, a psicológica e a social. Também Gerson Lopes, citado por Marques (2008), descreve a RSH como um conjunto de modificações fisiológicas que ocorrem após estímulo sexual positivo.

Em síntese, os resultados permitem-nos afirmar que, a maioria das participantes foi capaz de identificar as respostas biológicas e psicológicas aos estímulos sexuais, ainda que demonstrando algum constrangimento, possivelmente associado a fatores socioculturais.

3 - BEM-ESTAR SEXUAL

Relativamente à conceção de bem-estar sexual, tal como representa a figura 7, verifica-se na que os diferentes sentimentos e emoções expressos pelas mulheres estão associados aos fatores que influenciam o seu bem-estar sexual. A análise das entrevistas encontrou três tipos de fatores referidos como fundamentais para se alcançar o bem-estar sexual: os pessoais, os relacionados com o companheiro e os de interação do casal. A análise permitiu também verificar que os fatores relacionados com a interação do casal são os mais valorizados.

Os fatores pessoais incidem no bem-estar intrapessoal, ou seja, no sentir prazer, atração pelo companheiro, no igual acesso à vivência do prazer e na ausência de constrangimentos durante a relação. Os fatores relacionados com o companheiro incidem no modo como se sentem tratadas como pessoas/mulheres, especificamente, ele (companheiro) deve ser meigo, compreensivo e solicitar de forma genuína e interessada a companheira. No que respeita aos fatores de interação do casal, as participantes deram especial importância ao sentir-se bem com o outro, à reciprocidade afetiva, ao respeito pela vontade do outro, à comunicação, à boa relação conjugal, à afinidade, à cumplicidade, à compreensão, à partilha das tarefas domésticas e do papel parental; e ao sentir-se amada, querida, desejada e acarinhada.

Figura 7 - Bem-estar sexual

Os fatores descritos são, segundo as participantes, fundamentais para a parceria/igualdade na relação conjugal. A este propósito e como exemplo dos fatores pessoais, Soraia (32A) refere que *"(...) é importante existir bem-estar sexual para a relação do casal (...) o que significa que me sinta bem comigo e com a pessoa com quem estou"*; Fátima (26A) acrescenta: *"(...) primeiro tenho de estar com uma pessoa que eu goste, que me sinta bem, que eu esteja à-vontade"* e afirma ser importante *"que ele me trate bem, que me acaricie, (...) que seja meigo para mim, que me compreenda, ... essas coisas todas"*.

Relativamente aos fatores de interação do casal, Guida (34A) menciona que o *"contributo para essa satisfação sexual é mesmo o sentir-me amada, querida e desejada, (...) e tudo isso influencia o bem-estar"*.

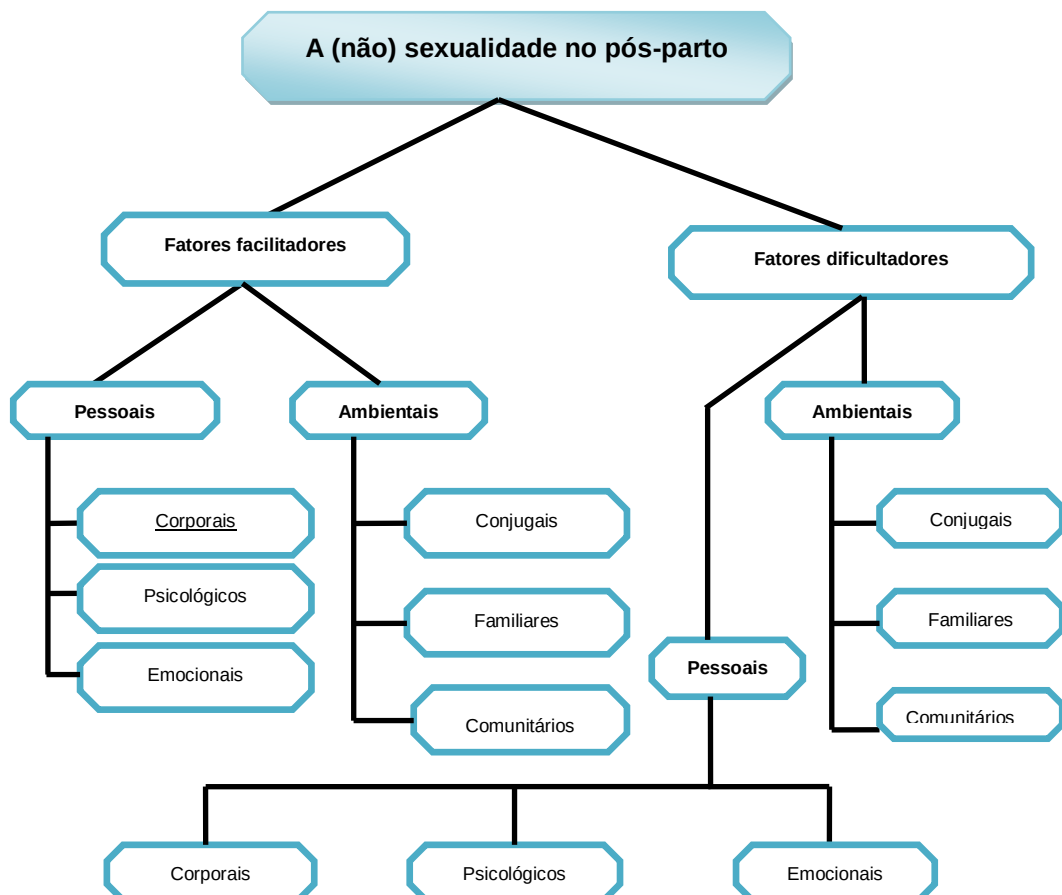
As participantes fizeram questão de demonstrar que a relação sexual é saudável se estiverem com alguém de quem gostam, se for a "altura certa" e se apreciarem essa forma de exercício e de expressão da própria sexualidade.

Os resultados encontrados vão de encontro ao referido por Fisher (2008) ao mencionar que as carícias e a massagem incutem a produção de oxitocina e de endorfinas, substâncias que podem relaxar e provocar sentimentos de união. Parece poder concluir-se que o bem-estar sexual é uma parte importante para o bem-estar conjugal destas mulheres. Este resultado vai ao encontro do referido por Albuquerque (2007) quando afirma que o total desenvolvimento da sexualidade é essencial para o bem-estar individual, interpessoal/conjugal e social, um processo complexo e único.

4 - A (NÃO) SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO

Através dos resultados da análise, parece poder afirmar-se que estas mulheres tiveram dificuldades em retomar a vivência da sua sexualidade de uma forma prazerosa. Contudo, as participantes referiram alguns fatores condicionantes deste processo: uns foram facilitadores enquanto outros se assumiram como fatores dificultadores. A análise permitiu identificar que tanto os fatores facilitadores como os dificultadores estão relacionados com a própria mulher e com o seu ambiente. Os fatores facilitadores podem ser divididos em pessoais e ambientais, por sua vez os fatores pessoais foram divididos em corporais, psicológicos e emocionais e os facilitadores ambientais em conjugais, familiares e comunitários. Por outro lado, os fatores dificultadores também divididos em pessoais e ambientais, sendo que os pessoais podem ser de cariz corporal, psicológico e emocional e os dificultadores do domínio cariz ambientais de caráter conjugal, familiar e comunitário, como se pode observar-se na figura 8.

Figura 8 - A (não) sexualidade no pós-parto

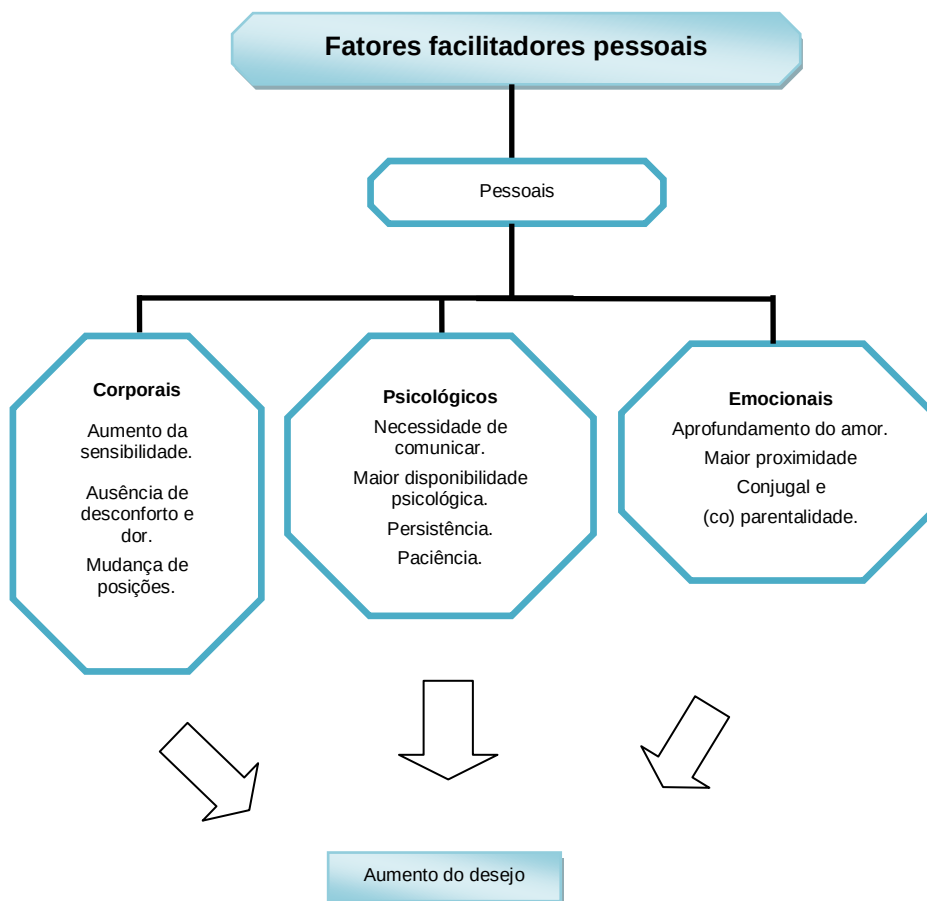


4.1 - FATORES FACILITADORES

Fatores facilitadores pessoais

Como referido anteriormente, a sexualidade vivida satisfatoriamente está dependente de alguns fatores facilitadores. Os fatores facilitadores pessoais integram: os corporais - aumento da sensibilidade, ausência de desconforto e dor e mudança de posições durante o ato sexual- os psicológicos- necessidade de comunicar, maior disponibilidade psicológica, persistência e paciência- e os emocionais -aprofundamento amoroso, maior proximidade conjugal e (co)parentalidade, (figura 9).

Figura 9 - Fatores facilitadores pessoais



Relativamente aos fatores facilitadores pessoais do domínio corporais algumas participantes mencionam diferenças na vivência da sua sexualidade salientando um aumento da sensibilidade em determinadas zonas corporais o que lhes permitiu melhorar a sua resposta sexual. As afirmações de Guida e de Dina são disso exemplo

quando referem: *“Sinto-me diferente. Acho que tenho mais sensibilidade em zonas que não sentia, portanto, melhorei a performance”* Guida (34A), *“Sentia-me diferente, mas nada que provocasse desconforto (...) senti prazer”* Dina (33A).

Estas afirmações das participantes são diferentes das referidas por Graça (2005) e Lowdermilk e Perry (2008), pois os autores mencionam que até aos 6 meses após o parto, a vagina pode não lubrificar o suficiente e causar desconforto/dor durante o coito, recomendando o uso de gel/creme para facilitar a lubrificação, acrescentando que as reações fisiológicas à estimulação sexual nos primeiros três meses após o parto, podem ser mais lentas e menos intensas e o orgasmo ter menor intensidade. Uma vez que cada mulher é única e reage de forma diferente às alterações após o parto, estas participantes não referiram desconforto ou dor ao retomar atividade coital.

Analogamente, são referidos os fatores facilitadores pessoais psicológicos. Neste contexto Catarina (26A) referiu: *“Ultrapassámos sem problemas, apenas com persistência, paciência, (...). Eu acho que com mais atenção”*. Segundo Dyers e Demmons (1999) e Cupach e Constock (in Barros, 2008), a comunicação, o relacionamento sexual e o diálogo sobre as preferências, necessidades e desejos sexuais estão diretamente relacionados com os níveis de satisfação e bem-estar das mulheres e casais em qualquer fase da vida.

No que se refere aos fatores facilitadores pessoais emocionais, algumas participantes salientaram a (co) parentalidade como fator de intensificação do amor, o que por sua vez, influenciou favoravelmente a sua sexualidade. As afirmações de Guida (34A) são exemplo quando refere: *“Ter um filho acabou por nos ligar ainda mais (...) e, se calhar, isso intensificou-se mais no nosso amor, somos mais ainda um do outro”*. Estas afirmações parecem demonstrar a grande importância que as participantes dão ao amor conjugal e à proximidade (co) parental, na vivência da sua sexualidade e não apenas à relação física.

As participantes parecem dar mais relevância aos fatores pessoais psicológicos e emocionais, aparentando ter noção que estes podem influenciar os fatores físicos e em conjunto melhorarem a vivência da sexualidade.

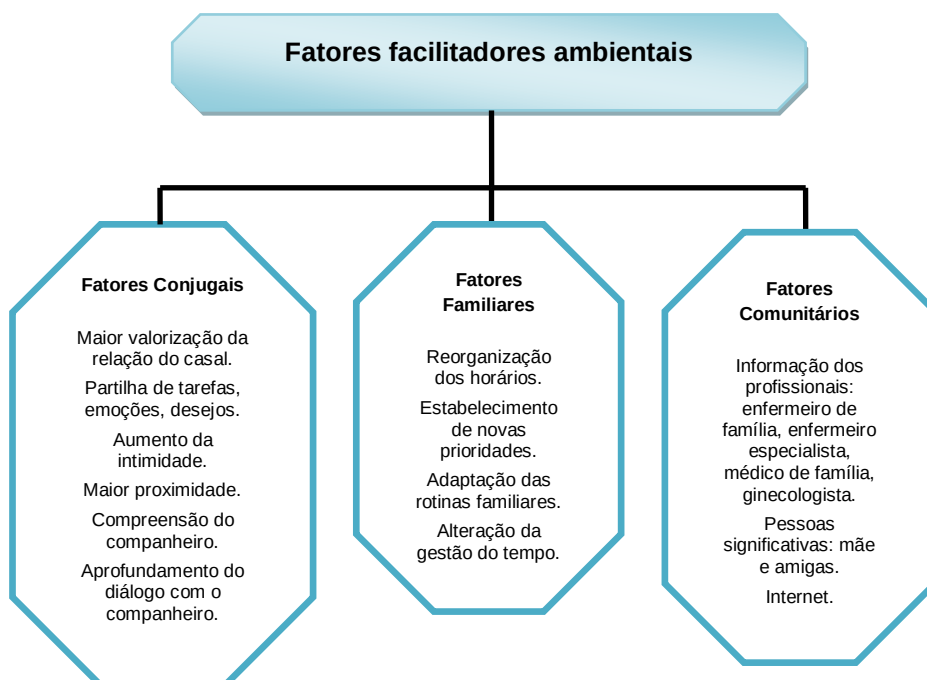
Os resultados são convergentes como o referido por alguns autores que salientam que após o parto, muitas mulheres descobrem um novo nível de intimidade sexual com o seu companheiro. A intimidade sexual, após; uma experiência partilhada tão intensa, aprofunda-se e enriquece-se com o passar dos anos (Figes, 2001) pois, muitas vezes, o parto e o papel maternal fazem despertar uma maior sensibilidade, intensificando a

relação conjugal. O bebé pode representar a proximidade que o casal não tinha atingido (Relvas e Lourenço, 2006; Canavarro, 2006).

Fatores facilitadores ambientais

À semelhança dos fatores facilitadores pessoais, também foram referidos alguns fatores facilitadores ambientais. A análise permitiu verificar a existência de diferentes fatores facilitadores ambientais, referem-se fatores conjugais, fatores familiares e fatores comunitários, como se pode observar na figura 10. No que se refere aos fatores conjugais foram referidos: a maior valorização da relação do casal, a partilha de tarefas, emoções e desejos, o aumento da intimidade, uma maior proximidade, a compreensão e o aprofundamento do diálogo com o companheiro; relativamente aos fatores familiares foram referidos: a reorganização de horários, o estabelecimento de novas prioridades, a adaptação das rotinas familiares e a alteração da gestão do tempo. Por fim, os fatores comunitários abrangem a informação fornecida pelos profissionais (enfermeiro de família, enfermeiro especialista, médico de família e médico ginecologista), as pessoas mais significativas para as participantes (mãe e amigas) e a *internet*. Dos fatores ambientais referidos podemos verificar que se destacam as (inter) ligações conjugais e as mudanças familiares.

Figura 10 - Fatores facilitadores ambientais



Para ilustrar os fatores ambientais conjugais referidos apresenta-se as seguintes afirmações:

“Essa partilha inicial e o pouco tempo que tínhamos era para estarmos abraçados, para partilharmos de outra forma, o que era importante para os dois (...) o meu marido compartilha muito mesmo, nos cuidados ao bebé, (...) partilhávamos que também sentíamos a falta de estarmos mais tempo um com o outro (...) penso que sentimos isso como uma partilha muito grande (...) conversávamos muito abertamente.” Dina (33A);

Beatriz (34A) reforça a importância do diálogo *“(...) discutimos sobre a minha barriga ficou maior, eu não me sentia tanto à vontade e ele disse que gostava de mim como eu era (...) agora já está tudo bem”*. A alteração física desta mulher perturbou-a inicialmente, pois sentia-se inibida, “não tirava a camisola”, mas, após diálogo com o marido, percebeu que ele continuava a “gostar dela”, apesar da “barriga estar um bocadinho maior”.

A propósito dos fatores facilitadores familiares, aqueles que estão relacionados com a adaptação e reorganização da vida familiar, as participantes do estudo referiram diversas estratégias que adotaram para se adaptarem à nova situação familiar. Dina (33A) referiu que:

“Invertemos a situação e, durante o dia, quando estamos os dois proporcionamos o momento, como o menino está lá na creche... (...) o casal tem de se organizar. Eu e o marido sentimos que (...) não nos dávamos tanto e assim temos mais prazer e temos mais tempo um com o outro, assim sentimos que aquele momento era nosso e sentimo-nos mais à-vontade. (...) há muitas quebras se o casal não se for reestruturando de alguma forma, começa--se a perder muita coisa”.

Guida (34A) acrescentou *“Reorganizamos os horários e não houve outras alterações na frequência ou na atividade sexual. E depois a nossa vida já fica estruturada de uma maneira que como casal já funcionamos normalmente”*.

Estes resultados apontam num sentido de uma certa desorganização relacional e funcional da conjugalidade e do funcionamento familiar após o nascimento do filho, o que pode provocar uma alteração significativa na vida do casal, que conduz a uma modificação da identidade, dos papéis e das funções de cada um dos cônjuges. Permite ainda verificar a necessidade de um reajuste significativo das relações conjugais, com necessidade de uma comunicação eficaz para juntos encontrarem estratégias que respondam às necessidades de ambos. Este processo de mudança exige um tempo de adaptação para a mulher, que tem de reajustar a sua relação no plano afetivo, na rotina diária e no relacionamento sexual (Leal, 2005; Almeida, 2005; Canavarro, 2006).

As participantes parecem compreender a importância da partilha de tarefas parentais e domésticas, devido à grande quantidade de energia física e psicológica despendida pela mulher com a amamentação e com os cuidados diários à criança, sobrepostas às actividades de manutenção da vida familiar, podem fazer com que se sinta muito cansada, influenciando a sua disponibilidade para a actividade sexual. Estes resultados são concordantes com o referido por outros autores quando mencionam que os recém-nascidos exigem uma grande quantidade de atenção e tempo, o que pode diminuir a disposição física e psicológica da mãe para a relação sexual (Graça, 2005; Lowdermilk e Perry, 2008; Soares, 2010). De acordo com as participantes estas dificuldades parecem ser diminuídas com a partilha de responsabilidades parentais e domésticas associadas à adaptação dos horários e das rotinas exigidas com a nova realidade: serem pais. Significa que é necessário ter em conta o processo de transição para a parentalidade¹, uma vez que a forma como homens e mulheres se concebem enquanto mães e pais e como se organizam nesta transição, os seus valores, crenças e expectativas individuais, influenciam mutuamente as vivências de cada membro do casal e devem ser compreendidas numa ótica individual, de dinâmica familiar e de contexto social mais amplo (Martins, 2008).

No que concerne aos fatores facilitadores comunitários ambientais, as participantes mencionam a informação fornecida previamente, como um fator importante para compreenderem e se adaptarem às alterações com que viriam a confrontar-se. Por vezes só procuraram informação quando já estavam a viver o problema. Esta informação foi proporcionada por profissionais de saúde, amigos/familiares e ainda através de pesquisa na internet.

Os excertos das entrevistas ilustram o que foi referido:

“O obstetra avisou que demoraria um tempo, que não deveria ficar assustada”

Bianca (36A);

“Senti um bocadinho dores, mas já estava à espera, (...) as enfermeiras disseram-me” Paula (29A);

“Explorei na internet, é uma amiga muito jeitosa (risos)” Rosa (32A);

“Recorria a uma familiar (...) é especialista, é enfermeiro em obstetrícia (...) mais como profissional, mas ficou uma amiga pronto, é uma pessoa muito

¹ A parentalidade é definida pela CIPE (2011) como ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel

chegada. E considero que ela teria informação suficiente para me ajudar”

Dina (33A);

“Se tivesse dúvidas, recorria ao médico ginecologista (risos) e à médica de família, ela têm acompanhado bastante, recorro muito a ela, (...) ou na maternidade, pergunto e recebo apoio” Guida (34A);

“Iria ao enfermeiro do Centro Saúde ou ao médico. Se tivéssemos algum problema, que precisássemos de resolver, seria uma dessas pessoas, a mais indicada para resolver a situação” Fátima (26A).

Perante o discurso das participantes, verificou-se que o facto de terem sido informadas pelos profissionais de saúde, sobre o seu processo de ajustamento a uma realidade diferente, foi muito importante e permitiu que se sentissem mais tranquilas apesar de todas as alterações. As suas afirmações parecem reforçar a importância dos cuidados de enfermagem, devendo o acompanhamento da mulher durante o período puerperal ser realizado por profissionais que estejam motivados em prestar cuidados holísticos à mulher/casal e não apenas à mãe, o que possibilitará que a alteração na sexualidade seja vivida de forma esclarecida e informada (Belentani; Marcon; Pelloso, 2011).

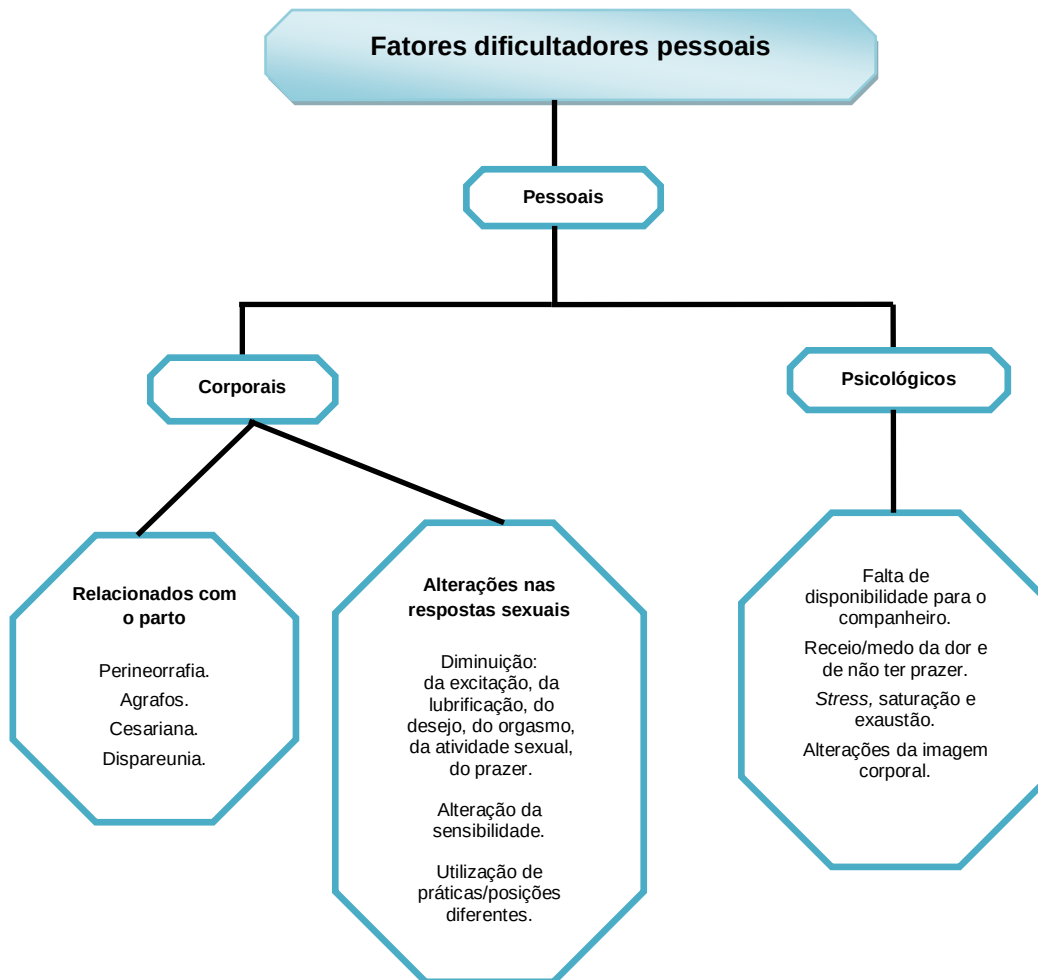
4.2 - FATORES DIFICULTADORES

Fatores dificultadores pessoais

Como já foi anteriormente referido, a análise permitiu identificar fatores dificultadores da vivência da sexualidade, provocando desconforto e até mesmo algumas dificuldades na actividade sexual. Estes resultados prendem-se, na sua essência, com as diferenças do corpo, do pensamento e dos comportamentos da própria mulher.

Os fatores identificados são de cariz pessoal e ambiental. Os fatores pessoais subdividem-se em corporais- relacionados com o parto e relacionados com as respostas sexuais- e em psicológicos, destacando-se a falta de disponibilidade para o companheiro, receio/medo da dor e de não ter prazer, o *stress*, a saturação e exaustão e as alterações da imagem corporal, (figura 11).

Dos fatores dificultadores corporais - relacionados com o parto, destacam-se as alterações relacionadas com as práticas instrumentalizadas/cirúrgicas tais como: a perineorrafia, os agraços, a cesariana e a dispareunia. As afirmações de algumas participantes são disso exemplo: *“No início senti um bocadinho dores, (...), levei pontos”*. Paula (29A). *“(...) foi difícil retomar a atividade sexual (...) porque foi cesariana e foi mais complicado”* Fátima (26A)

Figura 11 - Fatores dificultadores pessoais

As afirmações das participantes estão em concordância com vários autores como Previatti e Souza (2007) e Progiatti, Araújo e Mouta (2008) que referem que o uso indiscriminado de episiotomia em mulheres que realizam parto normal, pode gerar desconforto e dor durante a atividade sexual, alterando assim os padrões da sexualidade feminina. No mesmo sentido Graça (2005) e Lowdermilk e Perry (2008) mencionam diversas alterações/adaptações anatómicas e fisiológicas no organismo materno que geralmente provocam dor/desconforto e interferem com a atividade sexual, maioritariamente devido à diminuição acentuada e rápida das concentrações de estrogénios e progesterona que acontece após a dequitação. Existe assim um conjunto de mecanismos hormonais que estão envolvidos na fisiologia da lactação, designadamente os estrogénios, a progesterona, cortisol e prolactina.

A diminuição dos estrogénios², a diminuição da progesterona e o aumento da prolactina³ são fatores responsáveis pela diminuição da resposta sexual da mulher (Lowdermilk e Perry, 2008)

Também é referido o tipo de parto como um fator que pode influenciar o retomar da sexualidade, pois a existência de perineorrafia ou lacerações na vagina e/ou períneo podem provocar desconforto perineal, edema, hematoma, equimose e infecção perineal. Embora não apontado pelas participantes neste estudo, Abuchaim (2005) afirma que as mamas volumosas e pesadas, o abdómen flácido, o peso acima do normal e a presença de estrias são alterações que incomodam igualmente no pós-parto.

No que se refere aos fatores dificultadores pessoais corporais - alterações nas respostas sexuais, as participantes referiram a diminuição da excitação, da lubrificação, do desejo, do orgasmo, do prazer. A maioria não tem informação que lhe permita identificar as causas destas alterações. Referiram ainda a alteração da sensibilidade e a utilização de práticas/posições diferentes. As afirmações das participantes ilustram estes resultados: *“Houve uma diminuição do apetite sexual, (...) penso que há relação com algumas hormonas, e a amamentação, mas não sei concretamente como”*. Sara (27A).

“(...) ainda não sinto o mesmo prazer”. Bianca (36 A).

As alterações sexuais relatadas pelas participantes estão em consonância com o referido por Convery e Spatz (2009) e Soares (2010) que referem que os principais fatores que propiciam problemas sexuais em mulheres que amamentam estão relacionados com as alterações físicas e as hormonas próprias da amamentação. A prolactina⁴ nas mulheres que amamentam e a diminuição dos níveis de testosterona conduzem à diminuição do desejo sexual, como referem Graça (2005) e Lowdermilk e Perry (2008).

Como já referimos os fatores dificultadores pessoais psicológicos mencionados pelas participantes foram a falta de disponibilidade para o companheiro, receio/medo da dor, de não ter prazer, o *stress*, a saturação e exaustão e as alterações da imagem corporal. De entre outras salientamos as seguintes afirmações proferidas pelas

² Estrogénios: durante a gravidez preparam a glândula mamária para a lactação; e diminuem após o parto. Uma vez que são também são responsáveis pela elasticidade, viscosidade da pele e da mucosa vaginal e lubrificação vaginal, o seu défice após o parto pode por isso conduzir à diminuição da libido (Lowdermilk e Perry, 2008).

³ A prolactina aumenta em resposta à sucção mamilar do bebé, provocando diminuição da testosterona e conduzindo à diminuição da libido (*Idem*)

⁴ Prolactina: principal responsável pela produção de leite, no pós-parto aumenta significativamente em resposta à sucção mamilar exercida pelo recém-nascido.

participantes: *“Sinto um pouco a diminuição do desejo... pelo cansaço com bebé (...)”* Bianca (36A); *“(...) uma pessoa já está tão exausta (...), acabamos por não ter tanto tempo para dispensar um ao outro”* Lúcia (30A).

Estes resultados vão de encontro ao referido por Trindade e Ferreira (2008) que salientam o cansaço e a falta de tempo como geradores de indisposição física e emocional para a prática sexual durante o puerpério. Obviamente que os vários fatores se influenciam mutuamente e por isso Figes (2001) relata que a exaustão e a ansiedade da maternidade recente podem diminuir a libido e também a mudança emocional de mulher-homem, para mulher-filho, pode ser tão intensa que nem sequer sentem necessidade de sexo. Tal como Trindade e Ferreira (2008) relatam que não é apenas o cansaço, mas também o *stress* devido ao grande volume de trabalho, que influenciam a baixa de libido no pós-parto.

Outro fator que foi referido como dificultador da vivência sexual após o parto foi a alteração da imagem corporal da mulher, *“Não vejo a hora de voltar ao normal, (...)”* refere Bianca (36A) e Nádia (26A) menciona “Em termos físicos, eu achava que estava pior, encontrava sempre algum defeito, (...), o nosso corpo também altera (...), tentei esconder a minha aparência do meu marido, certas carícias e certos mimos, tentava travar para ele não ver que eu não estava igual”.

Neste sentido Alves (2008) refere que a diminuição do desejo sexual é influenciada pela baixa auto-estima corporal, pois muitas vezes as mulheres apercebem-se que o seu corpo está diferente após o parto, podendo provocar insatisfação e desencadeando alterações na sexualidade.

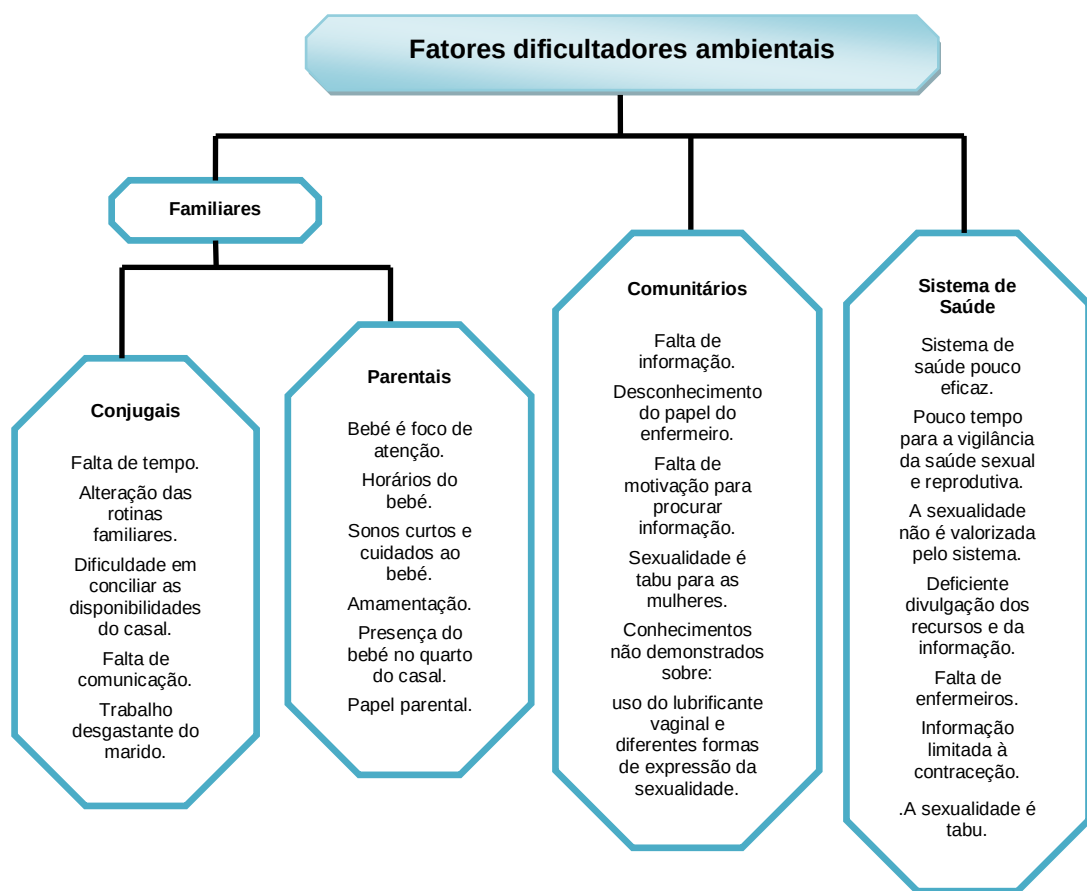
Fatores dificultadores ambientais

A análise das entrevistas permitiu verificar a existência de fatores ambientais dificultadores da vivência da sexualidade após o parto. Verificamos ainda que alguns se relacionavam com a família – do domínio conjugal e parental – enquanto se relacionam outros com a comunidade. Dentre os fatores comunitários destacam-se os relacionados com o sistema de saúde.

Dos fatores familiares conjugais foram referidos a falta de tempo, a alteração das rotinas familiares, a dificuldade em conciliar as disponibilidades do casal, a falta de comunicação e o trabalho desgastante do marido. No que se refere aos fatores relacionados com a parentalidade salientaram o facto de o bebé passar a ser o foco de atenção, os horários, os sonos curtos e cuidados a este, a amamentação e a presença do bebé no quarto do casal. Relativamente aos fatores comunitários foi referido a falta

de informação, a ausência de motivação para procurar informação, o facto da sexualidade ser tabu para as mulheres, ausência de conhecimento sobre o uso do lubrificante vaginal e diferentes formas de expressão da sexualidade. No que se refere, aos fatores relacionados com o sistema de saúde as participantes referiram que: o sistema de saúde é pouco eficaz, é dedicado pouco tempo para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a sexualidade não é valorizada pelo sistema, deficiente divulgação dos recursos/ informação e que, existe falta de enfermeiros nos serviços de saúde (figura 12).

Figura 12 - Fatores dificultadores ambientais



No que concerne aos fatores relacionados com a família, a falta de tempo, as múltiplas tarefas domésticas e parentais, o aumento exponencial das relações após a existência do filho, a dificuldade em dialogar, em lidar com tantas mudanças e o trabalho desgastante do marido foram alguns fatores apontados como dificultadores para a vivência de uma sexualidade prazerosa.

As afirmações de algumas participantes ilustram estes resultados.

“O mais complicado acho que foi ter tempo, (...) o casal tem se gerir muito bem para conseguir encontrar um ponto de equilíbrio porque é complicado.” Dina (33A);

“(...) outros horários, outras tarefas.... Pois estávamos habituados a estar só os dois.”

Soraia (32A);

“Não temos ali o diálogo que devíamos e falar dessas coisas com calma e não chegar à chatice, que é o que acontece.” Nádia (26A);

“Meu marido, tem um trabalho muito desgastante, ele vem, está cansado (...).” Bianca (36A).

Resultados idênticos são referidos por Relvas e Lourenço (2006, p.114) afirmando que “Marido e mulher olham menos um para o outro e mais para o bebé, podendo ao mesmo tempo cada um deles sentir que o outro não reconhece o seu valor e trabalho... ou mesmo sentir-se rejeitado”.

Almeida (2005) alude que o homem e a mulher eram somente parceiros e filhos, agora tornam-se pai e mãe, sobretudo aquando do nascimento do primeiro filho. O impacto na vida pessoal e familiar é maior e necessita de um maior esforço para conciliar as disponibilidades do casal. De acordo com Rice (1990) o pouco tempo que o casal tem para si, é outro fator que provoca alterações ao nível da sexualidade do casal no pós-parto.

Os “novos” papéis parentais assumiram-se para muitas mulheres como fatores dificultadores para a vivência da sexualidade no período pós-parto. As razões apontadas pelas participantes prendem-se com o facto de o bebé passar a ser o foco e o centro de toda a atenção, as dificuldades em conciliar as diferentes actividades com os horários do bebé relacionados com o sono, a amamentação e os cuidados gerais, bem como, a presença do bebé no quarto do casal que actua como um “observador” da intimidade dos pais.

As afirmações que apresentamos permitem-nos constatar alguns dos resultados apresentados:

“(...) Agora a maior parte da atenção é para o filho e não para o marido, (...)”

Catarina (26A);

“(...) adaptação no início ao bebé, à casa (...), a questão da amamentação... É o primeiro filho, o que agrava mais a situação (...).” Dina (33A);

“O bebé (...) acorda quando lhe apetece e adormece quando quer, (...) nós não estarmos com disponibilidade para...a sexualidade, (...) temos a nossa cabeça centrada e focalizada no bebé” Lígia (30A);

“A relação tinha de ser interrompida (...) eram os horários dele para mamar, fazia sonos muito curtos” Rosa (32A);

“(...) a cama dela fica mesmo ao lado da nossa e quando ela ouve uns barulhinhos ela acorda e pronto.... (...) temos de interromper o ato sexual” Fátima (26A).

Estes resultados são convergentes com o referido por Souto *et al.* (2010) quando menciona que embora a amamentação possa ser um prazer, para a mulher, também conduz ao cansaço, parece ser também por isso que as participantes referem falta de disponibilidade para a sexualidade. Outra justificação para esta falta de disponibilidade pode ser o facto de para algumas mulheres a sua necessidade de contacto íntimo ficar satisfeita ao amamentarem e diminuem o interesse na expressão sexual com o parceiro (Alves, 2008).

As faltas de respostas comunitárias para as necessidades estão relacionadas com a falta de informação para os receios e as dúvidas que as mulheres participantes apresentavam, especialmente associadas ao facto de estarem a viver pela primeira vez esta experiência. Relativamente a esta situação Rosa (32A) refere: *“Os receios e as dúvidas... e depois não saber a quem perguntar, (...) Falta algo mais (...) principalmente nas mães com primeiros filhos”*. Catarina (26A) relata: *“Não sabia se me devia aguentar até à quarentena, (...) passavam imensas coisas pela minha cabeça (...), não queria desagradar e também tinha essa vontade”*. A Bianca (36A) *“Precisava um bocadinho mais de informação em relação à parte emocional (...) se tivesse mais informação tinha ajudado (...)”*.

A falta de informação é justificada por algumas participantes pelo facto da sexualidade ainda ser *“(...) um tema tabu, por isso há mais dificuldade em falar. As pessoas não estão tão à vontade para falar. Algumas pessoas não esclarecerem as dúvidas (...)”* Soraia (32A). Segundo Paula (29A) *“(...) há sempre aqueles mitos entre aspas, como se costuma dizer (...)”*. Para Lígia (30A) *“Tem de haver educação e formação para cada pessoa. Mesmo que os profissionais, estejam abertos ao tema, os utentes não (...) há uma barreira”*.

Estes resultados parecem convergir com o referido por Bia (2010) quando refere que os valores morais originaram crenças e mitos que condicionam os comportamentos sexuais nos pós-parto.

No que se refere à falta de informação, Belentani, Marcon, Pelloso (2011) mencionam que quando os profissionais de saúde não informam e orientaram as mulheres e os seus parceiros no ciclo gravítico puerperal sobre as alterações da sexualidade, *(s e mitos errados sobre a sexualidade no pós-parto (...)) é um tema que não se fala muito”*.

As dedicando-se exclusivamente ao bebê ou a dar conselhos sobre contraceção), podem deixar os casais à mercê das suas dúvidas e uma consequente tensão no relacionamento.

Segundo as participantes no estudo, o sistema de saúde deveria ser o responsável por disponibilizar as informações relativas às modificações decorrentes da gravidez, do parto, da parentalidade e das alterações conjugais e sexuais após o nascimento das crianças. Guida (34A) sentiu a falta de informação sobre a recuperação do seu corpo: *“Na maternidade, deviam ter explicado melhor a evolução do nosso corpo, o que poderíamos sentir, ou o que fazer para minimizar as dores e o desconforto”*. Sara (27A) refere que *“deviam abordar o assunto, (...) às vezes as pessoas têm algumas ideias e mitos errados sobre a sexualidade no pós-parto (...) é um tema que não se fala muito”*.

Intervenções dos profissionais de saúde relacionadas com a sexualidade estiveram, segundo algumas participantes, centradas na contraceção. Fátima (26A) Refere: *“Eles (enfermeiros), (...) da sexualidade, acho que não falam muito disso nem no Centro de Saúde (...) Só me lembro de uma médica, receitou-me a pílula (...) tenha cuidado agora. Este tempo é muito fácil engravidar”*.

Bianca (36A) faz a comparação entre os cuidados/informações prestados na gravidez e as informações sobre a sexualidade. Salienta que:

“Na maternidade, o apoio é tão bom na gravidez que, se tivessem essa preocupação com a sexualidade, era ótimo. Os enfermeiros e médicos deviam chamar o casal ao consultório e terem uma conversa, e dizer: - Aqui vamos falar sobre sexo, (...), depois do parto, como está, como não está. O porquê das coisas. Porque, eu acho que, é uma das coisas que pode mexer muito com o casamento e até levar a uma separação (...);

Lígia (30A) sugere *“(...) uma consulta conjunta com o casal, porque é diferente ser a mulher a dizer ao marido”*. As consultas com o casal, parecem poder facilitar não só um maior apoio para esclarecimento de dúvidas e receios, como também uma informação oriunda de um profissional à qual poderá ser atribuída maior importância.

Estes resultados parecem ir ao encontro do referido por Vieira *et al.* (2008) que também sugere a criação de grupos que promovam a partilha de informações, encorajem a expressão dos receios e necessidades sentidas pelos pais, favorecendo o diálogo e o *empowerment* nos casais.

O número reduzido de profissionais e o consequente pouco tempo atribuído às consultas de vigilância pré-natal e a forma como estas estão organizadas, associado à pouca abertura dos profissionais para abordar o tema da sexualidade, são outros fatores dificultadores da vivência da sexualidade nesta fase da vida. Como demonstram as afirmações das participantes:

“Falhazinhas” que existem, não são só os profissionais de saúde que têm a culpa, mas é a realidade que temos. Acho que a culpa é do sistema, porque a maioria das vezes, as consultas são feitas à pressa, porque os profissionais não têm tempo”. Rosa (32A);
“Tem de partir dos profissionais ou pelo menos deixar a porta aberta”, Lúcia (30A);
“Eles (profissionais) também sentem tabu, é entrar na intimidade dos outros ..., Tinha ideia que realmente na consulta externa trabalhavam de outra forma, (...) há uma panóplia de coisas que nos devia ser transmitida. (...) é tudo muito genérico (...) a conversa devia ser mais focalizada, mais personalizada (...)” Dina (33A).

Estes resultados são convergentes com o referido por Relvas e Lourenço (2006) ao afirmarem que o nascimento de um bebé influencia inevitavelmente a vida sexual do casal, referindo que estas informações devem ser transmitidas aos casais, o que apenas acontece em casos pontuais. Por sua vez, Almeida (2005) diz-nos que no puerpério imediato há maior acompanhamento da mulher, mas ela tem alta muito precocemente (24h-48h) e por isso necessita de informação não só sobre os cuidados à criança, como também sobre a satisfação de todas as suas necessidades humanas básicas, onde se inclui a sexualidade.

Das expressões das participantes depreende-se também a falta de um relacionamento aberto entre mulher/mãe-enfermeiro. Silva (2010) reforça a importância de um relacionamento aberto e colaborante entre enfermeiros e famílias, ele é essencial para a prática do planeamento familiar e ensinamentos de enfermagem, para que a mulher esclareça as suas dúvidas. A mesma autora salienta, a necessidade da criação de um contexto favorável para a troca de experiências, informações e partilha de angústias, vivências e dúvidas sexuais entre o enfermeiro e a mulher. Não basta a adoção de referenciais teóricos, mas também do reconhecimento de crenças e valores por parte dos enfermeiros. Essas crenças, uma vez reconhecidas, favorecem o processo de mudança pelo qual passam tanto as mulheres como os próprios profissionais ao longo do relacionamento enfermeiro - mulher (*Idem*).

Neste contexto apraz registar o facto de uma participante ter recebido informação sobre o uso de lubrificante a nível vaginal, favorecendo a diminuição da dor durante o ato coital. As restantes participantes não fazem referência ao uso de lubrificante, e quando questionadas, referem desconhecer a sua utilização. Desconhecem também outras formas de expressar a sua sexualidade para além do coito, porque a maioria das participantes quando questionadas sobre o retomar da sexualidade, apenas se referem ao ato coital.

Em síntese parece poder afirmar-se que os fatores dificultadores estão todos relacionados entre si e acabam por ser consequência uns dos outros. As participantes tinham noção de que as alterações corporais condicionavam a sua atividade sexual,

sendo apresentadas como dificultadoras da vivência da sexualidade. Entende-se, que estas poderiam ser minoradas por uma maior valorização da sexualidade nesta fase da vida. Cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis e antecipatórios - como a informação e a educação para a saúde - centradas nas alterações/dificuldades que as mulheres apresentam, poderiam ter um impacto muito positivo na vivência da sexualidade das mulheres no pós-parto.

Outra das dificuldades mais referidas pelas participantes, de forma mais ou menos explícita, é o facto de a mulher acrescentar á vida profissional o trabalho doméstico e as funções maternas, contribuindo para o aumento do cansaço, chegando mesmo a referir “exaustão” e “saturação”. Emana destes relatos que os cuidados necessários ao bebé o tornam no foco de atenção e que exigem da mulher, um enorme esforço físico e até psicológico, que as impede de ter disponibilidade para a relação conjugal e para a vivência de uma sexualidade prazerosa. A amamentação surge aqui como um fator dificultador pelo elevado tempo que ocupa e pelo desgaste continuado que provoca, o que também se vai repercutir na falta de tempo e disponibilidade para a comunicação entre o casal.

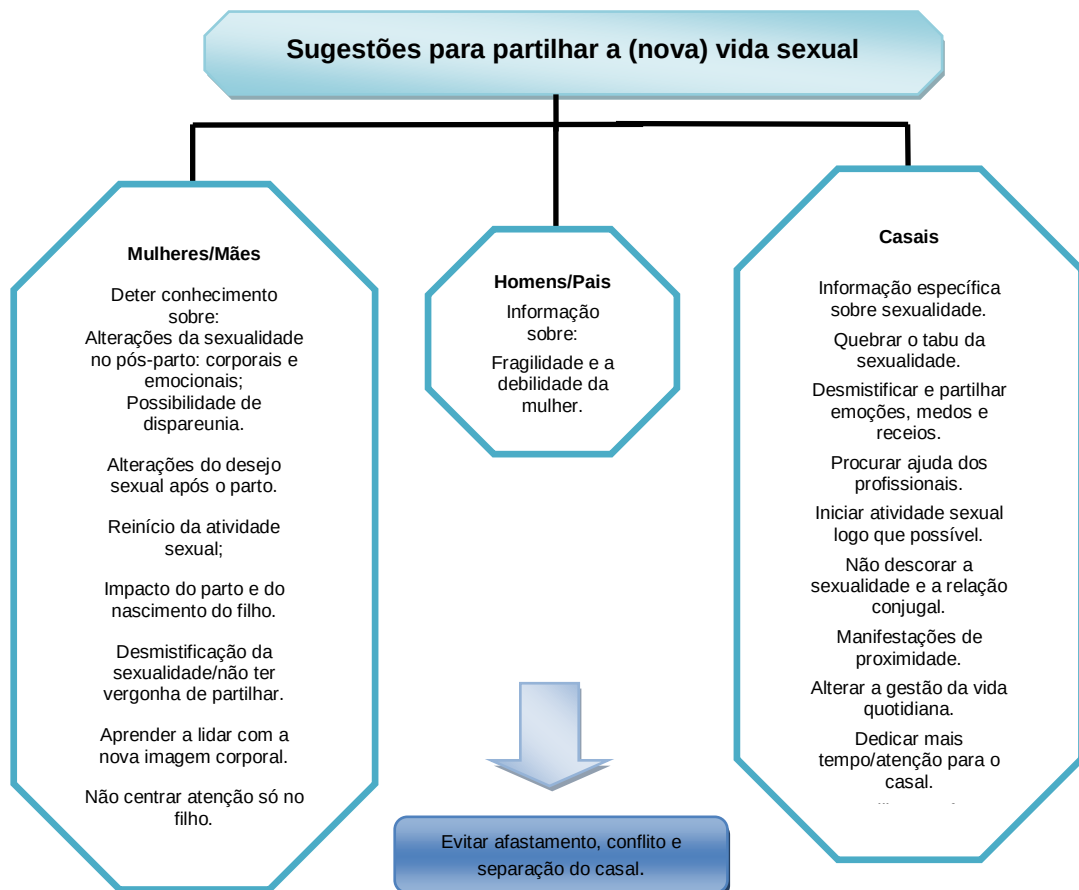
No que diz respeito à informação, as participantes sugerem que os profissionais devem transmitir conhecimentos sobre sexualidade, mais detalhados e específicos que ajudem a quebrar o tabu, a desmistificar a partilha de medos, receios, mitos e a incentivar a procura de ajuda junto de profissionais, sempre que surjam dúvidas e ou dificuldades neste domínio. Sugerem ainda que, devem ser os profissionais a tomar a iniciativa de falar e criarem oportunidades para as mulheres e os casais esclarecerem as suas dúvidas, deixando “a porta aberta”, como refere uma das participantes.

5 - SUGESTÕES PARA PARTILHAR A (NOVA) VIDA SEXUAL

Durante a entrevista e quando as situações se proporcionavam, as participantes falaram das suas vivências e emoções relacionadas com a sexualidade o que consideravam importante modificar. Por outro lado, ao terminar a entrevista, cada mulher foi questionada se possuía algum aspeto que gostasse de acrescentar ou que não tivesse sido abordado. Muitas das participantes quiseram deixar aquilo a que algumas chamaram “sugestões”, que podem facilitar a adaptação no pós-parto e o retomar das manifestações de sexualidade de futuras mães/casais de uma forma prazerosa.

Ao analisar todas as sugestões/contributos foi construído um conjunto de propostas referidas pelas participantes. Uma dirigiam-se às *mulheres/mães*, outras aos *homens/pais* e outras aos *casais*, como se observa na figura 13.

Figura 13 - Sugestões para partilhar a (nova) vida sexual



Nas sugestões dirigidas às mulheres/mães as participantes referiram a importância de as mulheres deterem conhecimentos sobre as alterações da sexualidade no pós-parto (corporais e emocionais), a possibilidade de dispareunia, as alterações do desejo sexual após o parto, o reinício da atividade sexual e o impacto do parto e do nascimento do filho. Salientaram a necessidade de desmistificarem a sexualidade e não se inibir em partilhar assuntos relativos a esta área. Referiram ainda a necessidade de aprenderem a lidar com a nova imagem corporal, de não centrarem toda a atenção no filho.

Como por exemplo Rosa (32A) que sugere: *“Informar-se muito bem, sobre tudo. O que têm dúvidas, como reage o nosso corpo, como evoluímos após o parto.”* E Nádia (26A) acrescenta: *“Não deve haver problema em esclarecer as dúvidas e ao saberem que estão a passar mal, devem realmente ir, falar e saber, o porquê das coisas”.*

No que se refere aos aspetos emocionais Guida (34A) sugere *“Muitos mimos e carinhos sempre, entre eles e o bebé”*, mas Catarina (26A) acrescenta *“Não serem tão dependentes do filho, conseguirem-se “soltar” um bocadinho, é o principal (...) e tentar deixá-lo com outras pessoas, não viver a vida do filho”*. Por seu lado devem *“Dar mais atenção ao marido”* referem Catarina (26A) e Rosa (32A). *“Outra coisa é não nos esquecermos que para além de um filho há um marido que também precisa de atenção. É essencial não esquecer que há ali uma pessoa, que é pai, é marido....”*. Dina (33A)

Deixaram também sugestões para os homens/pais. Referiram que eles se devem manter informados sobre a sexualidade nesta fase da vida devem ter em consideração a fragilidade e a debilidade da mulher para que as possam compreender. A este respeito Fátima (26A) diz: *“(...) Ter compreensão e ... e ser amigo da mulher e acho que é isso”*. Nádia (26A) refere que: *“O companheiro já deve saber que, naquela altura, a mulher está mais frágil. Um homem já sabe que, depois de um parto, ficamos mais debilitadas, mais frágeis naquele tempinho”*.

Com base nas experiências das participantes surgiu um conjunto de sugestões para os casais enquanto díade. Salientaram a importância da informação mais detalhada e específica sobre sexualidade, a necessidade de quebrar o tabu e desmistificar a sexualidade, a maior comunicação para partilha de emoções, medos e receios, a procura de ajuda dos profissionais sobre este tema, iniciarem a atividade sexual logo que possível, não descorarem a sexualidade e a relação conjugal, estarem atentos e potencializarem as manifestações de proximidade geradoras de maior intimidade,

alterar e adaptar a gestão da vida quotidiana, dedicar mais tempo/atenção para o casal e por último, partilharem as tarefas domésticas e cuidados parentais.

Os enxertos apresentados ilustram estes resultados:

“(...) importante é o casal falar e partilhar o assunto. Não haver medo de falar (...) e haver diálogo”. Sara (27A);

“É necessário haver um diálogo para verem que é necessário reajustarem-se”. Dina (33 A);

“Não caírem na mesma situação do que eu, (...) não usarem a camisola para fazer sexo, (...), porque os homens, quando gostam de nós, tanto faz sermos gordas, como magras. E o importante é falar (...)”. Beatriz (34A);

“Explicarem o que estão a sentir. Porque o meu companheiro, também tinha receio de me magoar e fomos falando (...) e adaptando as posições sexuais” Rosa (32A);

“Penso que o importante é a mulher dizer quando se sente preparada, e também transmitir ao marido”. Soraia (32A);

“(...) sempre um grande apoio em todas as tarefas por parte do pai. Ajuda-nos muito, algumas mulheres podem ter de explicar a importância dessa partilha aos maridos”. Guida (34A).

Estes resultados parecem sugerir que as participantes reconhecem a necessidade de se manterem vinculadas aos maridos / companheiros e não estarem tão focalizadas no filho, pois parece que o apego e a dependência mútua filho-mãe, deixa pouco tempo para a interação e para a potencialização da relação conjugal. Outras participantes mencionam que não conseguem delegar os cuidados parentais, o que as torna muito dependentes do papel materno. Por isso, deixam como sugestão que as futuras mães deleguem os cuidados parentais, para que possam ter tempo para elas próprias e para se dedicarem ao companheiro e tudo o que envolve a relação conjugal.

Da análise dos resultados obtidos parece poder concluir-se que as sugestões referidas pelas participantes estão relacionadas com as necessidades de informação que mencionaram, aparentando transparecer que dão grande importância à necessidade de todos estarem informados para facilitar adaptação no pós-parto, aprendizagem esta que só desenvolveram com a própria experiência.

Neste contexto apraz-nos referir que o enfermeiro especialista tem um papel de educador, onde as suas competências técnicas, científicas, referenciais, relacionais e de ajuda, são instrumentos considerados essenciais para a obtenção de ganhos em saúde dos seus utentes. Deve ter presente que a verdadeira arte do cuidar em Enfermagem reside em abandonar o tecnicismo puro desprovido de significado,

adotando uma prática de cuidados pertinentes e estabelecendo uma relação pautada pela empatia, confiança, segurança e tranquilidade (Couto, 2006).

Em síntese e perante a análise dos resultados encontram-se vários focos de atuação de enfermagem, uma vez que parece poder afirmar-se que para as participantes do estudo a sexualidade engloba um conjunto de manifestações psicológicas e comportamentais. A sexualidade inclui a relação coital, mas vai muito além disso, ela é percebida na dimensão física e psicológica, sendo ambas muito importantes, porque lhes concede bem-estar sexual. De acordo com as afirmações proferidas as participantes consideram o bem-estar sexual uma parte importante para o bem-estar conjugal. Relativamente ao (auto) reconhecimento das respostas ao estímulo sexual aparenta ser escasso e vago. As participantes mencionam fundamentalmente reações fisiológicas (palpitações, taquicardia, calor, suores) e reações emocionais, (amor, desejo, ansiedade e sensação de bem-estar geral), deixando transparecer conhecimentos não demonstrados sobre esta temática, os quais podem ser colmatados pelos enfermeiros.

Foram mencionados fatores pessoais e ambientais que influenciam a vivência da sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho, que parecem ser interdependentes. Dos fatores facilitadores pessoais destaca-se o aumento da sensibilidade e do desejo sexual, a ausência de desconforto, a paciência/persistência, a comunicação e a maior proximidade conjugal e (co) parental. De entre os fatores ambientais salienta-se a partilha de tarefas, emoções, a reorganização e estabelecimentos de novas prioridades e rotinas familiares e a informação dos profissionais de saúde.

No que diz respeito aos fatores dificultadores pessoais são essencialmente os corporais relacionados com o parto e o puerpério e os fatores psicológicos (a falta de disponibilidade para o companheiro, o *stress* e a saturação). No que se refere aos fatores ambientais dificultadores encontraram-se fatores relacionados com alteração das rotinas familiares, o facto de o bebé ser foco/centro de toda a atenção, bem como as suas necessidades e horários específicos, a falta de comunicação e um sistema de saúde pouco eficaz, que não valoriza a sexualidade, no que se refere ao prazer.

As participantes mencionaram algumas sugestões que podem facilitar a adaptação no pós-parto e o retomar das manifestações de sexualidade de futuras mães/casais. Sugerem que as futuras mães, conheçam as mudanças corporais no pós-parto, desmistifiquem mitos relacionados com a sexualidade e partilhem com os maridos/companheiros as dúvidas e receios relacionados com a sexualidade e os

papéis parentais. Sugerem ainda que procurem ajuda dos profissionais sempre que necessário, que não centrem em exclusivo a sua atenção no filho e partilhem os cuidados parentais. É ainda sugerido pelas participantes que as mulheres/mães devem manter sempre o diálogo e a atenção para com o marido/companheiro. Salientam também a necessidade de o companheiro se manter informado sobre a sexualidade e as alterações das mulheres nesta fase da vida e terem em consideração a fragilidade e a debilidade da mulher após o parto. Para o casal, as participantes reforçam a importância da comunicação para a partilha de vivências, dos problemas, dos medos, dos receios e das tarefas domésticas e dos cuidados parentais. Entendem que nunca devem descorar a sexualidade e a relação conjugal, mantendo as manifestações de proximidade, de procurarem e promoverem mais tempo para o casal, adaptando a gestão da vida quotidiana.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, apresenta-se uma síntese e uma apreciação crítica dos resultados e das limitações deste estudo. Pretende-se ainda propor sugestões/contributos para a atuação dos enfermeiros que cuidam de mulheres/casais nesta etapa do ciclo de vida pessoal e familiar, com o objetivo de contribuir para uma melhor vivência da sexualidade no pós-parto, integrada no projeto de vida individual e do casal. Referem-se as dificuldades sentidas durante o desenvolvimento da investigação e expõem-se os contributos com vista à melhoria dos cuidados nas várias áreas de atuação dos enfermeiros e propostas de realização de novos estudos.

Com este estudo procurou-se conhecer as concepções de sexualidade e os fatores condicionantes da vivência da sexualidade após o nascimento do primeiro filho, de forma a promover o reinício da sexualidade saudável das mulheres após o parto. Dada a importância do bem-estar sexual para a saúde em geral, procura-se trazer conhecimentos que sustentem práticas de cuidados de enfermagem que contribuam para a melhoria da saúde das mulheres, dos casais, da família e da comunidade em geral, promovendo o desenvolvimento do potencial para uma vida saudável, digna e feliz.

Foi realizado um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. A análise de dados foi concretizada com base no método de Colaizzi. O estudo incidiu sobre os dados colhidos em entrevistas semiestruturadas realizadas a doze mulheres, com idades compreendidas entre os 26 e os 36 anos, que viveram a experiência do nascimento do primeiro filho há mais de seis (6) meses e há menos de dezoito (18) meses (inclusive) aquando a realização da entrevista. As participantes foram contatadas através de duas creches do concelho de Condeixa e pelo método de “bola de neve”. Todas as participantes eram casadas ou viviam em união de facto, seis possuíam o ensino secundário e as restantes seis licenciatura. Dez exerciam atividade profissional renumerada em diversos setores, uma estava desempregada e outra era estudante.

Pela análise dos resultados obtidos, parece poder-se afirmar que, para este grupo de mulheres:

- A concepção de sexualidade constrói-se em torno de um conjunto de emoções, sentimentos, gestos de partilha, conciliação de vontades e disponibilidades, beijos, carícias. A sexualidade inclui a relação coital, mas vai muito além disso.

- A sexualidade é percebida na dimensão física e psicológica, ambas se complementam e são muito importantes nas suas vidas, porque lhes proporciona bem-estar sexual.

- A concepção de bem-estar sexual está associada à estabilidade da relação conjugal e é considerada uma parte importante para o bem-estar conjugal.

- O (auto) reconhecimento das respostas ao estímulo sexual é escasso e vago. As participantes referem essencialmente reações fisiológicas como palpitações, taquicardia, aumento da tensão arterial, calor, suores e reações emocionais, como amor, desejo, ansiedade e sensação de bem-estar geral.

- Existem fatores pessoais e ambientais que influenciam a vivência da sexualidade das mulheres após o nascimento do primeiro filho, que parecem ser interdependentes.

- Dos principais fatores facilitadores pessoais da vivência sexual destaca-se o aumento da sensibilidade e do desejo sexual, a ausência de desconforto, a paciência/persistência, a comunicação e a maior proximidade conjugal e (co) parental. De entre os fatores facilitadores ambientais salienta-se a partilha de tarefas, emoções e desejo, a reorganização e estabelecimentos de novas prioridades e rotinas familiares e a informação dos profissionais de saúde.

- Os fatores dificultadores pessoais são essencialmente os corporais relacionados com o parto e o puerpério - perineorrafia, dispareunia, diminuição da excitação, da atividade sexual e do prazer - e os fatores psicológicos como a falta de disponibilidade para o companheiro, o *stress*, a saturação e a exaustão. No que se refere aos fatores dificultadores ambientais encontraram-se fatores relacionados com alteração das rotinas familiares, o facto de o bebé ser foco/centro de toda a atenção, bem como as suas necessidades e horários específicos, a dificuldade em conciliar as disponibilidades do casal, a falta de comunicação e um sistema de saúde pouco eficaz, que não valoriza a sexualidade.

- As participantes sugerem que as futuras mães, conheçam as mudanças corporais decorrentes do parto, ultrapassem os mitos relacionados com a sexualidade, não tenham vergonha de aceitar o corpo (transformado) e partilhem com os maridos/companheiros as dúvidas e receios relacionados com a sexualidade e os

papéis parentais. Sugerem ainda que procurem ajuda dos profissionais sempre que necessário, que não centrem em exclusivo a sua atenção no filho e partilhem os cuidados parentais. É ainda sugerido pelas participantes que as mulheres/mães devem manter sempre o diálogo e a atenção para com o marido/companheiro.

- As participantes apresentaram também algumas sugestões para os maridos/companheiros de modo a que as mulheres possam viver melhor a sua sexualidade após o nascimento do primeiro filho. Salientam a necessidade de o companheiro se manter informado sobre a sexualidade e as alterações das mulheres nesta fase da vida e terem em consideração a fragilidade e a debilidade da mulher após o parto.

- Ainda como sugestões para o casal, as participantes reforçam a importância da comunicação para a partilha de vivências, de emoções, dos problemas, dos medos, dos receios e das tarefas domésticas e dos cuidados parentais. Entendem que nunca devem descorar a sexualidade e a relação conjugal, mantendo as manifestações de proximidade, de procurarem e promoverem mais tempo para o casal, adaptando a gestão da vida quotidiana.

SUGESTÕES/CONTRIBUTOS

Ao refletir sobre os resultados obtidos concluiu-se que são várias as áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, destacando-se as informações sobre a resposta sexual humana, as alterações corporais decorrentes do parto e da amamentação e as suas implicações na sexualidade, e ainda, diferentes formas de manifestações da sexualidade, desfocando-se da genitalidade e do ato coital. Verifica-se que existe um vasto campo de intervenções autónomas de enfermagem, onde se destaca a educação sexual promotora de uma sexualidade saudável e do bem-estar sexual, que devem ter como clientes as pessoas, quer na dimensão individual - mulheres e homens - quer enquanto casais e grupos.

Enquanto foco de enfermagem e procurando promover uma sexualidade gratificante, torna-se necessário desenvolver estratégias que promovam uma sexualidade saudável, para a mulher/mãe, para o casal e família, as quais irão contribuir para o bem-estar individual e familiar.

Pretende-se abordar algumas sugestões/contributos em três grandes áreas: na prática clínica, na investigação, e na formação.

Prática clínica

Apresentam-se intervenções de saúde/enfermagem aos diferentes níveis de prevenção, perspetivando diferentes cuidados que parecem ajudar a responder às necessidades apresentadas pelas participantes.

Tendo presente todos os contornos inerentes à vivência da sexualidade no pós-parto torna-se emergente investir na promoção da saúde sexual quer durante a gravidez, quer no pós-parto. Considera-se pertinente:

Para a população em geral

- Garantir a acessibilidade da população a programas de saúde sexual e reprodutiva, com formação do vínculo e confiança entre a população e os profissionais de saúde.
- Criar planos de formação sobre sexualidade humana - descentrando a sexualidade do ato coital com o objetivo de esclarecer e valorizar outras formas de satisfação sexual, principalmente no pós-parto/puerpério.
- Implementar programas de educação sexual para toda a população.
- Utilizar novas formas de informação/formação e ampla divulgação junto da população em geral, através da utilização de: meios audiovisuais, imagens e/ou esquemas que proporcionem melhor conhecimento do próprio corpo; folhetos informativos, nos quais constem imagens precedidas de conteúdo informativo/explicativo;
- Criar *sítes* com o objetivo de facilitar a consulta da informação correta e credível facilitando o esclarecimento de dúvidas, uma vez que a sexualidade é considerada por muitos como um tema tabu, principalmente no pós-parto.
- Criar linhas telefónicas que permitem colocar questões, dúvidas, de uma forma anónima, de modo a clarificar mitos e esclarecer dúvidas nesta área, especialmente num período de grandes adaptações como é o pós-parto.

Para a Mulher

- Construir projetos de atenção à saúde feminina, orientados na área de saúde sexual e reprodutiva, valorizando a participação ativa da mulher no desenvolvimento de políticas voltadas à promoção da sua saúde.
- Promover e facilitar a adesão às consultas de vigilância de saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo de vida.

- Promover a formação do vínculo entre mulher/enfermeiro, de modo a que ela retorne ao serviço/instituição para inclusão em novos programas após o parto, como é exemplo o planejamento familiar e as consultas de saúde infantil.

- Difundir a saúde integral da mulher, valorizando as várias dimensões da sua vida e da sua existência, incluindo o corpo, a sexualidade/intimidade, a conjugalidade, a maternidade, assim como a conciliação com a sua vida social e profissional.

Especificamente nas consultas de vigilância da gravidez e pós-parto, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica deve:

- Transformar a consulta num local privilegiado para a promoção da saúde favorecedora do desenvolvimento individual e do casal; utilizando uma intervenção ativa e compreensiva;

- Proporcionar oportunidade à mulher/casal de esclarecer as suas dúvidas, sobre a sexualidade na gravidez e no pós-parto.

- Avaliar a forma mais adequada de abordar a sexualidade a nível individual, ou de forma conjunta com os dois elementos do casal.

- Redobrar a atenção para identificar a resposta de cada mulher à adaptação da sua sexualidade no pós-parto e perguntar objetivamente à mulher e ao casal como está a decorrer o reinício da sexualidade, visto que essa ação minimiza a preocupação e favorece a comunicação enfermeiro - mulher.

- Fornecer informações e orientações sobre as alterações que a gravidez e o parto podem provocar na vivência da sexualidade, nomeadamente as alterações corporais e a importância da sua inclusão e aceitação da nova imagem corporal;

- Incentivar as mulheres a pensarem e a elaborarem um significado consciente da maternidade e da sexualidade inseridas no seu próprio corpo, tornando-as mais conhecedoras do seu próprio corpo e desmitificando as alterações corporais no pós-parto.

- Envolver o marido/pai sobre as necessidades de apoiar a mulher no período após o parto e a necessidade de partilha de tarefas (co) parentais para manterem uma relação conjugal estável.

- Assumir o casal como alvo dos cuidados, ou seja, identificar a situação conjugal, os seus conhecimentos e capacidades e as vivências da sexualidade; dar maior atenção às alterações emocionais, afetivas e sociais; ajudar a encontrar formas adaptativas de lidar com elas tentando disponibilizar sistemas de apoio e recursos, de modo a

promover uma transição para o reinício da sexualidade e para uma parentalidade saudável.

- Sensibilizar os casais para fatores que provocam alterações na sexualidade no período pós-parto - alterações hormonais, físicas e emocionais, acompanhadas de mitos e crenças - e que podem produzir fortes constrangimentos no relacionamento do casal.

Todas as intervenções devem ser realizadas por enfermeiros de saúde materna e obstétrica, uma vez que possuem mais conhecimentos e experiências adequadas nesta área, nomeadamente:

- Utilizar como estratégias o desenvolvimento de uma comunicação efetiva, com linguagem acessível, um relacionamento empático, diálogo com honestidade e sensibilidade, proporcionando um clima de à-vontade que permita a partilha e a expressão de sentimentos, expectativas e dificuldades.
- Usar capacidades relacionais para obter um conhecimento prévio do casal de modo a identificar as necessidades de cada um, considerando a individualidade, os valores e as crenças de cada mulher/casal/família.

Permitindo detetar lacunas de conhecimentos nas mulheres/casais, (durante a gravidez e no pós-parto) que ao serem colmatadas poderão ajudar na transição da maternidade e parentalidade e desta forma manter e/ou melhorar a estabilidade conjugal.

Reforça-se a importância da realização de cursos de preparação para a parentalidade aos quais todas as mulheres/casais devem poder aceder, e que devem:

- Incluir a temática da sexualidade ao longo do curso, para que as mulheres/casais se sintam à vontade para expor as suas dúvidas e receios;
- Possibilitar espaço para que os casais com experiências anteriores, e se o desejarem, possam partilhar as suas vivências de adaptação no pós-parto, sobre o reinício das suas manifestações de sexualidade.
- Criar um tempo de atendimento individual para cada casal, se necessário;
- Reforçar e esclarecer as informações transmitidas nas consultas de vigilância da gravidez, utilizando as estratégias adequadas a cada mulher/casal.

Investigação

Após a realização deste estudo pensa-se que ficou pouco claro a conceção concreta que as mulheres têm de sexualidade e de bem-estar sexual. Devido à dificuldade em falarem abertamente sobre a temática, elas expressaram apenas as suas manifestações/ações de sexualidade sendo pouco específicas na importância do seu bem-estar sexual da mulher para o bem-estar pessoal e conjugal.

Assim, ao finalizar este trabalho apresenta-se um conjunto de propostas que podem contribuir para o desenvolvimento de futuros estudos nesta área:

- Replicação deste estudo com outras participantes noutras contextos geográficos e culturais de modo a que se possa identificar as convergências dos resultados obtidos.
- Estudos longitudinais que possibilitassem o acompanhamento e desenvolvimento das mulheres/casais após a implementação de novas práticas de educação sexual durante o período reprodutivo;
- Utilizar metodologias quanto-qualitativas que permitam a avaliação da satisfação sexual das participantes/casais antes e após o nascimento dos filhos, possibilitando outras formas de validação da informação obtida.
- Estudos que correlacionem os componentes do amor, da satisfação conjugal e papéis de género e dos papéis sexuais e parentais.
- Incluir os casais nos estudos, de modo a conhecer a perspetiva dos maridos/companheiros e do impacto do nascimento dos filhos na vivência da sexualidade do homem e do casal.

Entende-se que estes estudos encontram também justificação perante a atualidade da crise de valores na família, submersas em múltiplas reformulações e instabilidade conjugal, económica e social.

Formação

Ao refletir sobre os resultados surgem algumas **contributos/sugestões** para a formação em enfermagem atendendo a que se revela fundamental sensibilizar e formar todos os profissionais para a temática da sexualidade, permitindo uma maior homogeneidade de conhecimentos, maximizando-os no sentido de formar profissionais mais disponíveis e sensíveis para abordar esta temática.

- Sendo a sexualidade uma área muito importante para o bem-estar e saúde sugere-se que seja integrada na formação inicial de enfermagem como unidade curricular.

- Entende-se ainda que a temática da sexualidade deve ter maior relevância no plano curricular da especialidade e mestrado em saúde materna e obstetrícia.

- No que se refere a formação continuada é importante que se integre estas temáticas para que os receios, mitos e tabus dos profissionais sejam desconstruídos permitindo melhorar as práticas de enfermagem neste domínio.

Acredita-se na validade das atitudes formativas, que permitem uma autorreflexão e uma atualização de conhecimentos sobre a sexualidade, mais concretamente no pós-parto. Esta implicação vai também ao encontro da prática de cuidados uma vez que se acredita no reconhecimento da abordagem da sexualidade como uma chave para a humanização e melhoria do cuidar da mulher, casal e família.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante realçar aqui as limitações da realização deste trabalho e os resultados nele analisados. Começa-se por referir algumas dificuldades sentidas a nível dos procedimentos metodológicos, essencialmente relacionadas com a especificidade da metodologia qualitativa, a inexperiência da investigadora e com a limitação de tempo.

Tal como já foi mencionado, a maioria das participantes preferiram a sua própria habitação para a realização da entrevista, referindo ser mais cómodo para elas e ser o local onde se sentiam mais à-vontade. Contudo, esta opção trouxe alguns constrangimentos, designadamente a presença dos filhos durante a entrevista, o que pode ter influenciado a profundidade das informações fornecidas pelas participantes.

Como foi referido no capítulo da metodologia a validação da análise dos dados não foi realizada pela totalidade das participantes, pois por questões de tempo só participaram cinco (5) mulheres. Fica por isso o registo que a validação das restantes participantes seria uma mais-valia para o rigor e confiança na investigação realizada. Dado o tema em estudo não se entendeu adequado o recurso a outras estratégias de colheita de dados, não sendo por isso possível a triangulação¹ de dados. Poder-se-ia também ter recorrido a um grupo de peritos/juízes para validação da análise, o que por

¹ A triangulação consiste em recolher dados de diferentes fontes e de diferentes formas (ex: entrevista e outro instrumento), e ter diferentes juízes para analisar os dados. O objetivo central é o de validar resultados pela convergência de perpestivas (Giorgi e Sousa 2010).

questões de tempo não foi realizada, sendo esta só realizada pela professora orientadora.

Outro fator limitante foi o facto de em Portugal este tema ser ainda pouco estudado, existindo portanto poucos trabalhos nesta área, limitando a discussão dos resultados deste estudo com resultados de estudos com participantes de contextos idênticos.

Não sendo considerado como uma limitação - pois é uma característica dos estudos qualitativos - não se pode deixar de alertar que o potencial de transferência de resultados para outros contextos e/ou mulheres em situações idênticas está limitado, ou seja, estas participantes não são representativas de nenhuma população, sendo os resultados obtidos unicamente válidos para as mulheres que participaram neste estudo. Como tal, os resultados obtidos não podem ser extrapolados. Contudo, considera-se que esta situação não diminui o valor e a utilidade destes resultados, permitindo refletir e repensar as práticas profissionais referentes à sexualidade nesta fase da vida. Não deixando de considerar a possibilidade de, com outras mulheres, obter resultados diferentes.

O fato da investigadora ter de se deslocar à residência de cada participante, que se localizavam em diversas freguesias dos concelhos de Penela, Condeixa e Coimbra, dificultou a conciliação de horários e aumentou o tempo despendido para a realização das entrevistas. Esta situação exigiu muito tempo por parte da investigadora, limitando assim a sua disponibilidade para realizar outras etapas de trabalho.

Este estudo, realizado simultaneamente com a atividade profissional, a vida familiar e académica, foi o culminar de um percurso sinuoso, que muitas vezes foi difícil conciliar, e que se pode ter convertido no fato de os resultados de todo o investimento realizado serem inferiores aos ambicionados. Contudo foi o possível nesta fase de desenvolvimento.

Como em qualquer estudo a investigadora viu-se confrontada com a necessidade de fazer opções. As decisões que tomou foram as que lhe pareceram mais adequadas. Aquelas que não foram tomadas podem converter-se em possíveis limitações. Neste caso, assume-se que estudar a sexualidade humana - com as pessoas e concretamente os significados e as suas vivências constituem uma realidade que é difícil tornar visível.

Acredita-se ter atingido os objetivos desta investigação, podendo contribuir para mobilizar conhecimentos e ajudar os enfermeiros a identificar lacunas de intervenção junto das mulheres, no domínio da sexualidade, principalmente no pós-parto, o que irá, possibilitar uma reflexão e construção de novos desafios e novas práticas, potencializadores de cuidados que vão de encontro às necessidades das mulheres/casais. Assim, de certo que se contribuiu para a evolução da enfermagem enquanto disciplina e enquanto profissão e se acrescentou conhecimento que permite uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem, com consequente melhoria da vivência da sexualidade da mulher/casal.

Considera-se que o conhecimento produzido poderá ser útil para os profissionais de saúde em geral, bem como para toda a população, concretamente as mulheres e os homens que se interessam por esta área do conhecimento ou que estejam a vivenciar a sua fase reprodutiva.

Contudo, considera-se que esta investigação só estará concluída quando forem divulgados os seus resultados. Para isso pensa-se publicar um artigo numa revista científica de enfermagem, bem como, divulgar o estudo em eventos científicos de cariz nacional e internacional.

Conclui-se com a consciência que a aprendizagem é um caminho e não uma meta. Por isso, nesta fase conhece-se melhor a forma como as mulheres vivenciam a sexualidade no pós-parto. No entanto constata-se (de novo) que a sexualidade é uma área complexa e acredita-se que muito ficou por “destapar” e por compreender para se poder contribuir para os cuidados de enfermagem de vanguarda a oferecer às mulheres e aos homens, relacionados com a sua sexualidade após o nascimento dos filhos, de modo a contribuir para uma vivência mais feliz da sua sexualidade nesta fase das suas vidas.

Acredita-se no contributo que os enfermeiros, especificamente os especialistas em saúde materna e obstetrícia podem assumir, para que todas as mulheres e todos os homens possam viver esta sexualidade prazerosa e (com) sentida de uma forma global e integrada nas suas relações conjugais, depois de assumirem tão grande desafio que é o novo papel parental.

Finaliza-se com as palavras de uma das participantes neste estudo e que sintetiza a concepção da sexualidade expressa pela maioria das participantes.

“A sexualidade ... não é o sexo pelo sexo. Tem de haver o antes. Se antes as coisas não estiverem bem, não vamos ter relações sexuais só para ter relações sexuais. Ou mesmo que as coisas estejam bem, pode não haver disponibilidade, porque as pessoas estão cansadas, ou porque estão com problemas na cabeça e portanto a sexualidade não tem de ser uma obrigação, mas uma vontade e estarmos disponíveis para isso (...) acho que só assim é que faz sentido e pelo menos para mim, só assim é que se pode retirar todo o prazer e bem-estar que a sexualidade nos dá”.

(Paula, 29 anos)

Continue-se a investigar ... para conhecer mais e para intervir melhor!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOIM, Sofia - Conjugalidade, afetos e formas de autonomia individual. Análise Social. Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol. XLI, nº180 (2006), p.801-825.

ABUCHAIM, Erika de Sá Vieira - Vivendo a amamentação e a sexualidade na Maternidade: Dividindo-se entre ser mãe e mulher. [Em linha]. Tese de Doutoramento em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo. 2005.191p. [Consult. 3 mar. 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-01122005-132140/pt-br.php>.

ALBUQUERQUE, Marta Sofia do Amaral - **A sexualidade no deficiente mental profundo: um estudo descritivo sobre as atitudes de profissionais e pais**. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. 2007.

ALMEIDA, Elisa Grijó - Quando dois se tornam três. [Em linha]. O portal dos psicólogos. 2005. [Consult. 17 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0060.pdf>.

ALVES, M. Graça Cerqueira - **Fatores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa 2008.

ALVES, Marta Pereira – Representações sociais e sexualidade: duplo-padrão sexual ou padrão sexual do género? Psychologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. ISSN: 0871-4657. Nº 41. (2006), p. 25-43.

BARCELOS, Ana Maria Ferreira - Crenças sobre aprendizagem de línguas, Linguística Aplicada e ensino de línguas. Linguagem & Ensino [Em linha]. Vol. 7, nº 1 (2004), p.123-156. [Consult. 10 fev. 2009]. Disponível em <URL:http://rle.ucpel.tche.br/php/edicoes/v7n1/G_Ana_Maria_Barcelos2.pdf>.

Barros, Nuno André Veloso - **Satisfação sexual e imagem corporal em mulheres com cancro da mama**. Mestrado em estudos sobre as mulheres. Universidade Aberta. Lisboa. 2008

BELENTANI, Leda, M.; MARCON, Sónia, S.; PELLOSO, Sandra Marisa - Sexuality patterns of mothers with high-risk infants [Em linha]. Ata Paulista de Enfermagem. Vol. 24, nº 1, (2011), p.107-13. [Consult 23 out. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a16.pdf>.

BERMAN J., BERMAN L., KANALY K. - **Female sexual dysfunction: New perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment**. EAU Update Série 1. (2003). p. 166-177.

BIA, Florbela Maria Marmou - **A influência do parto no funcionamento sexual feminino – um estudo piloto**. Mestrado em sexualidade humana. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2008.

BIA, Florbela Maria Marmou - Sexualidade pós-parto: a outra face da maternidade. Nursing. Lisboa. Nº 260, Ano 22, (agosto, 2010), p.8-18.

BIERNACKI P., WALDFORD D. - Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. Sociol Methods Res. Vol. 2, (1981) p.141-63.

BODGAN, Robert e BIKLEN, Sari - **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34122-2.

BOSSI, Tatiele Jacques e ARDANS-BONIFACINO, Héctor Omar - Um estudo sobre parentalidade: considerações acerca da identidade em pais de “primeira viagem”. In ROSO, A., [et al.] (Orgs.). Anais das II Jornadas Psicologia e Saúde - Perpetivas atuais de intervenções em saúde. [Em linha]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro De Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010. [Consult. 8 nov. 2011]. Disponível em http://w3.ufsm.br/ppgp/anais_joranda_psicologia.pdf. P.85-88.

BRITTEN, Nicky - Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In POPE, Catherine; MAYS, Nicholas - Pesquisa qualitativas na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN: 85-363-0455-3. p. 21-29.

CANAVAL, G., [et al.] - La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. [Em Linha]. Aquichan, Norte américa, 7, jun. 2009. [Consult. Jul. 2011]. Disponible en <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/sabana/index.php/aquichan/article/view/94>.

CANAVARRO, M. Cristina - Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In CANAVARRO, M. Cristina - Psicologia da gravidez e da maternidade. 2ªEd. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-081-9. p.13-50.

CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro - **Metodologia de investigação: guia para auto aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN: 978-972-674-231-9.

CIPE versão β2- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

CHILAND, Colette - **O sexo conduz o mundo**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005. 151 p. ISBN: 85-85717-91-2.

CONVERY KM, SPATZ DL - Sexuality & breastfeeding: what do you know? MCN Am J Matern Child Nurs. [Em linha]. 34(4):218-23. [Consult.15 jan 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19587565>.

COSTA, Edina Silva [et al]. - Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Revista da rede de enfermagem do Nordeste. Fortaleza. ISSN 1517-3852. Vol. 11, nº 2, (abr./jun.2010), p. 86-93.

COUTO, António de Jesus - **Crenças, atitudes e comportamentos da gravidez: contributo da psicologia da saúde para o estudo da sua relação**. Tese de doutoramento em psicologia, na especialidade de psicologia da saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2000.

COUTO, Germano Rodrigues – Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. 14:2 (2006) 190-198. [Consult. 26 fev. 2010]. Disponível na em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a07.pdf>. ISSN 0104-1169.

CRESPO, M. [et al] - Desenvolvimento da escala de dimensões da intimidade: primeiro estudo empírico. Psychologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. ISSN: 0871-4657. Nº 41 (2006), p.45-63.

CUPACH, W. R; CONSTOCK, J. - Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. Journal of Social and Personal Relationship. [S.I.] 7, (1990), p.179-186.

Decreto-Lei n.º 194/96. D.R. I Série. 240 (16-10-96). 3436-3436

DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA - Jean Étienne, (Jean-Pierre Roux, Jean-Pierre Noreck, Françoise Bloess. Edição: 2008. Editor: Plátano Editora. 374 p.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa nacional de saúde reprodutiva**. Lisboa: DGS. 2011, p.67. ISBN 978-972-675-182-3.

DUARTE, Graciana Alves - **Vivências de casais com o aleitamento materno do primeiro filho**. [Em linha]. Tese de Doutoramento de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Brasil. 2005. [Consult jun 2011]. Disponível em <http://en.scientificcommons.org/7648593>.

DYERS, E. S; DEMMONS, S. – Sexual Satisfaction and Sexual Self-Disclosure within. Dating Relationships. The Journal of Sex Research. [S.I.] 36(2), (1999) p.180-189.

FIGES, Kates - **A Mulher e a Maternidade**. Editorial Presença, 2001. p. 282 ISBN-972-23-2739-9.

FISHER, Helen - **Porque amamos: a natureza e a química do amor romântico**. Lisboa. Relógio D'água Editores, 2008. ISBN 978-972-708-996-3.

FLICK, We - **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. Lisboa: Monitor, 2005. ISBN 972-9413-67-3.

FREITAS, W.M.F.; [et al.]. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. 23, nº1, (2009) p.85-90.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da conceção à realização**. Loures: Lusociência, 2003. 387 p. ISBN 972-8383-10-X.

GRAÇA, Luis Mendes - **Medicina Materno Fetal** - 3ª edição. Lisboa: Lidel, 2005. 733p. ISBN 978-972-757- 325-7.

GIORGI, Amedeo; SOUSA, Daniel - **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010. 279 p. ISBN 978-972-754-273-4.

GOMES, Vera Lúcia de Sá Figueiredo - **Qualidade de vida da mulher com cancro da mama: determinantes psicossociais e de contexto conjugal**. Dissertação de Mestrado em psicologia da saúde no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. 2007.

GONÇALVES, Helena, [et al.] - Avaliação da função sexual feminina após gravidez e sua correlação com a via do parto. ISEX- Cadernos de Sexologia. [Em linha]. América do Norte, nº2, jun. 2010. [Consult. 30 nov. 2011]. Disponível em <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/isex/article/view/2088>>.

JUNQUEIRA, M. Helena C. A. - **Discursos femininos sobre a sexualidade durante a gravidez**. Dissertação de Mestrado em estudos sobre as mulheres. Universidade Aberta. Lisboa. 2008.

LEAL, Isabel - **Da psicologia da gravidez e à psicologia da parentalidade**. Lisboa: Fim de século, 2005. ISBN 972-754-235. p. 9 - 19.

LEITÃO, Maria Neto da Cruz - **Sexualidade no feminino - satisfação e bem-estar**. Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Coimbra. 2003.

LOUREIRO, Luís - Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: crítica, estratégias e possibilidades. Revista Referência. Coimbra ISSN: 0874.0283. II Série, nº2 (jun. 2006). p. 21-32.

LOURENÇO, Mª Madalena Carvalho - **Casal: Conjugalidade e Ciclo Evolutivo**. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2006. P. 290

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidata, 2008. 1043 p. ISBN 978-989-8075-16-1.

MADEIRA, Susana M. Garcia Cardoso - **A Auto-perceção das competências emocionais: estudo com um grupo de enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados**. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2007.

Marques, Ana Cristina - Os homens não são iguais e todas as mulheres não são iguais: representações dos jovens sobre a sexualidade. [Em linha]. Lisboa: CIES-ISCTE, 2009. (CIES e-Working Paper, 76). [Consult. fev. 2010]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/1537>. ISSN 1647-0893.

MARQUES, Florence Zanchetta Coelho. Resposta sexual humana. Revista de Ciências Médicas. Campinas ISSN: 1415-5796, vol. 17, nº3-6 (maio - dez., 2008). p. 175-183

MARTINS, Cristina Araújo - Transição para a parentalidade. [Em linha]. Doutoramento em enfermagem, revisão sistemática da literatura. Universidade Lisboa. 2008. [Consult. 23 fev. 2010]. Disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>.

MARTINS, Maria de Fátima da Silva V. - **Mitos e crenças na gravidez: sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga**. Lisboa: Edições Colibri. 2007.

MELEIS, A. - Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice. New York: Springer Publishing Company. New York. ISBN 978-0-8261-0534-9 (2010).

MIASSO, Adriana I. [et al] - Estratégias de pessoas bipolares e a terapêutica medicamentosa. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem [Em linha]. 11 (2): 240 - 7. (jun, 2007) [Consult. em Abr 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a09.pdf>.

MURARO R. M. - **A mulher no terceiro milénio**. 6ªed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 2000.

Northrup, Christiane - **Corpo de mulher, sabedoria de mulher**. 2ªed. Cascais: Sinais de Fogo, 2003. 736p. ISBN 9789728541088, P.222

OLIVEIRA, Carla Susana Gomes - (A) sexualidade(s) na gravidez: avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Educação - área de especialização em educação para a saúde. [Em linha]. Universidade do Minho, 2008. [Consult. 10 out. 2010]. Disponível em <URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8172/2/Tese.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Sexual health document series - Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction - Defining sexual health. [Em linha]. Geneva. 2006 [Consult. 5 fev. 2011]. Disponível em WWW: URL:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/index.html.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Caderno Temático, modelo de desenvolvimento profissional, sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem - conselho de administração de enfermagem. Dezembro 2009. p. 35-39.

PATRÃO, I. - Bem-me-quer, mal me quer...bem nos quer, mal nos quer: a sexualidade, infertilidade e o cancro. Análise Psicológica. Coimbra. 3 (2005), p. 289-294.

PATTON, M. Q. - Qualitative evolution and research methods. Newbury Park: Sage Publications. 2nd Ed. (1990).

PERROT, Michelle - **Uma história das mulheres**. Porto: Asa Editora, 2007. ISBN 978-972-5092-5.

POLIT, F. Denise; BECK, T. Cheryl HUNGLER, P. Bernadette - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 0-7817-2557-7.

PONTE, M^a da Conceição Ferreira Silva - Fenomenologia: método de investigação qualitativa. Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora. Instituto de Formação em Enfermagem. ISSN: 0873-1586. nº 18 (abr - jun 2009), p. 29-32.

PREVIATTI, J.F; SOUZA K.V. - Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. ISSN 0034-7167. vol. 60, nº2, (2007) p. 197-201.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M.; MOUTA R.J.O. - Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. ISSN 1414-8145. Vol.12 (1). (2008) p. 45-49.

QUEIRÓZ, Ana Albuquerque - **Ética e enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 166p. ISBN 9728717075.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva; 1998.

RAMIRO, Lúcia; MATOS, Margarida Gaspar de - Perceções de professores portugueses sobre educação sexual. [Em linha]. Revista de Saúde Pública São Paulo. Vol. 42 Nº 4 (agosto. 2008). [Consult. maio 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400015&script=sci_arttext&tlng=es. ISSN 0034-8910.

RELVAS, Ana Paula; LOURENÇO, Madalena de Carvalho - Uma abordagem familiar da gravidez e maternidade: perspetiva sistémica. In CANAVARRO, M. Cristina - Psicologia da gravidez e da maternidade. 2ªEd. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-081-9. p. 105-132.

RIBEIRO, José Luís Pais - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 2ªed. Porto: Legis Editora, 2008. ISBN 978-989-8148-16-2.

RICE, J. Alison -Sexualidad Posparto y Consejos de Contracepción. In. KNOR, Emily R.- Decisiones en Enfermería Obstetrica. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A. 1990. ISBN 84-7592-267-8. p.178 – 179.

SANDERS, Carolyn - Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. Contemporary Nurse. New South Wales. ISSN 1037-6178. Vol.14. Nº3. (2003). p. 292-302.

SANDRE-PEREIRA, Gilza - Amamentação e Sexualidade [Em linha]. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 11 (2): 467-491, julho-dezembro/2003. [Consult. em jun. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf>.

SILVA, Ana Isabel; FIGUEIREDO, Bárbara - Sexualidade na gravidez e após o parto. Psiquiatria Clínica. [Em linha]. Vol. 25. nº 3 (2005), p.253-264. [Consult. 10 fev. 2010]. Disponível em
<URL:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>>.

SILVA, Mariana, C. L. S.R. – Entrevista de 15 minutos: uma ferramenta de abordagem à família no programa de saúde da família. [Em linha]. Dissertação de Mestrado da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010. [Consult. em 26 mar. 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11082010-100255/pt-br.php>.

SOARES, Sara Filipa Amaral - Sexualidade do casal: gravidez, parto e pós-parto, que intervenções de enfermagem? In congresso e vulnerabilidades na gravidez - contributos. [Em linha]. 2010. p. 305-316. ISBN: 9789899661707. [consult 25 julh. 2011]. Disponível em <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>.

SOUTO, Danielle da Costa [et al.] - O amamentar e a mulher contemporânea. In ROSO, A., [et al.] (Orgs.). Anais das II Jornada Psicologia e Saúde. Perspetivas Atuais de Intervenções em Saúde. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro De Ciências Sociais E Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. (2010). [Consult. 26 abr. 2011] Disponível em http://w3.ufsm.br/ppgp/anais_joranda_psicologia.pdf.

STEFANELLO, Juliana; NAKANO, Ana Márcia Spanó; GOMES, Flávia Azevedo - Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. Ata Paulista de Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol. 21, nº 2 (2008).

STILES, W. B. - Quality Control - Qualitative Research. Clinical Psychology Review. Ano 1993. Vol. 13, 593-618p.

STREUBERT, Helen, J.; CARPENTER, Dona R. - **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ªed. Loures, 2002. 383 p. ISBN 972-8383-29-0.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. A. - Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto & Contexto de Enfermagem. [Em linha]. Florianópolis Vol.17,nº3 (julh.- setemb. 2008). [Consult 4 mar. 2010]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300002> ISSN 0104-0707. 417-26.

VALA, Jorge; MONTEIRO, M. Benedita - **Psicologia Social**. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. 625 p. ISBN: 972-31-0845-3.

VAZ, J., Machado - Sexualidade e História. In: GOMES F.A, ALBUQUERQUE A, NUNES J.S. - A Sexologia: perspetiva multidisciplinar. Vol. II. Lisboa: Quarteto, 2003. p. 15-42.

VENTURA, Miriam - Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Revista de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro. ISSN 2176-4107. Edição nº24. (agosto, 2006

VERIT, F.F.; YENI, KAFALI, H. - Progress in female sexual dysfunction. Urol International. [Em linha]. 76(1) (2006). p.1-10. [Consult 24 jun. 2010]. Disponível em <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?typ=fulltext&file=UIN2006076001001>

VIEIRA, Ana Rita [et al.] – Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 56, nº 3-4 (maio-agosto 2008) p. 60-68.

WAGNER, A. [et al.] Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 21, n.2, p.181-186, 2005. In ROSO, A. [et al.] (Orgs.). Anais das II Jornada Psicologia e Saúde. Perspetivas Atuais de Intervenções em Saúde. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro

De Ciências Sociais E Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. (2010). [Consult 24 dez. 2010]. Disponível em http://w3.ufsm.br/ppgp/anais_joranda_psicologia.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Sexual and reproductive health, core competencies in primary care**. Department of reproductive health and research. 2011. ISBN 9789241501002. P.vi-ix in glossary

WEEKS, Jeffrey - The World we have won: The Remaking of Erotic and Intimate Life. London and New York. Routledge. 2007. 269 p. ISBN 978-0-415-42201-7.

WILLIAMSON, M.; McVeigh, C.; BAAFI, M. - An Australian perspective of fatherhood and sexuality. Midwifery. 2008. 24(1). P.99-107. Consult. 26 jan. 2010]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000994>.