

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Gonçalves Vieira

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O IMPACTO DA GRAVIDEZ E
DO PÓS-PARTO NA SATISFAÇÃO COM A SEXUALIDADE E NA
RELAÇÃO CONJUGAL

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2020

“Não basta amar. Temos de aprender a mostrar o amor. E, por vezes, isto é tão difícil como aprender uma língua nova, cuja gramática nunca foi escrita.”

Sheila Kitzinger, 1984

Sexualidade na Gravidez: Estudo exploratório sobre o impacto da gravidez e do pós-parto na satisfação com a sexualidade e na relação conjugal

Resumo

Objetivos: Procura-se apurar se existem alterações relativas à sexualidade na gravidez, avaliar a satisfação sexual antes, durante e após a gravidez e, por fim, verificar se existe relação entre a satisfação ou insatisfação prévia com a sexualidade e a satisfação ou insatisfação sexual durante a gravidez; compreender se os aspetos emocionais da relação conjugal estão relacionados com a satisfação com a sexualidade, durante a gravidez; recolher as vivências da gravidez referidas pelas mulheres, no sentido de compreender as alterações sentidas em si, no seu próprio corpo e na perspectiva afetiva do relacionamento conjugal; averiguar as possíveis alterações que a existência de um bebé implica na relação conjugal e na satisfação com a sexualidade após a gravidez. **Métodos:** Para o efeito, o presente estudo revela um carácter exploratório, descritivo correlacional, comparativo e transversal, de natureza qualitativa. O protocolo de investigação integrou: *i*) um questionário sociodemográfico, com a finalidade de reunir informações acerca da amostra em estudo; *ii*) o Questionário sobre a Sexualidade na Gravidez – versão para grávidas, desenvolvido especificamente para propósitos da presente investigação, com a finalidade de compreender as experiências de cada mulher no sentido da sexualidade e da relação conjugal antes e durante a gravidez; e *iii*) o Questionário sobre a Sexualidade na Gravidez – versão para mães, igualmente desenvolvido especificamente para propósitos da presente investigação, com a finalidade de compreender as experiências de cada mulher no sentido da sexualidade e da relação conjugal antes, durante a gravidez e no pós-parto. A amostra total integra 336 mulheres, das quais 50 são grávidas e 286 são mães com bebés até aos 2 anos de idade. **Resultados:** 53.9% das mulheres revelaram que a sexualidade na gravidez permaneceu idêntica e as restantes 46.1% disseram que esta se alterou; observou-se um decréscimo na satisfação com a sexualidade relativamente ao período antes da gravidez ($M=4.13$; $DP=.954$) para o período durante a gravidez ($M=3.27$; $DP=1.172$). Verificou-se ainda um decréscimo da satisfação com a sexualidade no pós-parto ($M=3.00$; $DP=1.306$); para além disto, observou-se que 72.3% das mulheres continuaram a ter interesse sexual pelo seu companheiro a partir do momento em que souberam que estavam grávidas e 59.8% não se sentiam objeto de

desejo pelo seu companheiro. **Discussão e conclusões:** Não se verifica uma relação entre a satisfação prévia com a sexualidade e a satisfação durante a gravidez; confirma-se uma relação entre o tempo e esforço que os cuidados com o bebê implicam e a satisfação com a sexualidade após a gravidez. Os resultados são discutidos à luz da literatura existente na área, revelando implicações práticas no sentido da intervenção dos profissionais de saúde para melhor informação das mulheres e dos seus companheiros na vivência da sexualidade durante a gravidez, mantendo a qualidade da mesma e da sua relação conjugal.

Palavras Chave: Gravidez, Sexualidade; Satisfação; Saúde sexual; Relação conjugal

Sexuality in Pregnancy: An exploratory study on the impact of pregnancy and postpartum on sexuality satisfaction and marital relationship

Abstract

Objectives: It seeks to find out whether there are any changes relating to sexuality in pregnancy, to assess sexual satisfaction before, during and after pregnancy, and finally to check whether there is a link between previous satisfaction or dissatisfaction with sexuality and sexual satisfaction or dissatisfaction during pregnancy; understand if the emotional aspects of the marital relationship are related to satisfaction with sexuality during pregnancy; collect the experiences of pregnancy referred to by women, in order to understand the changes felt in themselves, in their own bodies and in the affective perspective of the conjugal relationship; to investigate the possible changes that the existence of a baby implies in the conjugal relationship and the satisfaction with sexuality after pregnancy. **Methods:** For this purpose, the present study reveals an exploratory, correlational, comparative and cross-sectional character, of a qualitative nature. The research protocol included: i) a sociodemographic questionnaire, in order to gather information about the sample under study; ii) the Questionnaire on Sexuality in Pregnancy - pregnant women version, developed specifically for the purposes of this research, with the aim of understanding each woman's experiences in the sense of sexuality and marital relationship before and during pregnancy; and iii) the Questionnaire on Sexuality in Pregnancy – mothers version, also developed specifically for the purposes of this research, with the aim of understanding each woman's experiences of sexuality and marital relationship before, during and after pregnancy. The total sample includes 336 women, of whom 50 are pregnant and 286 are mothers with babies at the age of 2. **Results:** It was found that 86.0% of women obtained information on sexuality in pregnancy through various means of information; 53.9% of women revealed that sexuality in pregnancy remained the same and the remaining 46.1% said it changed; there was a decrease in satisfaction with sexuality relative to the period before pregnancy ($M=4.13$; $SD=954$) for the period during pregnancy ($M=3.27$; $SD=1.172$). There was also a decrease in satisfaction with postpartum sexuality ($M=3.00$; $SD=1.306$); in addition, it was observed that 72.3% of women continued to have a sexual interest in their partner from the moment they acknowledged that they were pregnant and 59.8% did not feel a desire for their partner. **Discussion and conclusions:** There is no relation between prior satisfaction with sexuality and satisfaction during pregnancy; it confirms a relation between the time and effort

involved in caring for a baby and satisfaction with sexuality after pregnancy. The results are discussed based on the available literature in this area, revealing practical implications for the intervention of health professionals to better inform women and their partners about the experience of sexuality during pregnancy, maintaining the quality of it and their marital relationship.

Keywords: Pregnancy; Sexuality; Satisfaction; Sexual health; Marital relationship

Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá*, pela sua forma especial de olhar a Psicologia, por me ter permitido pensar, questionar, ver e viver a Psicologia de uma forma leve, sem nunca perder o rigor. Pela sua forma simples, competente e paciente de ensinar a Psicologia. Agradeço a confiança que sempre depositou no meu trabalho, por me ter permitido voar e querer mais. Com toda a certeza que levo os seus ensinamentos para a minha vida, não só de uma perspetiva profissional, mas também pessoal.

A todas as *grávidas e mães* que, pacientemente, participaram no estudo; sem elas isto não seria possível. O meu muito obrigada!

Aos meus pais – *Sandra e César* – que me permitem todos os dias ser quem sou. Por me permitirem sonhar e sonharem a meu lado. Por me terem transmitido os valores da humildade, da bondade e da perseverança. Por olharem o meu percurso sempre com aquele olhar atento. Obrigada por me darem asas para voar, sem nunca me deixarem cair.

Ao meu irmão – *Miguel* – que mesmo não sabendo, é o meu abrigo. Por muito que as nossas incompatibilidades, por vezes, se revelem, sei que vai estar ao meu lado - e eu ao dele - para sempre.

À minha *Avó Gustinha*, pela sua forma leve de viver. Por me ensinar a ser uma pessoa de sorriso fácil e me transmitir todos os valores da pessoa bonita que é. Por me incentivar sempre a ser melhor.

À *Patrícia*, pelas horas infinitas de trabalho, por ser o meu braço direito, por partilhar comigo loucuras e sonhos. Por me ouvir, acalmar os meus receios e ter alguns comuns comigo – talvez seja por isso que nos compreendemos tão bem. Pelos congressos, pelos “cafés” à beira mar nos momentos em que precisávamos de respirar. Por se ter revelado muito mais do que amiga na Psicologia, mas amiga na Vida.

Ao *Pedro Pinto*, à *Rita Cardoso* e à *Mónica*, pela sua paciência, apoio e partilha de conhecimentos neste momento, para além da sua amizade tão valiosa. Obrigada; faltam-me palavras para lhes agradecer!

Às meninas do *BabyLab* - a *Maria*, a *Bárbara*, a *Solange* e a *Sofia* – por estarem presentes na reta final desta etapa, que mesmo se tendo demonstrado mais demorada do que alguma vez tinha previsto e ter relevado alguns momentos difíceis, foi feliz e cheia de desafios. Obrigada pelas longas horas que passámos na nossa salinha, pela sua

paciência comigo, por ouvirem as minhas frustrações e terem partilhado as suas, pelos bolos e pelos risos. Obrigada pelo prazer que foi partilhar este momento com elas!

Aos amigos de cá – à *Sofia*, à *Filipa*, ao *Filipe*, ao *Quim*, ao *João*, à *Rita Reis*, à *Maria Luísa*, à *Soraia*, à *Jéssica*, à *Rita Vilar* e à *Flora* – pelo carinho, pela amizade e pelo amparo. Obrigada pelas vezes que, mesmo com a minha ausência, me fizeram saber onde pertença. Por estarem sempre de braços abertos para mim, não importa o tempo que eu demorasse. Por serem os amigos de sempre, para sempre!

Aos amigos de lá – à *Carolina*, que desde o primeiro até ao último dia foi o meu colo; pelas horas infinitas de partilha, pelas vezes que os nossos feitos bateram de frente e no fim ficava tudo bem; pelos incentivos e pelos “puxões de orelhas”; por ser a minha verdadeira amiga, preocupada, atenta e bondosa. Ao *João Borié*, por ser sempre o amigo de coração leve, por ter sempre uma piada “na ponta da língua”, pelas vezes que me escutou e por me ter permitido fazer também parte do seu percurso. Às #seismenosum - à *Inês*, à *Ana*, à *Ana Luz* e à *Diana* – que terminaram este percurso comigo e me permitiram crescer tanto. Obrigada pelas vezes que me fizeram sentir que Coimbra era a minha casa; pelas vezes que foram o meu ombro para chorar e a minha família do coração. Foram a melhor surpresa de Coimbra e desejo levar-vos sempre, sempre comigo! À *Rita Rodrigues*, ao *Lobo*, à *Andreia*, à *Lara*, à *Daniela*, ao *Jorge*, que mesmo não tendo terminado tão perto como eu gostaria, tornaram a minha passagem por Coimbra ainda mais bonita. Guardo no coração momentos com cada um.

A Coimbra, que me faz guardar as recordações mais felizes. Saudade, é mesmo a palavra certa!

Obrigada, de coração!

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| I. Enquadramento Conceptual | 3 |
| 1. Conceptualização | 3 |
| 2. A sexualidade como parte integrante da vida de todos os indivíduos | 3 |
| 3. O feminino e a maternidade | 5 |
| 4. A gravidez | 5 |
| 4.1. Alterações biológicas e físicas | 6 |
| 4.2. Estados emocionais da mulher durante a gravidez | 7 |
| 4.3. Alterações no relacionamento conjugal | 8 |
| 5. O homem, a gravidez e a sexualidade na gravidez | 9 |
| 6. O comportamento sexual durante a gravidez | 10 |
| 6.1. Variação da sexualidade consoante o avanço da gravidez | 13 |
| 7. Epidemiologia | 15 |
| 7.1. Medos e mitos | 17 |
| II. Estudo Empírico | 20 |
| 2.1. Introdução | 20 |
| 2.2. Objetivos | 20 |
| III. Metodologia | 22 |
| 3.1. Desenho da Investigação | 22 |
| 3.2. Amostra | 22 |
| 3.3. Instrumentos | 23 |
| 3.3.1. Questionário Sociodemográfico | 23 |
| 3.3.2. Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para grávidas | 23 |
| 3.3.3. Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para mães | 24 |
| 3.4. Procedimentos estatísticos | 25 |

| | |
|---|----|
| IV. Resultados | 26 |
| 4.1. Caracterização da amostra | 26 |
| 4.2. Análise descritiva | 28 |
| 4.3. Análise inferencial | 37 |
| V. Síntese dos principais resultados | 42 |
| VI. Discussão | 57 |
| Limitações | 61 |
| Conclusões e Implicações Clínicas | 62 |
| Bibliografia | 64 |
| Anexos | 68 |

Introdução

Durante muito tempo se considerou que as mulheres grávidas não deviam ter relações sexuais, principalmente nas culturas ocidentais. Hoje, sabemos que a gravidez em si não é um obstáculo para a expressão da sexualidade da mulher e do casal e que apenas é contraindicada quando existe alguma complicação que coloque em risco o curso normal da gravidez. Todavia, outros fatores influenciam a forma como as mulheres vivem a sexualidade durante e após a gravidez, como o desejo sexual, a forma como a mulher vê e sente o seu corpo, entre outros que serão referidos ao longo deste trabalho.

Assim sendo, a gravidez e o pós-parto são considerados momentos exigentes, que requerem uma resposta adaptativa por parte do casal, isto é, novas formas de equilíbrio. Raphael-Ledd (1997) refere que as alterações relativas à sexualidade na gravidez podem acontecer de forma mais ou menos evidente. O mesmo autor defende que, para alguns casais a gravidez pode revelar-se um período no qual se intensifica a sexualidade de uma nova perspectiva, enriquecendo o seu relacionamento íntimo; para outros casais, pode ser considerada uma invasão ao feto e uma situação de perigo, sendo comum a ansiedade relacionada com a relação sexual neste período (Magagnin *et al*, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1975), a saúde sexual inclui a “*integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de tal forma que enriqueçam e potenciem a personalidade, a comunicação e o amor*”, assim, com vista na importância que a sexualidade tem na vida afetiva e sexual da mulher e do casal, é fundamental que a sexualidade na gravidez seja abordada pelos profissionais de saúde, no sentido de antecipar problemas, desmistificar ideias e promover uma vida sexual ativa durante a gravidez, contribuindo assim para um bem-estar psicológico da mulher e do casal e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do bebé num ambiente saudável.

Neste trabalho, procurámos olhar a sexualidade para além da relação sexual, incluindo também todos os aspetos relacionais e emocionais que a sexualidade abarca e tentaremos refletir sobre algumas questões consideradas pertinentes, como a forma que é vivida a sexualidade e a relação conjugal/amorosa durante e após a gravidez, que tipo de dificuldades é que o casal enfrenta relativamente à sexualidade durante este período e se as alterações típicas serão motivo para preocupação, se a

satisfação/insatisfação prévia acerca da sexualidade tem influência na forma como ela é posteriormente vivida na gravidez e, se os casais recebem informação fiável e fidedigna sobre os padrões de sexualidade na gravidez.

I. Enquadramento Conceptual

1. Conceptualização

Desde há vários anos, a sociedade tem vindo a ser marcada por uma ascensão da mulher, que deixa de ser a mulher depreciada, com papéis bem definidos restringidos à reprodução e à vida doméstica, para dar lugar à mulher que tem o poder e a capacidade de escolher a direção da sua vida – se quer casar, se quer ter filhos, entre todas as outras direções possíveis. A par com esta transformação - ainda a acontecer – tem surgido, também, a abertura para falar sobre sexualidade sem tabus e, nomeadamente, para as mulheres falarem de sexualidade, considerando-a, cada vez mais, um aspeto essencial no bem-estar.

A gravidez é marcada por um conjunto de alterações biopsicossociais, com implicações a vários níveis, nomeadamente o das vivências sexuais (Pauleta *et al.*, 2010). Estas alterações, conduzidas não só pela gravidez, mas também pelo parto e pelo pós-parto, têm um impacto substancial no ajustamento sexual tanto das mães, como dos pais (Byrd *et al.*, 1998).

A sexualidade na gravidez é vivida de forma diferente entre os casais e é de extrema relevância considerar a variedade de alterações hormonais, fisiológicas, emocionais e psicológicas que podem fazer com que seja necessário, ou não, alterar ou adequar comportamentos sexuais.

O estudo da sexualidade na gravidez em Portugal é, ainda, reduzido, pelo que se considera pertinente continuar o investimento nesta área para posterior acompanhamento adequado aos casais, que se demonstra tão pertinente face às alterações e adaptações desta fase, que serão faladas ao longo deste trabalho.

2. A sexualidade como parte integrante da vida de todos os indivíduos

O conceito de sexualidade tem vindo a evoluir com o passar do tempo, a par com as alterações políticas, sociais, económicas e culturais. Se outrora as crenças religiosas faziam com que a sexualidade fosse vista unicamente com fim à procriação, na qual não existia espaço para a fantasia e para a descoberta do corpo, tal não se verifica na atualidade (Coelho, 2016).

Segundo a Associação para o Planeamento da Família (2019), a sexualidade é uma parte integrante da vida de todos os indivíduos e da sua identidade ao longo de toda a vida, contribuindo para o seu equilíbrio físico e psicológico. Carteiro e Marques (2010) referem, ainda, que a sexualidade é *“talvez o único momento em que homem e mulher são eles próprios, com os seus desejos, expressão de alegrias, crenças ou inibições”* (p.74). A sexualidade alia experiências que vão desde o nível pessoal, afetivo e sociocultural, sendo que cada pessoa gere a sua sexualidade de acordo com a sua própria cultura (Rocha *et al.* 2014 *cit in* Ferreira, 2019).

Se, por um lado, a sexualidade está altamente relacionada com a questão biológica da reprodução da espécie, por outro lado está estritamente ligada a um conjunto de transformações corporais, desejos, sensualidade, afetividade e erotismo (Junqueira, 2008).

Segundo a OMS (1975), a sexualidade humana é *“uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”*.

A acrescentar, a OMS (2002), define a sexualidade como:

“aspecto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p. 5)

A maior parte dos aspetos da sexualidade são vividos a nível pessoal, no entanto, concretizam-se em sociedade ao longo da vida, sendo um processo em constante

transformação, revelando desta forma um papel importante na formação pessoal e social dos indivíduos.

No que diz respeito, particularmente, à sexualidade feminina, o Relatório Hite, publicado por Shere Hite em 1976, que resultou de um estudo com 3019 mulheres, foi uma referência na forma como é vista a sexualidade feminina, sendo que os relatos presentes no mesmo continuam a ser bastante marcantes e relevantes na sociedade atual.

3. O feminino e a maternidade

Diversos autores psicanalistas (*eg.* Melanie Klein) têm vindo a procurar respostas para a origem da maternidade e para o seu desenvolvimento ao longo da vida das mulheres. Felice (2007) defende que a relação da mulher com a própria mãe vai gerando modelos internos de maternidade, no sentido em que modelos de maternidade positivos transmitem à mulher a ideia de que a maternidade é uma experiência feliz e enriquecedora, e modelos de maternidade negativos transmitem uma imagem de mãe infeliz e sobrecarregada. Estes papéis passam a fazer parte do universo mental feminino, tornando-se uma referência no modo como as mulheres desempenham a maternidade.

Desta forma, o processo de constituição da maternidade tem início muito antes da concepção, logo a partir das primeiras relações e identificações da mulher e inclui desde cedo a atividade lúdica infantil, da adolescência, passando para o desejo de ter um filho e, só posteriormente, a gravidez propriamente dita (Piccinini, 2008).

4. A gravidez

A gravidez normal é dividida em três trimestres - de uma perspetiva médica mais específica, o primeiro trimestre tem início no momento da concepção e prolonga-se até às 13 semanas e seis dias, o segundo trimestre define-se entre as 14 semanas e as 26 semanas e seis dias e o terceiro trimestre entre as 27 e as 40 semanas. É então o período que decorre entre a fecundação óvulo pelo espermatozoide e o nascimento do bebé (World Health Organization, 2010 *cit in* Serra, 2014). Ademais, para Canavarro (2006), a gravidez é um período bem definido no tempo, nomeadamente entre a concepção e o parto.

O período da gravidez é caracterizado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, que representam um desafio na capacidade de adaptação do indivíduo e, particularmente, das mulheres. Estas alterações implicam sentimentos e comportamentos que se manifestam de forma muito individualizada de indivíduo para indivíduo e de casal para casal, sendo que a vivência saudável da gravidez se revela de uma grande importância para o desenvolvimento do bebé e para a nova etapa na vida do casal (Serra, 2014).

É considerada, por Silva e Silva (2009) um evento importante na vida familiar, com repercussões na constituição da família e na formação de laços afetivos entre os membros da mesma, que referem também a gravidez como um momento de “crise”, implicando desta forma uma resposta adaptativa. A acrescentar, alguns autores têm sugerido que a transição mais difícil de fazer é a primeira gravidez, uma vez que esta implica a reorganização da vida do casal e a definição de novos papéis, enquanto numa segunda gravidez, o fator de stress e de transição está mais relacionado com o ajustamento de incorporação de um novo membro num sistema, aparentemente, já organizado (Figueiredo e Conde, 2015).

4.1. Alterações biológicas e físicas

O período da gravidez é um desafio adaptativo aos ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos da mulher, caracterizado por rápidas alterações hormonais.

Relativamente às alterações físicas, é no útero que ocorrem as alterações mais acentuadas, que se traduz no aumento da barriga. Ademais, também o colo do útero, a vagina e as mamas sofrem alterações, que se associam por vezes a sentimentos negativos por parte das mulheres. É relevante referir, também, as alterações ao nível capilar e da pele, um aumento da contração da bexiga e da sua reatividade e uma diminuição da atividade intestinal (Silva e Figueiredo, 2005).

Após o parto, existe uma diminuição do nível de estrogénios¹ e progesterona² e uma diminuição do útero. Algumas complicações físicas mais frequentes são a mastite³ e a endometrite puerperal⁴ (Silva e Figueiredo, 2005).

4.2. Estados emocionais da mulher durante a gravidez

As manifestações psicológicas são, decerto, mais difíceis de descrever relativamente às biológicas e físicas, uma vez que são individuais a cada mulher e estão intimamente ligadas às suas características individuais e à sua personalidade.

Segundo Zanatta, Pereira e Alves (2017), as mulheres grávidas experienciam sentimentos de alegria, tristeza, satisfação e insatisfação, pelas alterações que terão que fazer na sua vida, por passar do papel de filha para o papel de mãe, pela ambiguidade de já sentir alterações físicas e psicológicas, mas, por outro lado, ainda não sentir o bebé. Silva e Figueiredo (2005) acrescentam que os medos relacionados com a perda do bebé e da sua própria autonomia contrastam com a felicidade e o orgulho de ser mãe.

Por muito desejado que seja um bebé, a concretização dessa realidade, por vezes, pode ser um choque, especialmente quando a gravidez não foi planeada para essa altura em particular. Esta questão, ultrapassada com mais ou menos brevidade é um fator de preocupação, não só para a mulher, mas para o casal, pelo que é normal não ter apenas sentimentos positivos acerca do bebé e da maternidade e passar por emoções conflituosas e momentos de algum receio.

É relevante referir a pressão que as mulheres podem sentir nesta fase da sua vida – se, por um lado, lutam para não se sentirem sobrecarregadas com a gravidez, com a vida doméstica e profissional, por outro lado estão conscientes das limitações das suas atividades durante a gravidez e, mais tarde, da dependência dos bebés, sendo que, a

¹ Estrogénio é a hormona relacionada com o controlo da ovulação e com o desenvolvimento de características sexuais femininas.

² A progesterona é uma hormona feminina produzida pelos ovários desde a puberdade, com a função de regular o ciclo menstrual e de ativar as células que revestem a parede do útero, irrigando os vasos sanguíneos do endométrio, de forma a preparar o útero para receber o embrião.

³ A mastite é uma inflamação da mama que provoca dor, inchaço ou vermelhidão, podendo ser ou não acompanhada de uma infeção e consequentemente provocar febre e arrepios.

⁴ Endometrite puerperal é uma infeção uterina tipicamente causada por bactérias que ascendem do trato génito-urinário inferior ou do trato gastrointestinal. Os sintomas são: sensibilidade uterina, dor abdominal ou pélvica, febre, mal-estar e secreção vaginal anormal.

maior parte das mulheres, não conseguem deixar de se sentir tomadas por forças que escapam ao seu controlo (Rabaça, 1984/1995).

Na fase final da gravidez, algumas mulheres sofrem de uma depressão que desaparece tão subitamente como apareceu. Isto acontece porque as mulheres ficam mais impacientes em relação ao final da gravidez e os receios em relação ao parto tornam-se mais presentes e dominantes (Rabaça, 1984/1995).

É muito comum ouvir-se falar da instabilidade emocional da mulher e do aumento da sua sensibilidade aos estímulos durante a gravidez. A verdade é que, por muito instruída e confiante que a mulher seja, na gravidez tende a ficar mais vulnerável do que o habitual (Rabaça, 1984/1995). Neste sentido, embora a existência de estados emocionais muito particulares durante a gravidez seja reconhecida por vários autores, e até mesmo uma ideia bastante integrada na sociedade, a origem desses estados ainda é muito discutida. É compreensível supor que estes estados emocionais voláteis sejam atribuídos à existência de conflitos provocados por todas as alterações características desta fase, no entanto, Beneked *et al.* (1942), num estudo realizado com animais e humanos, sugerem que as hormonas sexuais têm influência no comportamento, sugerindo desta forma que as alterações nos níveis de estrogénio e progesterona podem ter influência neste sentido (Maldonado, 2013).

Efetivamente, a saúde emocional e psicológica pode afetar a saúde física, pelo que ambas são um requisito para que a mulher consiga ir de encontro às exigências que a gravidez impõe, que o parto impõe e para que consiga, dessa forma, conectar-se ao bebé de uma forma mais simples e espontânea.

4.3. Alterações no relacionamento conjugal

As alterações no relacionamento conjugal são mutáveis de casal para casal, no entanto, a gravidez é sempre um processo que implica ajustamentos e adaptações do casal aos novos papéis.

“Se por um lado, o nascimento de um filho pode constituir um marco de consolidação de um projeto de vida a dois e emocionalmente investido, por outro lado, uma fraca e inadequada adaptação/integração deste novo papel pode também, em alguns casais, representar um “estorvo” ou

“obstáculo” à relação marital pré-estabelecida” (Silva e Figueiredo, 2005, p.7)

Wilkinson (1995) e Windridge & Berryman (1996) *cit in* Figueiredo e Conde (2015) acreditam que expectável que os casais que são pais pela primeira vez, experimentem uma relação conjugal menos positiva em comparação com os pais de segunda viagem, contudo, no estudo de Figueiredo e Conde (2015), a relação conjugal relevou um declínio semelhante nos pais de primeira e segunda viagem, demonstrando que ambas as situações têm um impacto idêntico.

É de extrema relevância compreender as implicações emocionais que existem nesta fase e que podem, de alguma forma, alterar e inviabilizar a relação do casal. O casal passa a assumir-se não só como casal, mas também como pai e mãe (Canavarro, 2006).

5. O homem, a gravidez e a sexualidade na gravidez

Atentando na perspectiva do homem no que diz respeito à vivência da sexualidade na gravidez e aos aspetos psicoafectivos da mesma, os estudos são relativamente mais escassos, comparativamente com os estudos nos quais o objeto de estudo é a mulher.

As primeiras referências, nas quais o pai surge como um interveniente importante na gravidez e no parto, datam dos anos 60, ao qual é atribuída essencialmente a função de suporte emocional à mulher (Camus, 2000 *cit in* Carteiro e Marques, 2010).

Na gravidez, mais do que falar da mulher grávida, é essencial falar no casal grávido, considerando que o homem também está implicado no processo (Carteiro e Marques, 2010). Atualmente, os homens participam mais ativamente no processo da gravidez e, dependendo da relação afetiva que exista entre o casal, o homem vive a gravidez com mais ou menos intensidade, considerando-se importante a sua própria personalidade, a imagem cultural da masculinidade, o seu contexto familiar e a forma como ele experiencia a sua transição para o papel de pai (Silva e Silva, 2009). Considera-se também que, atualmente, o homem é capaz de compreender e aceitar os sentimentos de ambivalência experienciados durante a gravidez e nota-se uma mudança nos papéis ocupados pelo homem em relação à paternidade, tonando-os mais ativos na vida e nos cuidados dos bebés. Marin *et al.* (2011) referem que o papel paterno pode contribuir para o desenvolvimento do vínculo mãe-bebé, uma vez que a mãe, ao sentir-se amada

como mulher, é capaz de desempenhar as suas tarefas maternas com mais qualidade. (Silva *et al.*, 2013).

Apesar de os homens não atravessarem todas as alterações e experiências físicas que são vividas pela mulher, alguns autores defendem que a transição para a parentalidade é uma fase de adaptação também para o homem, um período repleto de emoções e sentimentos ambivalentes, sendo que, também eles precisam de adaptações e ajustes psicológicos (Carteiro e Marques, 2010).

No entanto, apesar da maior escassez dos estudos que permitem olhar estas questões pelos olhos do homem, já é possível auferir algumas conclusões. Master e Johnson (1968) foram pioneiros nesta área, ao interrogarem 69 homens acerca da sexualidade na gravidez. Os resultados deste estudo mostraram uma diminuição da iniciativa sexual dos homens a partir do 2º trimestre ou antes. Também Carteiro e Marques (2013) realizaram um estudo com 62 companheiros de grávidas, no qual demonstraram a existência de alterações no comportamento sexual, nos níveis de ansiedade e na satisfação sexual à medida que o processo gravídico avança.

Rynerson e Lowdermilk (1996) referem que a diminuição do desejo sexual por parte do homem se prende com o medo de magoar a mulher ou o feto, ou o contrário – que o feto possa magoar o pénis. Os homens podem também acreditar que é imoral ter relações sexuais com a mulher grávida, ou não sentir atração sexual pelo corpo grávido (Carteiro e Marques, 2010).

Poderá ser mais frequente que sejam os homens a manifestar mais interesse nas relações sexuais, possivelmente por questões de construção social do género e também porque poderão estar mais ligados à qualidade da sexualidade, enquanto a mulher está mais ligada à qualidade da relação afetiva. No entanto, é possível que a gravidez e o pós-parto conduzam a alterações significativas, chegando a interferir com a sexualidade e com o desejo (Brown e Mcdanel, 2008 *cit in* Carteiro e Marques, 2010).

6. O comportamento sexual durante a gravidez

A gravidez constitui-se como o momento em que o casal, que até então se construía como homem e mulher, passa a constituir-se como pai e mãe. Esta mudança vem alterar profundamente não só as suas dinâmicas individuais, mas também a relação conjugal (Boukobza, 2002), nomeadamente no que diz respeito à vivência da sexualidade.

Os estudos de Masters e Johnson (1966) foram pioneiros no que diz respeito ao estudo da sexualidade durante a gravidez. Os mesmos autores reiteram que são muitos os fatores que determinam os padrões de comportamento sexual durante a gravidez, nomeadamente a forma como a mulher sente a maternidade, a qualidade do seu casamento, as expectativas culturais, a atitude sexual pré-existente, assim como as complicações médicas ou a preocupação com o aborto e referiram que existem fortes alterações a nível do comportamento sexual durante a gravidez.

Kirsten von Sydow (1998) defendem que os estudos acerca da sexualidade na gravidez se dividem em três grandes momentos no tempo – até à década de 80, o primeiro momento, no qual era relevante saber até que ponto as relações sexuais eram “permitidas” na gravidez; entre a década de 80 e 90, o segundo momento, no qual o avanço dos estudos permitiu a criação de diversas hipóteses ao nível da conceptualização das investigações, nas quais o principal problema era a questão de compreender as relações entre os fatores sociodemográficos e a atividade sexual durante a gravidez; por fim, um terceiro momento, desde o final da década de 90 até à atualidade, no qual se inserem os estudos atuais, que tentam compreender de que forma a qualidade da relação com o companheiro se desenvolve na transição para a parentalidade, considerando o impacto que este período exerce na relação sexual (Silva e Figueiredo, 2005).

As investigações realizadas neste campo indicam que a gravidez e o pós-parto constituem, de facto, um desafio para a sexualidade e contribuem para o início ou agravamento de problemas sexuais, uma vez que é consensual que o interesse sexual, o desejo e a frequência de relações sexuais (principalmente vaginais) tendem a diminuir neste entre o primeiro e o último trimestre da gravidez (Aslan *et al.*, 2005; Queirós *et al.*, 2011).

Sydow (1999), menciona que a atividade sexual na gravidez e também no pós-parto atinge níveis mais elevados quando os sintomas da mulher são mais diminutos ou mesmo inexistentes (*eg.* dispareunia⁵)

São vários os fatores passíveis de conduzir a alterações na sexualidade durante a gravidez, nomeadamente a autoimagem, diminuição de energia, sintomas e

⁵ Dispareunia é o termo médico para dor intensa durante a relação sexual vaginal e logo após o ato.

desconfortos fisiológicos, alterações de humor e necessidade de adaptação física, emocional, existencial e sexual (Medeiros *et al.*, 2011 *cit in* Ferreira, 2019). Se, por exemplo, a mulher sofrer de vários enjoos e vômitos durante a gravidez e sentir as mamas inchadas e com dor, ou se sentir que deixou de ser atraente, as relações sexuais podem deixar de ser o meio pelo qual o casal apazigua um problema, sendo que se torne essencial que, nesta fase, o casal consiga adaptar-se às várias transformações, nomeadamente no corpo da mulher (Rabaça, 1984/1995; Medeiros *et al.*, 2013). No estudo de Johnson (2011), por exemplo, entre um quarto e metade das grávidas revelou sentir-se menos atraente durante a gravidez.

No que diz respeito à questão da autoestima da mulher em relação ao seu corpo e à intimidade durante a gravidez, Kitzinger escreveu em 1984 que:

“a mulher pode deixar de conseguir fazer amor com o mesmo abandono inconsciente, e isto ainda se complica mais pelo facto de sentir que um homem pode não continuar a desejá-la, em virtude de um corpo como o seu, que se estende em todas as direções e tem medo de perder o amor dele.” (Rabaça, 1984/1995, p.73)

Aslan *et al.* (2005) referem que, para a maior parte das mulheres, alguns aspetos da sexualidade, não sendo a relação sexual genital (intimidade, proximidade, ternura), mantêm-se inalteradas com tendência para aumentar durante a gravidez, sendo até um fator determinante da satisfação sexual e que melhora a sua autoestima e a relação conjugal.

Gonçalves *et al.*, (2013) referem-se à sexualidade e à atividade sexual na gravidez como um problema, uma vez que muitas mulheres não conhecem o seu próprio corpo e não conseguem vivenciar as alterações trazidas pela gravidez, nomeadamente o aumento do peso e do volume abdominal, assim como as repercussões que isso impele nas suas vidas.

A falta de desejo sexual durante a gravidez é, efetivamente, apontada como um fator para a diminuição das relações sexuais neste período. No estudo de Erol *et al.* (2007), 92,6% das mulheres grávidas sentiam falta de líbido sexual e Senkumwong *et al.* (2006) concluíram que a diminuição do desejo sexual na gravidez aumentava com o avanço da gravidez, sendo 68.3% para o primeiro trimestre, 78.3% para o segundo trimestre e

83.3% no terceiro trimestre (Tereso, 2013). Também Ricci (2008) refere que o desejo sexual se altera ao longo da gravidez, alegando que durante o primeiro trimestre a mulher fica menos interessada em sexo, durante o segundo trimestre o interesse pode aumentar e a mulher pode vivenciar o sexo com mais satisfação, e no terceiro trimestre a atividade sexual pode diminuir novamente devido ao aumento do tamanho do útero.

Em concordância com a variabilidade das respostas sexuais fisiológicas durante a gravidez, o interesse sexual, a frequência das relações sexuais e a satisfação podem sofrer alterações, para homens e mulheres. Por conseguinte, as grávidas e os seus parceiros devem ter uma compreensão básica sobre o impacto da gravidez na sua sexualidade, das alterações físicas e psicológicas durante a gravidez e da forma como estas podem influenciar as respostas sexuais físicas e emocionais, descobrindo novas formas de sentir e dar prazer e da importância da comunicação nesta fase (Health Canada, 2000 *cit in* Direção Geral da Saúde, 2015).

É de extrema relevância referir que, apesar de todos os receios e preocupações que podem surgir acerca da sexualidade na gravidez, o casal, para além de pai e mãe, não deixa de ser o casal e continua a ter direito a sentir desejo e a expressar a sua sexualidade.

6.1. Variação da sexualidade consoante o avanço da gravidez

Efetivamente, são diversos os fatores passíveis de explicar o decréscimo da atividade sexual durante a gravidez. Segundo Tereso (2013) as náuseas, a fadiga e a ansiedade contribuem para uma maior dificuldade da mulher em ficar excitada, contribuindo assim para esse decréscimo. Para além disso, é importante referir que os estudos realizados na área demonstram não só um decréscimo na frequência da atividade sexual, mas também uma variação nas posições sexuais, devido ao aumento do tamanho do útero e da autoimagem da mulher.

Tabela 1. Síntese de alguns estudos relativos à frequência da sexualidade na gravidez

| Estudo | Resultados |
|------------------------------|---|
| Aslan <i>et al.</i> (2005) | Um estudo com 40 grávidas caucasianas mostrou que, antes da gravidez, a frequência de relações sexuais por mês era em média 8.6 +/- 3, sendo que este valor desce para 6.9 +/- 2.5 no primeiro trimestre, para 5.4 +/- 2.6 no segundo trimestre e para 2.5 +/- 1.4 no terceiro trimestre da gravidez. |
| Martins <i>et al.</i> (2007) | Estudo realizado com 474 mulheres, das quais 59% revelaram uma alteração da frequência da atividade sexual durante a gravidez, sendo que, dessas 59%, 75% diminuíram a atividade sexual e 21,1% abstiveram-se sexualmente durante a gravidez. Apenas uma mulher (0,4%) referiu aumento da frequência de atividade sexual durante este período. |
| Queirós <i>et al.</i> (2011) | Um estudo com 100 mulheres numa maternidade portuguesa, revelou que 75% das grávidas referiram uma diminuição da atividade sexual na gravidez. No que diz respeito apenas ao terceiro trimestre, 55% das grávidas mantiveram relações sexuais uma ou mais vezes por semana e 28% uma a duas vezes por mês. 17% da amostra negou ter mantido relações sexuais no último mês. |

No estudo de Aslan *et al.* (2005), os resultados mostraram que todos os domínios avaliados relativos à relação sexual na gravidez diminuíram à medida que a gravidez progride e que os domínios relativos à satisfação e à dor mostram diferenças significativas entre o primeiro e o segundo trimestres.

Durante o primeiro trimestre da gravidez, há mulheres que desejam mais relações sexuais e são capazes de desfrutar mais delas, podendo o seu comportamento variar entre a rejeição de todas as formas físicas de atividade sexual até à ninfomania, pelo

facto de se sentirem completamente livres de barreiras por não dependerem de contraceptivos e por poderem viver a sua sexualidade simplesmente como uma fonte de prazer, sentindo-se desta forma bastante eróticas. Neste sentido, também pode contribuir o aumento da vascularização dos órgãos genitais, que acontece no primeiro trimestre, o que pode ser traduzido num aumento da resposta ao estímulo sexual. Contudo, durante este período, podem também desejar apenas os aspetos mais amorosos da sexualidade e desejar sentir-se seguras, devido à apreensão relativa à gravidez, à mudança dos papéis e aos desconfortos próprios da gravidez que já foram anteriormente referidos, como a fadiga, as náuseas e os vómitos (Junqueira *et al.*, 2019).

No segundo trimestre, a mulher vive, normalmente, um período de calma e bem-estar, uma vez que a maior parte dos sintomas físicos como as náuseas e vómitos tendem a diminuir ou desaparecer nesta altura; no entanto, a dispareunia pode surgir nesta fase, devido a infeções urinárias ou vaginais, problemas de lubrificação ou pressão no abdómen. A dispareunia pode também surgir nesta fase devido a fatores psicológicos, como a mulher não se sentir à vontade com a sua experiência de gravidez (*idem*).

Por fim, no terceiro trimestre, podem surgir as dores lombares, pelo peso do feto e dos órgãos intra-uterinos (*eg.* placenta e líquido amniótico) e pelo facto do centro de o centro de gravidade da mulher se deslocar para a frente. A mulher pode sentir-se pouco atraente e com receio que o seu companheiro perca o interesse por ela, e o casal pode sentir-se demasiado preocupado ou ansioso para se preocupar com a sua vida sexual. Destarte, devido a fatores físicos e psicológicos desconfortáveis, pode existir uma interferência na sexualidade do casal. O tamanho da barriga pode interferir com práticas sexuais mais conservadoras (*idem*), tornando-se essencial o diálogo entre o casal e a informação obtida através dos profissionais de saúde.

7. Epidemiologia

Segundo a OMS (2002), a saúde sexual é entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relativo à sexualidade, definição que vai para além da ausência de doenças ou disfunção. Esta definição requer a ausência de discriminação, de coerção sexual, tais como a violação sexual e as demais formas de coerção sexual, e pela presença de satisfação no ato sexual. Deste modo, e ainda de

acordo com esta definição, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

Segundo DeLamater (1991), a satisfação sexual está relacionada com o grau no qual a atividade sexual de um indivíduo coincide com os seus ideais; para Davidson *et al.* (1995), a satisfação sexual está intrinsecamente relacionada com experiências sexuais passadas, expectativas atuais e desejos futuros. No geral, a satisfação sexual tem sido positivamente relacionada com a satisfação conjugal (Pechorro, 2009), que foi definida por Clements *et al.* (1997) como uma atitude referente à qualidade do relacionamento conjugal. Neste sentido, Sears *et al.* (1988) encontraram uma associação entre a duração da relação e a satisfação sexual (Magagnin *et al.*, 2003).

No que diz respeito à insatisfação sexual, esta pode resultar de disfunções sexuais na própria pessoa ou no companheiro, ou existir independentemente da presença de alguma disfunção (Pechorro, 2009). Por disfunção sexual feminina entende-se uma “quebra num ou mais pontos do ciclo de resposta sexual normal devido a vários problemas” (Tereso, 2013, p. 17). Esta definição pode não ser absoluta, podendo variar de mulher para mulher.

Tabela 2. Definição de algumas disfunções sexuais femininas (Tereso, 2013)

| Disfunção | Definição |
|--|---|
| Dispareunia | Qualquer dor sentida durante a penetração vaginal ou após o ato. |
| Disfunção orgástica | Quando uma mulher não experiêcia o orgasmo, mesmo relatando excitação sexual. |
| Disfunção do desejo e interesse sexual | Falta de interesse e desejo sexual, antes de qualquer ato e durante o ato sexual. |
| Disfunção da excitação sexual | Falta de excitação sexual, seja por sintomas físicos (falta de lubrificação adequada) ou falta de sensações subjetivas. |

7.1. Medos e mitos

Não só as mulheres grávidas, mas também os seus companheiros, têm medos, preocupações e receios no que diz respeito à forma como podem, ou devem viver a sua sexualidade durante a gravidez.

Desde a antiguidade que a vida sexual e durante a gravidez e no pós-parto tem sido rodeada por mitos, normalmente destinados a proteger o feto ou o recém-nascido (Serrano, 2005). Fundamentadas em mitos e algumas crenças religiosas, algumas ideias pouco científicas começaram a surgir, como a de que a penetração pode magoar o bebé e que ser mãe é algo sagrado, logo, ter relações sexuais durante a gravidez não é aceitável.

O medo de magoar o bebé e trazer complicações à gravidez, é possivelmente o receio com mais impacto na diminuição da frequência sexual genital durante a gravidez. Considerando o estudo de Sydow (1999), o medo de magoar o bebé inibe sexualmente entre um quarto a metade das grávidas e um quarto dos seus companheiros. No estudo de Martins *et al.* (2007), quando questionadas sobre a influência da atividade sexual durante a gravidez, 75.5% das mulheres referiram que as relações sexuais não têm influência sobre a gravidez; 6.1% referiram que as relações sexuais no final da gravidez ajudam a facilitar o trabalho de parto e 5.4% que ajuda a melhorar a autoestima; por outro lado, 5.7% referiram que as relações sexuais numa gravidez saudável poderiam provocar um parto pré-termo⁶, 3.4% referiram que poderia provocar aborto e 1% que as relações sexuais poderiam magoar o feto. Ademais, Fork *et al.* (2005), num estudo com 298 mulheres grávidas de nacionalidade chinesa, constataram que 82,9% das mulheres se preocupavam com os efeitos da atividade sexual na gravidez e no bebé, sendo que as mais comuns eram a possibilidade de hemorragia, a indução do parto, infeção, rutura de membranas e a possibilidade de magoar o feto.

Além disso, segundo Junqueira *et al.* (2019), é possível a ocorrência de ardor genital e câibras na zona inferior do abdómen, o que pode levar os casais a acreditar que as relações sexuais e o orgasmo podem prejudicar a gravidez. Ainda segundo o mesmo autor, pode acontecer que, durante o terceiro trimestre da gravidez, os movimentos

⁶ O parto pré-termo é definido pelo parto antes das 37 semanas de idade gestacional; pode também ser conhecido correntemente como parto prematuro.

fetais diminuíam o interesse sexual, podendo tornar-se mais evidente nesta fase o medo de magoar do bebê, sentindo-o até como uma terceira pessoa na relação.

As evidências científicas realizadas até à data contrariam alguns dos receios mais comuns e acima referidos. Segundo Kontoyannis *cit in* Tereso (2013) a rutura uterina associada às contrações uterinas derivadas do orgasmo apenas se traduz num risco para as mulheres com cicatrizes uterinas; ainda não foi estabelecida relação entre a atividade sexual durante a gravidez e a ocorrência de um parto pré-termo; as conclusões obtidas acerca dos níveis de oxitocina⁷ aumentados, devido ao orgasmo, e a indução do trabalho de parto não demonstram qualquer certeza estatística.

Em algumas situações, como na hemorragia vaginal, nas contrações precoces, no risco de parto pré-termo ou na rutura prematura de membranas, é desaconselhada a penetração vaginal (*Health Canada*, 2000 *cit in* Direção Geral da Saúde, 2015), todavia, quando não existem contra-indicações, as relações sexuais durante a gravidez não estão associadas a efeitos adversos (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2014 *cit in* Direção Geral da Saúde, 2015).

Por conseguinte, embora a comunidade médica imponha restrições à atividade sexual apenas em contexto de patologia materno-fetal, alguns fatores culturais e religiosos influenciam a sexualidade durante a gravidez, com mais ou menos intensidade (Veríssimo, 2011). Esta influência pode intervir tanto no sentido de apoiar a existência de relações sexuais, como de demover da prática das mesmas. Um exemplo dessa influência são as tribos Yânomanes da Venezuela e do Brasil: acreditam que as mulheres devem ter relações com vários homens, para que o bebê cresça saudável (Gregersen, 1983 *cit in* Junqueira, 2008); na Nigéria as mulheres acreditam que terem relações sexuais durante a gravidez é benéfico, por aumentarem o canal de parto, facilitando-o; também no Japão as mulheres acreditam que as relações sexuais são benéficas por ajudarem no trabalho de parto; pelo contrário, existem sociedades que conotam a prática sexual como uma situação de perigo (Araújo *et al.*, 2012).

Uma pesquisa realizada por Barbosa *et al.* (2011), indica que as dúvidas, os medos e as desconfianças dos casais poderiam ser amenizados por estratégias de educação

⁷ Oxitocina é a hormona produzida pelo hipotálamo, com um papel importante no prazer sexual, nomeadamente no orgasmo e responsável por promover as contrações musculares uterinas, reduzir a hemorragia durante o parto, estimular a produção de leite materno, entre outras funções importantes.

sexual direcionadas especificamente para a gravidez, dando ferramentas às mulheres para a confiança, promovendo desta forma a interação entre o casal nesta fase.

II. Estudo Empírico

2.1. Introdução

A pertinência do tema deste trabalho prende-se com a relevância que a sexualidade assume na vida de todos os indivíduos, sendo referida por Nunes (2003) como “*uma das dimensões fundamentais da existência humana, e o desejo, o prazer e a afetividade são os meios mais profundos de relacionamento humano*”. À vista disso, torna-se fundamental compreender como se processa a vivência da mesma durante a gravidez, com todas as particularidades que esta fase implica.

As alterações da atividade sexual na gravidez têm sido relacionadas com a diminuição progressiva do desejo sexual nesta fase. Não obstante, é importante referir todos os outros fatores que podem estar relacionados, como o medo de prejudicar a gravidez, o medo do aborto, as questões da autoestima da mulher no que diz respeito à perceção do seu corpo e das alterações do mesmo, o desconforto físico ou a dispareunia (Martins *et al.*, 2007).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2015), puerpério é “o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias)”. A Direção Geral de Saúde refere, também, que é importante dar atenção e informação sobre a sexualidade neste período - no presente estudo, considerou-se relevante refletir e avaliar não só o período de puerpério, mas os dois anos posteriores ao parto, de forma a compreender se, efetivamente, as possíveis alterações que eram sentidas na sexualidade se estendem até aos dois anos após o parto e não apenas no período definido como puerpério.

2.2. Objetivos

Como referido previamente, as relações sexuais não são limitadas durante uma gravidez normal, contudo, conselhos sobre posições mais confortáveis para esta etapa da sexualidade do casal, podem ser relevantes. A atividade sexual pode ser limitada ou mesmo proibida em determinadas circunstâncias de risco, como a rutura prematura das membranas, ou antecedentes de trabalho de parto pré-termo. A educação da grávida e do parceiro acerca das práticas sexuais seguras é tão importante nos cuidados pré-natal como nos cuidados ginecológicos regulares (Beckmann *et al.*, 2019).

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo contribuir para a investigação existente na área, em Portugal, no sentido de compreender o impacto da gravidez e do pós-parto na sexualidade do casal, bem como na sua relação conjugal, integrando todos os aspetos da mesma, nomeadamente os aspetos amorosos e emocionais, de forma a que a informação transmitida às mulheres e aos casais possa ser, no futuro, cada vez mais abrangente possível e adequada à realidade de cada um.

De um modo mais específico, destacam-se como principais objetivos:

- 1) Apurar se existem alterações relativas à sexualidade na gravidez, avaliar a satisfação sexual antes, durante e após a gravidez e, por fim, verificar se existe relação entre a satisfação ou insatisfação prévia com a sexualidade e a satisfação ou insatisfação sexual durante a gravidez;
- 2) Compreender se os aspetos emocionais da relação conjugal estão relacionados com a satisfação com a sexualidade, durante a gravidez;
- 3) Recolher as vivências da gravidez referidas pelas mulheres, no sentido de compreender as alterações sentidas em si, no seu próprio corpo e na perspetiva afetiva do relacionamento conjugal;
- 4) Averiguar as possíveis alterações que a existência de um bebé implica na relação conjugal e na satisfação com a sexualidade após a gravidez.

III. Metodologia

3.1. Desenho da Investigação

O presente estudo revela um carácter exploratório, descritivo correlacional, comparativo e transversal, de natureza qualitativa.

Apesar da existência de estudos prévios acerca da sexualidade na gravidez, o acento na satisfação com a sexualidade nesta fase da vida dos indivíduos e nos aspetos mais emocionais da relação conjugal, revela algumas carências, especialmente no que se refere à população portuguesa, demonstrando assim o carácter exploratório do presente estudo.

No que se refere à sua abordagem, diz-se descritivo correlacional uma vez que proporciona uma descrição dos dados referentes às variáveis estudadas, bem como das relações presentes entre elas. Inserido nesta abordagem, diz-se de natureza qualitativa.

É, simultaneamente, comparativo, uma vez que compara os dados de dois grupos semelhantes, em diferentes condições.

Por último, é transversal, em virtude de os dados terem sido recolhidos num único momento no tempo e representarem um corte transversal das características da população considerada.

3.2. Amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida através de um questionário *online*, divulgado nas redes sociais, mais precisamente em grupos de mães e grávidas do *Facebook*. O período de recolha decorreu entre os meses de março e maio de 2020.

A amostra foi recolhida com base numa amostragem não probabilística por conveniência. De acordo com a amostragem não probabilística, os elementos de uma população não têm todos a mesma probabilidade de serem selecionados para fazer parte da amostra, evidenciando aqui, como desvantagem, a possibilidade da amostra não ser totalmente representativa da população em estudo. Trata-se, também, de uma amostra por conveniência uma vez que as participantes participaram de forma totalmente voluntária e tiveram acesso ao estudo exclusivamente por estarem inseridas em grupos de mães e grávidas nas redes sociais. Não obstante, a principal vantagem deste método é a sua rapidez, simplicidade e o seu baixo custo.

A amostra considerada é, desta forma, constituída por 336 sujeitos que foram incluídos tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: i) ser do sexo feminino; ii) estar grávida ou ter tido um filho por parto normal ou cesariana, no máximo, há 2 anos.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (Anexo IV) considerado no presente estudo foi elaborado intencionalmente para utilização no mesmo, com o objetivo de recolher as informações sociodemográficas acerca de cada participante, nomeadamente a idade, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão. Os itens presentes no questionário sociodemográfico foram selecionados com base na literatura e pretendem, para além de caracterizar a amostra, serem considerados como possíveis influências nas variáveis de interesse.

3.3.2. Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para grávidas

O Questionário sobre a sexualidade na gravidez – versão para grávidas (Anexo V), foi desenvolvido exclusivamente para propósitos do presente estudo.

O questionário compreende 32 itens, sendo que 5 são de resposta curta, 11 são de escolha múltipla e os restantes 16 itens são respondidos numa escala de frequência do tipo *Likert*, que varia entre 1 e 5 pontos.

Os primeiros 5 itens pretendem recolher informação acerca do tempo da gravidez, quantas vezes a participante já esteve grávida e se a presente gravidez foi planeada ou não e, neste caso, se foi aceite pelos pais; o 6º e 7º item dizem respeito diretamente à repercussão que a gravidez teve na sexualidade, isto é, se se alterou ou se permaneceu idêntica e a partir de que momento; seguem-se 5 itens relativos às informações sobre a sexualidade na gravidez que as grávidas obtiveram, seja através do seu obstetra ou de outro meio; de seguida, as participantes são questionadas sobre a satisfação que sentiam/sentem com a sua sexualidade antes e durante a gravidez; do 16º ao 21º item as participantes são questionadas relativamente à sua perceção da sexualidade durante a gravidez, numa escala do tipo *Likert*, onde lhes é pedido que respondam numa escala entre 1 “Não me identifico nada” e 5 “Identifico-me totalmente”; o 22º item consiste numa questão de resposta curta, que questiona qual a parte do corpo que a participante

sentiu mais afetada durante a gravidez; por fim, são apresentadas 10 questões relativas à relação da participante com o seu companheiro durante a gravidez e o apoio que sentiu por parte do mesmo.

3.3.3. Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para mães

À semelhança do anterior, o Questionário sobre a sexualidade na gravidez – versão para mães (Anexo VI), foi desenvolvido com vista no presente estudo.

O questionário é formado por 58 itens, dos quais 4 são de resposta curta, 19 são de escolha múltipla e os restantes 35 são respondidos numa escala de frequência do tipo *Likert*, que varia entre 1 e os 5 pontos.

As primeiras questões pretendem recolher informação acerca das vezes que a participante esteve grávida, a que gravidez se vai referir no presente questionário, que idade tem o bebé e se a gravidez foi planeada ou não e, neste caso, se foi aceite pelo casal; de seguida é questionada a relação com a sexualidade durante a gravidez, isto é, se permaneceu idêntica ou se se alterou e, neste caso, a partir de que fase da gravidez; de seguida são colocadas 5 questões acerca da informação que a participante obteve acerca da sexualidade na gravidez (se obteve essa informação no obstetra ou noutro local e de que natureza foi a informação que obteve); seguidamente surgem questões relativas à frequência de relações sexuais durante a gravidez e à satisfação com a vida sexual antes, durante e após a gravidez; seguem 6 questões que procuram avaliar a perceção da participante acerca da sexualidade e do seu corpo durante a gravidez e uma questão de resposta curta que pretende perceber qual a parte do corpo que as mulheres sentem mais afetadas durante a gravidez; as questões 25, 26 e 27 têm como objetivo averiguar o tipo de parto e a repercussão que o parto normal ou a cesariana podem ter na autoestima e no prazer com a relação sexual; de seguida era pedido às participantes que avaliassem numa escala do tipo *Likert* algumas afirmações relativas à relação com os seus companheiros durante a gravidez e ao apoio que sentiram da parte do mesmo; a partir da questão 38, são colocadas algumas questões relativas ao pós-parto, à sua relação com o companheiro após o parto e à presença do bebé e a sua influência na vida sexual do casal.

3.4. Procedimentos estatísticos

A análise estatística foi efetuada com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0, para *Windows*. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva, como frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão e mediana. Para além da estatística descritiva, envolveu também medidas de estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p < .05$. Devido à maior parte das variáveis analisadas serem de natureza ordinal, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman para testar as correlações entre as variáveis de interesse. No que diz respeito à análise da correlação, vários autores classificaram intervalos diferentes para categorizar a força da correlação; neste sentido, no presente estudo é considerada uma das mais utilizadas (Cohen, 1988), que considera valores de correlação entre 0,10 a 0,29 como “pequena”, de 0,30 a 0,49 como “moderada” e 0,50 a 1,00 como “grande” (Espírito Santo, 2017).

IV. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Participaram no estudo 336 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos, apresentando uma média etária de 30.2 anos (DP=5.1 anos). A maioria das inquiridas vive em união de facto (44.9%), tem o 12º ano (44.0%) e encontra-se empregada (97%) (*cf.* Tabela 3).

As 336 participantes foram divididas em dois grupos, tendo em consideração o questionário a que responderam. Desta forma, 50 (14.9%) participaram no estudo ainda grávidas, que, para efeitos do presente estudo, correspondem ao Grupo 1 e 286 (85.1%) responderam ao questionário após o parto (com bebés até aos 2 anos de idade), que correspondem, desta forma, ao Grupo 2 (*cf.* Tabela 4).

Tabela 3. *Caracterização sociodemográfica das participantes*

| | n | % |
|--------------------------------|---------------|------|
| <i>Idade (M ± DP)</i> | 30.2 (5.1) | |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 41 | 12.2 |
| Casada | 142 | 42.3 |
| União de Facto | 151 | 44.9 |
| Divorciada | 2 | 0.6 |
| Habilitações Académicas | | |
| Inferior ao 9º ano | 3 | 0.9 |
| 9º ano | 55 | 16.4 |
| 12º ano | 148 | 44.0 |
| Bacharelato/Licenciatura | 95 | 28.3 |
| Mestrado/Doutoramento | 35 | 10.4 |

Área Profissional

| | | |
|---|-----|------|
| Atividades relacionadas com a cultura | 6 | 1.8 |
| Atividades relacionada com a indústria, comércio e serviços | 154 | 45.8 |
| Atividades relacionadas com a cidadania, família, integração e proteção social | 16 | 4.8 |
| Atividades relacionadas com a saúde | 51 | 15.2 |
| Atividades relacionada com o ambiente, recursos naturais e gestão do território | 7 | 2.1 |
| Atividades relacionadas com a educação | 36 | 10.7 |
| Atividades relacionadas com o desporto | 4 | 1.2 |
| Atividades relacionadas com a administração pública | 6 | 1.8 |
| Atividades relacionadas com a agricultura, pecuária e pesca | 5 | 1,5 |
| Atividades relacionada com a comunicação | 10 | 3.0 |
| Atividades relacionadas com a proteção do consumidor e a justiça | 7 | 2.1 |
| Atividades relacionadas com as finanças, gestão, contabilidade e banca | 10 | 3.0 |
| Atividades relacionadas com a hotelaria, restauração e turismo | 9 | 2.7 |
| Estudante | 1 | 0.3 |
| Doméstica | 4 | 1.2 |
| Desempregada | 10 | 3.0 |

M – Média; DP – Desvio Padrão

Tabela 4. *Grupo da amostra*

| | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| Grávida (Grupo 1) | 50 | 14,9 |
| Mãe (Grupo 2) | 286 | 85,1 |
| Total | 336 | 100 |

4.2. Análise descritiva

A gravidez foi planeada por 239 (71.1%) participantes e não planeada, mas aceite por ambos os pais, por 28.3% das participantes (*cf.* Tabela 5).

Ainda no que diz respeito à gravidez, 65.2% das participantes referiu ter apenas um filho (*cf.* Anexo VI, Tabela 32) e 58.6% responderam ao questionário tendo em conta a primeira gravidez (*cf.* Tabela 6).

Tabela 5. *Planeamento da gravidez*

| | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Planeada | 239 | 71,1 |
| Não planeada, mas aceite por ambos os pais | 95 | 28,3 |
| Não planeada e não aceite por um dos pais | 1 | ,3 |
| Não planeada e não aceite por ambos os pais | 1 | ,3 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 6. *Gravidez considerada para responder ao questionário*

| | Frequência | Percentagem |
|-------------|------------|-------------|
| 1ª Gravidez | 197 | 58,6 |
| 2ª Gravidez | 89 | 26,5 |
| 3ª Gravidez | 33 | 9,8 |
| 4ª Gravidez | 12 | 3,6 |
| 5ª Gravidez | 5 | 1,5 |

| | | |
|-------|-----|-----|
| Total | 336 | 100 |
|-------|-----|-----|

Das 286 participantes do Grupo 2, 21.0% referiram que o bebê tem menos de 6 meses, 42% entre 6 meses e 1 ano, 26.9% entre 1 ano e 1 ano e meio e apenas 10.1% entre 1 ano e meio e 2 anos (*cf.* Tabela 7). No que diz respeito ao tipo de parto, 68.9% referiram ter tido um parto normal, e as restantes 31.1% um parto por cesariana (*cf.* Tabela 8).

Tabela 7. *Idade do Bebê*

| | Frequência | Porcentagem |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Menos de 6 meses | 60 | 21,0 |
| Entre 6 meses e 1 ano | 120 | 42,0 |
| Entre 1 ano e 1 ano e meio | 77 | 26,9 |
| Entre 1 ano e meio e 2 anos | 29 | 10,1 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 8. *Tipo de Parto*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Parto Normal | 197 | 68,9 |
| Cesariana | 89 | 31,1 |
| Total | 286 | 100 |

No que concerne à informação obtida pelas participantes em relação à sexualidade na gravidez, 86.0% das participantes referiram ter obtido informação relativa ao tema (*cf.* Tabela 9). Destas, 67.9% referem o obstetra como fonte de informação, e as restantes referem alguns meios próprios, sendo a *internet* o meio mais utilizado (11.6%), seguido de livros (2.4%) e conversa com familiares e amigos (1.5%) (*cf.* Tabela 10). Das participantes que referiram o obstetra como meio de informação, 194 (85.1%) foram informadas de que poderiam continuar a ter relações sexuais com a mesma frequência do que antes da gravidez (*cf.* Tabela 11). Das participantes que obtiveram informação relativa ao tema através de meios próprios, 86.9% concluíram pelas suas

pesquisas que podiam continuar a ter relações sexuais com a mesma frequência que sempre tiveram (*cf.* Tabela 12). No total da amostra, 47 participantes (14.0%) não obtiveram qualquer tipo de informação relativa à sexualidade na gravidez (*cf.* Tabela 9).

Tabela 9. *Obtenção de informação relativa à sexualidade na gravidez*

| | Frequência | Percentagem |
|-------|------------|-------------|
| Sim | 289 | 86,0 |
| Não | 47 | 14,0 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 10. *Meio de obtenção de informação relativa à sexualidade na gravidez*

| | Frequência | Percentagem |
|--|------------|-------------|
| Obstetra | 228 | 67,9 |
| Internet | 39 | 11,6 |
| Livros | 8 | 2,4 |
| Pesquisa em grupos sobre a maternidade nas redes sociais | 1 | ,3 |
| Artigos | 1 | ,3 |
| Conversas com familiares e amigas | 5 | 1,5 |
| Médico de família | 1 | ,3 |
| Internet e livros | 3 | ,9 |
| Internet e conversas com amigas | 2 | ,6 |
| Panfletos fornecidos pelo Centro de Saúde | 1 | ,3 |
| Total | 289 | 86,0 |

Tabela 11. *Tipo de informação que obteve no obstetra*

| | Frequência | Porcentagem |
|---|------------|-------------|
| <i>“Disse-me que podia continuar a ter relações sexuais com a mesma frequência que sempre tive”</i> | 194 | 57,7 |
| <i>“Disse-me que devia diminuir a frequência de relações sexuais”</i> | 8 | 2,4 |
| <i>“Disse-me que devia parar de ter relações sexuais”</i> | 19 | 5,7 |
| <i>“Tive perdas de sangue, não podia ter relações sexuais no primeiro trimestre”</i> | 1 | ,3 |
| <i>“Não podia ter relações sexuais porque tive uma gravidez de risco”</i> | 3 | ,9 |
| <i>“Com a mesma frequência, mas com cuidado”</i> | 2 | ,6 |
| <i>“Disse-me que podia ter relações sexuais da maneira que me sentisse melhor”</i> | 1 | ,3 |
| Total | 228 | 67,9 |

Tabela 12. *Tipo de informação que obteve por meios próprios*

| | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| <i>“Que podia continuar a ter relações sexuais com a mesma frequência que sempre tive”</i> | 53 | 15,8 |
| <i>“Que devia diminuir a frequência de relações sexuais”</i> | 7 | 2,1 |
| <i>“Que devia parar de ter relações sexuais”</i> | 1 | ,3 |
| Total | 61 | 18,2 |

Relativamente à sexualidade, 53.9% das participantes referiram que a sua relação com a sexualidade permaneceu idêntica durante a gravidez, e as restantes 46.1% relataram que esta se alterou (cf. Tabela 13). Quando questionadas acerca da frequência

de relações sexuais durante a gravidez, a maioria das mulheres (51.8%) relatou ter em média 0 a 5 relações sexuais por mês (cf. Tabela 14).

Tabela 13. *Relação com a sexualidade durante a gravidez*

| | Frequência | Porcentagem |
|---------------------|------------|-------------|
| Permaneceu idêntica | 181 | 53,9 |
| Alterou-se | 155 | 46,1 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 14. *Média de relações sexuais por mês*

| | Frequência | Porcentagem |
|------------|------------|-------------|
| 0 a 5 | 174 | 51,8 |
| 5 a 10 | 108 | 32,1 |
| 10 a 20 | 45 | 13,4 |
| Mais de 20 | 9 | 2,7 |
| Total | 336 | 100 |

Quando interrogadas acerca do desejo sexual que sentiam/sentem pelo parceiro durante a gravidez, com a questão “*A partir do momento em que soube que estava grávida, deixei de ter interesse sexual pelo meu companheiro*”, 246 mulheres (73.2%) responderam “Não me identifico nada” (cf. Tabela 15).

As participantes foram também questionadas acerca da perspectiva contrária, isto é, se durante a gravidez se sentiam objeto de desejo pelo seu companheiro. No que diz respeito a estes dados, 201 mulheres (59.8%) responderam “Não me identifico nada” com a afirmação “*Sentia-me/sinto-me objeto de desejo pelo meu companheiro*” (cf. Anexo VI, Tabela 24).

Tabela 15. *Interesse sexual pelo companheiro*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 246 | 73,2 |
| Não me identifico | 38 | 11,3 |
| Identifico-me totalmente | 35 | 10,4 |
| Identifico-me | 11 | 3,3 |
| Identifico-me totalmente | 6 | 1,8 |
| Total | 336 | 100 |

No que concerne à autoestima e à percepção do seu corpo, quando deparadas com a afirmação “*Senti/sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima*”, 99 mulheres (29.5%) declararam “Não me identifico nada” e 78 mulheres (23.2%) referiram “Identifico-me totalmente” (cf. Tabela 16). À afirmação “*Durante a minha gravidez senti-me/sinto-me menos atraente*”, 158 mulheres (47.0%) responderam “Não me identifico nada” (cf. Tabela 17) e, à afirmação “*Durante a minha gravidez senti-me/sinto-me mais bonita*”, 104 mulheres (31.0%) responderam “Identifico-me totalmente” (cf. Tabela 18), numa escala de *Likert* avaliada entre 1 e 5 pontos.

Tabela 16. *Alterações corporais e autoestima*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 99 | 29,5 |
| Não me identifico | 56 | 16,7 |
| Identifico-me totalmente | 55 | 16,4 |
| Identifico-me | 48 | 14,3 |
| Identifico-me totalmente | 78 | 23,2 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 17. *Autoimagem (menos atraente durante a gravidez)*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 158 | 47,0 |
| Não me identifico | 58 | 17,3 |
| Identifico-me totalmente | 45 | 13,4 |
| Identifico-me | 31 | 9,2 |
| Identifico-me totalmente | 44 | 13,1 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 18. *Autoimagem (mais bonita durante a gravidez)*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 70 | 20,8 |
| Não me identifico | 53 | 15,8 |
| Identifico-me totalmente | 65 | 19,3 |
| Identifico-me | 44 | 13,1 |
| Identifico-me totalmente | 104 | 31,0 |
| Total | 336 | 100 |

Quando interrogadas acerca da sua experiência orgástica comparativamente com a do seu companheiro, a partir da afirmação “*Sinto que a minha experiência orgástica difere da do meu companheiro*”, 49.4% das mulheres responderam “Não me identifico nada” e 13.1% responderam “Não me identifico” (cf. Tabela 19). Ainda no que diz respeito à experiência orgástica, considerou-se relevante perceber se as mulheres sentem que a mesma difere da sua experiência amorosa. Para o efeito, colocou-se a questão “*Sinto que a minha experiência orgástica não coincide com a minha experiência amorosa*”, na qual a maioria das mulheres (55.1%) revelou “Não me identifico nada” (cf. Tabela 20).

Tabela 19. *Experiência orgástica versus experiência orgástica do companheiro*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 166 | 49,4 |
| Não me identifico | 44 | 13,1 |
| Identifico-me totalmente | 72 | 21,4 |
| Identifico-me | 27 | 8,0 |
| Identifico-me totalmente | 26 | 7,7 |
| Ausente | 1 | 0,3 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 20. *Experiência orgástica versus experiência amorosa*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 185 | 55,1 |
| Não me identifico | 46 | 13,7 |
| Identifico-me totalmente | 60 | 17,9 |
| Identifico-me | 23 | 6,8 |
| Identifico-me totalmente | 21 | 6,3 |
| Ausente | 1 | 0,3 |
| Total | 336 | 100 |

No que concerne à experiência após o parto, as mulheres que constituem o Grupo 2 foram questionadas acerca do momento no qual sentiram que o seu parceiro voltou a sentir interesse em si, 212 (74.1%) referiram “sinto que nunca perdeu o interesse”, 19 (6.6%) sentiram “logo após o parto”, 23 (8.0%) sentiram “passado um mês do parto”, 25 (8.7%) sentiram “passado mais de dois meses do parto” e 3 mulheres (1.0%) referiram que até ao momento ainda não sentiram que o seu companheiro tenha voltado a sentir interesse em si (*cf.* Anexo VI, Tabela 46).

Importa referir que 49 (17.1%) participantes revelaram que o bebé dorme “no seu próprio quarto”, 161 (56.3%) responderam “no nosso quarto, no berço”, 57 (19.9%)

das mulheres disseram “na nossa cama, comigo e com o meu companheiro” e 18 (6.3%) escolheram a opção “na nossa cama, apenas comigo ou apenas com o meu companheiro” (cf. Anexo VI, Tabela 47). Ainda no que diz respeito à presença do bebê, as participantes que responderam que o bebê dormia no quarto do casal (no berço, na cama com ambos ou na cama apenas com a mulher ou apenas com o companheiro), foram questionadas acerca da forma como a presença do bebê influencia a possibilidade de ter relações sexuais com o seu parceiro e de que forma influencia a qualidade das relações sexuais. À primeira questão, 72 mulheres (30.5%) responderam que a presença do bebê “não influencia nada” a possibilidade de ter relações sexuais com o seu parceiro (cf. Tabela 21) e à segunda questão, 72 mulheres (30.6%) revelaram que a presença do bebê “não influencia nada” a qualidade das relações (cf. Tabela 22).

Tabela 21. *Influência da presença do bebê na possibilidade de ter relações sexuais*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não influencia nada | 72 | 30,5 |
| Não influencia muito | 34 | 14,4 |
| Influencia moderadamente | 59 | 25,0 |
| Influencia bastante | 25 | 10,6 |
| Influencia totalmente | 46 | 19,5 |
| Total | 236 | 100 |

Tabela 22. *Influência da presença do bebê na qualidade das relações sexuais*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não influencia nada | 72 | 30,6 |
| Não influencia muito | 33 | 14,0 |
| Influencia moderadamente | 54 | 23,0 |
| Influencia bastante | 34 | 14,5 |
| Influencia totalmente | 42 | 17,9 |
| Total | 235 | 100 |

4.3. Análise inferencial

1. A satisfação prévia com a sexualidade influencia a satisfação com a sexualidade durante a gravidez?

No que diz respeito à satisfação com a vida sexual, foi pedido às participantes de ambos os grupos que avaliassem o seu grau de satisfação de 1 (Muito insatisfatória) a 5 (Muito satisfatória). Analisando a informação obtida, neste sentido, 153 participantes (45.5%) relataram que, antes da gravidez, a sua vida sexual era “muito satisfatória” (cf. Tabela 23). Todavia, durante a gravidez, 125 mulheres (37.2%) consideram a sua vida sexual “moderadamente satisfatória” (cf. Tabela 24). Observando estes dados, considerou-se relevante, em primeiro lugar, atentar à informação obtida através da Tabela 25 e do Gráfico 1, nos quais se verificou que existiu, na amostra em estudo, tendo por base a análise da mediana de ambas as variáveis, uma redução da satisfação com a sexualidade, tendo passado o valor central das respostas de “Satisfatória” (Mdn=4,0), antes da gravidez, para “Moderadamente satisfatória” (Mdn=3,0), durante a gravidez.

Após esta constatação, achou-se pertinente investigar a influência que a satisfação prévia com a sexualidade poderá exercer na satisfação durante a gravidez. Da análise dos resultados obtidos, observou-se, através do *Coefficiente de Correlação de Spearman*, que não existe relação entre as duas variáveis ($\rho = .068$, $p = .212$) (cf. Tabela 26), ou seja, a satisfação com a vida sexual durante a gravidez, não depende da satisfação prévia com a sexualidade.

Tabela 23. *Satisfação com a vida sexual antes da gravidez*

| | Frequência | Percentagem |
|----------------------------|------------|-------------|
| Muito insatisfatória | 4 | 1,2 |
| Insatisfatória | 11 | 3,3 |
| Moderadamente satisfatória | 77 | 22,9 |
| Satisfatória | 91 | 27,1 |
| Muito satisfatória | 153 | 45,5 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 24. *Satisfação com a vida sexual durante a gravidez*

| | Frequência | Porcentagem |
|----------------------------|------------|-------------|
| Muito insatisfatória | 28 | 8,3 |
| Insatisfatória | 50 | 14,9 |
| Moderadamente satisfatória | 125 | 37,2 |
| Satisfatória | 70 | 20,8 |
| Muito satisfatória | 63 | 18,8 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 25. *Satisfação com a vida sexual antes e durante a gravidez*

| | Satisfação com a vida sexual antes da gravidez | Satisfação com a vida sexual durante a gravidez |
|---------|--|---|
| N | 336 | 336 |
| Mediana | 4,0 | 3,0 |
| Moda | 5 | 3 |

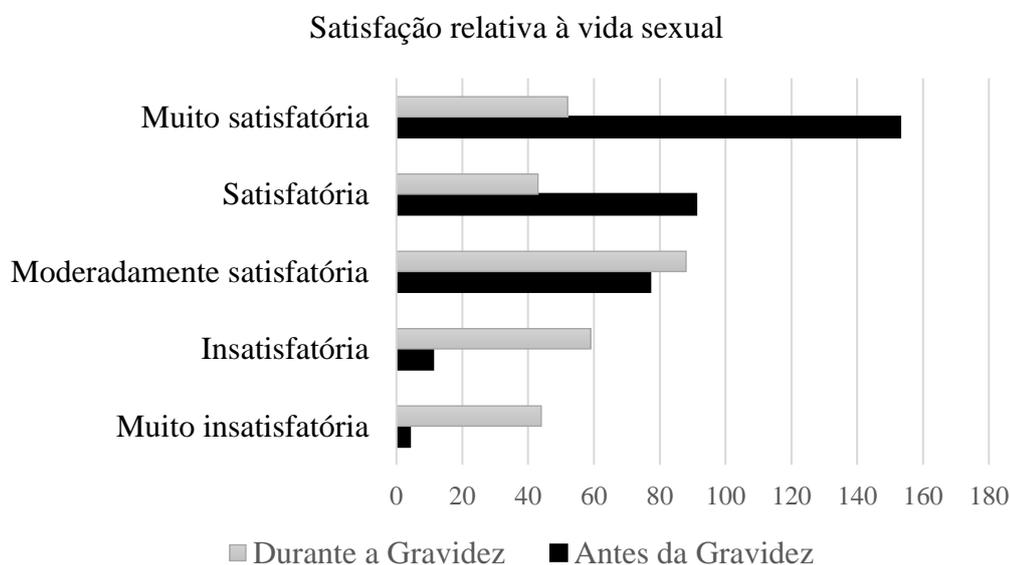
Gráfico 1. *Alteração da satisfação relativa à vida sexual antes e durante a gravidez*

Tabela 26. Análise da correlação entre a satisfação com a vida sexual antes e durante a gravidez (ρ de Spearman)

| | | Satisfação com a vida sexual antes da gravidez | Satisfação com a vida sexual durante a gravidez |
|---|----------------------------|--|---|
| Satisfação com a vida sexual antes da gravidez | Coefficiente de Correlação | 1,000 | ,068 |
| | Sig | . | ,212 |
| | N | 336 | 336 |
| Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | Coefficiente de Correlação | ,068 | 1,000 |
| | Sig | ,212 | . |
| | N | 336 | 336 |

2. A forma como as mulheres se sentem em relação ao seu corpo durante a gravidez influencia a sua satisfação com a sexualidade?

De forma a compreender a perceção das mulheres em relação ao seu corpo durante a gravidez, foi-lhes pedido que avaliassem a afirmação “*Durante a minha gravidez senti-me/sinto-me menos atraente*” numa escala de 1 a 5, na qual 1 corresponde a “Não me identifico nada” e 5 corresponde a “Identifico-me totalmente”. No que diz respeito aos dados obtidos, 47.0% revelaram não se identificar nada com a afirmação e 13.1% revelaram identificar-se totalmente (cf. Tabela 17).

Posteriormente, foi realizada a análise da correlação entre essa variável e a satisfação relativa à vida sexual durante a gravidez. Observando os resultados obtidos, constatou-se que existe uma correlação negativa pequena (Cohen, 1988) entre as duas variáveis ($\rho = -.208, p = .000$) (cf. Tabela 27).

Tabela 27. Análise da correlação entre a percepção do corpo e a satisfação com a vida sexual (ρ de Spearman)

| | | Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | “Durante a minha gravidez senti-me menos atraente” |
|--|----------------------------|---|--|
| Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | Coefficiente de Correlação | 1,000 | -,208 |
| | Sig | . | ,000 |
| | N | 336 | 336 |
| “Durante a minha gravidez senti-me menos atraente” | Coefficiente de Correlação | -,208 | 1,000 |
| | Sig | ,000 | . |
| | N | 336 | 336 |

3. De que forma a existência de um bebé e todos os cuidados que o mesmo implica influencia a sexualidade após a gravidez?

No que concerne à satisfação relativa à vida sexual das participantes, foram questionadas apenas as mulheres do Grupo 2, que já tinham sido mães no momento da recolha da amostra, sendo que destas, 30.8% a consideram “moderadamente satisfatória” (cf. Tabela 28).

Com o objetivo de avaliar a influência do pós parto e da presença do bebé na sexualidade, foi colocado às participantes um conjunto de questões relacionadas com a sua experiência após o parto, das quais se considerou pertinente atentar a relação entre a variável “*O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta*” (cf. Tabela 29) e a satisfação relativa à vida sexual após a gravidez. Da análise dos dados obtidos verificou-se uma relação negativa moderada (Cohen, 1988) entre as variáveis ($\rho = -.389$, $p = .000$) (cf. Tabela 30), o que significa que à medida que a variável “*O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta*” aumenta (o que significa que as mães se identificam mais com a afirmação), mais a satisfação relativa à vida sexual após a gravidez diminui, não obstante esta ser uma relação fraca.

Tabela 28. *Satisfação com a vida sexual após a gravidez*

| | Frequência | Percentagem |
|----------------------------|------------|-------------|
| Muito insatisfatória | 44 | 15,4 |
| Insatisfatória | 59 | 20,6 |
| Moderadamente satisfatória | 88 | 30,8 |
| Satisfatória | 43 | 15,0 |
| Muito satisfatória | 52 | 18,2 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 29. *Bebé (espaço e tempo que ocupa) e cansaço*

| | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 38 | 13,3 |
| Não me identifico | 46 | 16,1 |
| Identifico-me totalmente | 77 | 26,9 |
| Identifico-me | 44 | 15,4 |
| Identifico-me totalmente | 81 | 28,3 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 30. *Análise da correlação entre o cansaço implicado pelo bebé e a satisfação com a vida sexual após a gravidez (ρ de Spearman)*

| | | <i>“O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta”</i> | Satisfação com a vida sexual após a gravidez |
|--|---------------------------|--|--|
| <i>“O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta”</i> | Coeficiente de Correlação | 1,000 | -,389 |
| | Sig | . | ,000 |
| | N | 286 | 289 |
| Satisfação com a vida sexual após a gravidez | Coeficiente de Correlação | -,389 | 1,000 |
| | Sig | ,000 | . |
| | N | 289 | 286 |

V. Síntese dos principais resultados

Tabela 31. *Síntese dos principais resultados*

| Principais Resultados |
|--|
| Caracterização sociodemográfica das participantes (cf. Tabela 3) |
| Amostra: |
| - 50 mulheres grávidas |
| - 286 mulheres com bebés até aos 2 anos de idade |
| Idade: |
| - Varia entre os 18 e os 48 anos (M = 30.2) |
| Estado civil: |
| - 41 mulheres (12.2%) são solteiras |
| - 142 mulheres (42.3%) são casadas |
| - 151 mulheres (44.9%) vivem em união de facto |
| - 2 mulheres (0.6%) são divorciadas |
| Situação profissional: |
| - 6 mulheres (1.8%) exercem atividades relacionadas com o ambiente e com a cultura |
| - 154 mulheres (45.8%) exercem atividades relacionadas com a indústria, comércio e serviços |
| - 16 mulheres (4.8%) exercem atividades relacionadas com a cidadania, família, integração e proteção social |
| - 51 mulheres (15.2%) exercem atividades relacionadas com a saúde |
| - 7 mulheres (2.1%) exercem atividades relacionadas com o ambiente, recursos naturais e gestão do território |
| - 36 mulheres (10.7%) exercem atividades relacionadas com a educação |
| - 4 mulheres (1.2%) exercem atividades relacionadas com o desporto |
| - 6 mulheres (1.8%) exercem atividades relacionadas com a administração pública |
| - 5 mulheres (1.5%) exercem atividades relacionadas com a agricultura, pecuária e pesca |
| - 10 mulheres (3.0%) exercem atividades relacionadas com a comunicação |

- 7 mulheres (2.1%) exercem atividades relacionadas com a proteção do consumidor e justiça
- 10 mulheres (3.0%) exercem atividades relacionadas com as finanças, a gestão, a contabilidade e a banca
- 9 mulheres (2.7%) exercem atividades relacionadas com a hotelaria, restauração e turismo
- 1 mulher (0.3%) é estudante
- 4 mulheres (1.2%) são domésticas
- 10 mulheres (3.0%) encontram-se desempregadas

Habilitações académicas

- 3 mulheres (0.9%) têm escolaridade inferior ao 9º ano
- 55 mulheres (16.4%) têm o 9º ano
- 148 mulheres (44.0%) têm o 12º ano
- 95 mulheres (28.3%) têm Bacharelato ou Licenciatura
- 35 mulheres (10.4%) têm Mestrado ou Doutoramento

Dados relativos à gravidez, ao parto e ao bebé

Número da gravidez (cf. Tabela 6)

- 197 mulheres (58.6%) responderam ao questionário tendo em conta a sua 1ª gravidez
- 89 mulheres (26.5%) responderam ao questionário tendo em conta a sua 2ª gravidez
- 33 mulheres (9.8%) responderam ao questionário tendo em conta a sua 3ª gravidez
- 12 mulheres (3.6%) responderam ao questionário tendo em conta a sua 4ª gravidez
- 5 mulheres (1.5%) responderam ao questionário tendo em conta a sua 5ª gravidez

Número de filhos (cf. Anexo VI, Tabela 32)

- 20 mulheres (6.0%) não têm filhos
- 219 mulheres (65.2%) têm um filho
- 79 mulheres (23.5%) têm dois filhos
- 16 mulheres (4.8%) têm três filhos
- 1 mulher (0.3%) tem 5 filhos
- 1 mulheres (0.3%) tem 6 filhos

Planeamento da gravidez atual ou da gravidez considerada para responder ao questionário (cf. Tabela 5)

- 239 mulheres (71.1%) relataram que a gravidez foi planeada
- 95 mulheres (28.3%) relataram que a gravidez não foi planeada, mas foi aceite por ambos os pais
- 1 mulher (0.3%) relatou que a gravidez não foi planeada e não foi aceite por um dos pais
- 1 mulher (0.3%) relatou que a gravidez não foi planeada e não foi aceite por ambos os pais

Idade do bebé (cf. Tabela 7)

Das 286 mulheres do Grupo 2:

- 60 mulheres (21.0%) foram mães há menos de 6 meses
- 120 mulheres (42.0%) foram mães num período entre 6 meses e 1 ano
- 77 mulheres (26.9%) foram mães num período entre 1 ano e 1 ano e meio
- 29 mulheres (10.1%) foram mães num período entre 1 ano e meio e 2 anos

Tipo de parto (cf. Tabela 8)

Das 286 mulheres do Grupo 2:

- 197 (68.9%) tiveram parto normal
- 89 (31.1%) tiveram parto por cesariana

Dados relativos à informação sobre a sexualidade na gravidez obtida pelas participantes

Obtenção de informação relativa à sexualidade na gravidez (cf. Tabela 9)

- 289 mulheres (86.0%) obtiveram informações relativas ao tema
- 47 mulheres (14.0%) não obtiveram qualquer tipo de informação

Meio de informação (cf. Tabela 10)

Das 289 que obtiveram informações relativas ao tema:

- 228 mulheres (67.9%) através do obstetra
- 39 mulheres (11.6%) através da internet
- 8 mulheres (2.4%) através de livros
- 1 mulher (0.3%) através de pesquisa em grupos sobre a maternidade nas redes sociais
- 1 mulher (0.3%) através de artigos

- 5 mulheres (1.5%) através de conversas com familiares e amigas
- 1 mulher (0.3%) através do médico de família
- 3 mulheres (0.9%) cruzaram informação da internet e livros
- 2 mulheres (0.6) cruzaram informação da internet e de conversas com amigas
- 1 mulher (0.3%) através de panfletos fornecidos pelo Centro de Saúde

Informação obtida através do obstetra (cf. Tabela 11)

Das 228 mulheres que relataram ter obtido informações através do obstetra:

- 194 mulheres (85.1%) referiram *“Disse-me que podia continuar a ter relações sexuais com a mesma frequência que sempre tive”*
- 8 mulheres (3.5%) referiram *“Disse-me que devia diminuir a frequência de relações sexuais”*
- 19 mulheres (8.3%) referiram *“Disse-me que devia parar de ter relações sexuais”*
- 1 mulher (0.4%) referiu *“Tive perdas de sangue, não podia ter relações sexuais no primeiro trimestre”*
- 3 mulheres (1.3%) referiram *“Não podia ter relações sexuais porque tive uma gravidez de risco”*
- 2 mulheres (0.9%) referiram *“Com a mesma frequência, mas com cuidado”*
- 1 mulher (0.4%) referiu *“Disse-me que podia ter relações sexuais da maneira que me sentisse melhor”*

Informação obtida através de outra via (cf. Tabela 12)

Das 61 mulheres que relataram ter obtido informações por meios próprios:

- 53 mulheres (86.9%) apuraram que podiam continuar a ter relações sexuais com a mesma frequência que sempre tiveram
- 7 mulheres (11.5%) apuraram que deviam diminuir a frequência de relações sexuais
- 1 mulher (1.5%) apurou que devia parar de ter relações sexuais

Relação com a sexualidade durante a gravidez (cf. Tabela 13)

- 181 mulheres (53.9%) referiram que a sexualidade permaneceu idêntica
 - 155 mulheres (46.1%) referiram que a sexualidade se alterou durante a gravidez
-

Dados relativos à frequência de relações sexuais durante a gravidez (cf. Tabela 14)

- 174 mulheres (51.8%) relataram ter em média entre 0 e 5 relações sexuais por mês durante a gravidez
 - 108 mulheres (32.1%) relataram ter em média entre 5 e 10 relações sexuais por mês durante a gravidez
 - 45 mulheres (13.4%) relataram ter em média entre 10 e 20 relações sexuais por mês durante a gravidez
 - 9 mulheres (2.7%) relataram ter em média mais de 20 relações sexuais por mês durante a gravidez
-

Dados relativos à satisfação com a vida sexual

Antes da gravidez (ambos os grupos) (cf. Tabela 23)

- 4 mulheres (1.2%) consideraram “muito insatisfatória”
- 11 mulheres (3.3%) consideraram “insatisfatória”
- 77 mulheres (22.9%) consideraram “moderadamente satisfatória”
- 91 mulheres (27.1%) consideraram “satisfatória”
- 153 mulheres (45.5%) consideraram “muito satisfatória”

Durante a gravidez (ambos os grupos) (cf. Tabela 24)

- 28 mulheres (8.3%) consideraram “muito insatisfatória”
- 50 mulheres (14.9%) consideraram “insatisfatória”
- 125 mulheres (37.2%) consideraram “moderadamente satisfatória”
- 70 mulheres (20.8%) consideraram “satisfatória”
- 63 mulheres (18.8%) consideraram “muito satisfatória”

Verificou-se um decréscimo do valor central, correspondente à mediana dos dados relativos à satisfação antes da gravidez e durante a gravidez (cf. Tabela 25; Gráfico 1).

Após a gravidez (Grupo 2) (cf. Tabela 28)

- 44 mulheres (15.4%) consideraram “muito insatisfatória”
 - 59 mulheres (20.6%) consideraram “insatisfatória”
 - 88 mulheres (30.8%) consideraram “moderadamente satisfatória”
-

-
- 43 mulheres (15.0%) consideraram “satisfatória”
 - 52 mulheres (18.2%) consideraram “muito satisfatória”
-

Existe uma relação entre a satisfação prévia com a vida sexual e a satisfação durante a gravidez? (cf. Tabela 26)

- Não se verificou relação (Cohen, 1988) entre a satisfação em relação à vida sexual antes da gravidez e a satisfação relativa à vida sexual durante a gravidez ($\rho = .068$, $p = .212$).
-

A frequência de relações sexuais está relacionada com a satisfação sexual durante a gravidez?

- Existe uma relação positiva grande (Cohen, 1988) entre a média de relações sexuais por mês e a satisfação relativa à vida sexual ($\rho = .539$, $p = .000$) (cf. Anexo VII, Tabela 54).
-

Dados relativos às alterações sentidas no corpo (cf. Anexo VI, Tabela 33)

- 134 mulheres (39.9%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foi a barriga
 - 39 mulheres (11.6%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foram as pernas
 - 44 mulheres (13.1%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foram as mamas
 - 10 mulheres (3.0%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foi a anca
 - 9 mulheres (2.7%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foram as costas
 - 1 mulher (0.3%) referiu que a parte do corpo que sentiu mais afetada foram os braços
 - 9 mulheres (2.7%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foram os pés
 - 1 mulher (0.3%) referiu que a parte do corpo que sentiu mais afetada foram as mãos
 - 4 mulheres (1.2%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foi a cara (devido ao acne)
 - 2 mulheres (0.6%) referiram que a parte do corpo que sentiram mais afetada foi a vagina
-

-
- 1 mulher (0.3%) referiu que a parte do corpo que sentiu mais afetadas foram os ombros
 - 1 mulher (0.3%) referiu que a parte do corpo que sentiu mais afetada foi a bexiga
 - 1 mulher (0.3%) referiu que aquilo que sentiu mais afetado no seu corpo foi a falta de flexibilidade
 - 1 mulher (0.3%) referiu que aquilo que sentiu mais afetado no seu corpo foi a o estômago (devido à azia)
 - 1 mulher (0.3%) referiu que aquilo que sentiu mais afetado no seu corpo foram os rins
 - 33 mulheres (9.8%) apontaram duas ou mais áreas do corpo como as mais afetadas durante a gravidez
 - 12 mulheres (3.6%) referiram que sentiram todo o corpo afetado na gravidez
 - 33 mulheres (9.8%) referiram que não sentiram nenhuma parte do corpo muito afetada
-

Dados relativos à percepção do corpo

Em relação à afirmação “*Senti/sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima*” (cf. Tabela 16)

- 99 mulheres (29.5%) referiram “Não me identifico nada”
- 56 mulheres (16.7%) referiram “Não me identifico”
- 55 mulheres (16.4%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 48 mulheres (14.3%) referiram “Identifico-me”
- 78 mulheres (23.2%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “*Durante a minha gravidez senti-me/sinto-me menos atraente*” (cf. Tabela 17)

- 158 mulheres (47.0%) referiram “Não me identifico nada”
- 58 mulheres (17.3%) referiram “Não me identifico”
- 45 mulheres (13.4%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 31 mulheres (9.2%) referiram “Identifico-me”
- 44 mulheres (13.1%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “*Durante a minha gravidez senti-me/sinto-me mais bonita*” (cf. Tabela 18)

- 70 mulheres (20.8%) referiram “Não me identifico nada”
 - 53 mulheres (15.8%) referiram “Não me identifico”
 - 65 mulheres (19.3%) referiram “Identifico-me moderadamente”
-

-
- 44 mulheres (13.1%) referiram “Identifico-me”
 - 104 mulheres (31.0%) referiram “Identifico-me totalmente”
-

As mulheres sentem-se desejadas durante a gravidez? (cf. Anexo VI, Tabela 35)

Em relação à afirmação “Sentia-me/sinto-me objeto de desejo pelo meu companheiro”

- 201 mulheres (59.8%) referiram “Não me identifico nada”
 - 24 mulheres (7.1%) referiram “Não me identifico”
 - 51 mulheres (15.2%) referiram “Identifico-me moderadamente”
 - 22 mulheres (6.5%) referiram “Identifico-me”
 - 37 mulheres (11.0%) referiram “Identifico-me totalmente”
-

Dados relativos à experiência orgástica da mulher versus a experiência orgástica do companheiro e à experiência orgástica versus a experiência amorosa

Em relação à afirmação “Sinto que a minha experiência orgástica difere da do meu companheiro” (cf. Tabela 19)

- 166 mulheres (49.4%) referiram “Não me identifico nada”
- 44 mulheres (13.1%) referiram “Não me identifico”
- 72 mulheres (21.4%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 27 mulheres (8.0%) referiram “Identifico-me”
- 26 mulheres (7.7%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “Sinto que a minha experiência orgástica não coincide com a minha experiência amorosa” (cf. Tabela 20)

- 185 mulheres (55.1%) referiram “Não me identifico nada”
 - 46 mulheres (13.7%) referiram “Não me identifico”
 - 60 mulheres (17.9%) referiram “Identifico-me moderadamente”
 - 23 mulheres (6.8%) referiram “Identifico-me”
 - 21 mulheres (6.3%) referiram “Identifico-me totalmente”
-

Existe uma relação entre a forma como as mulheres se sentem em relação ao seu corpo na gravidez e a satisfação sexual durante a gravidez? (cf. Tabela 27)

- Verificou-se uma relação negativa pequena (Cohen, 1988) entre a variável “Durante a minha gravidez senti-me/sinto-me menos atraente” e a satisfação relativa à vida sexual durante a gravidez ($\rho = -.208$, $p = .000$).
-

A vida pessoal e profissional das mulheres interfere na sua vida sexual? (cf.

Anexo VI, Tabela 36 e 37)

Em relação à afirmação “*Sinto que a minha vida pessoal me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa*”

- 109 mulheres (32.4%) referiram “Não me identifico nada”
- 67 mulheres (19.9%) referiram “Não me identifico”
- 75 mulheres (22.3%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 42 mulheres (12.5%) referiram “Identifico-me”
- 43 mulheres (12.8%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “*Sinto que a minha vida profissional me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa*”

- 146 mulheres (43.5%) referiram “Não me identifico nada”
- 70 mulheres (20.8%) referiram “Não me identifico”
- 71 mulheres (21.1%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 31 mulheres (9.2%) referiram “Identifico-me”
- 18 mulheres (5.4%) referiram “Identifico-me totalmente”

Dados relativos aos sentimentos da mulher no que diz respeito à presença e apoio do companheiro (cf. Anexo VI, Tabela 38, 39 e 40)

Em relação à afirmação “*Sinto que teve/tem mais cuidados comigo*”

- 13 mulheres (3.9%) referiram “Não me identifico nada”
- 21 mulheres (6.3%) referiram “Não me identifico”
- 67 mulheres (19.9%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 65 mulheres (19.3%) referiram “Identifico-me”
- 168 mulheres (50.0%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “*Senti-me/sinto-me sozinha na gravidez*”

- 236 mulheres (70.2%) referiram “Não me identifico nada”
 - 45 mulheres (13.4%) referiram “Não me identifico”
 - 33 mulheres (9.8%) referiram “Identifico-me moderadamente”
 - 11 mulheres (3.3%) referiram “Identifico-me”
 - 11 mulheres (3.3%) referiram “Identifico-me totalmente”
-

Em relação à afirmação “O apoio que senti/sinto por parte do meu companheiro teve repercussão na nossa sexualidade”

- 142 mulheres (42.3%) referiram “Não me identifico nada”
- 35 mulheres (10.4%) referiram “Não me identifico”
- 60 mulheres (17.9%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 29 mulheres (8.6%) referiram “Identifico-me”
- 70 mulheres (20.8%) referiram “Identifico-me totalmente”

Existe uma relação entre o apoio e a presença do pai do bebé no decorrer da gravidez e a satisfação sexual durante a gravidez?

- Não se verificou relação (Cohen, 1988) entre a variável “O pai do bebé esteve/está presente em todos os momentos da gravidez” e a satisfação relativa à vida sexual durante a gravidez ($\rho = .027$, $p = .622$) (cf. Anexo VII, Tabela 55).

Existe uma relação entre o apoio e a presença do pai do bebé no decorrer da gravidez e a autoestima relativa ao corpo sentida pelas mulheres?

- Verificou-se uma relação positiva pequena (Cohen, 1988) entre a variável “Senti-me sozinha na gravidez” e a variável “Senti/sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima” ($\rho = .173$, $p = .001$) (cf. Anexo VII, Tabela 56).

Existe uma relação entre a existência de um bebé e todos os cuidados que o mesmo implica e a satisfação com a sexualidade após a gravidez?

Em relação à afirmação “O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta” (286 respostas - das mulheres do Grupo 2) (cf. Tabela 29)

- 38 mulheres (13.3%) referiram “Não me identifico nada”
 - 46 mulheres (16.1%) referiram “Não me identifico”
 - 77 mulheres (26.9%) referiram “Identifico-me moderadamente”
 - 44 mulheres (15.4%) referiram “Identifico-me”
 - 81 mulheres (28.3%) referiram “Identifico-me totalmente”
 - Verificou-se uma relação negativa moderada (Cohen, 1988) entre a variável “O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta” e a satisfação com a sexualidade após a gravidez ($\rho = -.389$, $p = .000$) (cf. Tabela 30).
-

De que forma é que as mulheres percecionam os cuidados prestados pelos companheiros, a si próprias e ao bebé depois do parto? (286 respostas - das mulheres do Grupo 2) (cf. Anexo VI, Tabela 41, 42 e 43).

Em relação à afirmação “Os cuidados que o meu companheiro tinha comigo durante a gravidez, continuam depois do parto”

- 40 mulheres (14.0%) referiram “Não me identifico nada”
- 35 mulheres (12.2%) referiram “Não me identifico”
- 53 mulheres (18.5%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 34 mulheres (11.9%) referiram “Identifico-me”
- 124 mulheres (43.4%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “O meu companheiro também se levanta de noite quando o bebé chora”

- 74 mulheres (25.9%) referiram “Não me identifico nada”
- 44 mulheres (15.4%) referiram “Não me identifico”
- 50 mulheres (17.5%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 36 mulheres (12.6%) referiram “Identifico-me”
- 82 mulheres (28.7%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “O meu companheiro divide comigo as tarefas de cuidar do bebé”

- 36 mulheres (12.6%) referiram “Não me identifico nada”
 - 34 mulheres (11.9%) referiram “Não me identifico”
 - 68 mulheres (23.8%) referiram “Identifico-me moderadamente”
 - 52 mulheres (18.2%) referiram “Identifico-me”
 - 96 mulheres (33.6%) referiram “Identifico-me totalmente”
-

De que forma é que as cicatrizes do parto influenciam a sexualidade após a gravidez?

Em relação à afirmação “*Sinto que as cicatrizes provenientes do parto influenciaram o prazer que sinto durante a relação sexual*” (197 respostas - das mulheres do Grupo 2 que relataram ter parto normal) (cf. Anexo VI, Tabela 44)

- 105 mulheres (53.3%) referiram “Não me identifico nada”
- 29 mulheres (14.7%) referiram “Não me identifico”
- 31 mulheres (15.7%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 8 mulheres (4.1%) referiram “Identifico-me”
- 24 mulheres (12.2%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “*A cicatriz que fiquei da cesariana, afeta a minha autoestima*” (89 respostas - das mulheres do Grupo 2 que relataram ter parto por cesariana) (cf. Anexo VI, Tabela 45)

- 54 mulheres (60.7%) referiram “Não me identifico nada”
- 13 mulheres (14.6%) referiram “Não me identifico”
- 10 mulheres (11.2%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 4 mulheres (4.5%) referiram “Identifico-me”
- 8 mulheres (9.0%) referiram “Identifico-me totalmente”

Dados relativos ao tempo que as mulheres sentem que o seu parceiro demorou a voltar a sentir interesse por si (após o parto) (cf. Anexo VI, Tabela 46)

- 212 mulheres (74.1%) referiram “*Sinto que nunca perdeu o interesse*”
 - 19 mulheres (6.6%) referiram “*Logo após o parto*”
 - 23 mulheres (8.0%) referiram “*Passado um mês do parto*”
 - 25 mulheres (8.7%) referiram “*Passado mais de dois meses do parto*”
 - 3 mulheres (1.0%) referiram “*Até agora ainda não senti*”
 - 1 mulher (0.3%) referiu “*Sinto que o interesse nunca mais voltou a ser o mesmo, devido às minhas estrias na barriga*”
 - 1 mulher (0.3%) referiu “*Separámo-nos quando eu estava grávida de 4 meses*”
 - 1 mulher (0.3%) referiu “*Passado mais de 6 meses, devido a complicações de um parto prematuro*”
-

Dados relativos à relação afetiva no pós-parto

Em relação à afirmação “*Namorar foi uma coisa que deixou de existir desde que o bebê nasceu*” (cf. Anexo VI, Tabela 51)

- 81 mulheres (28.3%) referiram “Não me identifico nada”
- 53 mulheres (18.5%) referiram “Não me identifico”
- 69 mulheres (24.1%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 44 mulheres (15.4%) referiram “Identifico-me”
- 39 mulheres (13.6%) referiram “Identifico-me totalmente”

Em relação à afirmação “*Desde que o bebê nasceu, não me lembro da última vez que fui tomar café com o meu companheiro*” (cf. Anexo VI, Tabela 51)

- 119 mulheres (41.6%) referiram “Não me identifico nada”
- 41 mulheres (14.3%) referiram “Não me identifico”
- 39 mulheres (13.6%) referiram “Identifico-me moderadamente”
- 36 mulheres (12.6%) referiram “Identifico-me”
- 51 mulheres (17.8%) referiram “Identifico-me totalmente”

Dados relativos ao local onde o bebê dorme, à influência da presença do bebê nas relações sexuais, à existência de intercomunicador no quarto do bebê e à influência do mesmo

Local onde dorme o bebê (cf. Anexo VI, Tabela 47)

- 49 mulheres (17.1%) responderam “*No seu próprio quarto*”
- 161 mulheres (56.3%) responderam “*No nosso quarto, no berço*”
- 57 mulheres (19.9%) responderam “*Na nossa cama, comigo ou com o meu companheiro*”
- 18 mulheres (6.3%) responderam “*Na nossa cama, apenas comigo ou apenas com o meu companheiro*”

Influência da presença do bebê na possibilidade de ter relações sexuais (das mulheres que revelaram que o bebê dormia no quarto do casal) (cf. Tabela 21)

- 72 mulheres (30,5%) referiram “*Não influencia nada*”
 - 34 mulheres (14,4%) referiram “*Não influencia muito*”
 - 59 mulheres (25,0%) referiram “*Influencia moderadamente*”
 - 25 mulheres (10,6%) referiram “*Influencia bastante*”
-

- 46 mulheres (19,5%) referiram “*Influencia totalmente*”

Influência da presença do bebé na qualidade das relações sexuais (das mulheres que revelaram que o bebé dormia no quarto do casal) (cf. Tabela 22)

- 72 mulheres (30,6%) referiram “*Não influencia nada*”

- 33 mulheres (14,0%) referiram “*Não influencia muito*”

- 54 mulheres (23,0%) referiram “*Influencia moderadamente*”

- 34 mulheres (14,5%) referiram “*Influencia bastante*”

- 42 mulheres (17,9%) referiram “*Influencia totalmente*”

Intercomunicador no quarto do bebé (das mulheres que revelaram que o bebé dormia no seu próprio quarto) (cf. Anexo VI, Tabela 48)

- 30 mulheres (61,2%) revelaram ter intercomunicador no quarto do bebé

- 19 mulheres (38,8%) revelaram não ter intercomunicador no quarto do bebé

Influência do intercomunicador no quarto do bebé na possibilidade de ter relações sexuais (das mulheres que revelaram que o bebé dormia no seu próprio quarto) (cf. Anexo VI, Tabela 49)

- 22 mulheres (73,3%) referiram “*Não influencia nada*”

- 1 mulheres (3,3%) referiram “*Não influencia muito*”

- 3 mulheres (10,0%) referiram “*Influencia moderadamente*”

- 1 mulheres (3,3%) referiram “*Influencia bastante*”

- 3 mulheres (10,3%) referiram “*Influencia totalmente*”

Influência do intercomunicador no quarto do bebé na qualidade das relações sexuais (das mulheres que revelaram que o bebé dormia no seu próprio quarto) (cf. Anexo VI, Tabela 50)

- 23 mulheres (76,7%) referiram “*Não influencia nada*”

- 2 mulheres (6,7%) referiram “*Não influencia muito*”

- 1 mulheres (3,3%) referiram “*Influencia moderadamente*”

- 1 mulheres (3,3%) referiram “*Influencia bastante*”

- 3 mulheres (10,0%) referiram “*Influencia totalmente*”

Existe uma diferença na satisfação com a sexualidade e na autoestima nas mulheres grávidas pela primeira vez, comparativamente com as mulheres que já estiveram grávidas mais vezes?

- Quando se compara a primeira gravidez com gravidezes posteriores, não se revelaram diferenças significativas no que diz respeito à relação com a sexualidade (se permanece idêntica ou se altera), na satisfação com a sexualidade durante a gravidez e na autoestima consequente das alterações corporais (Tabela 53, Anexo VI).

VI. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo compreender a influência da gravidez e do pós-parto na satisfação com a sexualidade e na vida conjugal. Após análise das variáveis em estudo, é possível auferir algumas conclusões e responder aos objetivos previamente definidos, considerando como plano de fundo os estudos pré-existentes na área.

O primeiro objetivo, comprometeu-se a apurar se existem alterações relativas à sexualidade na gravidez, avaliar a satisfação sexual antes, durante e após a gravidez e, por fim, verificar se existe relação entre a satisfação ou insatisfação prévia com a sexualidade e a satisfação ou insatisfação sexual durante a gravidez. No que concerne às alterações na sexualidade durante a gravidez, a percentagem de mulheres que considerou que esta permaneceu idêntica, foi bastante próxima da percentagem de mulheres que consideram que esta se alterou (*cf.* Tabela 13). Esperava-se – com base na revisão da literatura existente – que a percentagem de mulheres que referem que a sexualidade se altera na gravidez, fosse mais elevada. No entanto, uma vez que essa não foi a realidade na amostra considerada, coloca-se a hipótese de as alterações não serem tão significativas no que diz respeito à frequência de relações sexuais, o que leva quase metade das participantes a assumirem que esta permanece idêntica, mas sim à satisfação – que, efetivamente, se altera, como veremos a seguir.

Verificou-se um decréscimo da satisfação relativa à vida sexual antes da gravidez para a satisfação durante a gravidez (*cf.* Tabela 25; Gráfico 1), o que demonstra que antes da gravidez, mais mulheres se consideraram em níveis mais satisfatórios relativamente à sua vida sexual. Este valor desce novamente quando se compara a satisfação com a vida sexual durante a gravidez e a satisfação com a vida sexual após a gravidez, dado que é corroborado pelo estudo de Byrd *et al.*, (1998), que observou também um decréscimo da satisfação nos 12 meses após o parto, em comparação com a sexualidade durante a gravidez.

No que diz respeito, então, à questão chave do primeiro objetivo - apurar se a satisfação prévia com a sexualidade influencia a satisfação durante a gravidez – verificou-se que não influencia, uma vez que os resultados alcançados revelaram que não existe uma relação entre a satisfação com a vida sexual antes da gravidez e a satisfação relativa à vida sexual durante a gravidez (*cf.* Tabela 26). Não obstante, foi

encontrado um dado interessante, que comprova que as mulheres se sentem mais satisfeitas sexualmente durante a gravidez quanto mais alta for a média de relações sexuais por mês (*cf.* Anexo VII, Tabela 54).

O segundo objetivo pretendeu compreender se os aspetos emocionais da relação conjugal estão relacionados com a satisfação com a sexualidade, durante a gravidez. Neste sentido, não se encontrou uma relação entre o apoio que a mulher sente por parte do companheiro em todos os momentos da gravidez e a satisfação com a vida sexual nessa fase (*cf.* Anexo VII, Tabela 55). Ainda neste sentido, é relevante referir que apenas 20.8% das mulheres se identificam totalmente com a afirmação “*O apoio que senti/sinto por parte do meu companheiro teve repercussão na nossa sexualidade*” (*cf.* Anexo VI, Tabela 40). Por conseguinte, podemos concluir que, na amostra em estudo, o apoio sentido pelo companheiro não exerce, de facto, uma influência na sexualidade e na satisfação com a mesma.

Como foi referido durante este trabalho, o apoio do companheiro torna-se fundamental, neste período definido com um período de crise e de adaptação. Este apoio não se refere apenas à divisão de tarefas, mas também se revela importante no sentido do envolvimento emocional com a mãe e com o bebé, sendo que para Freitas *et al.* (2007), o homem produz situações de bem-estar para todos os envolvidos quando participa ativamente no na gravidez e no pós-parto (Silva *et al.*, 2013). Na amostra em estudo, uma percentagem elevada de mulheres considerou que o seu companheiro teve/tem mais cuidados consigo durante a gravidez (*cf.* Tabela 38) e uma percentagem ainda considerável referiu que esses cuidados continuaram depois do parto (*cf.* Tabela 41).

Num estudo realizado por Abouzari-Gazafroodi *et al.* (2015), no qual foi aplicado um questionário a 518 grávidas, percebeu-se que o facto da gravidez não ser desejada, pode causar ansiedade e distúrbios emocionais, afetando ainda de forma mais evidente a sexualidade; no presente estudo não foi possível realizar esta relação, uma vez que a gravidez não foi aceite (por um ou por ambos elementos do casal) em apenas 2 casos (0.6%) (*cf.* Tabela 5), revelando-se, desta forma, uma percentagem muito pequena para auferir qualquer relação entre a forma como essa variável poderia afetar a sexualidade. No entanto, atentando os resultados obtidos no estudo de Abouzari-Gazafroodi *et al.* (2015), é de extrema relevância compreender que uma gravidez não planeada – ou não

aceite – implica ainda mais cuidados e mais apoio no sentido da saúde mental, de forma a reduzir o seu impacto na vida conjugal e sexual dos casais.

Respetivamente ao terceiro objetivo, que procurou recolher as vivências da gravidez referidas pelas mulheres, no sentido de compreender as alterações sentidas em si, no seu próprio corpo e na perspetiva afetiva do relacionamento conjugal verificou-se, em primeiro lugar, uma relação positiva pequena entre o facto de as mulheres sentirem o apoio do companheiro na gravidez e a sua autoestima (*cf.* Anexo VI, Tabela 56), dado que está de acordo com Zanatta (2017), que refere que a forma como o relacionamento conjugal é vivido durante a gravidez pode constituir-se como fator de autoestima da mulher. Ainda neste sentido, é relevante referir que 20.8% das mulheres identificam-se totalmente com a afirmação “*O apoio que senti/sinto por parte do meu companheiro teve repercussão na nossa sexualidade*” (*cf.* Anexo VI, Tabela 40).

No que diz respeito às alterações corporais, que se tornam mais evidentes com o avançar da gravidez, Silva *et al.* (2013) referem as mulheres expressam sentimentos de insatisfação em relação às mudanças percebidas no corpo durante a gravidez. Contudo, este dado varia de estudo para estudo, uma vez que existem estudos (*eg.* Junqueira *et al.*, 2019) que referem que a maior parte dos casais experimentam as alterações corporais como agradáveis. No que respeita a esta questão, é possível observar na amostra considerada, uma prevalência de sentimentos mais positivos em relação ao corpo durante a gravidez, sendo que uma percentagem considerável de mulheres confessa sentir-se mais bonita durante a gravidez (*cf.* Tabela 17 e 18). Não obstante, como é possível observar na Tabela 33 as mulheres referem um conjunto de alterações e indicam qual a parte do seu corpo que sentiram mais afetadas durante a gravidez, sendo o mais prevalente a barriga (39.9%) e as pernas (11.6%), alterações estas que podem contribuir para períodos e momentos de insegurança e para uma imagem corporal não tão positiva, produzindo desta forma, alterações na vida sexual.

Por fim, o quarto objetivo propôs-se a averiguar as possíveis alterações que a existência de um bebé implica na relação conjugal e na satisfação com a sexualidade após a gravidez. Neste sentido, verificou-se uma relação negativa moderada entre os cuidados e a atenção que o bebé implica e a satisfação com a sexualidade após a gravidez (*cf.* Tabela 30), a acrescentar, como já foi referido, que a satisfação com a vida

sexual após a gravidez, tende a diminuir - em comparação com a satisfação com a sexualidade durante a gravidez (cf. Anexo VI, Tabela 34). Estes dados comprovam que, efetivamente, a transição para a parentalidade ou o facto de ter mais um filho, é um período de adaptação e que os cuidados que um bebé requer (eg. a necessidade de se adaptar aos padrões de sono e de alimentação do bebé) implicam tempo e espaço - que, inevitavelmente, se traduzem em cansaço - e têm influência na satisfação com a sexualidade após a gravidez.

Outras variáveis de interesse podem ser consideradas neste sentido, que dão força à ideia de que o pós-parto é um desafio e um período de adaptação para a relação conjugal; um exemplo disso é a percentagem considerável de mulheres que referem que desde que o bebé nasceu, não se lembram da última vez que foram tomar café com o seu companheiro (cf. Anexo VI, Tabela 51), dado que vai de encontro a alguns estudos que referem uma diminuição das atividades de lazer que o casal partilha (eg. Claxton e PerryJenkins, 2008; Nomaguchi e Bianchi, 2004 *cit in* Figueiredo e Conde, 2015).

Sydow (1999) refere que a ternura entre o casal diminui quando é estabelecida uma relação rígida entre a mãe e o bebé. Neste sentido, as mulheres foram questionadas com base na afirmação *“Depois de eu ter sido mãe, o pai do bebé deixou de ser a minha prioridade. Descobri uma profundidade de amor que fez com que me afastasse do pai do bebé”*, sendo que 13.3% das participantes referiram que se identificam totalmente com esta afirmação.

No que concerne, ainda, ao pós-parto, é relevante chamar a atenção para a influência que as cicatrizes provenientes do parto vaginal têm no prazer sexual, uma vez que esta é uma questão que pode ser motivo de algum receio entre as mulheres. Neste caso, quase metade das mulheres que constituem a amostra do presente estudo, não sentem qualquer influência (cf. Anexo VI, Tabela 44). Signorello (2001) e Sartore (2004) estudaram os efeitos do parto vaginal associado à dispareunia, e não verificaram diferenças significativas nas queixas de dispareunia entre as mulheres com períneo intacto ou com lesões perineais. Também Barrett (2000), num estudo com primíparas inglesas relacionou a dispareunia pós-parto, apenas com a dispareunia prévia. Estes dados permitem relacionar a diminuição do prazer sexual com outros fatores - que não a cicatriz proveniente do parto. Um fator considerável para esta alteração no prazer sexual poderá ser a presença do bebé no quarto dos pais, ou mesmo do

intercomunicador, que funciona como um “contacto constante” com os pais e, de certa forma, influencia a qualidade das relações sexuais, como foi também possível verificar nos resultados deste estudo (*cf.* Anexo VI, Tabela 50).

Após análise dos dados obtidos, observou-se que existe uma grande parte da amostra que é constituída por mulheres que estão grávidas pela primeira vez, ou, daquelas que já foram mães, que consideraram a sua primeira gravidez. Desta forma, e apesar deste não ser um dos objetivos estipulados a princípio, pensou-se que seria relevante observar quais as diferenças relativas às questões da sexualidade, e mesmo da autoestima, numa primeira gravidez ou numa gravidez posterior. Neste sentido, observou-se que não existem diferenças significativas relativas à primeira gravidez ou posteriores, no que diz respeito às questões da sexualidade, o que demonstra que tanto a transição para a parentalidade como a integração de um novo membro na família, têm relativamente o mesmo impacto no que diz respeito à vivência da sexualidade; o mesmo aconteceu relativamente à autoestima, dado que mostra que, na amostra considerada, o impacto que as mulheres sentem na sua autoestima decorrente das alterações corporais, é semelhante numa primeira gravidez ou em posteriores (*cf.* Anexo VI, Tabela 53). Estes dados corroboram o estudo de Figueiredo e Conde (2015) que, não obstante ter avaliado apenas os aspetos associados à relação conjugal, não revelou também diferenças nos pais de primeira viagem comparativamente com os pais de segunda viagem.

Limitações

Interessa salvaguardar que a leitura e interpretação dos resultados deve ter em conta as limitações presentes nesta investigação, nomeadamente, em primeiro lugar, o facto de se tratar de uma amostra por conveniência. Desta forma, o estudo pode implicar um viés na seleção da população, no sentido de poderem não se encontrar representadas todas as grávidas e mães de bebés até aos dois anos de Portugal.

Ademais, teria sido importante que o estudo permitisse observar de forma mais específica as diferenças relatadas em cada trimestre da gravidez, tanto do ponto de vista físico, como do ponto de vista emocional, assim como a variação do comportamento sexual de trimestre para trimestre, de forma a haver uma compreensão mais adequada do processo da gravidez e a sua influência em cada fase. No entanto, aquando da formulação do estudo e elaboração do questionário, essa não foi considerada uma

variável de extremo interesse, podendo ser apontada como uma das limitações do estudo.

Vale acrescentar que o aspeto principal que está em estudo é a sexualidade, que para além de ser um tema que pode ser ainda considerado tabu e, desta forma, ser respondido com algumas reservas, é também possível que exista um enviesamento pelo facto de serem apenas consideradas as opiniões e sentimentos das mulheres, sendo relevante, no futuro, estudos semelhantes que possam contar com os relatos dos homens, enquanto forma de validação, essencialmente, dos sentimentos das mulheres acerca dos seus companheiros, validando dessa forma os dados obtidos.

Conclusões e Implicações Clínicas

Considerando que a sexualidade é muito vulnerável durante a gravidez, tendo em conta todas as alterações biopsicossociais típicas que caracterizam esta fase e das dificuldades com que muitos casais se deparam, é de extrema importância mais investigação acerca das variações e das necessidades das mulheres e dos seus companheiros, de forma a compreender todos os aspetos relacionados com a sexualidade e formas de a viver e de usufruir da mesma, em integração com a transição para a parentalidade, que só por si, já é uma fase repleta de desafios.

Mais importante ainda, é compreender as dúvidas e receios de cada mulher, sendo em relação ao seu próprio corpo, ao que podem ou devem fazer durante a gravidez do ponto de vista sexual e informar sempre os casais relativamente à complexidade das alterações físicas e emocionais da gravidez e sobre os padrões típicos de sexualidade durante a gravidez e pós-parto, para que estes estejam informados do facto de poderem experimentar um declínio na satisfação sexual, que pode ser restabelecido num período mais ao menos longo após o parto.

Neste sentido, observa-se que a percentagem de mulheres que não obtiveram qualquer tipo de informação relativa ao tema é consideravelmente elevada (14.0%) e que, mesmo nas restantes 86.0% os meios de informação indicados podem, nem sempre, revelar informação fidedigna e adequada. Tendo em conta que o ênfase das consultas pré-natais se prende, maioritariamente, com o acompanhamento da gravidez – e em menor parte com a saúde mental da grávida – seria importante que a sexualidade fosse um tema abordado de forma mais clara e “aberta” nas consultas pré-natais, de

forma a contribuir para uma vida sexual satisfatória e, conseqüentemente, para o bem-estar conjugal.

Em suma, o objetivo principal será sempre que os casais se sintam mais confortáveis durante estes períodos de transição – gravidez e pós-parto. Importa perceber de que forma as mesmas foram informadas sobre todas as suas dúvidas, com vista a corrigir informações que possam ser enganosas ou pouco adequadas ao caso da pessoa, em particular. Do ponto de vista psicológico, importa compreender todos os aspetos emocionais que possam, de certa forma, inquietar as mulheres e os seus companheiros durante uma fase tao delicada, como é a gravidez, e dar-lhes ferramentas para lidarem com todas as emoções caracterizantes dessa fase, conseguindo desta forma, adaptar-se à parentalidade, não perdendo de vista o seu relacionamento, seja do ponto de vista conjugal, amoroso, afetivo ou sexual e contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento do bebé num ambiente saudável e harmonioso.

Bibliografia

- Araújo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. R., & Silva, L. C. F. P. D. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 552-558.
- Aslan, G., Aslan, D., Kızılyar, A., Ispahi, C., & Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International journal of impotence research*, 17(2), 154-157.
- Associação para o Planeamento Familiar, (2019). Disponível em: <http://www.apf.pt/sexualidade>
- Barbosa, B. N., Gondim, A. N. C., Pacheco, J. S., Pitombeira, H. C. S., Gomes, L. F., Vieira, L. F., & Damasceno, A. K. C. (2011). Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3), 464-73.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(2), 186-195.
- Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Herbert, W. N.P., Laube, D. W. & Smith, R. P. (2019). *Obstetrics and Gynecology* (eighth edition). Wolters Kluwer.
- Boukobza, C. (2002). O desamparo parental perante a chegada do bebê. *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. Casa do Psicólogo, 15-25.
- Byrd, J. E., Shibley Hyde, J., DeLamater, J. D., & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 47, 305-308.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2ª ed.) Quarteto editora.
- Carteiro, D., & Marques, A. M. (2010). Os homens e a gravidez. *Cadernos de sexologia*.
- Carteiro, D., & Marques, A. M. (2013). A gravidez e o seu impacto na sexualidade dos futuros pais. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 3, 46-55.
- Coelho, M. J. F. (2016). *O enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez*. (Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Davidson, J., Darling, C., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behaviour and sexual satisfaction revisited. *The Journal of Sex Research*, 32(3), 235-243.
- DeLamater, J. (1991). *Emotions and sexuality*. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). Lawrence Erlbaum Associates.

- Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Disponível em: www.dgs.pt
- Espírito Santo, H., & Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações [Calculating and reporting effect sizes on scientific papers (2): Guide to report the strength of relationships]. *Portuguese Journal of Behavioral and Social Research*, 3(1), 53-64.
- Felice, E. M. (2007). Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe. *Psychê*, 11(21), 145-159
- Ferreira, M. I. M. (2019). *Imagem corporal e sexualidade na gravidez* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora).
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2015). First-and second-time parents’ couple relationship: from pregnancy to second year postpartum. *Family Science*, 6(1), 346-355.
- Fok, W.Y., Chan, L.Y., & Yuen, P.M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 84(10): p. 934-8.
- Gonçalves, R. L., David Bezerra, J. M., Cavalcanti Costa, G. M., De Matos Celino, S. D., Dos Santos, S. M. P., & Azevedo, E. B. (2013). A vivência da sexualidade na perspectiva de mulheres no período gestacional. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(1).
- Hite, S., & César, A. C. (1976). *O relatório Hite: um profundo estudo sobre a sexualidade feminina*.
- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *The journal of sexual medicine*, 8(5), 1267-1284.
- Junqueira, M. H. C. A. (2008). *Discursos femininos sobre a sexualidade durante a gravidez: um estudo na Maternidade Dr. Alfredo da Costa* (Tese de Doutorado).
- Junqueira, M. H. & Quintas, P. (2019, julho 30). A mulher grávida e a sua sexualidade [Site] Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/mulher-gravida-e-sua-sexualidade>
- Magagnin, C., Körbes, J. M., Hernandez, J. A. E., Cafruni, S., Rodrigues, M. T., & Zarpelon, M. (2003). Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia*, (17-18), 41-52.
- Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da gravidez*. Editora Jaguatirica Digital.
- Martins, S., Gouveia, R., Correia, S., Nascimento, C., Rocha, E., Figueira, J., ... & Silva, L. J. (2007). Sexualidade na gravidez: Influência no bebé? Mitos, atitudes e informação das mães. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(4), 369-78.

- Medeiros, M. S., da Costa, V. B., & dos Santos, T. M. M. G. (2013). Sexualidade na gravidez: vivências de gestantes. *Revista Interdisciplinar*, 6(4), 34-43.
- Nunes, C. A. (2003). *Desvendando a sexualidade*. Papirus Editora.
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 136-142.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). *Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais*. *Análise psicológica*, 27(1), 99-108.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13(1), 63-72.
- Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Guanabara Koogan.
- Queirós, A., Conde, P., Cunha, V., Ambrósio, P., Marques, F. J., & Serrano, F. (2011). Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(5), 434-443.
- Rabaça, A. M., (1995). *A experiência do parto* (S. Kitzinger, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1984)
- Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Pregazzi, R., Grimaldi, E., & Guaschino, S. (2004). The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 669-673.
- Serra, M. A. P. (2014). Sexualidade do “casal grávido” no terceiro trimestre da gravidez: experiências e ajustamentos. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra).
- Serrano, F. (2005). Gravidez, parto e disfunção sexual. *Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, 27-31..
- Silva, L. J., & Silva, L. R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery*, 13(2), 393-401.
- Streefkerk, R. (2019). APA Manual 7th edition: The most notable changes. Disponível em: <https://www.scribbr.com/apa-style/apa-seventh-edition-changes>
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(5), 881-890.
- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3): 253-64.

- Silva, F. B., Souza, L., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 15(1), 19-34.
- Sydow, V. K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49
- Tereso, A. F. B. (2013). *Sexualidade na gravidez: mitos e realidade* (Tese de Doutorado: Universidade de Coimbra).
- Veríssimo, C. M. D. A. (2011). *Funcionamento sexual feminino e exposição corporal na gravidez de termo* (Tese de Doutorado).
- W.H.O (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*, W.H.O. Technical Report Series, 572, Geneva: World Health Organization, pp.5 e ss..
- W.H.O (2002). *Department of Reproductive Health and Research. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/
- W.H.O (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 16.

Anexos

Anexo I: Introdução ao Questionário

Anexo II: Indicações e consentimento informado – versão para grávidas

Anexo III: Indicações e consentimento informado – versão para mães

Anexo IV: Questionário Sociodemográfico

Anexo V: Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para grávidas

Anexo V: Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para mães

Anexo VI: Análise descritiva de algumas variáveis do protocolo de investigação

Anexo VII: Análise inferencial de algumas variáveis do protocolo de investigação

Anexo I: Introdução ao Questionário

A sexualidade na gravidez talvez não tenha merecido a atenção devida dos clínicos e dos investigadores. Até porque a sexualidade – nomeadamente, após a gravidez – traz alterações significativas à relação de casal. Pela forma desencontrada como ela parece passar a ser vivida. Pelo modo como parece trazer sinais e formas de comunicar tão diferentes aos membros de um casal que parece existir um formato de sexualidade antes da gravidez e um outro depois dela.

Em função disso, o presente estudo é realizado por Joana Gonçalves Vieira, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

O objetivo deste estudo é avaliar o comportamento sexual dos casais heterossexuais durante a gravidez e pretende-se que respondam ao presente questionário mulheres que tenham sido mães, no máximo, há dois anos ou que estejam, atualmente, grávidas.

O questionário demora cerca de 15 minutos e conta com uma versão para as mulheres que ainda estão grávidas e outra versão para as mulheres que já tiveram o bebé.

- Se ainda está grávida, por favor, responda ao seguinte questionário: <https://forms.gle/KvNV5mJX4Md9dSYs5>

- Se já teve o bebé, por favor, responda ao seguinte questionário: <https://forms.gle/AKGd6dwhgZ6yDRTu8>

Desde já agradeço a participação!

Anexo II: Indicações e consentimento informado – versão para grávidas

A presente versão do questionário é direcionada para as mulheres que estão grávidas no presente momento. Agradecemos se o questionário fosse respondido tendo em conta a gravidez atual.

Toda a informação obtida nesta investigação será estritamente confidencial e a identidade dos participantes não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação, sem autorização prévia, por escrito, da participante.

Obrigada pela sua participação!

Compreendi as informações fornecidas acima e aceito participar no estudo

Sim

Não

Anexo III: Indicações e consentimento informado – versão para mães

A presente versão do questionário é direcionada às mulheres que já foram mães (no máximo há dois anos). Caso tenha tido mais do que uma gravidez, agradeceríamos se o questionário fosse respondido avaliando sempre uma única e a mesma gravidez.

Toda a informação obtida nesta investigação será estritamente confidencial e a identidade dos participantes não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação, sem autorização prévia, por escrito, da participante.

Obrigada pela sua participação!

Compreendi as informações fornecidas acima e aceito participar no estudo

Sim

Não

Anexo IV: Questionário Sociodemográfico**Idade** _____**Estado civil**

- Solteira
- Casada
- União de facto
- Outra opção: _____

Escolaridade

- Inferior ao 9º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento

Área Profissional

- Atividades relacionadas com a cultura
- Atividades relacionadas com o desporto
- Atividades relacionadas com o ambiente, recursos naturais e gestão do território
- Atividades relacionadas com a saúde
- Atividades relacionadas com a agricultura, pecuária e pesca
- Atividades relacionadas com a indústria, comércio e serviços
- Atividades relacionadas com a comunicação
- Atividades relacionadas com a educação
- Atividades relacionadas com a proteção do consumidor e justiça
- Atividades relacionadas com a cidadania, família, integração e proteção social
- Atividades relacionadas com a administração pública
- Outra opção: _____

Anexo V: Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para grávidas

1. Quantas vezes esteve grávida? ____

2. Quantos filhos tem? ____

3. A presente gravidez é a sua...
 - 1ª gravidez
 - 2ª gravidez
 - 3ª gravidez
 - 4ª gravidez
 - 5ª gravidez

4. De quanto tempo está grávida? (semanas) _____

5. A sua gravidez foi...
 - Planeada
 - Não planeada, mas aceite por ambos os pais
 - Não planeada, e não aceite por um dos pais
 - Não planeada, e não aceite por ambos os pais

8. A partir do momento em que soube que estava grávida, a sua relação com a sexualidade...
 - Permaneceu idêntica
 - Alterou-se

9. Se se alterou: Considerando o estado da sua gravidez, a partir de que momento começou a sentir alterações na sua vida sexual?
 - Antes do meio da gravidez
 - No meio da gravidez
 - Na última metade da gravidez

10. O seu obstetra informou-a sobre as questões de natureza sexual durante a gravidez?

Sim

Não

11. Se sim: Que informações lhe deu o seu obstetra?

Disse-me que podia continuar a ter a mesma frequência de relações sexuais.

Disse-me que devia diminuir a frequência de relações sexuais.

Disse-me que devia parar de ter relações sexuais.

Outra opção: _____

12. Se não: Obteve informações sobre a sexualidade na gravidez de outra forma?

Sim

Não

13. Se sim: Onde obteve essa informação? _____

14. Que tipo de informações obteve?

Que podia continuar a ter a mesma frequência de relações sexuais.

Que devia diminuir a frequência de relações sexuais.

Que devia parar de ter relações sexuais.

Outra opção: _____

15. Desde que soube que estava grávida, quantas relações sexuais teve em média por mês?

0 a 5

5 a 10

10 a 20

Mais de 20

16. Avalie de 1 a 5 a seguinte afirmação: “*Considerando o último ano antes da gravidez, sinto que a minha vida sexual foi...*”

- 1 - Nada satisfatória
- 2 – Moderadamente insatisfatória
- 3 – Satisfatória
- 4 – Moderadamente satisfatória
- 5 – Muito satisfatória

17. Avalie de 1 a 5 a seguinte afirmação: “*Considerando o momento atual, sinto que a minha vida sexual é...*”

- 1 - Nada satisfatória
- 2 – Moderadamente insatisfatória
- 3 – Satisfatória
- 4 – Moderadamente satisfatória
- 5 – Muito satisfatória

Relativamente à sua percepção da sexualidade durante a gravidez, avalie de 1 a 5 as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 corresponde a “não me identifico nada” e 5 corresponde a “identifico-me totalmente”:

| | 1 Não me identifico nada | 2 Não me Identifico | 3 Identifico- me moderadamente | 4 Identifico- me | 5 Identifico- me totalmente |
|--|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 18. A partir do momento em que soube que estava grávida, deixei de ter interesse sexual pelo meu companheiro. | | | | | |
| 19. Sinto que a minha vida pessoal me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa. | | | | | |
| 20. Sinto que a minha vida profissional me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa. | | | | | |
| 21. Sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima. | | | | | |
| 22. Durante a minha gravidez sinto-me menos atraente. | | | | | |
| 23. Durante a minha gravidez sinto-me mais bonita. | | | | | |

24. Qual a parte do corpo que sentiu mais afetada durante a gravidez?

Relativamente à relação com o seu companheiro durante a gravidez e ao apoio que sente por parte dele, avalie de 1 a 5 as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 corresponde a “não me identifico nada” e 5 corresponde a “identifico-me totalmente”:

| | 1 Não me identifico nada | 2 Não me Identifico | 3 Identifico- me moderadamente | 4 Identifico- me | 5 Identifico- me totalmente |
|--|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 25. O pai do bebé está presente em todos os momentos da gravidez. | | | | | |
| 26. O pai do bebé está presente nas consultas da gravidez. | | | | | |
| 27. Sinto que tem mais cuidados comigo. | | | | | |
| 28. Sinto-me sozinha na gravidez. | | | | | |
| 29. O pai do bebé passou a dormir várias vezes noutra quarto. | | | | | |
| 30. O pai do bebé só vem ao quarto onde eu durmo para ter relações sexuais. | | | | | |
| 31. O apoio que sinto por parte do meu companheiro tem repercussão na sexualidade. | | | | | |
| 32. Sinto-me objeto de desejo | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| pelo meu companheiro. | | | | | |
| 33. Sinto que a minha experiência orgástica difere da do meu companheiro. | | | | | |
| 34. Sinto que a minha experiência orgástica não coincide com a minha experiência amorosa. | | | | | |

Muito obrigada pela sua participação!

Gostaria de receber um relatório com os resultados deste estudo?

Sim – email: _____

Não

Anexo VI: Questionário sobre a sexualidade na gravidez - versão para mães

1. Quantas vezes esteve grávida? _____

2. Quantos filhos tem? _____

3. A gravidez à qual se refere no presente questionário, foi a sua...
 - 1ª gravidez
 - 2ª gravidez
 - 3ª gravidez
 - 4ª gravidez
 - 5ª gravidez

5. Que idade tem o bebé?
 - Menos de 6 meses
 - Entre 6 meses e 1 ano
 - Entre 1 ano e 1 ano e meio
 - Entre 1 ano e meio e 2 anos

6. A sua gravidez foi...
 - Planeada
 - Não planeada, mas aceite por ambos os pais
 - Não planeada, e não aceite por um dos pais
 - Não planeada, e não aceite por ambos os pais

7. A partir do momento em que soube que estava grávida, a sua relação com a sexualidade...
 - Permaneceu idêntica
 - Alterou-se

8. Se se alterou: A partir de que momento começou a sentir alterações na sua vida sexual?

- Antes do meio da gravidez
- No meio da gravidez
- Na última metade da gravidez

9. O seu obstetra informou-a sobre as questões de natureza sexual durante a gravidez?

- Sim
- Não

10. Se sim: Que informações lhe deu o seu obstetra?

- Disse-me que podia continuar a ter a mesma frequência de relações sexuais.
- Disse-me que devia diminuir a frequência de relações sexuais.
- Disse-me que devia parar de ter relações sexuais.
- Outra opção: _____

11. Se sim: Que informações lhe deu o seu obstetra?

- Disse-me que podia continuar a ter a mesma frequência de relações sexuais.
- Disse-me que devia diminuir a frequência de relações sexuais.
- Disse-me que devia parar de ter relações sexuais.
- Outra opção: _____

12. Se não: Obteve informações sobre a sexualidade na gravidez de outra forma?

- Sim
- Não

13. Se sim: Onde obteve essa informação? _____

14. Que tipo de informações obteve?

- Que podia continuar a ter a mesma frequência de relações sexuais.
- Que devia diminuir a frequência de relações sexuais.

- Que devia parar de ter relações sexuais.
- Outra opção: _____

15. Durante o tempo em que esteve grávida, quantas relações sexuais teve em média por mês?

- 0 a 5
- 5 a 10
- 10 a 20
- Mais de 20

16. Avalie de 1 a 5 a seguinte afirmação: “*Considerando o momento antes de estar grávida, sentia que a minha vida sexual era...*”

- 1 - Nada satisfatória
- 2 – Moderadamente insatisfatória
- 3 – Satisfatória
- 4 – Moderadamente satisfatória
- 5 – Muito satisfatória

17. Avalie de 1 a 5 a seguinte afirmação: “*Considerando o momento em que estive grávida, sentia que a minha vida sexual era...*”

- 1 - Nada satisfatória
- 2 – Moderadamente insatisfatória
- 3 – Satisfatória
- 4 – Moderadamente satisfatória
- 5 – Muito satisfatória

18. Avalie de 1 a 5 a seguinte afirmação: “*Considerando o momento após a minha gravidez, sinto que a minha vida sexual é...*”

- 1 - Nada satisfatória
- 2 – Moderadamente insatisfatória
- 3 – Satisfatória

4 – Moderadamente satisfatória

5 – Muito satisfatória

Relativamente à sua percepção da sexualidade e do seu corpo durante a gravidez, avalie de 1 a 5 as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 corresponde a “não me identifiquei nada” e 5 corresponde a “identifiquei-me totalmente”:

| | 1 Não me identifiquei nada | 2 Não me Identifiquei | 3 Identifiquei- me moderadamente | 4 Identifiquei- me | 5 Identifiquei- me totalmente |
|--|--|--------------------------------|---|--------------------------|--|
| 19. A partir do momento em que soube que estava grávida, deixei de ter interesse sexual pelo meu companheiro. | | | | | |
| 20. Sinto que a minha vida pessoal me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa. | | | | | |
| 21. Sinto que a minha vida profissional me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa. | | | | | |
| 22. Sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima. | | | | | |
| 23. Durante a minha gravidez senti-me menos atraente. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 24. Durante a minha gravidez senti-me mais bonita. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

25. Qual a parte do corpo que sentiu mais afetada durante a gravidez?

26. Tipo de Parto

- Parto normal
- Cesariana

Avalie de 1 a 5 as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 corresponde a “não me identifico nada” e 5 corresponde a “identifico-me totalmente”:

27. Se teve parto por cesariana: **“A cicatriz que fiquei da cesariana, afeta a minha autoestima.”**

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|
| 1 Não me identifico nada | 2 Não me Identifico | 3 Identifico-me moderadamente | 4 Identifico-me | 5 Identifico-me totalmente |
|------------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|

28. Se teve parto normal: **“Sinto que as cicatrizes provenientes do parto influenciaram o prazer que sinto durante a relação sexual.”**

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|
| 1 Não me identifico nada | 2 Não me Identifico | 3 Identifico-me moderadamente | 4 Identifico-me | 5 Identifico-me totalmente |
|------------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|

Relativamente à relação com o seu companheiro durante a gravidez e ao apoio que sentiu por parte dele, avalie de 1 a 5 as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 corresponde a “não me identifico nada” e 5 corresponde a “identifico-me totalmente”:

| | 1 Não me identifico nada | 2 Não me Identifico | 3 Identifico- me moderadamente | 4 Identifico- me | 5 Identifico- me totalmente |
|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 29. O pai do bebé esteve presente em todos os momentos da gravidez. | | | | | |
| 30. O pai do bebé esteve presente nas consultas da gravidez. | | | | | |
| 31. Senti que teve mais cuidados comigo. | | | | | |
| 32. Senti-me sozinha na gravidez. | | | | | |
| 33. O pai do bebé passou a dormir várias vezes noutra quarto. | | | | | |
| 34. O pai do bebé só vinha ao quarto onde eu durmo para ter relações sexuais. | | | | | |
| 35. O apoio que senti por parte do meu companheiro teve repercussão na nossa sexualidade. | | | | | |
| 36. Senti-me objeto de desejo pelo meu companheiro. | | | | | |
| 37. Sinto que a minha experiência | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| orgástica difere da do meu companheiro. | | | | | |
| 38. Sinto que a minha experiência orgástica não coincide com a minha experiência amorosa. | | | | | |

Tendo em conta a sua experiência após o parto, avalie de 1 a 5 as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 corresponde a “não me identifico nada” e 5 corresponde a “identifico-me totalmente”.

| | 1 Não me identifico nada | 2 Não me Identifico | 3 Identifico- me moderadamente | 4 Identifico- me | 5 Identifico- me totalmente |
|--|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 39. Senti que a existência de um bebé influenciou o interesse do meu companheiro por mim. | | | | | |
| 40. O bebé ocupa tanto espaço e exige tanto de mim, que me sinto constantemente exausta. | | | | | |
| 41. Namorar foi uma coisa que deixou de existir desde que o bebé nasceu. | | | | | |
| 42. Desde que o bebé nasceu, não me lembro da última vez que fui tomar café com o meu companheiro. | | | | | |
| 43. Depois de eu ter sido mãe, o pai do bebé deixou de ser a minha prioridade. | | | | | |
| 44. O meu filho “exige” que eu o adormeça todas as noites. | | | | | |
| 45. Os cuidados que o meu companheiro tinha comigo durante a gravidez, | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| continuaram depois do parto. | | | | | |
| 46. O meu companheiro também se levanta de noite quando o bebé chora. | | | | | |
| 47. O meu companheiro divide comigo as tarefas de cuidar do bebé. | | | | | |
| 48. Desde que o bebé nasceu eu deixei de ser a prioridade do meu companheiro. | | | | | |
| 49. Senti-me sozinha no parto. | | | | | |
| 50. Depois do parto experimentei dor na relação sexual. | | | | | |
| 51. Sinto que as cicatrizes provenientes do parto influenciaram o prazer que sinto durante a relação sexual. | | | | | |

52. A partir de quando é que sentiu que o seu companheiro voltou a sentir interesse por si?

- Sinto que nunca perdeu o interesse
- Logo após o parto
- Passado um mês do parto
- Passado mais de dois meses do parto
- Outra opção: _____

53. Onde dorme o bebé?

- No seu próprio quarto
- No nosso quarto, no berço
- Na nossa cama, comigo e com o meu companheiro
- Na nossa cama, apenas comigo ou apenas com o meu companheiro

Se o bebé dorme no quarto dos pais...

54. De que forma é que a presença do bebé influencia a possibilidade de ter relações sexuais com o seu parceiro?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 Não influencia nada | 2 Não influencia muito | 3 Influencia moderadamente | 4 Influencia bastante | 5 Influencia totalmente |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|

55. De que forma é que a presença do bebé influencia a qualidade das relações sexuais?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 Não influencia nada | 2 Não influencia muito | 3 Influencia moderadamente | 4 Influencia bastante | 5 Influencia totalmente |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|

Se o bebé dorme no seu próprio quarto...

56. Até que idade dormiu no vosso quarto?

- Até aos três meses
- Até aos seis meses
- Até ao um ano
- Mais do que um ano
- Outra opção: _____

57. Tem intercomunicador no quarto do bebé?

- Sim
- Não

58. *Se sim*: Até que ponto considera que o intercomunicador influencia a possibilidade de ter relações sexuais com o seu parceiro?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 Não influencia nada | 2 Não influencia muito | 3 Influencia moderadamente | 4 Influencia bastante | 5 Influencia totalmente |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|

59. Até que ponto considera que o intercomunicador influencia a qualidade das relações sexuais?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 Não influencia nada | 2 Não influencia muito | 3 Influencia moderadamente | 4 Influencia bastante | 5 Influencia totalmente |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|

Muito obrigada pela sua participação!

Gostaria de receber um relatório com os resultados deste estudo?

Sim – email: _____

Não

Anexo VI: Análise descritiva de algumas variáveis do protocolo de investigação

Tabela 32. *Número de filhos*

| | Frequência | Percentagem |
|-------|------------|-------------|
| 0 | 20 | 6,0 |
| 1 | 219 | 65,2 |
| 2 | 79 | 23,5 |
| 3 | 16 | 4,8 |
| 5 | 1 | ,3 |
| 6 | 1 | ,3 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 33. *Parte do corpo que sentiu mais alterações*

| | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|-------------|
| Barriga | 134 | 39,9 |
| Pernas | 39 | 11,6 |
| Mamas | 44 | 13,1 |
| Anca | 10 | 3,0 |
| Costas | 9 | 2,7 |
| Braços | 1 | ,3 |
| Pés | 9 | 2,7 |
| Mãos | 1 | 0,3 |
| Cara (acne) | 4 | 1,2 |
| Vagina | 2 | 0,6 |
| Barriga e pernas | 10 | 3,0 |
| Barriga e peito | 7 | 2,1 |
| Pernas e braços | 2 | 0,6 |
| Pernas e pés | 1 | 0,3 |
| Barriga e costas | 1 | 0,3 |
| Ombros | 1 | 0,3 |

| | | |
|------------------------------|------------|------------|
| Pernas e anca | 2 | 0,6 |
| Pernas, barriga e costas | 1 | 0,3 |
| Vagina e pernas | 1 | 0,3 |
| Mamas e celulite nas nádegas | 1 | 0,3 |
| Anca e mamas | 2 | 0,6 |
| Barriga e anca | 1 | 0,3 |
| Bexiga | 1 | 0,3 |
| Falta de flexibilidade | 1 | 0,3 |
| Estômago (azia) | 1 | 0,3 |
| Rins | 1 | 0,3 |
| Costas e pernas | 1 | 0,3 |
| Mamas, barriga e pernas | 1 | 0,3 |
| Mamas e vagina | 1 | 0,3 |
| Ancas e rosto | 1 | 0,3 |
| Nenhuma | 33 | 9,8 |
| O corpo todo | 12 | 3,6 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 34. *Satisfação com a vida sexual antes, durante e após a gravidez*

| | Satisfação com a vida sexual antes da gravidez | Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | Satisfação com a vida sexual após a gravidez |
|---------------|--|---|--|
| N | 336 | 336 | 286 |
| Média | 4,13 | 3,27 | 3,00 |
| Mediana | 4,0 | 3,0 | 3,0 |
| Moda | 5 | 3 | 3 |
| Desvio Padrão | ,954 | 1,172 | 1,306 |

Tabela 35. “Sentia-me/sinto-me objeto de desejo pelo meu companheiro”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 201 | 59,8 |
| Não me identifico | 24 | 7,1 |
| Identifico-me totalmente | 51 | 15,2 |
| Identifico-me | 22 | 6,5 |
| Identifico-me totalmente | 37 | 11,0 |
| Ausente | 1 | 0,3 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 36. “Sinto que a minha vida pessoal me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 109 | 32,4 |
| Não me identifico | 67 | 19,9 |
| Identifico-me totalmente | 75 | 22,2 |
| Identifico-me | 42 | 12,5 |
| Identifico-me totalmente | 43 | 12,8 |
| Total | 336 | 99,4 |

Tabela 37. “Sinto que a minha vida profissional me consome tanta energia, que não tenho disponibilidade para manter uma vida sexual ativa”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 146 | 43,5 |
| Não me identifico | 70 | 20,8 |
| Identifico-me totalmente | 71 | 21,1 |
| Identifico-me | 31 | 9,2 |
| Identifico-me totalmente | 18 | 5,4 |
| Total | 334 | 99,4 |

Tabela 38. “*Senti/sinto que teve mais cuidados comigo*”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 13 | 3,9 |
| Não me identifico | 21 | 6,3 |
| Identifico-me totalmente | 67 | 19,9 |
| Identifico-me | 65 | 19,3 |
| Identifico-me totalmente | 168 | 50,0 |
| Total | 334 | 99,4 |

Tabela 39. “*Senti-me/sinto-me sozinha na gravidez*”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 236 | 70,2 |
| Não me identifico | 45 | 13,4 |
| Identifico-me totalmente | 33 | 9,8 |
| Identifico-me | 11 | 3,3 |
| Identifico-me totalmente | 11 | 3,3 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 40. “*O apoio que senti/sinto por parte do meu companheiro teve repercussão na nossa sexualidade*”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 142 | 42,3 |
| Não me identifico | 35 | 10,4 |
| Identifico-me totalmente | 60 | 17,9 |
| Identifico-me | 29 | 8,6 |
| Identifico-me totalmente | 70 | 20,8 |
| Total | 336 | 100 |

Tabela 41. “Os cuidados que o meu companheiro tinha comigo durante a gravidez, continuam depois do parto”

| | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 40 | 14,0 |
| Não me identifico | 35 | 12,2 |
| Identifico-me totalmente | 53 | 18,5 |
| Identifico-me | 34 | 11,9 |
| Identifico-me totalmente | 124 | 43,4 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 42. “O meu companheiro também se levanta de noite quando o bebé chora”

| | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 74 | 25,9 |
| Não me identifico | 44 | 15,4 |
| Identifico-me totalmente | 50 | 17,5 |
| Identifico-me | 36 | 12,6 |
| Identifico-me totalmente | 82 | 28,7 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 43. “O meu companheiro divide comigo as tarefas de cuidar do bebé”

| | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 36 | 12,6 |
| Não me identifico | 34 | 11,9 |
| Identifico-me totalmente | 68 | 23,8 |
| Identifico-me | 52 | 18,2 |
| Identifico-me totalmente | 96 | 33,6 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 44. *Influência das cicatrizes do parto normal no prazer durante a relação sexual*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 105 | 53,3 |
| Não me identifico | 29 | 14,7 |
| Identifico-me totalmente | 31 | 15,7 |
| Identifico-me | 8 | 4,1 |
| Identifico-me totalmente | 24 | 12,2 |
| Total | 179 | 100 |

Tabela 45. *Influência da cicatriz da cesariana na autoestima*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não me identifico nada | 54 | 60,7 |
| Não me identifico | 13 | 14,6 |
| Identifico-me totalmente | 10 | 11,2 |
| Identifico-me | 4 | 4,5 |
| Identifico-me totalmente | 8 | 9,0 |
| Total | 89 | 100 |

Tabela 46. *A partir de que momento sentiu que o parceiro voltou a sentir interesse*

| | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| Sinto que nunca perdeu o interesse | 212 | 74,1 |
| Logo após o parto | 19 | 6,6 |
| Passado um mês do parto | 23 | 8,0 |
| Passado mais de dois meses do parto | 25 | 8,7 |
| Até agora ainda não senti | 3 | 1,0 |
| Sinto que o interesse nunca mais voltou a ser o mesmo, devido às minhas estrias na barriga | 1 | 0,3 |
| Separámo-nos quando eu estava grávida de 4 meses | 1 | 0,3 |

| | | |
|--|-----|-----|
| Passado mais de 6 meses, devido a complicações de um parto prematuro | 1 | 0,3 |
| Ausente | 1 | 0,3 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 47. *Local onde dorme o bebê*

| | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| No seu próprio quarto | 49 | 17,1 |
| No nosso quarto, no berço | 161 | 56,3 |
| Na nossa cama, comigo ou com o meu companheiro | 57 | 19,9 |
| Na nossa cama, apenas comigo ou apenas com o meu companheiro | 18 | 6,3 |
| Ausente | 1 | 0,3 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 48. *Presença de intercomunicador no quarto do bebê*

| | Frequência | Porcentagem |
|-------|------------|-------------|
| Sim | 30 | 61,2 |
| Não | 19 | 38,8 |
| Total | 49 | 100 |

Tabela 49. *Influência do intercomunicador do quarto do bebê na possibilidade de ter relações sexuais*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não influencia nada | 22 | 73,3 |
| Não influencia muito | 1 | 3,3 |
| Influencia moderadamente | 3 | 10,0 |
| Influencia bastante | 1 | 3,3 |
| Influencia totalmente | 3 | 10,0 |
| Total | 30 | 100 |

Tabela 50. *Influência do intercomunicador no quarto do bebê na qualidade das relações sexuais*

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não influencia nada | 23 | 76,7 |
| Não influencia muito | 2 | 6,7 |
| Influencia moderadamente | 1 | 3,3 |
| Influencia bastante | 1 | 3,3 |
| Influencia totalmente | 3 | 10,0 |
| Total | 30 | 100 |

Tabela 51. “Namorar foi uma coisa que deixou de existir desde que o bebê nasceu”

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não influencia nada | 81 | 28,3 |
| Não influencia muito | 53 | 18,5 |
| Influencia moderadamente | 69 | 24,1 |
| Influencia bastante | 44 | 15,4 |
| Influencia totalmente | 39 | 13,6 |
| Total | 286 | 100 |

Tabela 52. “Desde que o bebé nasceu, não me lembro da última vez que fui tomar café com o meu companheiro”

| | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| Não influencia nada | 119 | 41,6 |
| Não influencia muito | 41 | 14,3 |
| Influencia moderadamente | 39 | 13,6 |
| Influencia bastante | 36 | 12,6 |
| Influencia totalmente | 51 | 17,8 |
| Total | 30 | 100 |

Tabela 53. Comparação da primeira gravidez com gravidezes posteriores

| | Relação com a sexualidade | Satisfação com a sexualidade durante a gravidez | Alterações corporais e autoestima |
|--------------------------|---|---|------------------------------------|
| 1ª Gravidez | Permaneceu idêntica (55,3%) Alterou-se (44,7%) | M = 3,34; DP = 1,178 Mdn = 3,00 | M = 1,91; DP = 1,607 Mdn = 2,00 |
| 2ª, 3ª 4ª ou 5ª Gravidez | Permaneceu idêntica (51,8%) Alterou-se (48,2%) | M = 3,17; DP = 1,158 Mdn = 3,00 | M = 1,77; DP = 1,466 Mdn = 2,00 |

M – Média; DP – Desvio Padrão; Mdn = Mediana

Anexo VII: Análise inferencial de algumas variáveis do protocolo de investigação

Tabela 54. Análise da correlação entre a média de relações sexuais por mês durante a gravidez e a satisfação com a vida sexual (ρ de Spearman)

| | | Média de relações sexuais por mês | Satisfação com a vida sexual durante a gravidez |
|---|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Média de relações sexuais por mês | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,539 |
| | Sig | . | ,000 |
| | N | 336 | 336 |
| Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | Coeficiente de Correlação | ,539 | 1,000 |
| | Sig | ,000 | . |
| | N | 336 | 335 |

Tabela 55. Análise da correlação entre a presença do pai do bebé e a satisfação com a vida sexual (ρ de Spearman)

| | | Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | “O pai do bebé esteve presente em todos os momentos da gravidez” |
|--|---------------------------|---|--|
| Satisfação com a vida sexual durante a gravidez | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,027 |
| | Sig | . | ,622 |
| | N | 336 | 335 |
| “O pai do bebé esteve presente em todos os momentos da gravidez” | Coeficiente de Correlação | ,027 | 1,000 |
| | Sig | ,622 | . |
| | N | 335 | 335 |

Tabela 56. *Análise da correlação entre o apoio e a presença do pai do bebé e a autoestima da mulher (ρ de Spearman)*

| | | <i>“Senti/sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima”</i> | <i>“Senti-me/sinto-me sozinha na gravidez”</i> |
|--|---------------------------|--|--|
| <i>“Senti/sinto que as alterações no meu corpo durante a gravidez afetaram a minha autoestima”</i> | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,173 |
| | Sig | . | ,001 |
| | N | 336 | 336 |
| <i>“Senti-me/sinto-me sozinha na gravidez”</i> | Coeficiente de Correlação | ,173 | 1,000 |
| | Sig | ,001 | . |
| | N | 336 | 335 |