

Função sexual em grávidas e puérperas



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade De Ciências Humanas e Sociais.

2018.

GRISSELL FÁTIMA ABREU RODRIGUES.

Função sexual em grávidas e puérperas.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Alexandra Gomes.



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade De Ciências Humanas e Sociais.

2018.

Copyright

Copyright Grissell Fátima Abreu Rodrigues A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos.

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que estiveram presentes e sempre me apoiaram e incentivaram a concluir esta etapa.

Um grande obrigado a minha *Mãe*, ao meu *Pai*, ao *Meu Filho* e a minha *Avó* materna, por todo o amor, dedicação, paciência e por vocês serem um exemplo de determinação, garra e coragem que pretendo sempre seguir.

Quero também agradecer a Professora Dr^a Alexandra Gomes do Departamento de Psicologia da Universidade do Algarve, que ao longo de todo o percurso académico foi sempre uma figura presente e motivadora para esta etapa, sendo incansável e sempre disponível para todas as dúvidas que foram surgindo, sem ela não teria sido possível concluir esta etapa, um muito obrigado Professora.

Agradeço também a todos aqueles amigos que me foram incentivando e motivando para que conclui-se esta etapa.

.

A todos, o meu enorme obrigado.

Resumo

A função sexual da mulher parece ser afetada por eventos da vida sexual e reprodutiva, como a gravidez e o puerpério, mas também pela qualidade de vida e pela presença de depressão. Foi nosso objetivo estudar a função sexual das grávidas e das puérperas, bem como compreender como a qualidade de vida e a depressão podem gerar disfunção.

Foi conduzido um estudo transversal, descrito-correlacional, com três grupos de mulheres, demograficamente idênticas: um grupo de mulheres não grávidas, um grupo de mulheres grávidas e um grupo de mulheres que se encontravam no puerpério mediato. Foram medidas a função sexual, através do Index de Função Sexual, a qualidade de vida (através do WHOQOL) e a presença de sintomatologia depressiva através Inventário de Depressão de Beck. 81 mulheres preencheram os questionários, sendo que 41 mulheres constituíam a amostra geral; 18 estavam no terceiro trimestre da gravidez, e 22 no puerpério mediato.

Os resultados mostram que o puerpério afeta a função sexual de forma significativa, contudo, contrariamente à literatura, as grávidas não diferem do grupo geral. A qualidade de vida explica a função sexual da mulher e da grávida. A depressão também explica a diminuição de desejo nas mulheres puérperas. Os resultados mostram que é necessário compreender melhor como a função sexual da grávida e da puérpera se altera ao longo do tempo e como melhorar a mesma, a partir da melhoria da qualidade de vida e da prevenção da depressão.

Palavras-chave: sexualidade; função sexual; qualidade de vida; depressão; gravidez; puerpério.

Abstract

The sexual function of the woman seems to be affected by sexual and reproductive life events, such as pregnancy and the puerperium, but also by the quality of life and the presence of depression. It was our goal to study the sexual function of pregnant women and postpartum women, as well as to understand how quality of life and depression can lead to dysfunction.

A cross-sectional, correlational study was conducted with three groups of women, demographically identical: a group of non-pregnant women, a group of pregnant women, and a group of women who were in the mid-term puerperium. Sexual function index, quality of life (through the WHOQOL) and the presence of depressive symptomatology were measured through the Beck Depression Inventory. 81 women completed the questionnaires, of whom 41 were the general sample; 18 were in the third trimester of pregnancy, and 22 were in the midterm.

The results show that the puerperium affects sexual function significantly, however, contrary to the literature, pregnant women do not differ from the general group. Quality of life explains the sexual function of the woman and the pregnant woman. Depression also explains the decrease in desire in postpartum women. The results show that it is necessary to understand better how the sexual function of the pregnant woman and the puerpera changes over time and how to improve it, by improving the quality of life and the prevention of depression.

Keywords: sexuality; sexual function; quality of life; depression; pregnancy; puerperium.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico	4
2.1. A função sexual da mulher	4
2.2. O impacto da gravidez e do puerpério na função sexual	5
2.2.1. A gravidez.....	5
2.2.2. O puerpério	6
2.2.3. Gravidez, puerpério e função sexual	7
3. Problema.....	10
4. Metodologia	13
4.1. Amostra.....	13
4.2. Instrumentos.....	14
4.3. Procedimento	15
5. Análise de resultados.....	16
5.1. Caracterização da amostra	16
5.2. Análise descritiva univariada.....	17
5.3. Correlações entre medidas	20
5.4. Comparação entre grupos	23
5.5. Regressões estatísticas	32
6. Discussão.....	35
7. Conclusão	43
8. Referências bibliográficas	44

Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico de medidas do físico geral por grupo de participantes.....	24
Figura 2. Gráfico de medidas do psicológico geral por grupo de participantes.	24
Figura 3. Gráfico de medidas das relações sociais geral por grupo de participantes.	25
Figura 4. Gráfico de medidas do ambiente por grupo de participantes.	26
Figura 5. Gráfico do BDI geral por grupo de participantes.....	27
Figura 6. Gráfico do desejo por grupo de participantes.	28
Figura 7. Gráfico da ativação sexual por grupo de participantes.	28
Figura 8. Gráfico da lubrificação por grupo de participantes.....	29
Figura 9. Gráfico do orgasmo por grupo de participantes.	30
Figura 10. Gráfico da satisfação por grupo de participantes.	30
Figura 11. Gráfico da dor por grupo de participantes.....	31
Figura 12. Gráfico do IFS-geral por grupo de participantes.....	32

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das variáveis em estudo para a amostra total.	18
Tabela 2. Correlações entre variáveis para a amostra total.	21
Tabela 3. Regressões lineares múltiplas entre o IFS, o BDI e a Qualidade de Vida.....	33

1. Introdução

A maternidade/paternidade é um processo biopsicossocial, para o qual contribuem aspetos transgeracionais e culturais, integrados numa da sociedade (Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008). Para este processo, a gestação ou gravidez é um momento de preparação e construção psicológica quer da mãe quer do pai, que implica, desde logo, modificações na identidade pessoal e que concomitantemente afetam a identidade do casal e a sua vivência emocional e sexual (Silva & Figueiredo, 2005).

Apesar de ser caracterizado, na generalidade, por um momento de felicidade, a gravidez apresenta-se também como um período de crise que envolve mudanças muito profundas a nível somático, endócrino e psicológico, e envolve por isso mesmo reajustamentos e reestruturações a vários níveis. (Rodrigues, 2009).

As alterações decorrentes da gravidez não cessam com o parto, pelo que o puerpério deve ser considerado como uma continuação da situação de transição, implicando novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais/filho, modificações de rotina e a presença de um novo membro no relacionamento familiar. (Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, & Rodrigues, 2013).

Do ponto de vista puramente fisiológico, o puerpério é descrito como o período de tempo que transcorre desde o parto até à 6ª semana (45 dias) após o mesmo o útero retoma o seu volume normal e se inicia a lactação (Rato, 1998). Consiste mais precisamente no período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e pelo parto no organismo da mulher retomam ao seu estado pré-gravídico.

Do ponto de vista psicológico, pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes relacionados com o aleitamento, autoconfiança enquanto mãe, autoimagem, etc, que trazem desconforto psicológico à mulher, particularmente (Strapasson & Nedel, 2010).

Decorrem também alterações dos padrões de atividade sexual, nomeadamente, diminuição do desejo e do prazer sexual e que podem persistir muito depois do término dos cuidados pós-parto convencionais. No pós-parto decorre um período em que é reduzida ou ausente atividade sexual, especialmente em relação ao coito, cujas razões vão desde o cansaço inerente à gravidez e ao próprio parto até a preocupação com as responsabilidades maternas, incluindo o período de tempo necessário para o aparelho genital recuperar-se do parto, particularmente na ocorrência de episiotomia ou laceração. Por outro lado, os baixos níveis de estrogénio tendem a reduzir lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável (Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, Mattos, & Rodrigues, 2013).

Dada a forte componente emocional do processo de gravidez e puerpério, os estudos têm mostrado a importância de compreender adequadamente os processos psicológicos e emocionais a par das alterações físicas experimentadas pela mulher, como forma de estabelecer o papel e a relevância do funcionamento psicológico nas perturbações médicas da gravidez, trabalho de parto, relacionamento mãe-bebé e outras intercorrências características deste período (Justo, Bacelar-Nicolau, & Dias, 1999; Sarmiento & Setúbal, 2003), no que se pode incluir a vivência da sexualidade da mulher e os constrangimentos associados à função sexual da gestante e puérpera (Ferreira et al., 2012; Galazka, Droszol-Cop, Maworska, Czajkowska, & Skrzypulec-Plinta, 2014).

O presente estudo preocupa-se primeiramente em descrever a função sexual da mulher grávida e da mulher puérpera, tendo como base comparativa um grupo de mulheres não grávidas/não puérperas. Procura-se ainda perceber o papel da qualidade de vida e da depressão na função sexual, quer da grávida, quer da puérpera.

Este documento organiza-se, então, da seguinte forma. Em primeiro, serão abordadas as relações teóricas entre as variáveis em estudo, procurando mostrar a pertinência do estudo. Depois, é apresentada a metodologia utilizada, seguida da análise

e respetiva discussão de resultados. Por fim, as conclusões que podemos retirar e sugestões de estudos futuros.

2. Enquadramento teórico

2.1. A função sexual da mulher

A sexualidade é um aspeto determinante da saúde, bem-estar e qualidade de vida individual (OMS,2006), cujo estudo se iniciou de forma mais sistemática com o relatório Kinsey, na década de 50 sobre os hábitos sexuais do povo americano, seguido do famoso modelo da resposta sexual humana de Masters e Johnson.

Contudo, os estudos da sexualidade têm tido um enfoque fisiológico e patológico, preocupando-se com o estudo das disfunções sexuais (Pacagnella, Vieira, Rodrigues, e Souza, 2008), nomeadamente no homem.

A aplicação dos modelos, predominantemente masculinos, à explicação das disfunções sexuais femininas tem-se mostrado pouco eficaz, já que homens e mulheres parecem diferir. As mulheres parecem apresentar uma noção de sexualidade mais maleável, que se modifica ao longo do tempo, fortemente subjetivada às experiências pessoais, às exigências físicas, mentais e emocionais (Peplau, 2003).

Entende-se por função sexual a adequação fisiológica dos campos relacionados com a resposta sexual, i.e., desejo, ativação, lubrificação e orgasmo. A disfunção ocorre quando uma das áreas está comprometida, independentemente da etiologia do comprometimento. Laumann, Paik e Rosen (1999) realizaram um estudo pioneiro na área da disfunção sexual, em que não só classificaram concretamente a disfunção sexual em homens e mulheres, como observaram que as disfunções são mais comuns nas mulheres e estão, de uma forma em geral relacionadas com experiências relacionais negativas e com o bem-estar geral.

A compreensão dos fatores que podem afetar a função sexual feminina está intimamente ligada com a forma como vemos a sexualidade da mulher. Os modelos tradicionais de Masters e Johnson (1970) e posteriormente de Kaplan (1976), tendem a

ver a resposta sexual feminina com uma linearidade inerente nos estádios do desejo, ativação e orgasmo. No entanto, as descrições das mulheres relativamente à sua função sexual não suportam esta visão, por vezes classificada de sexista, da singularidade da expressão sexual feminina (Basson et al, 2003).

A visão não linear da sexualidade, que implica não apenas ativação fisiológica, mas também influências do âmbito psicológico e emocional, condicionam a vivência da sexualidade na sua plenitude. Basson e colaboradores (2003) descrevem mesmo que a vivência da sexualidade é disruptiva, varia ao longo do tempo, depende do ciclo de vida sexual e reprodutivo em que a mulher se encontra e pode ser afetada por eventos reprodutivos normais como o ciclo menstrual, a gravidez, o pós-parto e a menopausa. Como tal, devemos compreender a função sexual da mulher não apenas perante alterações fisiológicas aos mecanismos conducentes da resposta, mas também sobre os eventos de vida que poderão provocar défices na mesma, compreendendo a relação que estabelecem com o seu bem-estar e qualidade de vida.

2.2. O impacto da gravidez e do puerpério na função sexual

2.2.1. *A gravidez*

A gravidez é o período que se estende desde a fecundação e implantação do óvulo fecundado no útero até ao período do nascimento, cumprindo-se cerca de 9 meses gestacionais (ou 40 semanas).

As alterações decorrentes da gravidez apresentam diferenças interindividuais, contudo, poderemos falar de alterações e modificações genéricas, não patológicas, que são comumente experimentadas nos três trimestres em que se pode dividir este período temporal.

De acordo com XXX, o primeiro trimestre de gravidez estende-se até às 12 semanas. Por norma, as mulheres reportam o cansaço fácil, sono intenso (consequência do efeito da progesterona), vômitos e os peitos também sofrem alterações devido a preparação para a fase da amamentação. No final do 1 trimestre, a pressão do útero exercida sobre a bexiga e associada ao efeito diurético da progesterona pode provocar a necessidade de micção frequente.

O 2º trimestre (13 a 27 semanas) os desconfortos descritos são o cansaço fácil, necessidade de dormir maior número de horas, ocorrem problemas dentários que são originados pela diminuição de cálcio, que está dirigido para o crescimento do feto, ocorre também o aumento da transpiração, as glândulas mamárias continuam a aumentar e pode surgir o colostro (primeiro leite materno).

No último trimestre (até à 40ª semana) o abdómen encontra-se volumoso e desencadeia incómodo e dores. É comum existir dificuldade respiratória, azia, e o peso do útero sobre a bexiga pode provocar a vontade frequente de urinar. As dores a nível da coluna são descritas como as queixas mais frequentes.

Para além disso, a grávida apresenta fadiga e incómodo físico, não encontrando posição para dormir o que futuramente é agravado por insónias.

Com o parto finaliza-se o período da gravidez e inicia-se o período pós-natal, denominado de puerpério.

2.2.2. O puerpério

Relativamente ao puerpério, este processo inicia-se imediatamente a seguir ao parto e estende-se, clinicamente, por 6 semanas. Durante esta fase, o corpo está em processo de estabilização, voltando ao que era antes da gravidez. De acordo com Pereira (2013) o puerpério pode ser dividido em três fases:

- O puerpério imediato, dura aproximadamente entre 2 e 4 horas após o parto, com a saída da placenta;
- O puerpério mediato dura até o 10º dia. Nesta fase dá-se a saída dos lóquios, eliminando os resíduos resultados do parto. É igualmente nesta fase que se verifica a involução total do útero e retorno à sua dimensão pélvica normal.
- O puerpério tardio do 10º ao 45º dia. Esta fase é de reajuste à nova dinâmica física e de comprometimento da função reprodutiva.

Poder-se-ia considerar a existência de uma quarta fase, designada de puerpério remoto, que se prolonga do 45º dia até que a mulher consiga retornar a sua função sexual e reprodutiva de forma plena.

Para além das fases normais do puerpério, esta fase ainda pode ser classificada em normal e patológica. O chamado "puerpério normal" é quando a mulher passa por todas as etapas do puerpério conforme previsto, sem complicações ou anomalias físicas e psicológicas. O "puerpério patológico" acontece quando existem complicações ou anomalias no processo da recuperação pós-parto da mulher. As complicações mais comuns são alterações do estado de humor como a síndrome da tristeza materna (*babyblues*) e a depressão pós-parto, entre outras psicopatologias.

2.2.3. Gravidez, puerpério e função sexual

A gravidez, tal como já foi apresentada, parece afetar a sexualidade feminina, logo a partir do momento em que a mulher descobre a sua gravidez. Este facto parece, por si só, diminuir a frequência das relações sexuais (Corbacioglu, Bakir, Akbayir, Goksedef, & Acka, 2012).

Contudo, não parece ser apenas a frequência objetiva das relações sexuais a diminuir. Os estudos com grávidas e/ou casais mostram uma diminuição do desejo e da frequência, à medida que a gravidez evolui (e.g., Bartellas, Crance, Daley, Bennett, &

Hutchens, 2000; Bogrem, 1991), porém não sendo claro que exista em todas as circunstâncias uma diminuição da satisfação sexual (Pauleta, Pereira, & Graça, 2010).

Bartellas, Crane, Daley, Bennett e Hutchens (2000) observavam numa amostra de mulheres grávidas saudáveis que subsistem um conjunto de crenças relativas ao sexo durante a gravidez, como a possibilidade de ferir o bebê ou de romper as membranas que conduzem à diminuição das relações sexuais entre o casal. Notaram também que há uma manifestação hipotativa do desejo sexual, que progride com o avanço da gravidez.

Brtnicka, Weiss e Zverina (2009) realizaram uma revisão sobre a sexualidade durante a gravidez e mostram existir um conjunto de fatores que afetam a função sexual durante este período, relacionados com o cansaço físico, dores, presença de sintomas depressivos, sentimentos negativos ou ambivalentes em relação à gravidez, baixa satisfação com a relação, entre outros. Notam, igualmente, uma diminuição do desejo, da ativação sexual, e dos orgasmos.

O estudo de Prado, Lima, Manoella e Lima (2013) que pretendia medir o impacto da gravidez na função sexual, comparou grávidas e não grávidas, verificando que as grávidas apresentavam disfunção sexual no Índice de Função Sexual a nível do desejo, da excitação, da lubrificação, do orgasmo e da satisfação, só não verificando diferença a nível da dor.

Mais recentemente, Pereira, Belém, Alves, Maia, Firmino e Quirino (2018) publicaram uma revisão sistemática sobre a sexualidade durante a gravidez, observando que ao longo dos estudos processados, o desejo é o domínio da função sexual que aparece mais comprometido. Relativamente à excitação, parece existir uma redução significativa no terceiro trimestre. A frequência dos orgasmos parece diminuir ao longo da gravidez, mas apresenta também maior incidência no terceiro trimestre. Dos muitos fatores correlacionados com a ocorrência destas alterações à função sexual, podemos destacar o

mal-estar físico resultante da gravidez, problemas relacionais ou de suporte social, aspetos psicológicos como autoestima e autoimagem.

Erbil (2018) num estudo com 125 grávidas de baixo risco, no terceiro trimestre de gravidez classifica o grau de disfunção sexual em 92%, em todos os domínios da função sexual, nomeadamente, desejo sexual, ativação sexual, lubrificação, orgasmo, dor e satisfação sexual.

Relativamente ao puerpério, o estudo de Brtnicka, Weiss e Zverina (2009) refere que apenas 12 a 14% dos casais assume não ter problemas na função sexual. O principal fator de risco para a disfunção sexual parece ser os danos causados pelo parto. Contudo, a amamentação parece prejudicar o retorno à sexualidade, já que parece estar correlacionada com falta de desejo e menor satisfação sexual.

Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, Mattos e Rodrigues (2013) verificam que parte das dificuldades em voltar à atividade sexual está relacionada com o medo da dor, alterações na libido e vergonha do próprio corpo. O receio de uma nova gravidez também aparece estar envolvido no processo.

McBride e Kwee (2017), no seu estudo de revisão sobre a função sexual no período do pós-parto referem que os problemas e disfunção sexual persistem além do primeiro ano após o nascimento do filho. Os fatores que condicionam o comportamento sexual após o parto são variados e de várias índoles: método de nascimento e dor associada, que poderá causar trauma e medo da dor durante a relação sexual; o impacto das alterações hormonais e da amamentação na diminuição do desejo e da ativação sexual; a vulnerabilidade psicológica, alterações de humor, e a presença de stress subclínico, com 15 a 30% das mulheres a pontuar em critérios de depressão, ansiedade, stress pós-traumático e distúrbios de alimentação; adaptação ao papel de mãe; modificações no relacionamento romântico; dificuldade em estabelecer relações sociais satisfatórias ou

falta de tempo para outros indivíduos significativos; problemas com a autoestima e autoimagem. As autoras defendem que estas dificuldades afetam, não apenas, o retorno à vida sexual, como também as disfunções verificadas no primeiro ano após o parto.

3. Problema

Da leitura anterior, observamos que as mulheres grávidas e puérperas apresentam, por inerência à sua condição de vida, natural no ciclo reprodutivo e sexual, alterações na sua função sexual. Essas alterações estendem-se ao domínio do físico, do mental, das relações sociais e do próprio ambiente. Além do mais, parece existir uma tendência, mais marcada para as puérperas para a apresentação de sintomas de depressão, que também parecem implicar na vivência sexual da mulher.

As condições que observamos aproximam-se, consideravelmente, do conceito de qualidade de vida. A noção de qualidade de vida, geral, foi fortemente influenciada pelos estudos realizados pelo grupo de trabalho da OMS, que definiu a mesma como a *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p.28). A vivência da sexualidade implica, tal como visto, não apenas o funcionamento adequado das estruturas físicas, mas também dos outros campos da vida do sujeito. Por exemplo, o estudo de Lewis et al. (2004) descreve que tanto a função sexual do homem como da mulher são afetados pelo estado geral de saúde e de doença, doenças do foro mental e condições sociodemográficas.

Como tal, a qualidade de vida parece estar relacionada com uma função sexual adequada (Symonds, Boolell, & Quirck, 2005); porém muitos estudos enfocam nos aspetos da dinâmica saúde-qualidade de vida, como modelo de análise. Neste campo, vários estudos ligam a qualidade de vida a condições crónicas ou agudas de doença física,

responsáveis por si só pela disfunção sexual como são exemplo o cancro ou a incontinência (e.g. Reese, Handorf, Haythornthwaite, 2018).

Symonds, Boolell e Quirck (2005) defendem a necessidade de abordar a qualidade de vida de forma mais lata e compreender a sua relação com a função sexual, particularmente no campo da mulher. Yeniel e Petri (2013), mais recentemente, observaram a necessidade de se analisar a qualidade de vida das grávidas e puérperas, já que poderá ser um aspeto explicativo das alterações na função sexual.

Contudo, no campo do domínio do impacto das variáveis psicológicas, a presença de sintomatologia depressiva parece ser uma variável recorrente na associação com a função sexual da mulher.

Numa forma global, a depressão e disfunção sexual têm sido associadas, nomeadamente na diminuição do desejo (e.g. Phillips & Slaughter, 2000), dificuldades de ativação sexual (e.g. Frohlich & Meston, 2002), dificuldades orgásmicas (e.g. Frohlich & Meston, 2002), reduzida satisfação sexual (e.g. Davison, Bell, LaChina, Holden, & Davis, 2009), notando-se inclusive um aumento da disfunção com o aumento da severidade da depressão (Fabre & Smith, 2012).

Quer a gravidez, quer o puerpério parecem também ter correlatos com a depressão.

De acordo com Evans, Heron, Francomb, Oke e Golding (2001), a prevalência da depressão é maior durante os anos de gravidez do que nos restantes períodos de vida da mulher. O’Kean e Marsh (2007) revêm os motivos quais esta relação é mais estreita durante a gravidez. Para os autores, a gravidez reveste-se de uma elevada importância, tanto do ponto de vista fisiológico como psicológico o que a classifica de evento stressor. Além do mais, a própria gravidez interfere, por meio dos mecanismos hormonais, nos estados de humor da mulher, o que poderá conduzir a uma maior vulnerabilidade à depressão.

O puerpério apresenta, ainda, riscos acrescidos pelo mesmo motivo (Iaconelli, 2005). O ajustamento psicológico à criança, as alterações hormonais decorrentes do parto, amamentação e modificações constantes, promovem a existência de um transtorno de humor, não patológico designado de tristeza materna ou *babyblues*. O'Hara e Wisner (2014) descrevem a doença mental perinatal, descrevendo-a como uma complicação da gravidez e do período do pós-parto relativamente prevalente nas mulheres. Para os autores, o *postpartum babyblues* é uma condição bastante prevalente entre as mulheres, que se caracteriza pela vivência de um conjunto de sintomas depressivos que deverão entrar em remissão, cerca de duas semanas após o parto. Contudo, a depressão perinatal parece existir em cerca de 10% das mulheres, dependendo do perfil cultural e económico do país de origem.

Considerando os dados empíricos que suportam uma diminuição da função sexual nas grávidas e nas puérperas, e sendo que esta também parece ser afetada pela qualidade de vida e pela depressão, consideramos interessante estudar a relação entre a função sexual das grávidas e das puérperas, analisando a sua relação com a qualidade de vida e a presença da depressão.

4. Metodologia

O presente estudo é de carácter descritivo-correlacional, transversal. A problemática em análise partiu do pressuposto de que existem alterações na função sexual da mulher grávida e puérpera, quando comparado com a generalidade das mulheres (não grávidas e não puérperas) e que essa função sexual diminuída terá relações com indicadores de bem-estar.

Tem, então, como principal objetivo descrever a função sexual da grávida e da puérpera. Os objetivos específicos são:

- Compara a função sexual da grávida e da puérpera, tendo como referência uma amostra de mulheres não grávidas e não puérperas.

- Estabelecer correlações entre a função sexual, a qualidade de vida, indicadores de depressão, e ansiedade durante a gravidez.

4.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída através de um método de amostragem não probabilística por conveniência. As mulheres grávidas ou puérperas foram identificadas por método bola de neve, tendo sido incluídas na amostra todas as mulheres que aceitaram participar no estudo, que fossem maiores de idade e tivessem o português como língua materna.

No final, recolheram-se 81 mulheres, divididas em três grupos: 41 mulheres para base comparativa, que não estavam grávidas nem em período de puerpério; 18 grávidas, e 22 puérperas.

4.2. Instrumentos

- Questionário sociodemográfico – conjunto de questões que permitam caracterizar a amostra (ex. idade, estado civil, habilitações literárias, número de filhos, etc.)
- Questionário sobre a história sexual e reprodutiva – conjunto de questões que permitam caracterizar o histórico da vida sexual da gestante e o histórico da atual gravidez.
- Índice de Função Sexual – será utilizado o *Female Sexual Function Index* (Rosen, et al., 2000) para avaliar a função sexual da grávida, ao longo dos trimestres da gravidez e pós-parto. O FSFI avalia o nível de excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação com a vida sexual, com base em vários indicadores, como é exemplo a frequência.
- Inventário de Depressão – foi o Inventário de Depressão de Beck II, traduzido e validado para a população portuguesa por Oliveira Brochado (2013). Esta medida de autorresposta avalia sintomas depressivos através de 21 grupos de afirmações (ex. sentimentos de culpa) em que o participante deve assinalar numa escala de intensificação de sintomas, a afirmação que melhor descreve o que tem sentido nas últimas duas semanas (ex. 0 Não me sinto culpado de nada em particular; 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito; 2 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo; 3 Sinto-me sempre culpado.)
- Escala de Qualidade de Vida – será utilizada a medida breve do WHOQOL, validada para a população portuguesa por Canavarro et al. (2006). Este instrumento mede a qualidade de vida, referente às duas últimas semanas, através de 26 itens que se organizam em 5 domínios: Domínio Físico; Domínio Psicológico; Relações Sociais; Ambiente; Faceta geral de Qualidade de Vida. Como medida de resposta, o instrumento utiliza uma medida tipo Likert de 5 pontos. Um exemplo de um item poderá ser “Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono”.

4.3. Procedimento

As mulheres foram abordadas diretamente, por referência de conhecidos ou em contexto de centro de saúde, tendo-lhes sido explicado o propósito do estudo. Fornecido o esclarecimento necessário e dado o consentimento para participação no estudo, as questões foram colocadas às mulheres, que puderem responder ou preencher os questionários livremente.

Os dados foram tratados com recurso ao SPSS (versão 24). A análise estatística implicou a utilização de medidas de tendência central para caracterização genérica das medidas utilizadas e da amostra em estudo. Foram conduzidas correlações de *Pearson* entre medidas, para verificar a relação entre as mesmas. Para cumprir o objetivo da comparação entre grupos, foram conduzidas análises univariadas, com comparação de médias à posteriori. Realizaram-se, também, regressões estatísticas múltiplas para compreender o papel da qualidade de vida e da depressão na função sexual, consoante o grupo de resposta.

5. Análise de resultados

De seguida, serão apresentados os resultados descritivos de cada medida em estudo e os resultados comparativos, dessas mesmas medidas, em relação aos grupos estudados.

5.1. Caracterização da amostra

As participantes têm uma idade média de 31.70 anos (DP=5.600), sendo similar para os três grupos ($p>.050$). 80.2% das mulheres são casadas ou estão em união de facto; 93.8% considera estar numa relação estável. A maioria da amostra tem como habilitação escolar, pelo menos, o ensino secundário completo (81.4%), sendo que destas 48.1% têm pelo menos uma licenciatura. Todas estas características são estatisticamente independentes do grupo de resposta ($p>.050$).

Relativamente ao grupo de grávidas, observamos que a média do tempo de gravidez se situa nas 32,33 semanas (DP=4.443), situando todas as grávidas no último trimestre de gravidez. Em relação a gravidezes anteriores, é de referir que todas as puérperas são primíparas; no grupo de grávidas observa-se que 38.8% das mulheres é múltipara e que no grupo geral cerca de 50% das mulheres já teve filhos, todas há mais de um ano, pelo menos. Também neste caso, há semelhança estatística entre os grupos geral e grávidas ($p>.050$).

Em relação à história sexual das mulheres da amostra, foram questionadas genericamente sobre a frequência das relações sexuais, da satisfação sexual, presença de dor ou desconforto durante a relação sexual e capacidade para atingir o orgasmo, com a instrução de não se cingirem apenas ao momento atual que estão a viver, mas de uma forma em geral na sua vida sexual. A escala de medida foi tipo *likert* de 10 pontos, em que 1 seria a medida menos positiva/menor frequência e 10 seria o pólo mais positivo.

A frequência sexual foi de 5.58 (DP=1.738) para o geral. Contudo há diferenças entre grupos (KW=10.771, $p=.005$), observando-se que o grupo geral apresenta uma média de frequência de relações sexuais de 4.98 (abaixo do valor médio da escala de medida), as grávidas de 6.28 e as puérperas de 6.14.

Relativamente à satisfação sexual em geral o valor médio é de 6.26 (DP=1.935), valor estatisticamente semelhante para todos os grupos ($p>.050$). Observa-se que as mulheres estão ligeiramente satisfeitas com a sua vida sexual (sendo que o máximo possível de resposta era 10 – extremamente satisfeita).

No que toca a sentir dor ou desconforto nas relações sexuais, a média é 3.75 (DP=2.034). Os grupos são estatisticamente semelhantes no que toca a experimentar dor ou desconforto durante as relações sexuais ($p>.050$).

Finalmente, relativamente a atingir o orgasmo, a média situa-se nos 6.40 (DP=1.464), sendo que os grupos também não diferem estatisticamente no atingir o clímax da relação sexual ($p>.050$). De notar que o valor 10 referia-se a atingir sempre, pelo que se supõe que nem sempre atinjam o clímax.

5.2. Análise descritiva univariada

Foram medidos a qualidade de vida dos participantes, um índice de depressão e o índice da função sexual da mulher.

O WHOQL permite aceder a uma medida geral da qualidade de vida dos participantes, bem como a um conjunto de subdimensões da qualidade de vida, a saber física, psicológica, relações sociais e ambiente,

O Inventário de Depressão de Beck, versão II, permite obter uma classificação de um possível grau de depressão, através do somatório dos valores obtidos em cada um

dos 21 itens do inventário. Para efeitos do estudo, utilizou-se esta medida numa natureza contínua, sem considerar a classificação nominal dos graus de depressão.

Por fim, o Índice de Função Sexual permite obter uma classificação geral do funcionamento sexual geral da mulher, mas também permite aceder a subdimensões da função sexual, nomeadamente sobre o desejo, a ativação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação e a presença de dor.

Os resultados gerais descritivos estão sumariados na tabela seguinte.

Tabela 1.

Caracterização das variáveis em estudo para a amostra total.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Qualidade de vida geral	50.00	100.00	72.92	12.315
Dimensão: Físico	42.86	89.29	62.30	16.308
Dimensão Psicológico	45.83	91.67	66.90	14.677
Dimensão: Relações sociais	33.33	100.00	65.28	18.798
Dimensão: Ambiente	43.75	90.63	63.60	14.943
Pontuação geral do Inventário de Depressão de Beck II	.00	43.00	10.32	10.411
Desejo	2.00	10.00	5.64	1.906
Ativação	.00	20.00	10.94	7.173
Lubrificação	.00	20.00	12.17	7.953
Orgasmo	.00	15.00	9.05	5.747
Satisfação	2.00	15.00	9.88	3.874
Dor	.00	15.00	4.96	3.919
Índex Função Sexual Geral	4.00	84.00	52.64	26.656

Relativamente à *Qualidade de Vida*, o instrumento apresenta um grau de fiabilidade de 0.963. Os resultados relativos à consistência interna estão em linha com os apresentados no estudo conduzido por Vaz Serra e colaboradores (2006).

Os resultados mostram uma qualidade de vida classificada acima dos 70% (num máximo de 100%), valor semelhante ao obtido no estudo original. A comparação dos

valores através do *one sample t-test* mostra que o valor obtido neste estudo não é significativamente diferente do obtido no estudo de validação do instrumento ($t=-.424$, $p=0.673$). O mesmo se processa com a dimensão de *qualidade vida física* ($t=.091$, $p=0.927$, $M_{\text{original}}=64.79$), com a *qualidade de vida psicológica* ($t=-1.296$, $p=0.199$, $M_{\text{original}}=68.67$) e na dimensão *ambiente* ($t=-.097$, $p=0.923$, $M_{\text{original}}=64.10$). Contudo, no caso das *relações sociais*, encontramos uma diferença significativa para a média obtida no estudo original ($t=-2.877$, $p=0.005$, $M_{\text{original}}=71.24$), em que os nossos participantes apresentam valores mais baixos de percepção de qualidade vida relacionadas com as relações que estabelecem com os outros, apoio social percebido e atividade sexual.

Relativamente ao Inventário de Depressão de Beck II o índice de fiabilidade interna mostra-se elevado ($\alpha=.953$) semelhante ao verificado noutros estudos (Campos, 2010). Dado que se trata de uma medida que se traduz na gravidade de sintomatologia depressiva, considera-se que quanto mais elevado o valor obtido na escala, maior a gravidade dessa sintomatologia. No caso do nosso estudo, observa-se uma média de 10,32 pontos na escala de medida. De acordo com o estudo de Campos e Gonçalves (2011) as mulheres obtêm em média 9,72 pontos neste inventário. O *one sample T-test* permite verificar que o valor obtido pela nossa amostra, em geral, não se afasta significativamente da média obtida no estudo anteriormente referenciado ($t=.520$, $p=.605$).

No que concerne à função sexual, observa-se alguma dispersão dos dados. Dado tratar-se de uma medida ainda não validada para a população portuguesa, não nos é possível ter medidas de referência para os valores encontrados.

A medida utiliza uma escala quasi-intervalar de resposta, num crescendo de intensidade para cada sintoma. Como tal, para verificar a sua confiabilidade do optou-se por utilizar similarmente ao BDI, o *alpha* de Cronbach. Para a totalidade dos 19 itens, o

instrumento apresenta um *alfa* de *Ironbach* de .971. Apesar da amostra reduzida, foi conduzida uma análise fatorial exploratória para verificar se se mantêm as propriedades psicométricas da medida. O teste KMO apresenta um valor de .914 e o teste de esfericidade de Bartlett é significativo ($\chi^2=2561.771$, $gl=171$, $p=.000$), constituindo bons indicadores para a análise em condução.

Todos os itens apresentam comunalidades superiores a .300, sendo a comunalidade mais baixa de 0.633, variando até um máximo de .940. A análise fatorial indica a presença de dois fatores com valores próprios superiores a 1, com um primeiro fator a explicar 66.95% da variância total da medida (e o segundo fator a explicar uns acrescidos 14.12%).

Estes dados suportam uma visão unifatorial da medida, pelo que utilizou uma medida geral do índice de função sexual geral das mulheres, com alguma segurança sobre o que essa medida representa.

Não obstante, o estudo original subdivide a função sexual com base em conteúdo das questões. Neste estudo, dado a sua natureza descritivo-correlacional manteve-se essa divisão na apresentação dos dados referentes à função da mulher, como apresentado na tabela anterior.

5.3. Correlações entre medidas

Utilizando o teste de correlação de *Pearson*, foram analisadas as correlações entre as medidas deste estudo, conforme pode ser consultado na Tabela 2. Na presente análise, serão apenas observadas as correlações obtidas entre medidas, desprezando as correlações encontradas entre as medidas gerais e as subdimensões dos próprios instrumentos.

Tabela 2.

Correlações entre variáveis para a amostra total.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. WHOQOL	.469**	.614**	.663**	.580**	-.562**	.312**	.247*	.202	.278*	.404**	-.135	.248*
2. Físico	1	.772**	.714**	.792**	-.656**	.558**	.628**	.624**	.560**	.684**	.056	.624**
3. Psicológico		1	.760**	.856**	-.735**	.422**	.457**	.461**	.385**	.562**	-.003	.455**
4. Rel. sociais			1	.806**	-.741**	.519**	.486**	.450**	.409**	.633**	-.029	.478**
5. Ambiente				1	-.664**	.509**	.530**	.468**	.483**	.591**	.062	.518**
6. IDB II					1	-.533**	-.411**	-.411**	-.364**	-.553**	-.008	-.431**
7. Desejo						1	.697**	.555**	.554**	.654**	.079	.651**
8. Ativação							1	.912**	.863**	.853**	.479**	.972**
9. Lubrificação								1	.840**	.815**	.474**	.953**
10. Orgasmo									1	.771**	.483**	.921**
11. Satisfação										1	.254*	.868**
12. Dor											1	.564**
13. IFS Geral												1

* $p \leq 0,050$ ** $p \leq 0,010$

Relativamente à qualidade de vida, uma correlação negativa moderada a forte com o inventário de depressão de Beck, sugerindo que quanto mais elevada a qualidade de vida, menor será a presença de sintomas depressivos.

Esta medida apresenta também uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as dimensões de desejo, ativação sexual, orgasmo, satisfação sexual e com o índice geral da função sexual. Destas, a correlação mais forte é estabelecida com a satisfação com a vida sexual; as restantes, apesar de significativas, não apresentam uma associação tão linear quanto esta.

Todas as subdimensões do instrumento de qualidade de vida apresentam, também, uma correlação negativa forte com o BDI II.

As mesmas subdimensões da qualidade de vida, física, psicológica, relações sociais e ambiente apresentam correlações positivas fortes com as subdimensões do Índice de Função Sexual. De notar que esta relação é mais forte para a subdimensão da qualidade de vida física e que nenhuma destas dimensões de qualidade de vida física se correlaciona com a dimensão da Dor, do Índice de Função Sexual, que constitui a exceção a estas correlações.

O Inventário de Depressão apresenta, por sua vez, correlações negativas, de intensidade moderada a forte, com o Índice de Função Sexual (geral) e com as suas subdimensões, com exceção para a Dor, para a qual não se observa a existência de correlação.

No instrumento que mede a Função Sexual é ainda de notar que a dimensão Dor não se relaciona com a dimensão Desejo. De resto, como esperado, todas as dimensões se relacionam entre si e com a medida geral de Função Sexual.

5.4. Comparação entre grupos

Em seguida, serão apresentadas as comparações entre grupos da amostra: 1. Grupo de mulheres não grávidas, não puérperas nomeado Geral; 2. Grupo de Grávidas; 3. Grupo de Puérperas.

Foi conduzida uma análise linear univariada, com comparações de médias à posteriori, que nos permitiu avaliar se há efeito do grupo na resposta às medidas utilizadas neste estudo. Para cada efeito estatisticamente significativo, será apresentado um gráfico representativo das médias de resposta por grupo.

No que concerne à qualidade de vida geral, verificamos que o grupo não afeta a resposta dos participantes ($F=.868$, $p=.424$). O grupo geral apresenta uma média de 72,56; o grupo de grávidas apresenta uma média de 72,92 e por último o grupo de puérperas apresenta uma média de 67,91. Apesar de as puérperas apresentarem uma média inferior aos dois outros grupos, esta diferença não é estatisticamente significativa.

Porém, observaram-se diferenças para as subdimensões da qualidade de vida para o Físico ($F=19.788$, $p=.000$), para o Psicológico ($F=7.018$, $p=.002$), para as Relações Sociais ($F=3.909$, $p=.024$) e para o Ambiente ($F=8.496$, $p=.000$).

Em seguida serão apresentados os gráficos que ilustram as médias e respectivas diferenças.

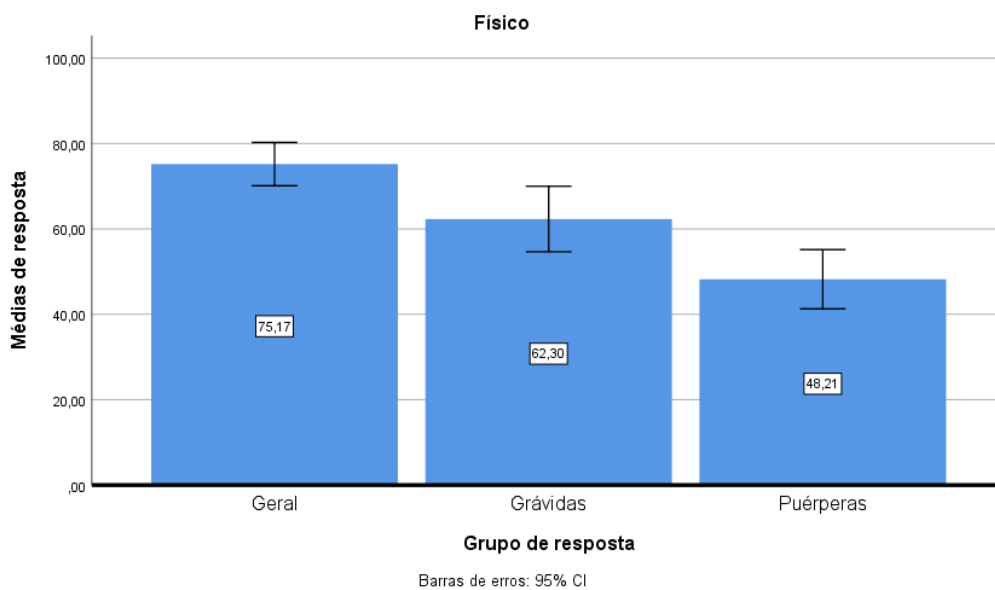


Figura 1. Gráfico de medidas do físico geral por grupo de participantes.

Como se pode observar pelo gráfico, o grupo geral apresenta a maior qualidade de vida física; a seguir apresentam-se as grávidas e, por fim, as puérperas com o valor mais baixo registado. As diferenças observadas são estatisticamente significativas entre o grupo geral e as grávidas ($p=.020$), o grupo geral e as puérperas ($p=.000$) e entre as grávidas e as puérperas ($p=.025$).

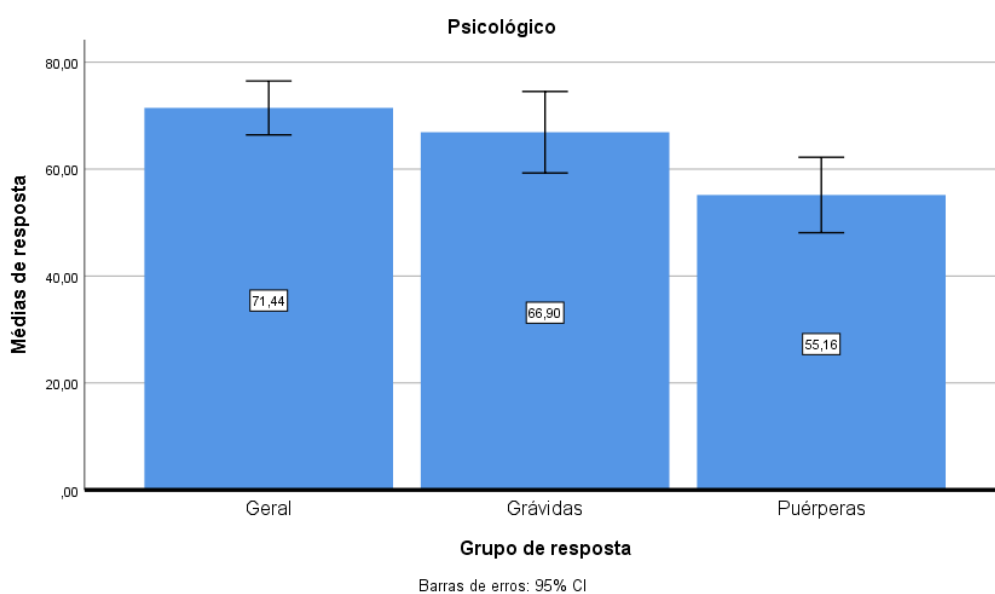


Figura 2. Gráfico de medidas do psicológico geral por grupo de participantes.

Relativamente ao Psicológico, a comparação posterior de médias permitiu verificar que as diferenças estatisticamente significativas se estabelecem apenas entre o grupo geral e o grupo de puérperas ($p=.001$). É este último grupo que apresenta o valor de qualidade de vida Psicológico mais baixo.

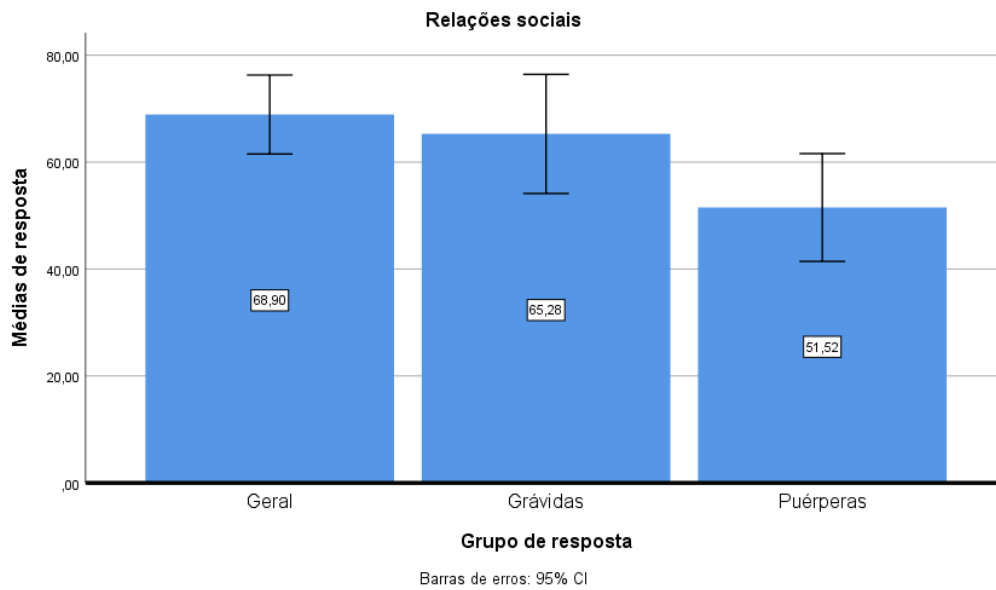


Figura 3. Gráfico de medidas das relações sociais geral por grupo de participantes.

Apesar do efeito positivo no grupo, as diferenças estatisticamente significativas operam-se entre o grupo geral e o grupo de puérperas ($p=.001$), que mais uma vez apresentam o valor mais baixo de qualidade de vida na dimensão das relações sociais.

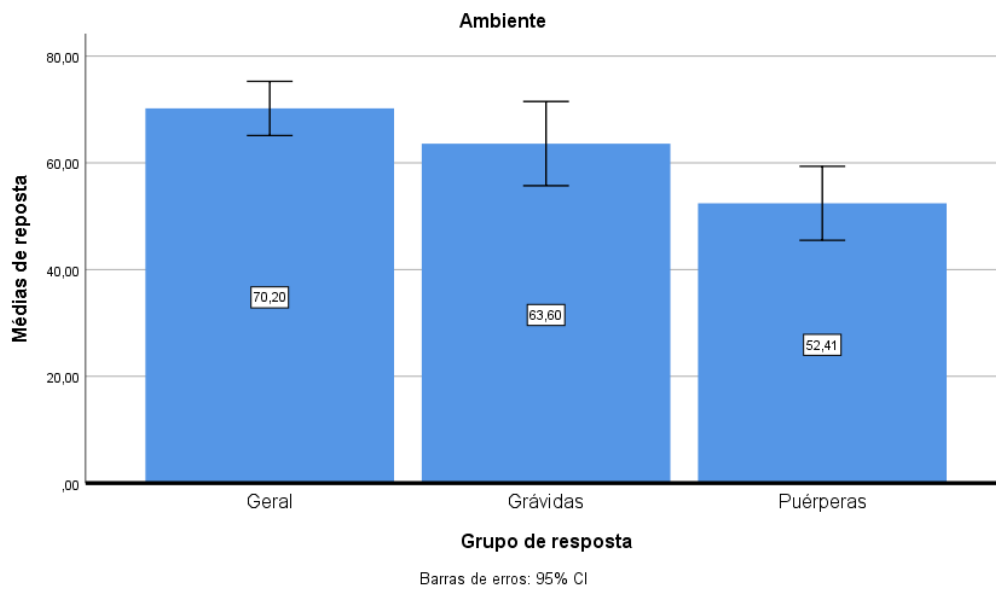


Figura 4. Gráfico de medidas do ambiente por grupo de participantes.

Observa-se um efeito do grupo nas médias de resposta, contudo o mesmo apenas é significativo para a diferença das médias do grupo geral para o grupo das puérperas ($p=.000$). Neste caso particular, são as puérperas que percebem menor qualidade de vida em relação ao ambiente.

No que toca ao Inventário de Depressão, podemos observar um efeito do grupo nas médias de resposta ($F=4.804$, $p=.011$).

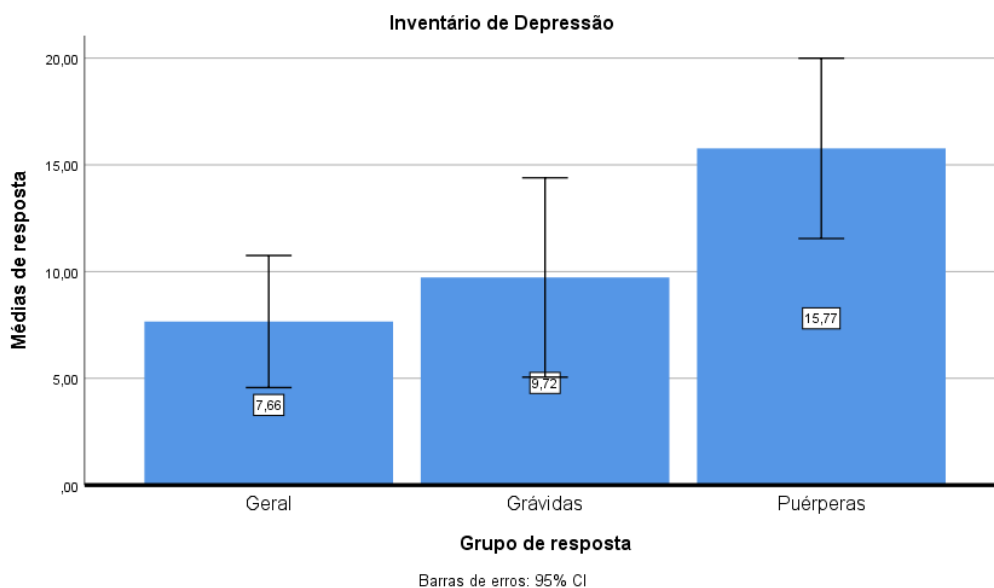


Figura 5. Gráfico do BDI geral por grupo de participantes.

As comparações de médias posteriores mostram que as diferenças observadas se estabelecem entre o grupo geral e as puérperas ($p=.008$). Neste caso particular, são as puérperas que apresentam uma média superior relativa ao número de sintomas assinalados no inventário. Não há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo geral e o grupo de grávidas, apesar do primeiro apresentar uma média de sintomas inferior.

No que toca ao Índice de Função Sexual, a análise mostra um efeito do grupo nas médias de resposta das subdimensões Desejo ($F=6.372$, $p=.003$), Ativação sexual ($F=24.653$, $p=.000$), Lubrificação ($F=30.138$, $p=.000$), Orgasmo ($F=26.675$, $p=.000$), Satisfação sexual ($F=18.546$, $p=.000$), Dor ($F=14.066$, $p=.000$) e para a medida geral da Função Sexual ($F=30.686$, $p=.000$).

As comparações das médias serão apresentadas em seguida, com recurso aos gráficos ilustrativos das médias de resposta para cada uma das medidas obtidas.

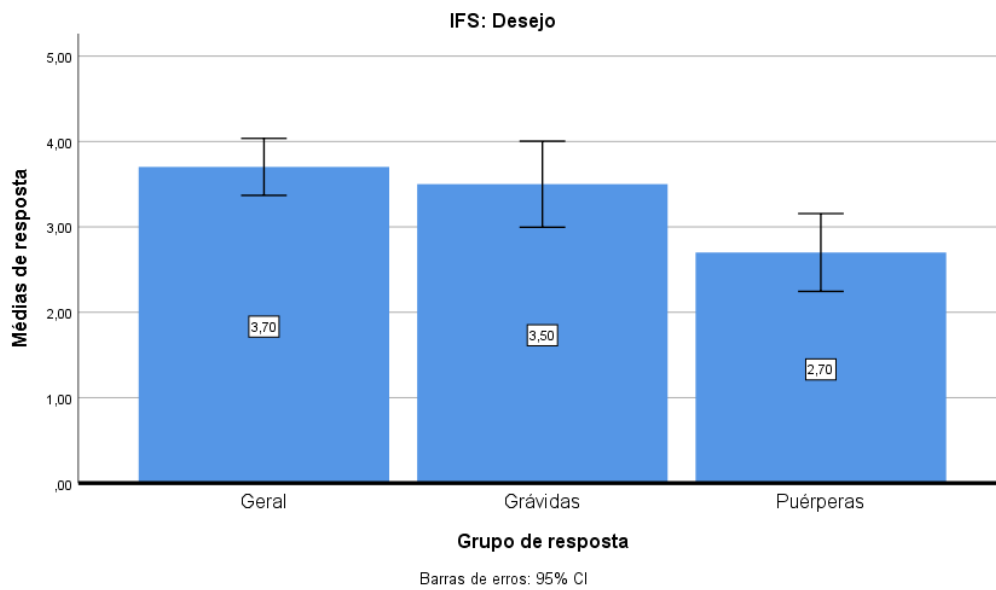


Figura 6. Gráfico do desejo por grupo de participantes.

De acordo com o expresso no gráfico de barras, o grupo geral apresenta um maior nível de desejo sexual, seguido pelas grávidas e finalmente aparecem as puérperas, com o nível mais baixo. As diferenças de médias encontradas apenas são significativas para a comparação entre o grupo geral e o grupo em puerpério ($p=.002$).

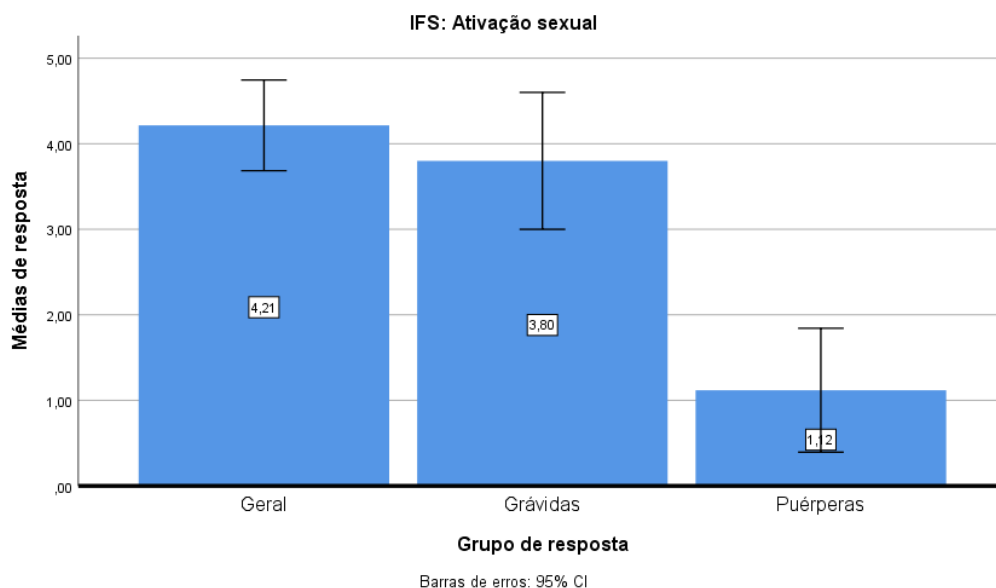


Figura 7. Gráfico da ativação sexual por grupo de participantes.

O presente gráfico mostra uma média de resposta semelhante para o grupo geral e para o grupo de grávidas. O grupo das puérperas é o que apresenta a média de resposta mais baixa. As diferenças significativas das diferenças de médias estabelecem-se entre o grupo de puérperas e os dois grupos restantes: geral ($p=.000$) e grávidas ($p=.000$).

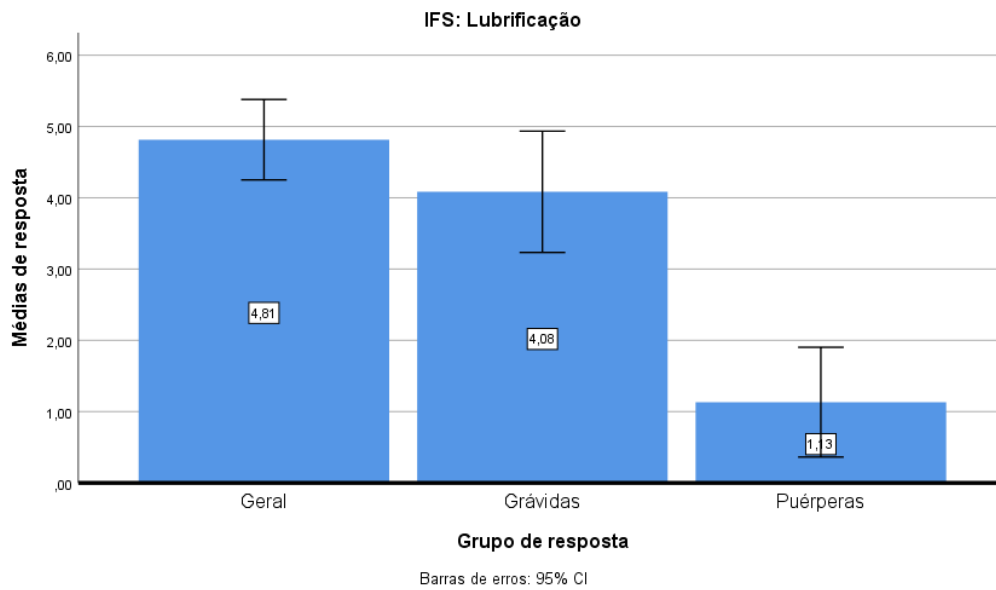


Figura 8. Gráfico da lubrificação por grupo de participantes.

A dimensão de lubrificação parece seguir a mesma tendência, com as puérperas a apresentarem uma média significativamente mais baixa que o grupo geral ($p=.000$) e que o grupo de grávidas ($p=.000$). Geral e grávidas não apresentam diferenças significativas entre si ($p>.050$).

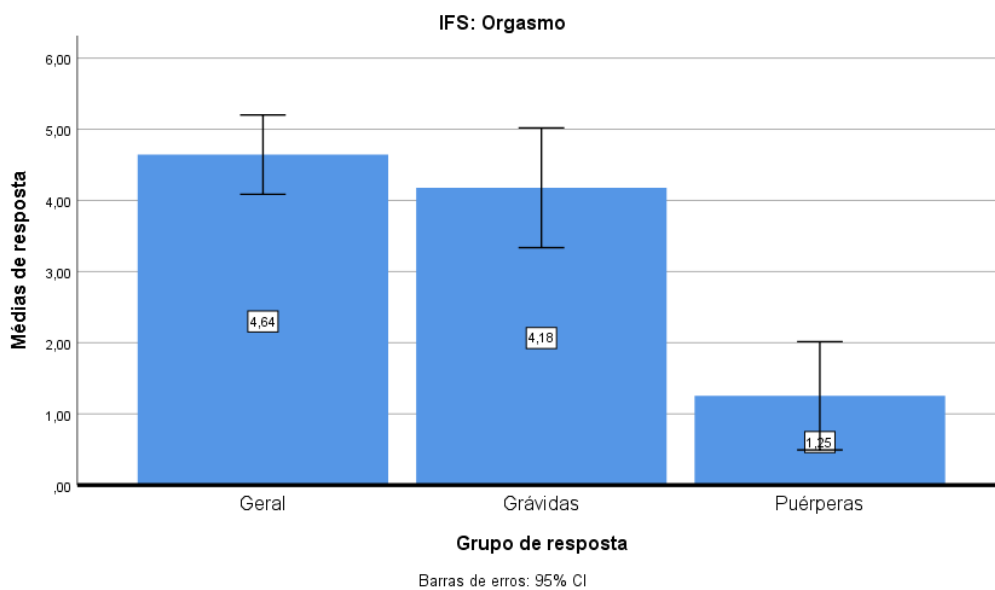


Figura 9. Gráfico do orgasmo por grupo de participantes.

Relativamente à dimensão orgasmo, as puérperas apresenta uma média de resposta muito inferior à das restantes participantes, quer do grupo geral, quer do grupo de grávidas. Ambas as diferenças de médias são significativas ($p=.000$). Não há diferenças significativas entre as médias de resposta do geral para as grávidas.

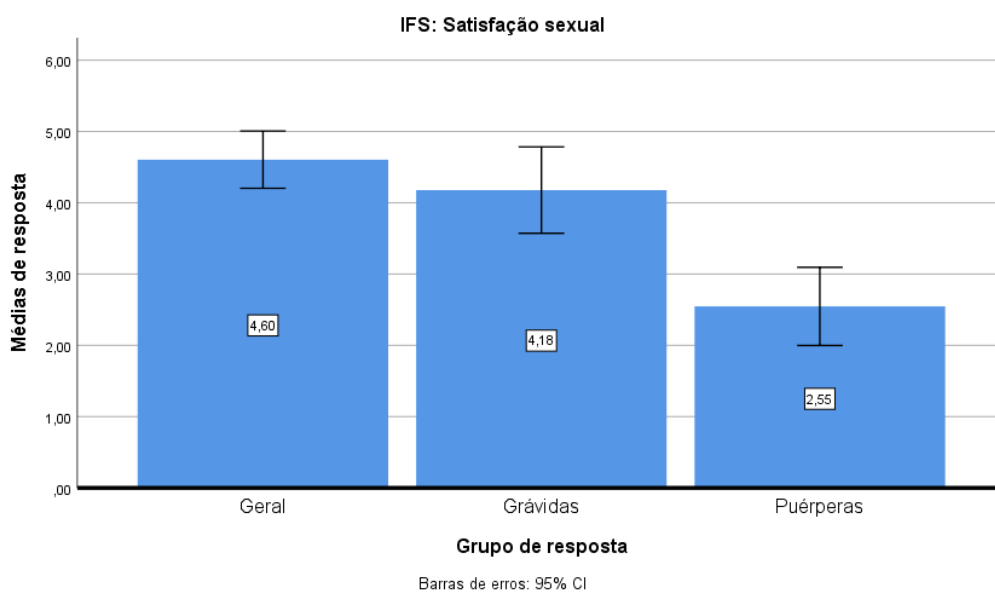


Figura 10. Gráfico da satisfação por grupo de participantes.

De forma semelhante às dimensões anteriores, as puérperas apresentam uma média de satisfação sexual significativamente inferior ao grupo geral ($p=.000$) e ao grupo de grávidas ($p=.000$). As diferenças entre estes dois últimos grupos não são estatisticamente significativas ($p>.050$).

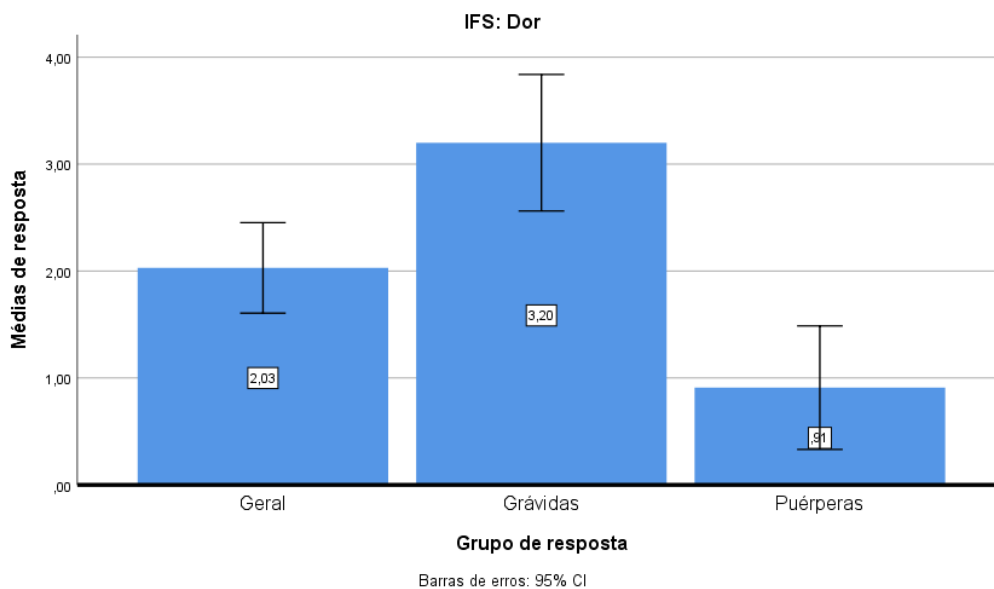


Figura 11. Gráfico da dor por grupo de participantes.

A dimensão dor parece ter um comportamento diferente das restantes dimensões. São as grávidas que apresentam uma média de resposta mais elevada a estas questões, apresentando-se as diferenças de médias estatisticamente significativas para o grupo geral ($p=.010$) e para as puérperas ($p=.008$). São as puérperas que apresentam menor dor associada; essa diferença de média é estatisticamente significativa da obtida pelo grupo geral ($p=.000$). Por fim, analisam-se as diferenças de médias para a função sexual (medida geral).

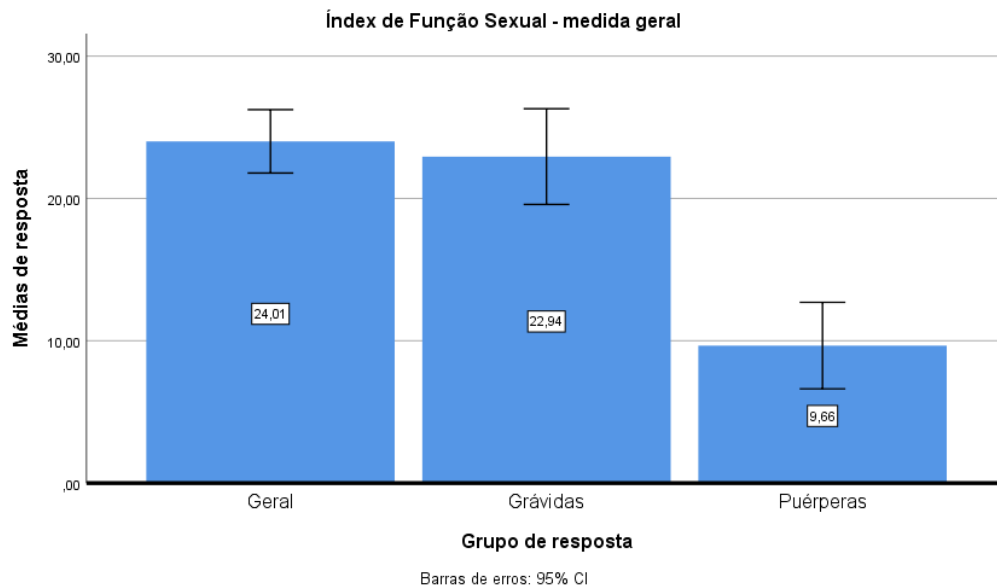


Figura 12. Gráfico do IFS-geral por grupo de participantes.

Como é possível analisar no gráfico, o grupo geral apresenta uma média de resposta semelhante ao grupo de grávidas ($p > .050$). Contudo, o grupo de puérperas apresenta uma média de resposta geral estatisticamente inferior ao grupo geral ($p = .000$) e ao grupo de grávidas ($p = .000$), evidenciando uma função sexual menos ajustada que os restantes grupos.

5.5. Regressões estatísticas

Foram ainda observadas as regressões estatísticas lineares múltiplas, em que se utilizaram como variáveis independentes a qualidade de vida e a depressão, e como variável dependente o índice de função sexual (total e sub-dimensões).

As regressões foram realizadas com recurso ao método stepwise, que permite que o software escolha qual ou quais as variáveis consideradas independentes com um input significativo para a explicação da dependente.

Tabela 3

Regressões lineares múltiplas entre o IFS, o BDI e a Qualidade de Vida

Geral					
R^2	F	p	VD	VI	β
16.7%	8.995	.005	Desejo	QdV Físico	.433
11.9%	6.415	.015	Ativação	QdV Ambiente	.376
28.4%	16.846	.000	Satisfação	QdV Relações Sociais	.549
7.7%	4.327	.044	Função sexual	QdV Ambiente	.316
Grávidas					
R^2	F	p	VD	VI	β
23.5%	5.902	.028	Desejo	QdV Físico	.531
38.5%	11.015	.005	Ativação	QdV Físico	.651
34.1%	9.288	.008	Lubrificação	QdV Físico	.618
37.5%	5.791	.015	Orgasmo	QdV Físico	.843
				QdV Psicológico	-.539
61.4%	26.491	.000	Satisfação	QdV Físico	.799
21.3%	5.334	.036	Dor	QdV Psicológico	-.512
25.3%	6.422	.023	Função sexual	QdV Físico	.548
Puérperas					
R^2	F	p	VD	VI	β
51.2%	21.991	.000	Desejo	BDI	-.732
22.8%	6.918	.016	Ativação	QdV Relações Sociais	.517
21.3%	6.424	.020	Lubrificação	QdV Relações Sociais	.503
28.4%	8.938	.008	Orgasmo	QdV Físico	.566
66.0%	39.835	.000	Satisfação	QdV Psicológico	.823
29.0%	9.161	.007	Função Sexual	QdV Físico	.570

Os resultados mostram que para o grupo geral apenas a qualidade de vida parece explicar, em percentagens pequenas, a variância de algumas dimensões da função sexual. De uma forma geral, quanto maior a qualidade de vida, físico, melhor o desejo. O ambiente parece determinar positivamente a ativação e a função sexual em geral. As relações sociais ter a regressão mais explicativa da satisfação, explicando 28.4% dessa variável.

No grupo de grávidas voltamos a encontrar a qualidade de vida como sendo a promotora de uma função sexual ajustada. Contudo, maioritariamente é a dimensão do Físico que explica a maior parte das dimensões da função sexual, incluindo o valor geral. A destacar que a qualidade de vida, dimensão Psicológica, apresenta valores de explicação negativos, sugerindo que no caso do Orgasmo é a junção da qualidade de vida Físico e Psicológico que explicam 37.5% do ajustamento nesta dimensão.

Particularmente, quanto maior a qualidade de vida físico e menor a qualidade de vida Psicológico, maior a pontuação na dimensão orgasmo. A qualidade de vida Psicológico parece também estar negativamente correlacionada com a presença de dor nas relações sexuais.

Nas puérperas observa-se que o Desejo é explicado em 51.2% pela presença de sintomatologia depressiva, no sentido negativo da relação. As relações sociais explicam a ativação e a lubrificação. Por sua vez, a qualidade de vida física explica o Orgasmo e a Função Sexual em geral. De salientar, a Satisfação Sexual é explicada em 66.0% pela Qualidade de Vida Psicológica.

6. Discussão

A problemática em análise no presente estudo partiu do pressuposto de que existem alterações na função sexual da mulher grávida e puérpera, quando comparado com a generalidade das mulheres (não grávidas e não puérperas) e que essa função sexual diminuída terá relações com indicadores de bem-estar.

Apesar de já existirem estudos na literatura que relacionam ambos os indicadores, em Portugal, há pouca literatura com enfoque em indicadores psicológicos, pelo que consideramos pertinente descrever a função sexual da grávida e da puérpera, comparando-os com amostra de mulheres não grávidas e não puérperas e estabelecendo as correlações entre a função sexual, a qualidade de vida e indicadores de depressão.

A seguinte discussão iniciará por explicar as correlações entre as variáveis em estudo, para a amostra em geral, particularizando depois uma comparação entre grupos.

Qualidade de vida e função sexual.

O termo Qualidade de Vida tem enfoque multidimensional e o seu conceito é subjetivo, pois incorpora aspetos sociais, físicos e mentais do indivíduo (Spitzer, 1987 cit in Symonds, Boolell, & Quirck., 2005).

Nas mulheres, a Qualidade de vida pode ser afetada de diversas maneiras, contribuindo para alterações nas condições de saúde física, funções cognitivas, na satisfação sexual, nas atividades do cotidiano, no bem-estar emocional, na vida familiar e social, podendo ocasionar problemas sexuais, isolamento social, baixa autoestima e depressão. (Faria & Pedrosa, 2012).

Neste estudo em particular, observamos que qualidade de vida parece correlacionar-se de forma positiva com a função sexual, em geral; contudo, observamos

que essa correlação é mais forte para a satisfação sexual e para o desejo, perdendo força e significância nas restantes componentes da função sexual.

Este dado não é inesperado, já que quando a qualidade de vida se encontra estável e proporciona felicidade a mulher encontra-se com maior adesão a função sexual sem que exista preocupações na sua vida geral. Laumann, Paik, & Rosen (1999) observavam que as disfunções sexuais eram mais prevalentes em mulheres, que reportavam uma baixa saúde emocional e menor bem-estar, em geral. Lewis, Fugl-Meyer, Bosh, Fugl-Meyer, et al. (2004) verificavam também a reação entre os indicadores psicológicos de saúde mental, bem-estar e qualidade de vida como sendo fatores de risco da disfunção sexual, em geral. A compreensão da importância da qualidade de vida e da sua relação com a função sexual conduziram Symonds, Boolell e Quirk (2005) a desenvolver uma medida que mede a junção dos dois conceitos, dado que ambos parecem estar intimamente ligados.

Ainda assim, é interessante observar que de uma forma em geral, a relação se estende ao desejo e à satisfação, obtendo correlações menos expressivas na sua linearidade no que toca à ativação (arousal) e orgasmo, e não estando mesmo relacionado com a lubrificação e a dor. Supomos que tal se deva à construção psicológica do conceito de satisfação bem como de desejo, para o qual contribuem aspetos que vão além da ativação ou sensação fisiológica. As conclusões de Basson et al. (2004), sobre as disfunções sexuais da mulher parecem suportar esta visão. Para estes autores a experiência subjetiva do desejo implica que não possamos definir a disfunção unicamente com base na presença de problemas fisiológicos que afetem a ativação fisiológica ou a capacidade de atingir o orgasmo. A compreensão de que são indicadores mais subjetivos que estão ligados à qualidade de vida individual, parecem mostrar a importância de

considerar estes elementos na classificação da função (adequada ou disfuncional) da sexualidade feminina.

A função sexual e a depressão

Tal como esperado, a função sexual da mulher é tanto melhor quanto menores forem os indicadores de depressão. Esta tendência correlacional, de forte associação, estende-se a todas as áreas da função sexual, com a exceção da experiência de dor durante a relação sexual, com a qual não apresenta qualquer relação.

Tal como é caracterizada, as perturbações depressivas estão associadas a tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. (Carvalho, 2015). Vários estudos mostram a existência desta relação, em maior ou menor grau. Por exemplo, Hayes, Dennerstein, Bennett, Sidat, Gurrin e Fairley (2008) identificam a depressão como sendo um dos fatores associados ao baixo desejo e ao distress sexual. Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom e Mulhall (2008) verificam também uma correlação negativa entre indicadores de depressão e a função sexual, especificamente para as mulheres. Lucena e Abdo (2012) revisam a literatura mostrando que das afeções psicológicas que influenciam as disfunções sexuais, a depressão se destaca pela forte correlação encontrada entre a perda de desejo, dificuldade em atingir a excitação e a diminuição do orgasmo.

Observando-se que as relações teóricas estabelecidas se mantêm empiricamente, passaremos a observar possíveis diferenças entre o grupo de grávidas, de puérperas e o grupo denominado geral (não grávidas, não puérperas).

Comparação entre grupos

De uma forma em geral, não se observam diferenças ao nível da qualidade de vida das mulheres no nosso estudo. As médias de resposta observadas também não diferem estatisticamente das médias observadas no estudo de validação da medida utilizada, o que nos permite afirmar que a nossa amostra apresenta uma qualidade de vida normal ou esperada para a população de origem.

Porém, se no global não existem diferenças, as subdimensões apresentam diferenças entre grupos, estatisticamente significativas.

Na dimensão de qualidade de vida física, todos os grupos são estatisticamente diferentes. As puérperas são as que apresentam menor qualidade de vida física, depois apresentam-se as grávidas e finalmente, como esperado o grupo geral, que não difere das médias obtidas no estudo padrão.

Este resultado não é surpreendente dado que durante a gravidez e puerpério há um conjunto de modificações físicas que limitam, constroem, ou podem provocar dor na mulher.

O período gestacional é uma fase caracterizada por a ocorrência de transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e sócio-culturais na vida da mulher, exigindo por parte das grávidas um ajustamento para enfrentarem essas mudanças. É de consenso que, por sua capacidade modificadora, a gravidez pode trazer tanto melhorias quanto dificuldades na forma em que a mulher percebe sua qualidade de vida, especialmente aquelas relacionadas à sua saúde (Lima, 2006). Javim, Silva, Gomes, Galvão e Araújo (2010) observam que as queixas das gestantes são muitas vezes relacionadas aos desconfortos físicos da gravidez.

Também durante o puerpério observa-se a presença de “dor e desconforto principalmente nas regiões abdominal, perineal, muscular, articular, mamária e mamilos,

nos membros superiores, na região dorsal, na eliminação intestinal” (Pedrosa et al., 2013) o que poderá ter implicações na qualidade de vida física destas mulheres.

Nas restantes dimensões, só as puérperas diferem significativamente do grupo geral, sendo que as grávidas são estatisticamente semelhantes a ambos os grupos. As tendências de resposta observada são para uma maior semelhança entre grávidas e geral, sendo as puérperas as que apresentam valores mais baixos de qualidade de vida psicológica, social e ambiental.

Symon, MacKay e Ruta (2003) estudaram a qualidade de vida pós-natal e observaram que as mulheres em puerpério mediato indicavam menor qualidade de vida, evocavam menos tempo pessoal para si mesmas, menos tempo para as relações familiares e para os outros membros familiares, menor autoestima e, apesar de não apresentarem sintomas depressivos, mostravam preocupações constantes sobre vários aspetos da sua vida.

Apesar do resultado esperado ao nível das puérperas, seria de esperar que perante as alterações físicas e psicológicas da gravidez, a qualidade de vida das grávidas pudesse estar diminuída. Na verdade, este conceito parece ser apenas uma perceção de senso comum, já que Hueston e Kasik-Miller, em 1998, observavam que as mulheres grávidas saudáveis apenas apresentam alterações ao nível físico no que se refere a qualidade de vida. Alterações na qualidade de vida parecem estar apenas presentes em grávidas de alto risco, com condições crónicas, ou que já experimentem condições de menor saúde mental (e.g. Setse, Grogan, Pham, Cooper, et al., 2009).

A qualidade de vida está, ainda, associada a fatores sociodemográficos como a idade, nível educacional, planeamento familiar, horas trabalhadas e acompanhamento pré-natal e pós-parto (Ferreira, Nakamua, Souza, Neto, Ribeiro, Santana, & Abdo, 2012), sendo redutor considerar o processo de gravidez como um dos únicos determinantes para

a alteração do estado geral. Além do mais, consideramos importante referir que a amostra é maioritariamente, casada, em idade reprodutiva, e independente, situações favoráveis à desejabilidade e planeamento da gravidez.

O estudo de Setse et al (2009) refere ainda que há um aumento proporcional de sintomas depressivos ao longo da gravidez, com maior prevalência no último trimestre. Este valor decai no pós-parto, para cerca de 9% da amostra a apresentarem sintomatologia depressiva. Apesar de não termos conseguido realizar um estudo longitudinal, de medidas repetidas, observamos que há um aumento de sintomas depressivos da amostra geral para a amostra de grávidas. Esse aumento não é significativo, contudo é de registar que se observa um aumento da sintomatologia depressiva. Contrariamente ao estudo anterior, são as puérperas que apresentam o maior número de sintomas depressivos dos três grupos, sendo estatisticamente diferentes do grupo geral.

Estes resultados poderão ser explicados pelo quadro de tristeza materna ou *babyblues*. Enquadrado nos transtornos de humor, é um estado de humor depressivo que se supõe ter uma prevalência próxima dos 80% dos casos de puerpério, especialmente para primíparas (Iaconelli, 2005). Este período corresponde a uma etapa de ajustamento psicológico da mãe à criança, sendo marcado por um estado de fragilidade e hiperemotividade, podendo assemelhar-se a um estado de depressão pós-parto (Alt & Benetti, 2008). Estes sintomas que surgem por volta da primeira semana, deverão ter melhorado ao fim de 12 dias idealmente (podendo estender-se de forma não patológica até 4 semanas), com exceção dos casos que evoluem para depressão pós-parto (O'Hara & Wisner, 2014). No caso da amostra, grande parte das mulheres responderam ao questionário durante a fase ativa do *babyblues*, o que poderá ser responsável pelos resultados encontrados.

Relativamente ao Índice de Função Sexual, os resultados mostram um grupo de puérperas com uma função sexual diminuída. Estes dados serão dentro do expectável se considerarmos a fase física em que a mulher se encontra. No pós-parto ainda ocorre um período em que é reduzida ou está ausente a atividade sexual, especialmente em relação ao coito, cujas razões vão desde o cansaço inerente à gravidez e ao próprio parto até a preocupação com as responsabilidades maternas, incluindo o período necessário para o aparelho genital recuperar-se do parto, particularmente na ocorrência de episiotomia ou laceração. Por outro lado, os baixos níveis de estrogénio tendem a reduzir lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável. (Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, Mattos, & Rodrigues, 2013).

Apesar de ser um resultado não significativo, é de notar que as grávidas também apresentam valores mais baixos que o grupo geral, porém fora do cut-off que permita classificá-las como apresentando disfunção sexual.

Erbill (2018) num estudo sobre a função sexual de mulheres grávidas, no terceiro trimestre, que não apresentam complicações de saúde, mostra que há uma disfunção sexual em todos os campos do Índice de Função Sexual. Sendo este estudo equivalente em amostra, ao nosso grupo de grávidas, seria de esperar que seguissem a mesma tendência.

Não nos é fácil compreender o porquê das grávidas que compõem este grupo apresentarem uma função sexual preservada. No entanto, é de salientar que a função sexual além de não causar danos, a sua prática durante a gestação pode beneficiar o casal, pois tranquiliza a mulher e o parceiro, dissipa energias acumuladas e alivia a tensão e a ansiedade por meio da satisfação. As dificuldades sexuais durante a gestação podem levar a stress, ansiedade e problemas maritais que podem afetar negativamente a qualidade de vida do casal (Vieira, Souza, Nakamura, & Mattar, 2012). Este dado parece estar em linha

com a qualidade de vida preservada no grupo de grávidas e com a correlação encontrada entre a função sexual e a qualidade de vida.

A qualidade de vida e a depressão como variáveis explicativas da função sexual

Numa perspectiva prospectiva, estabelecemos ainda as regressões estatísticas, com o grupo controlado, para verificar como é que a qualidade de vida e os indicadores de depressão poderiam explicar a função sexual da mulher.

Será de salientar que é a dimensão Físico da Qualidade de Vida que explica várias dimensões da Função Sexual das Grávidas, em percentagens que variam entre 21.3% (Dor) e 61.4% (Satisfação sexual). Face ao exposto anteriormente, sobre a relação entre as alterações físicas da mulher grávida e a sua qualidade de vida, parece explicado este resultado. Contudo, há um dado para o qual não parecemos ter explicação. O Orgasmo é explicado pela associação da dimensão Físico e Psicológico. Enquanto a primeira contribui de forma positiva e com uma parcial que evidencia uma associação forte entre ambas as variáveis, o Psicológico contribui de forma negativa para esta relação. Acrescenta-se que ambas as variáveis, Físico e Psicológico, estão correlacionadas no grupo das grávidas de forma positiva ($r=.605$, $p=.008$ – dado não apresentado anteriormente). Este contributo, contrário à lógica, leva-nos a questionar um possível processo de mediação entre as variáveis, já que a correlação pressupõe também que quanto maior a qualidade de vida na dimensão Físico, maior será a dimensão Psicológico.

No tocante às puérperas, as variáveis que explicam a Função Sexual são mais diversas. É de salientar a relação entre os indicadores de depressão e o desejo, no sentido negativo. Phillips e Slaughter (2000) referem que a relação entre o desejo e a depressão nem sempre é clara, mas que aparecem fortemente associadas na literatura. Os restantes resultados apontam para a qualidade das relações sociais explicarem a ativação e a

lubrificação, a qualidade de vida Físico explicar a Orgasmo e a Função sexual no geral. A dimensão Psicológico, da QdV, parece explicar em 66% a satisfação sexual. McBride e Kwee (2017) ao estudarem a função sexual das mulheres durante o período do pós-parto verificaram não apenas a relutância em voltar a ter relações sexuais, bem como a presença de disfunção sexual. Ainda assim, o suporte social (familiar, casal) é uma das variáveis que explica o funcionamento sexual ajustado nesta fase, bem como os aspetos físicos da recuperação relacionada com o tipo de parto, lacerações, e dificuldades na amamentação.

7. Conclusão

Os resultados suportam a ideia geral de que a gravidez e o puerpério afetam a função sexual. Mostram igualmente, que esta é afetada pela presença dos sintomas depressivos e pela qualidade de vida da mulher, porém de forma diferenciada consoante o ciclo em que se encontra na sua vida sexual e reprodutiva. Contudo, é de observar que ao contrário do esperado, a função sexual da grávida está preservada.

De futuro, consideramos ser relevante estudar a progressão da função sexual ao longo da gravidez, com uma amostra considerada representativa da mulher portuguesa. Seria ainda interessante, emparelhar os dados com a vivência do puerpério, observando a evolução da função, em função da qualidade de vida. A depressão observa-se que afeta o desejo, particularmente nas puérperas, algo que consideramos poderia ser um tópico a ser abordado nas consultas de seguimento da mulher, após o parto.

8. Referências bibliográficas

Alt, M. S. & Benetti, S. P. C. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, 13 (2), 338-394.

Associação para planeamento de família. Dificuldades e disfunções sexuais homens e mulheres. Disponível em :<http://www.apf.pt/sexualidade/dificuldades-e-disfuncoes-sexuais-homens-e-mulheres>

Bartellas, E., Crane, J., Daley, M., Bennett, K., & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 107, 964-968.

Borsa, J.C.; Feil, C. F. F.; & Paniágua, R. M. (2007). A relação mãe-bebé em casos de depressão pós-parto. *Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0384.pdf>

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Corbacioglu, A., Bakir, V.L., Akbayir, O., Goksedef, B.P., & Akca, A. (2012). The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *Journal of Sexual Medicine*, 9 (7), 1897-903.

Enderle, C., Kerber, N., Lunardi, V., Nobre, C., Mattos, L., & Rodrigues, E. (2013). Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Rev.*

Latino-Am. Enfermagem, 21 (3), 1-7. URL:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf

Erbill, N (2018). Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandra Journal of Medicine*, 54 (2), 139-142. Doi:10.1016/j.ajme.2017.03.004

Ferreira, D., Nakamura, M., Souza, E., Neto, C., Ribeiro, M., Santana, T., et. al. (2012). Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 24 (9), 409-412.

Forumernfermagem(2010).*Sexualidade pós-parto: a outra face da maternidade*.Disponível em : <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3573-sexualidade-pos-parto-a-outra-face-da-maternidade#.V0HTHfkrLIU>

Galazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2014). Changes in the sexual function during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 445-454. Doi: 10.1111/jsm.12747

Hackeloer, J. B. (s/d) *Guia da Nuk da gravidez* .Disponível em : www.nuk.pt/file.php?file=Guia_Nuk_Gravidez.pdf&folder=files/bibliothek

Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Sidat, M., Gurrin, L.C., & Fairley, C.K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*, 5 (7), 1681-1693. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x.

Holanda, J. B. L., Abuchaim, E. S. V, Coca, K. P., & Abrão, A. C. (2014). Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm.*, 27 (6), 573-578. Doi:10.1590/1982-0194201400093

Hueston, W. J., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal of Family Practice*, 47 (3), 209-212.

- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediátrica Moderna*, 41 (4), PÁGINAS
- Justo, J., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução Psicológica ao longo da Gravidez e Puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 115-129.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999) Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA*; 281 (6), 537–544. doi:10.1001/jama.281.6.537
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1 (1), 35-39.
- Lucena, B. & Abdo, C. (2012). Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. *Diagn Tratamento*, 17 (2), 82-85.
- MacBride, H.L. & Kwee, J.L. (2017). Sex after baby: women’s sexual function in the postpartum period. *Curr Sex Health Rep*, 9 (3), 142-149. Doi:10.1007/a11930-017-0116-3
- Nelson, C.J., Shindel, A.W., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J.P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med*, 5 (8),1907-1914. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x.
- O’Hara, M. & Wisner, K. (2014). Perinatal mental illness: definition, description an aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, 3-12. Doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- Oliveira, A. S., Aguiar, C. V. S., & Costa, F. N. L. (2010). *A análise da função sexual na gravidez em mulheres atendidas na Santa Casa da Misericórdia do Pará*,

Brasil. Universidade da Amazonia . Disponível em www.unama.br/.../pdf/.../A-ANALISE-FUNCAO-SEXUAL-GRAVIDEZ-MULHERES.

Oliveira, C. S. G. (2008). *A sexualidade na gravidez. A avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros*, (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8172>

Pauleta, J. R., Pereira, N. M., Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 136-142. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x

Pedrosa, B., Cortês, D., Fernandes, K., Araújo, M., Rocha, A. P., & Carmo, E. (2013). Perceção da qualidade de vida no puerpério imediato. Estudo apresentado no *Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão*, Presidente Prudente (Brasil), de 21 a 24 de Outubro.

Pereira, M. L. L. (2013). *Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica*. Dissertação de mestrado não publicada. Bragança: Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Phillps, R. L. & Slaughter, J. R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 62 (4), 782-786.

Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13 (1), 63-72.

Rosen, R. C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. M., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208

- Sarmiento, R. & Setúbal, M. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspetos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas de Campinas*, 12 (3), 261-268.
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L., Strobino, D., Powe, N., & Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the health status in pregnancy (HIP) study. *Maternal and Child Health Journal*, 13 (5), 577-587. Doi: 10.1007/s10995-008-0392-7
- Silva, A. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.
- Symon, A., MacKay, A., & Ruta, D. (2003), Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 21-29. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x
- Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31 (5), 385-397. Doi:10.1080/00926230591006502
- Vettorazi, J.; Marques, F.; Hentschel, H.; Ramos, J.G.L.; Costa, S.; Bedalotti, M. (2012). *Sexualidade e puerpério*.
- Lima, L., Claudia, A., Fernandes & Quintella, A. (2010).
- Davim, R.M.B., Silva, R.A.R., Gomes, A.P., Galvão, M, C, B & Araújo, M, G, S. (2010). *Qualidade de vida de gestantes: factores que interferem*.

- Silva, I.A. (1988). *Reações emocionais da mulher no puerpério*.
- Saraiva, E.R.A., Coutinho & Coutinho, M.P.L. (2008).
- Schmidt, E.B., Piccoloto, N.M. & Iller, M.C. (2005).
- Assis, T.R., Rezende, F.R. & Sá, A.C.A.M. (2015). *percepção de puérperas sobre mudanças sexuais após exercícios para o assoalho pélvico: uma abordagem qualitativa*.
- Vieira, T.C.B., Souza, E., Nakamura, M.U. & Matta, R. (2012). *sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?*
- Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos, J.G.L., Costa, S.H.M. & Badalotti, M. (2012).
- Ferreira, D.Q., Nakamura, M.U., Souza, E., Neto, C.M., Ribeiro, M.C., Santana, T.G.M. & Abdo, C.H.N. (2012). *função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco*.
- Limal, A.C., Dottol, L.M.G. & Mamedell, M.V. (2013). *Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil*.
- Silva, A.I. & Figueiredo, B. (2005). *sexualidade na gravidez e após o parto*.
- Progiantil, J.M. & Costall, R.F. (2012).
- Rodrigues, A.S.N. (2009).
- Pradro, D.S., Lima, R.V. & Lima, L.M.R. (2013). *impacto da gestação na função sexual feminina*.
- Macedo, L.C., Carvalho, H.B., Medeiros, S.W., Santos, A.M.B., Katz, L. & Amorim, M.M.R. (2017). *avaliação da função sexual em primíparas após parto vaginal e nuligestas*.
- Sarmiento, R. & Setubal, M.S.V. (2003). *abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério*.

Strapasson, M.R. & Nedel, M.N. (2010). *puerperio imediato: desvendando o significado da maternidade.*

Cunha, A.B., Richen, J.X., Lima, P., Gil, S. & Cyrino, L.A.R. (2012). *A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto.*

Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P.J.M., Sauer, K. (2015). *Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women.*

Rato, P.I. (1988). *Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal.*