

TÂNIA ALEXANDRA ALVES DA SILVA

**SATISFAÇÃO CONJUGAL, SATISFAÇÃO SEXUAL
E PRÁTICAS SEXUAIS DAS MULHERES NO PÓS-
PARTO**

Orientadora: Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2017

TÂNIA ALEXANDRA ALVES DA SILVA

**SATISFAÇÃO CONJUGAL, SATISFAÇÃO SEXUAL
E PRÁTICAS SEXUAIS DAS MULHERES NO PÓS-
PARTO**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida com o Despacho Reitoral nº 363/2017 com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Ana Prioste

Arguente: Prof.^a Doutora Patrícia Pascoal

Orientadora: Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2017

“O sucesso requer persistência, é a habilidade de não se render perante as falhas. Penso que o estilo otimista é a chave para a persistência” (Martin Seligman)

Agradecimentos

Este trabalho simboliza o desfecho de cinco anos de formação académica, conseguido com muita dedicação e força de vontade. Como, sem o apoio e a orientação de algumas pessoas, isto não teria sido possível, quero deixar alguns agradecimentos.

Em primeiro lugar, à Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré, por todas as orientações académicas, disponibilidade, paciência e rigor que demonstrou para comigo neste último ano.

À minha mãe, aos meus avós e ao Nelson, que sempre me incentivaram a nunca desistir, que me mostraram que nada se alcança sem nos esforçarmos e dedicarmos àquilo que verdadeiramente queremos e que sempre acreditaram no meu potencial.

Ao meu irmão David, que compreendeu a razão pela qual, muitas vezes, recusei brincar com ele, brindando-me com a sua boa disposição.

Ao meu padrinho, que nunca duvidou das minhas capacidades e que sempre me apoiou na minha formação académica.

À minha madrinha Cristina, que com a sua boa disposição e orgulho com que fala de mim aos seus amigos, só me deu mais força para ser cada vez melhor em tudo o que faça.

Às minhas primas, Marta e Renata, que estiveram sempre ao meu lado e que acreditaram que eu conseguiria finalizar com sucesso mais uma etapa da minha vida.

Aos meus melhores amigos, Carolina Gaspar, João Rosa e Catarina Oliveira, por todas as vezes que me aturaram com o mau feitio, que lidaram com a minha ausência em encontros de amigos, que sempre se disponibilizaram para me ouvir quando estava mais em baixo e que me deram força para continuar em frente. “Dos fracos não reza a história!”

E, por fim, mas não menos importantes, a todos os meus amigos da faculdade, Ana Sofia de Almeida, Francisco Rachinas, João Peres, Carla Sousa e Joana Santos, por todo o apoio incondicional e motivação com que sempre me brindaram desde o início da minha formação académica até aos dias de hoje.

A todos vós, o meu muito, muito obrigada!

Resumo

A transição para a parentalidade, principalmente em mulheres que são mães pela primeira vez, acarreta diversas modificações nas suas vidas. A sexualidade e a satisfação conjugal são áreas que sofrem este impacto. Assim sendo, este estudo teve como objectivo descrever a satisfação conjugal, a satisfação sexual e as práticas sexuais no pós-parto experienciada por mulheres primíparas e avaliar as relações entre estas variáveis. A amostra foi composta por 44 mulheres entre os 19 e os 36 anos, que preencheram um questionário sociodemográfico e clínico, Questionário de Práticas Sexuais, Nova Escala de Satisfação Sexual, Escala de Satisfação Relacional e Questionário de Ajustamento e Atitudes Maternas no Pós-Parto. Os resultados demonstraram que a troca de carícias é a prática sexual mais utilizada pelas mulheres neste período, e que a satisfação conjugal se associa positivamente com a satisfação sexual. O nascimento de um filho é um momento de transição de uma díade para uma tríade com repercussões nestas variáveis. Deste modo, torna-se necessário que os profissionais de saúde forneçam a maior informação possível sobre como contornar estas dificuldades, de modo a promoverem a adaptação das mulheres a esta fase da vida.

Palavras-chave: parentalidade, primiparidade, práticas sexuais, satisfação conjugal, satisfação sexual.

Abstract

The transition to parenthood, especially in women who are mothers for the first time, brings about several changes in their lives. Sexuality and marital satisfaction are areas that suffer from this impact. Thus, this study, aimed to describe the marital satisfaction, sexual satisfaction and sexual practices in the postpartum experienced by primiparous women and evaluate their relationships. The sample consisted of 44 women between the ages of 19 and 36 years old, who completed an evaluation protocol consisting of a sociodemographic and clinical questionnaire, Sexual Practices Questionnaire, New Sexual Satisfaction Scale, Relational Satisfaction Scale and Maternal Adjustment and Maternal Attitudes Inventory Postpartum. The results showed that the exchange of caresses is the sexual practice most used by women in this period, and that marital satisfaction is positively associated with sexual satisfaction. The birth of a child is a moment of transition from dyad to triad that ends up having repercussions on these variables. In this way, it's necessary for health professionals to provide more information about how to overcome these difficulties, in order to help women adapt to this phase of life.

Keywords: parenthood, primiparity, sexual practices, marital satisfaction, sexual satisfaction.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CEDIC – Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica

EPCV – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

ESR – Escala de Satisfação Relacional

H1 – Hipótese 1

H2 – Hipótese 2

H3 – Hipótese 3

H4 – Hipótese 4

MAMA POST - Questionário de Ajustamento e Atitudes Maternas no Pós-parto

NESS – Nova Escala de Satisfação Sexual

QPR – Questionário de Práticas Sexuais

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Índice

Introdução	9
Satisfação Conjugal	10
Satisfação Sexual e Práticas Sexuais	11
Objectivos	13
Metodologia.....	14
Amostra.....	14
Instrumentos.....	16
Procedimento	17
Análises Estatísticas.....	18
Resultados.....	18
Discussão	21
Pontos fortes do estudo	24
Limitações.....	24
Implicações Clínicas	25
Sugestões para futuros estudos	26
Referências	26
Anexos.....	I
Anexo I – Consentimento Informado	I
Anexo II– Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos	II
Anexo III – Escala de Avaliação Relacional	V
Anexo IV – Nova Escala de Satisfação Sexual	VI
Anexo V – Questionário de Ajustamento e Atitudes Maternas no Pós-parto.....	VII
Anexo VI – Questionário de Práticas Sexuais	X

Índice de Quadros

Quadro 1 – <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra</i>	14
Quadro 2 – <i>Caracterização Clínica da Amostra</i>	15
Quadro 3 – <i>Estatísticas Descritivas da Satisfação Conjugal, Satisfação Sexual e Práticas Sexuais</i>	19
Quadro 4 – <i>Correlação entre as variáveis do estudo</i>	21

Introdução

A transição para a parentalidade ocorre com a gravidez do primeiro filho e termina alguns meses após o seu nascimento, não havendo um início e um fim exactos para tal (Adamsons, 2013). Alguns estudos indicam que esta transição pode durar até três anos após o parto (Affonso & Sheptak, 1989; Belsky, Lang & Rovine, 1985; Belsky & Rovine, 1990; Belsky, Spanier & Rovine, 1983, citado em Adamsons, 2013). No entanto, Fraser e Cooper (2010) afirmam que a transição para a parentalidade dura até seis semanas, período caracterizado pela recuperação física e psicológica das mães. Barros (2009) definiu três fases distintas nesta transição: o puerpério imediato, que ocorre nas primeiras duas horas após a expulsão da placenta, o puerpério mediato, que se inicia logo após ao puerpério imediato até ao décimo dia, e o puerpério tardio, que decorre entre o décimo primeiro dia após o parto e o reinício da menstruação na mulher não lactante, e até à sexta/oitava semana, no caso das mulheres lactantes.

Esta transição tem um valor importante, principalmente para as mães primíparas, visto que é caracterizada por um período de instabilidade (Mendes, 2007) que acarreta novas tarefas até então desconhecidas, como a integração de novas responsabilidades relacionadas com o cuidado e educação do filho (Canavarro, 2001), a aceitação do bebé como pessoa separada (Mota, 2011) e a integração da nova identidade materna através da redefinição de valores, prioridades e objectivos (Silva, 2012), obrigando a mulher a adaptar-se às mudanças físicas, psicológicas e socioculturais (Acele & Karaçam, 2011) próprias da transição da condição de filha e mulher para a condição de mãe (Zanatta & Pereira, 2015).

Relativamente à dimensão física, o colo uterino após o parto torna-se mole e não volta à sua aparência pré-gestacional, permanecendo fino, frágil e edemaciado (Alves, 2008); existe diminuição da lubrificação vaginal devido aos baixos níveis de estrogénio (Mendes, 2007); verifica-se dor perineal e diminuição da elasticidade da pele; o peito torna-se mais cheio, duro e pesado devido à existência do fluxo de leite (Amorim, 2010; Barros, 2009; Lowdermilk & Perry, 2006) e pode existir uma queda de cabelo significativa, restabelecendo-se entre seis a nove meses após o parto (Conceição, 2009). As mudanças físicas ocorridas nas mulheres afetam a sua imagem corporal (Branden, 2000).

A nível psicológico, é comum surgirem sintomas ansiosos e depressivos (Sarmiento & Setúbal, 2003). Estima-se que 70% a 90% das mulheres apresentam um estado depressivo mais leve e transitório, conhecido por *baby blues*, e que ocorre, normalmente, no terceiro dia após o parto e dura, em média, duas semanas (Sarmiento & Setúbal, 2003). Este estado surge associado

à perda do corpo gravídico, lento retorno ao corpo original, separação mãe/bebé, abandono da idealização do bebé e vivência do mesmo como ser real e diferente de si, e priorização das necessidades do bebé em vez das suas (Maldonado, 1981; Soifer, 1977; Szejer & Stewart, 1997). As mulheres também ficam mais propensas a estes sintomas devido a uma maior sobrecarga das tarefas domésticas e dificuldades no desempenho das responsabilidades parentais, necessitando de maior suporte conjugal e social nesta fase (Camacho et. al., 2006; Sarmento & Setúbal, 2003).

A nível sociocultural, as mudanças prendem-se com a reorganização do papel enquanto mulher/mãe (Martins, 2013). As mulheres passam a ser vistas como as principais cuidadoras das crianças no primeiro ano de vida, recaindo sobre as mesmas a responsabilidade de garantir tanto a sobrevivência e bem-estar da criança como os de toda a família (Martins, 2013). Com a responsabilidade do novo papel, as mulheres têm a necessidade de ser reconhecidas como boas mães, sacrificando as suas próprias necessidades em termos de privacidade, espaço, tempo e bens materiais em função das necessidades dos filhos (Canavarro, 2001).

Satisfação Conjugal

Segundo Norgren et. al. (2004), a satisfação conjugal é subjectiva e implica ver as próprias necessidades e desejos supridos e corresponder às expectativas do companheiro, relacionando-se com o bem-estar, contentamento, companheirismo, afecto e segurança entre os membros do casal.

Alguns estudos de Gomes (2009) demonstraram que a satisfação conjugal não é constante no tempo, sendo normalmente elevada nos primeiros anos de relacionamento, diminuindo durante os anos intermédios em resultado da transição para a parentalidade e aumentando novamente quando os filhos se tornam adolescentes (Anderson, Russel & Schumm, 1983). Estes dados são consistentes com os estudos de outros autores (Jager & Bottoli, 2011; Silva & Figueiredo, 2005), que demonstraram que a satisfação conjugal diminui consideravelmente durante o período de criação dos filhos. Nesta fase, de modo a integrar o filho no funcionamento familiar, é necessário reorganizar a relação conjugal (Figueiredo, 2005; Luz, Luz & Luz, 2014), o que normalmente representa um desafio, devido ao decréscimo do amor romântico (Rodrigues, 2013), da proximidade e disponibilidade emocional do casal e ao aumento de conflitos conjugais derivados da redução da satisfação conjugal, da actividade sexual e da falta de tempo para as actividades a dois (Abreu, 2009; Prati & Koller, 2011).

De acordo com um estudo realizado por Cowan e Cowan (2000), as mulheres sofrem mais o impacto do nascimento do primeiro filho durante os primeiros seis meses após o parto no que diz respeito à satisfação conjugal quando comparadas com os homens, mostrando-se mais insatisfeitas (Shapiro, Gottman & Carrère, 2000), apresentando mais sintomatologia depressiva, maior stresse e uma auto-estima mais diminuída devido, maioritariamente, às responsabilidades acrescidas de cuidar do bebé e das tarefas domésticas (Belsky, Spanier & Rovine, 1983; Pancer, Pratt, Hunsberger & Gallant, 2000). A atenção passa a estar direccionada para as necessidades do bebé, negligenciando a preocupação e a valorização entre os membros do casal (Alves, 2008). Todavia, um estudo levado a cabo por Price (2004) demonstrou que, da gravidez para o período pós-parto, os casais perceberam uma melhoria da satisfação conjugal, pois identificaram os aspectos negativos da relação nesta fase de transição para a parentalidade e, em conjunto, desenvolveram estratégias de resolução de problemas. Menezes e Lopes (2007) também demonstraram, no seu estudo, que os casais que resolvem os seus problemas conjugais através da comunicação revelam maiores níveis de satisfação conjugal

Satisfação Sexual e Práticas Sexuais

De acordo com Lawrence e Byers (1995), a satisfação sexual é uma resposta afectiva que resulta da avaliação subjectiva das dimensões positivas e negativas associadas à relação sexual que os elementos do casal mantêm entre si ou como a actividade sexual mantida corresponde aos seus ideais (Delamater, 1991).

A sexualidade é uma condição importante da vida humana que está presente em todas as fases da vida (Pissolato, Alves, Prates, Wilhelm & Ressel, 2016) e que tem impacto na satisfação conjugal (Edlin & Golanty, 2012; Erenel, Eroglu, Vural & Dilbaz, 2011; Sacomori & Cardoso, 2010). São vários os estudos que demonstram a existência de uma relação positiva entre a satisfação conjugal e a satisfação sexual (Yeh, Lorenz, Wickrama & Conger, 2006; Narciso & Costa, 1996). Assim, a frequência da actividade sexual e a frequência com que as mulheres conseguem atingir o orgasmo surgem, igualmente, associadas de forma positiva com a satisfação sexual (Carvalheira & Leal, 2008; Morais, 2012).

Com a transição para a parentalidade, a sexualidade sofre a influência das mudanças físicas e psicossociais já referidas, próprias da gravidez e do período pós-parto (Brtnicka, Weiss & Zverina, 2009; DeJudicibus & McCabe, 2002; Erenel et. al., 2011; Johnson, 2011). As mulheres tornam-se mais vulneráveis ao stresse e a sintomas ansiosos e depressivos devido às dificuldades relacionadas com o aumento das preocupações com as responsabilidades maternas (Acele & Karaçam, 2012), o que afecta negativamente a satisfação sexual devido a uma

diminuição geral do seu bem-estar e à ruptura da atenção exclusivamente prestada ao companheiro (Silva & Figueiredo, 2005). É frequente que, para a maioria das mulheres, este período seja marcado por uma redução ou ausência da actividade sexual e, consequentemente, por uma diminuição da sua frequência (Antunes, 2008), especialmente do sexo vaginal, resultando do medo de dor (dispareunia), devido à diminuição da lubrificação e estreitamento da mucosa vaginal ou preocupação com a cicatrização dos tecidos perineais (Menezes & Marques, 2010). Outros factores influenciadores prendem-se com a diminuição do desejo sexual, sangramento vaginal, medo de infecção, fadiga, e percepção da sua imagem corporal (Acele & Karaçam, 2012; Enderle et. al., 2013; Esteves, 2015). Num estudo retrospectivo com 304 mulheres, verificou-se que os factores que mais influenciam a diminuição do desejo sexual nos primeiros três meses após o parto são igualmente: fadiga, stresse e falta de tempo (Hipp, Low & Van Anders, 2012), pois as mulheres acabam por direccionar a sua atenção para o novo membro da família, negligenciando a atenção prestada ao companheiro (Fox, 2009; MacDermid, Huston & McHale, 1990, citado em Adamsons, 2013), o que acaba por conduzir a uma diminuição da satisfação conjugal. Um estudo realizado por Pissolato et. al. (2016) demonstrou que a amamentação também pode influenciar negativamente a retoma da actividade sexual bem como a frequência da mesma, visto que o peito da mulher fica mais sensível e existe uma ejeção de leite sem controlo durante a actividade sexual. Por sua vez, esta perda de leite pode gerar sentimentos de desconforto, vergonha, constrangimento ou nojo na mulher, no homem ou em ambos (Marques & Lemos, 2010; Salim, Araújo & Gualda, 2010). Deste modo, estes sentimentos dificultam que os mesmos conjuguem a dupla representação do seio feminino como fonte de alimentação do filho e uma zona erógena (fonte de prazer e excitação sexual) (Abuchaim & Silva, 2010; Mendes, 2007).

Segundo Sydow (1999), no período pós-parto, 57% das mulheres afirmam estar insatisfeitas a nível sexual com o companheiro, sendo que um terço dos casais referiu que o relacionamento sexual piorou. No entanto, DeJudicibus e McCabe (2002) demonstraram que existem mulheres que apontam maiores níveis de satisfação conjugal no período pós-parto, experienciando assim maiores níveis de satisfação sexual.

Segundo alguns dados médios de amostras europeias e americanas, até às 6-8 semanas do período pós-parto, a frequência do sexo vaginal é reduzida (entre 9 a 17%) (Orji, Ogunlola & Fasubaa 2002; Sydow, Ullmeyer & Happ, 2001; Witting et. al., 2008). Todavia, no segundo mês após o parto, este valor aumenta para 66 a 94%, atingindo os 97% ao décimo terceiro mês após o parto (Sydow, 1999). Quanto à iniciativa sexual, Orji et. al. (2002) verificaram que as

mulheres não têm iniciativa para consumir o acto sexual, sendo esta tomada pelos homens. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Sydow (1999), que concluiu que a motivação das mulheres para o sexo vaginal, nesta fase, relaciona-se com as necessidades dos companheiros, vendo o mesmo como uma obrigação da relação amorosa ou como uma necessidade de satisfazer o companheiro, sobretudo na primeira relação sexual vaginal após o parto. No que diz respeito à masturbação, entre os três e os seis meses após o parto, 5 a 20% das mulheres afirmam recorrer a esta prática (Masters & Johnson, 1966). Após o nascimento do bebé, o contacto sexual não-vaginal (carícias) inicia-se primeiro que o sexo vaginal, num período aproximado de três semanas (Hyde, DeLamater, Plant, & Byrd, 1996; Sydow, 1999; Sydow et. al., 2001).

Na primeira relação sexual vaginal, apenas 20% das mulheres conseguem atingir o orgasmo, aumentando para 75% entre o terceiro e o sexto mês (Sydow, 1999). Segundo alguns autores (Hyde et. al., 1996; Sydow, 1999; Sydow et. al., 2001), a prática sexual mais frequentemente utilizada no pós-parto é o sexo oral masculino, também designado como *fellatio*.

É importante salientar que foram encontrados poucos estudos referentes à prevalência e frequência de todas as práticas sexuais mencionadas no período pós-parto. Com o presente estudo, pretende-se tentar contornar esta limitação.

Objectivos

Este estudo focou-se em mulheres primíparas, tendo como objectivos descrever a satisfação conjugal, a satisfação sexual e as práticas sexuais no pós-parto; avaliar a relação entre a satisfação conjugal e a satisfação sexual; avaliar a relação entre as diferentes práticas sexuais e a satisfação conjugal, satisfação sexual e o tempo decorrido desde o parto; e avaliar a relação entre a percepção da imagem corporal e a atitude face ao sexo. Neste sentido, foram definidas quatro hipóteses:

Hipótese 1 (H1): A satisfação conjugal tende a diminuir à medida que a satisfação sexual diminui.

Hipótese 2 (H2): A frequência da ocorrência do orgasmo associa-se positivamente à satisfação sexual.

Hipótese 3 (H3): A frequência do sexo vaginal associa-se positivamente com o tempo decorrido desde o parto.

Hipótese 4 (H4): A imagem corporal associa-se positivamente à atitude face ao sexo.

Metodologia

Amostra

A amostra foi constituída por mulheres que se encontram no pós-parto, consistindo numa amostra por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser primípara; ter um filho de até 24 meses de idade; e estar envolvida numa relação conjugal com o pai do filho. Inicialmente, o protocolo de investigação foi respondido por 54 mulheres, sendo que uma foi excluída por não cumprir o último critério e nove foram excluídas por não cumprirem o segundo critério. Deste modo, no total participaram, neste estudo, 44 mulheres.

Quadro 1.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%
Idade	27,30	4,78		
Escolaridade (anos)	13,23	3,00		
Duração da relação conjugal (anos)	6,27	4,55		
Idade do filho (meses)	8,16	6,31		
Estado civil				
Solteira			8	18,2
Casada			17	38,6
União de facto			19	43,2
Situação profissional				
Estudante			1	2,3
Trabalhadora a tempo inteiro			26	59,1
Trabalhadora a tempo parcial			4	9,1
Desempregada			12	27,3
Outro			1	2,3

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra (ver Quadro 1), as 44 mulheres apresentaram idades entre os 19 e os 36 anos. Quanto aos anos completos de escolaridade, variaram entre 9 e 21 anos. No que diz respeito à duração da relação amorosa, a relação mais recente apresentou uma duração inferior a um ano e a relação mais duradoura foi de 17 anos.

Quanto à idade do primeiro filho, o bebé mais novo ainda não tinha um mês e o mais velho apresentava 24 meses.

Relativamente à caracterização clínica da amostra (ver Quadro 2), a maioria das mulheres não apresentou problemas antes, durante ou após a gravidez (gravidez de risco, problema médico, diagnóstico de doença física/psiquiátrica, diagnóstico de disfunção sexual).

Quadro 2.

Caracterização Clínica da Amostra

	<i>n</i>	%
Gravidez de risco		
Sim	14	31,8
Não	30	68,2
Problema médico durante a gravidez		
Sim	12	27,3
Não	32	72,7
Diagnóstico de doença física/psiquiátrica		
Sim	3	6,8
Não	41	93,2
Diagnóstico de disfunção sexual		
Não	44	100
Tempo decorrido desde o diagnóstico		
Não tem diagnóstico	41	93,2
Mais de 1 ano e menos de 2 anos	1	2,3
Mais de 2 anos	2	4,5
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico		
Sim	10	22,7
Não	34	77,3
Duração de acompanhamento psicológico/ psiquiátrico		
Nunca teve	34	77,3
Terminou há mais de 1 ano	10	22,7

Instrumentos

O protocolo de avaliação foi constituído por cinco questionários de auto-resposta descritos de seguida.

Questionário Sociodemográfico e Clínico: este questionário permitiu recolher informação sobre as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, escolaridade) e características clínicas (e.g., existência de gravidez de risco, existência de problemas médicos durante a gravidez, diagnóstico de doença física/psiquiátrica).

Escala de Avaliação Relacional (EAR) (Hendrick, Dicke & Hendrick, 1998; Santos et. al., 2000, revista por Lind, 2008): esta escala unifactorial foi construída para avaliar o nível de satisfação com o relacionamento amoroso que o indivíduo mantém com o/a companheiro/a. É composta por sete itens, sendo que as respostas são dadas numa escala de Likert que varia de 1 a 5. As pontuações mais altas indicam maior satisfação relacional. Esta escala pode ser utilizada como rastreio, onde as pontuações variam entre valores superiores a 4 (indicador de maior satisfação) e 3 (indicador de insatisfação). A versão original desta medida mostrou-se válida e com uma boa fiabilidade ($\alpha = 0,86$). A versão portuguesa construída por Santos et al. (2000) e revista por Lind (2008) apresentou um alfa de Cronbach de 0,93 para as mulheres. Nesta amostra, a EAR apresentou um alfa de Cronbach de 0,90.

Nova Escala de Satisfação Sexual (NESS) (Stulhofer, Busko & Brouillard, 2010; Pechorro et. al., 2015): esta escala tem uma estrutura bidimensional: Centração no Eu e Centração no Parceiro e na Actividade Sexual. Inclui 20 itens que visam avaliar a satisfação com as relações sexuais que o indivíduo mantém com o/a companheiro/a. É respondida numa escala de Likert de cinco pontos (de 1 *Nada satisfeito/a* a 5 *Totalmente satisfeito/a*). A pontuação total pode variar entre 20 e 100, sendo que pontuações mais altas correspondem a maior satisfação sexual. A versão original apresentou um alfa de Cronbach total de 0,93. Na escala validada para a população portuguesa, o valor foi de 0,94. Nesta amostra, o valor total foi de 0,96, sendo que a sub-escala Centração no Eu apresentou um alfa de Cronbach de 0,95 e a sub-escala Centração no Parceiro e na Actividade Sexual apresentou um alfa de Cronbach de 0,93. Neste estudo, foi apenas utilizado o valor total da escala.

Questionário de Ajustamento e Atitudes Maternas no Pós-Parto (MAMA POST) (Kumar, Robson & Smith, 1984; Antunes & Justo, 2007): este questionário foi construído com o intuito de avaliar a adaptação das mulheres no período pós-parto. É constituído por 60 itens, avaliados numa escala de Likert de quatro pontos, em que 1 corresponde a *Nunca* e o 4 a *Muitas vezes*. As pontuações das sub-escalas variam entre 12 e 48, sendo que pontuações mais altas

correspondem a melhores avaliações realizadas pelas mulheres. Está organizado em 5 sub-escalas: Imagem Corporal (percepção sobre as modificações corporais inerentes à gravidez); Sintomas Somáticos (desconforto resultante da percepção sobre o seu funcionamento somático); Relação Conjugal (sentimentos de cumplicidade e inter-ajuda expressos pela mulher); Atitudes face ao Sexo (manifestações de agrado/desagrado perante a actividade sexual no momento presente) e Atitude face ao Bebê (sentimentos da mulher face ao bebé).

Originalmente, os valores do alfa de Cronbach variaram entre 0,68 (Sintomas Somáticos) e 0,84 (Atitude face ao Sexo), com a sub-escala Atitude face ao Bebê a demonstrar o valor inaceitável de 0,51. Neste estudo, o valor de alfa de Cronbach da sub-escala Atitude face ao Bebê foi igualmente baixo (0,49), variando entre 0,69 (Sintomas Somáticos) e 0,87 (Relação Conjugal) para as restantes sub-escalas. Foram utilizadas apenas as sub-escalas Imagem Corporal e Atitude face ao Sexo.

Questionário de Práticas Sexuais (QPS) (desenvolvido por nós, com base no Questionário das Práticas Sexuais de Cunha, 2009): este questionário foi construído por Cunha (2009) para avaliar as práticas sexuais durante o mês anterior àquele em que a grávida se encontrava no momento em que respondia ao questionário, incluindo questões relacionadas com as razões pelas quais tinha sexo durante a gravidez, quem tomava a iniciativa da actividade sexual, a sua frequência, as práticas sexuais (preliminares, masturbação, lubrificação vaginal, sexo oral e sexo anal), fantasias sexuais, a posição mais utilizada e o orgasmo. Visto que as questões foram construídas com o objectivo de descrever os vários comportamentos sexuais possíveis, assumiu-se como um instrumento de verificação de comportamentos sexuais. Não foi verificada a consistência interna deste questionário. Neste estudo, o objectivo foi identificar as práticas sexuais mais utilizadas no período pós-parto, tendo as perguntas originais sido adaptadas de forma a incluírem o período anterior à gravidez e posterior ao parto. O questionário é constituído por três perguntas de escolha múltipla sobre a retoma da actividade sexual, razões para ter sexo após o parto e quem toma a iniciativa de ter relações sexuais, e por um quadro referente às práticas sexuais no período anterior à gravidez e no período actual, avaliadas numa escala de Likert de 6 pontos, em que 1 = *Nunca* e 6 = *4 ou mais vezes por semana*. Na presente amostra, o alfa de Cronbach para as práticas sexuais antes da gravidez foi de 0,60 e para as práticas sexuais após o parto foi de 0,64.

Procedimento

O presente estudo foi transversal e de carácter quantitativo. Enquadra-se num projecto mais alargado intitulado “Adaptação de homens e mulheres ao nascimento de um filho: Da

avaliação à identificação de factores associados aos indicadores de adaptação” que foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), tendo sido aprovado. Após a aprovação, foram construídas duas plataformas (uma com a versão feminina e outra com a versão masculina do protocolo) através do *website* www.typeform.com, onde os protocolos de avaliação foram disponibilizados *online*. Nestas plataformas, os participantes acederam ao consentimento informado (Anexo I), cuja leitura e aceitação eram requeridas para poderem participar no estudo. Os protocolos de avaliação eram identificados por códigos numéricos específicos, de modo a permitirem emparelhar as respostas dos dois elementos do casal. A investigação foi divulgada pelas redes sociais, nomeadamente, Facebook e blogs. No entanto, devido ao número insuficiente de respostas por parte dos homens e a erros dos participantes na inserção dos códigos, foram consideradas apenas as respostas das mulheres para este estudo.

Análises Estatísticas

Para a análise dos dados recorreu-se ao IBM SPSS Statistics 22. Para o primeiro objectivo, foram calculadas estatísticas descritivas (médias e frequências). Para os objectivos seguintes, nos quais se enquadram as hipóteses, foram realizadas correlações bivariadas (coeficiente de correlação de Pearson). O nível de significância adoptado foi de 0,05.

Resultados

No Quadro 3, encontram-se as estatísticas descritivas da satisfação conjugal, satisfação sexual e práticas sexuais das mulheres no período pós-parto, dando resposta ao primeiro objectivo deste estudo. Salienta-se que a média da satisfação conjugal e da satisfação sexual das mulheres foi elevada, apontando para níveis altos de satisfação. Os resultados demonstraram também que a maioria das mulheres, neste período, recorre mais frequentemente à troca de carícias (4 ou mais vezes por semana) e a prática sexual à qual recorrem menos é o sexo anal, sendo que 32 mulheres afirmaram nunca recorrer a esta prática.

Quadro 3.

Estatísticas Descritivas da Satisfação Conjugal, Satisfação Sexual e Práticas Sexuais

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Satisfação conjugal	4,12	0,70		
Satisfação sexual	76,39	16,95		
Carícias				
4 ou mais vezes por semana			15	34,1
2/3 vezes por semana			13	29,5
1 vez por semana			8	18,2
2/3 vezes por mês			3	6,8
1 vez por mês			4	9,1
Nunca			1	2,3
Sexo vaginal				
4 ou mais vezes por semana			2	4,5
2/3 vezes por semana			14	31,8
1 vez por semana			10	22,7
2/3 vezes por mês			13	29,5
1 vez por mês			3	6,8
Nunca			2	4,5
Masturbação				
2/3 vezes por semana			6	13,6
1 vez por semana			6	13,6
2/3 vezes por mês			2	4,5
1 vez por mês			6	13,6
Nunca			24	54,5
Fazer sexo oral				
4 ou mais vezes por semana			1	2,3
2/3 vezes por semana			7	15,9
1 vez por semana			9	20,5
2/3 vezes por mês			9	20,5
1 vez por mês			10	22,7
Nunca			8	18,2
Receber sexo oral				

4 ou mais vezes por semana	1	2,3
2/3 vezes por semana	3	6,8
1 vez por semana	11	25
2/3 vezes por mês	7	15,9
1 vez por mês	9	20,5
Nunca	13	29,5
Sexo anal		
1 vez por semana	2	4,5
2/3 vezes por mês	2	4,5
1 vez por mês	8	18,2
Nunca	32	72,7
Ocorrência de orgasmo		
4 ou mais vezes por semana	1	2,3
2/3 vezes por semana	14	31,8
1 vez por semana	16	36,4
2/3 vezes por mês	9	20,5
1 vez por mês	3	6,8
Nunca	1	2,3

Como mostra o Quadro 4, verificou-se uma correlação positiva entre a satisfação sexual e a satisfação conjugal, demonstrando que a diminuição da satisfação conjugal se associa a uma diminuição da satisfação sexual. Esta associação apresenta uma intensidade moderada (entre 0,3 e 0,6) (Cohen, 1988).

No que diz respeito à relação entre a satisfação sexual e as diferentes práticas sexuais, foi possível verificar que a troca de carícias, o sexo vaginal e o *fellatio* correlacionam-se positivamente com a satisfação sexual. Verificou-se, igualmente, que a troca de carícias e a frequência da ocorrência do orgasmo se associam positivamente com a satisfação conjugal.

Quando avaliada a relação entre o tempo decorrido desde o parto com a satisfação conjugal, satisfação sexual e as diferentes práticas sexuais, verificou-se que a satisfação conjugal e a satisfação sexual se associam negativamente com o tempo decorrido desde o parto. A troca de carícias e a frequência do orgasmo demonstraram estar, também, associadas negativamente ao tempo decorrido desde o parto.

Neste quadro, ainda é possível verificar que existe uma correlação positiva moderada entre a imagem corporal e a atitude face ao sexo.

Quadro 4.

Correlações entre as variáveis do estudo

	Satisfação Sexual		Satisfação Conjugal		Tempo decorrido desde o parto		Atitude face ao sexo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação Sexual	-	-	,310	,043	-,297	,051	-	-
Satisfação Conjugal	,310	,043	-	-	-,393	,009	-	-
Carícias	,487	,001	,332	,030	-,320	,034	-	-
Sexo vaginal	,346	,021	,137	,382	-,266	,081	-	-
Masturbação	-,187	,225	,131	,402	-,224	,144	-	-
Fazer sexo oral	,294	,052	,163	,295	-,260	,089	-	-
Receber sexo oral	,125	,421	,143	,362	-,179	,244	-	-
Sexo anal	,216	,159	-,072	,648	,249	,103	-	-
Frequência ocorrência do orgasmo	,249	,103	,340	,026	-,402	,007	-	-
Imagem Corporal	-	-	-	-	-	-	,487	,001

Discussão

Os objectivos deste estudo consistiram em descrever a satisfação conjugal, a satisfação sexual e as práticas sexuais das mulheres no pós-parto e explorar a relação entre as mesmas, assim como a relação entre o tempo decorrido desde o parto e estas três variáveis, e a imagem corporal e a atitude das mulheres face ao sexo.

Tendo em conta o primeiro objectivo, verificou-se que as médias da satisfação conjugal e da satisfação sexual correspondem a elevados níveis de satisfação. Segundo a literatura encontrada (Price, 2004; Tucker & Aron, 1993), apesar de normalmente, nesta fase,

existir uma diminuição da satisfação conjugal derivada da redução da proximidade e disponibilidade entre o casal, existem alguns casais, principalmente os mais jovens, que afirmam que com o nascimento do primeiro filho houve um aumento da satisfação conjugal devido ao desenvolvimento pessoal e moral que as responsabilidades próprias da transição para a parentalidade lhes proporcionaram. DeJudicibus e McCabe (2002) afirmaram que as mulheres que apontam maiores níveis de satisfação conjugal, experienciam maiores níveis de satisfação sexual, o que vai ao encontro dos resultados deste estudo. Relativamente às práticas sexuais, verificámos que a troca de carícias é a prática sexual não-vaginal mais frequentemente utilizada pelas mulheres nesta fase (34,1%), contrariando os estudos de outros autores (Hyde et. al., 1996; Sydow, 1999; Sydow et. al., 2001) que afirmam que, apesar de esta prática ser a que se inicia primeiro, a prática mais frequentemente utilizada nesta fase é o sexo oral proporcionado aos homens (*fellatio*). O sexo anal foi a prática sexual apontada como a menos recorrida (4,5%). O sexo vaginal foi apontado como a segunda prática sexual mais frequentemente utilizada pelas mulheres (31,8%) a seguir à troca de carícias, contrariando alguns estudos realizados na área (Enderle et. al., 2013). Apesar das responsabilidades existentes para com o bebé e do cansaço, as mulheres tendem a retomar esta actividade sexual entre a sexta e a sétima semana após o parto (Olsson, Lundqvist, Faxelid & Nissen, 2005), ainda que apresentem preocupações relacionadas com a recuperação do aparelho genital e o medo de sentir dor no momento do sexo vaginal, pois no pós-parto os níveis de estrogénio são reduzidos, resultando numa reduzida lubrificação vaginal, o que pode tornar o sexo vaginal desconfortável para algumas mulheres (Abuchaim & Silva, 2010).

Em relação aos objectivos seguintes, nomeadamente à primeira hipótese, verificou-se que a satisfação conjugal se associa positivamente com a satisfação sexual, o que vai ao encontro dos estudos realizados por diversos autores (Morais, 2012; Rodrigues, 2013; Silva & Figueiredo, 2005), que demonstraram que a satisfação conjugal diminui ou aumenta significativamente no período pós-parto em mulheres primíparas, consoante menores ou maiores níveis de satisfação com a sexualidade. Segundo a literatura, menores níveis de satisfação conjugal e satisfação sexual devem-se sobretudo à dificuldade de conciliar os papéis parentais com o relacionamento sexual, diminuindo a proximidade do casal, a comunicação e os sentimentos amorosos entre os parceiros (Mendes, 2007). A mulher passa a concentrar as suas atenções no cuidado do filho, reduzindo o tempo disponível para se dedicar ao companheiro (Menezes & Marques, 2010). Maiores níveis de satisfação conjugal e satisfação sexual derivam do aumento de companheirismo (Huston & Vangelisti, 1995) e da existência de

maiores níveis de satisfação conjugal no período anterior à gravidez (Cowan & Cowan, 1995; Knauth, 2000).

Quanto à segunda hipótese colocada, verificou-se que não existe nenhum tipo de correlação entre a frequência da ocorrência do orgasmo obtido pelas mulheres nas suas relações sexuais e a satisfação sexual, pelo que estes resultados são inconsistentes com um estudo previamente realizado por outros autores (Carvalheira & Leal, 2008). No entanto, verificou-se que a troca de carícias, o sexo vaginal e o *fellatio* se encontram positivamente correlacionados com a satisfação sexual. Estes resultados demonstram que as mulheres que apontam recorrer mais vezes a estas práticas, apresentam maiores níveis de satisfação sexual.

Com os resultados obtidos no estudo, também foi possível verificar que a troca de carícias e a frequência da ocorrência do orgasmo se associam positivamente com a satisfação conjugal, demonstrando que quanto maior for a frequência das mesmas, maiores níveis de satisfação conjugal as mulheres experienciam.

Quando se avaliou a relação entre o tempo decorrido desde o parto com a satisfação conjugal, a satisfação sexual e as diferentes práticas sexuais verificou-se que tanto a satisfação conjugal como a satisfação sexual se correlacionam de forma negativa com o tempo decorrido desde o parto, sugerindo que à medida que o tempo desde o parto vai aumentando, a satisfação conjugal e a satisfação sexual vão diminuindo. Verificou-se, igualmente, que o tempo decorrido desde o parto se associa negativamente com a troca de carícias e a frequência da ocorrência do orgasmo, demonstrando que à medida que o tempo decorrido desde o parto aumenta, a frequência da troca de carícias e a ocorrência do orgasmo nas mulheres tende a diminuir. Não foi verificado nenhum tipo de correlação entre o sexo vaginal e o tempo decorrido desde o parto, rejeitando a hipótese 3.

Com a transição para a parentalidade, as mulheres sofrem bastantes alterações ao nível do seu corpo (Salim et. al., 2010). Num estudo realizado por Salim et. al. (2010), as mulheres relataram que, associados à percepção que têm do seu corpo, surgem sentimentos negativos como vergonha e desconforto que influenciam negativamente a sua atitude face ao reinício da actividade sexual. A atitude face ao sexo prende-se com questões de desejo de ter relações sexuais com o companheiro, sentimentos de vergonha perante a relação sexual, fantasias sexuais e manifestações de agrado/desagrado com a relação sexual (Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2004). Neste estudo, verificámos uma associação positiva entre a forma como as mulheres percebem a sua imagem corporal e a atitude que assumem perante o sexo, pelo que os resultados deste estudo foram consistentes com a hipótese 4, na medida em que a atitude

que as mulheres apresentam perante o sexo aumenta ou diminui consoante a percepção que têm sobre a sua imagem corporal.

Pontos fortes do estudo

Consideramos, como ponto forte deste estudo, o uso da metodologia quantitativa que permitiu complementar as conclusões encontradas em estudos qualitativos (Enderle et. al., 2013; Salim et. al., 2010). Segundo o nosso conhecimento da literatura, não existe nenhum questionário para a população portuguesa que permita descrever as práticas sexuais utilizadas pelas mulheres no período pós-parto. Assim sendo, este estudo responde a algumas questões relacionadas com as alternativas existentes ao sexo vaginal, visto que este período é considerado um momento de crise para as mulheres primíparas devido às modificações corporais e hormonais (McBride, Olson, Kwee, Klein & Smith, 2016). Ressalta-se que foram poucos os estudos encontrados que descrevam a frequência e prevalência de todas as práticas sexuais utilizadas pelas mulheres no pós-parto, pelo que este estudo permite aumentar o conhecimento nesta área.

Limitações

Apesar dos pontos fortes deste estudo, é importante ressaltar as suas limitações. Primeiramente, destaca-se o tamanho da amostra: o número reduzido de participações femininas pode ser justificado devido ao tema em questão ser considerado do foro íntimo. De forma a minimizar este problema, os investigadores contactaram as pessoas exclusivamente via *online*, não havendo contacto directo com as mesmas e foi salientada a confidencialidade e o anonimato das suas respostas.

Em segundo lugar, esta amostra pode não ser representativa da população, pois foi recolhida por conveniência (não probabilística) (Miot, 2011), limitando a generalização dos resultados obtidos no estudo.

Em terceiro lugar, a amostra foi recolhida apenas *online*, pelo que não permite saber o número de pessoas que tomou conhecimento do estudo e quem decidiu participar ou não, não sendo possível calcular a taxa de participação no estudo.

Por último, é importante referir que, para a avaliação das práticas sexuais mais utilizadas no pós-parto pelas mulheres, foi construído um Questionário de Práticas Sexuais (QPS), o qual não foi previamente validado, o que pode comprometer a validade do constructo (em que medida reflecte o domínio de interesse) (Barker, Pistrang & Elliott, 2015). No entanto, foi calculada a consistência interna das variáveis práticas sexuais antes da gravidez ($\alpha = 0,60$) e após a gravidez ($\alpha = 0,64$), o qual mostrou ser aceitável.

Implicações Clínicas

As implicações clínicas deste estudo para a prática em Psicologia Clínica dizem respeito ao facto de ser possível demonstrar quais as práticas sexuais que podem ser adoptadas pela mulher/ casal em substituição ao sexo vaginal sem negligenciar a satisfação conjugal e a satisfação sexual, caso surjam problemas para a sua retoma devido aos factores inerentes ao período gravítico-puerperal (Adamcheski & Wieczorkieyicz, 2013; Salim et. al., 2010). Neste sentido, a educação para a saúde sexual pode mostrar-se como uma ferramenta essencial, no sentido de orientar a adaptação das mulheres que estão a viver o nascimento de um filho pela primeira vez na vivência da sua sexualidade. Esta educação para a saúde sexual deve ser fornecida primeiramente aos profissionais de saúde, de modo a estarem mais informados sobre as necessidades sexuais das mulheres neste período (Al-Bustan, El-Tomi, Faiwalla & Manav, 1995). Seguidamente, os mesmos, nomeadamente, médicos obstetras, enfermeiros e ginecologistas, por serem quem lida directamente com a mulher na fase em questão, podem fornecer-lhe este tipo de informação nas consultas de seguimento (Enderle et. al., 2013). Estes profissionais também poderão fornecer abertura às mulheres para falarem dos seus medos, preocupações e dúvidas que surjam deste processo, e de modo a minimizar o desconforto da actividade sexual, poderão sugerir novas práticas sexuais que possam fornecer prazer tanto à mulher como ao homem ou ainda a utilização de lubrificantes durante as relações sexuais de modo a diminuir a dor/ desconforto (Morais, 2012).

Visto que a percepção que a mulher tem do seu corpo após as modificações sofridas no decorrer da gravidez é um factor que influencia a sua atitude face ao sexo, o psicólogo poderá promover exercícios de sensibilização corporal, de forma a abordar a psicosexualidade feminina e exercícios de reassseguramento (Silva, 2013). A sensibilização corporal tem como objectivo reduzir a ansiedade em relação às modificações corporais e ao medo de não voltar à sua estrutura corporal anterior, e o reassseguramento visa demonstrar a plasticidade do corpo humano e a sua capacidade de readaptação (Silva, 2013). Klein e Guedes (2008) sugeriram que as mulheres deveriam participar em acompanhamento psicológico de grupo, possibilitando a partilha de experiências e a troca de informações com outras mulheres no mesmo contexto. Neste sentido, denota-se que, em 2016, foi criado, na Califórnia, um Programa de Saúde Sexual no Pós-parto para as mulheres (Women's Postpartum Sexual Health Program – WPSHP) com o objectivo de fornecer uma introdução às intervenções que podem melhorar a satisfação sexual e a satisfação conjugal oferecendo, desta forma, um espaço seguro para que as mulheres

obtenham informações e discutam os desafios que a transição para a parentalidade pode trazer para a sexualidade (McBride et. al., 2016).

Sugestões para futuros estudos

Para estudos futuros, propõe-se o recurso a um maior número de participantes, de preferência casais primíparos, permitindo assim perceber como estes experienciam a sexualidade na transição para a parentalidade. Para uma melhor avaliação deste tópico, seria vantajoso fazer um estudo longitudinal, avaliando estes casais em três momentos diferentes: antes da gestação, durante a gestação e após o parto, permitindo identificar as práticas sexuais mais utilizadas em cada momento e de que forma esta área tão importante da condição humana (Pissolato et. al., 2016) influencia a satisfação conjugal durante todo o processo de transição. Para além destas variáveis, também seria útil perceber a importância da comunicação dos medos relacionados com a retoma da actividade sexual após o parto entre o casal e como esta pode influenciar a satisfação conjugal e a satisfação sexual.

Referências

- Abreu, L. M. (2009). Transição para a parentalidade: Estudo comparativo entre mulheres e homens primíparos. Tese apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre, orientada por Margarida Pocinho e Isabel Leal, Lisboa. Retirado a 27 de Novembro de 2016, em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4110/1/15104.pdf>;
- Abuchaim, É., & Silva, I. (2010). Dividindo-se entre ser mãe e mulher: a interface da sexualidade na maternidade. *Anais IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos (SIPEQ)*. São Paulo;
- Acele, E., O., & Karaçam, Z. (2011). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x;
- Adamcheski, J., & Wieczorkieycz, A. (2013). Conhecimentos das mulheres relacionados ao período do puerpério. *Saúde & Meio Ambiente*, 2(1), 69-83. Acedido em 16 de Setembro de 2017, em <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/411/358>;
- Adamsons, K. (2013). Predictors of relationship quality during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 160-171. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.791919>;

- Al-Bustan, M., El-Tomi, N., Faiwalla, M., & Manav, V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 207-215;
- Alves, M. (2008). Factores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientada por Rui Manuel Xavier Vieira, Lisboa. Retirado a 16 de Setembro de 2017, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1117/1/17092_Dissertacao_final_GRACA.pdf;
- Amorim, S. (2010). Tristeza Pós-Parto – Importância do diagnóstico precoce. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciada, orientada por Aldina Manuela Gonçalves Figueiredo, Ponte Lima. Retirado a 16 de Setembro de 2017, em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf;
- Andersen, S., Russel, C., & Schumm, W. (1983). Perceived marital quality and lyfe-cicle categories: a further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45(1), 127-139;
- Antunes, M. S. (2008). Relação Conjugal no Pós-Parto: Diferenças de Género. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientada por João Manuel Rosado de Miranda Justo, Lisboa. Retirado a 2 de Novembro de 2016, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/785>;
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2015). Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners (3ªEd.). Chichester: Wiley;
- Barros, S. (2009). *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – Guia para a prática assistencial*. São Paulo: Editora Roca;
- Belsky, J., Spanier, G. B. & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 45(3), 567-577. Retirado em 23 de Janeiro de 2017, em <http://www.jstor.org/stable/351661>;
- Branden, P. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores;
- Brtnicka, H., Weiss, P. & Zverina, J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislava Lekarske Listy*, 110(7), 427-431;
- Camacho, R., Cantinelli, F., Ribeiro, C., Cantilino, A., Gonsales, B., Braguittoni, E., & Rennó, R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação,

- diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2(33), 92-102. Retirado a 25 de Setembro de 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>;
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, Nj: Erlbaum;
- Conceição, M. (2009). Ajustamento materno no relacionamento intimo com o companheiro após o parto. Tese apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre, orientada por Manuel Alves Rodrigues. Retirado a 16 de Setembro de 2017, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19164/2/Mrcia%20Fontes%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%202009%20v1.pdf>;
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44(4), 412-424. doi: 10.2307/584997;
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, Nj: Erlbaum;
- Cunha, M. (2009). Práticas sexuais e satisfação sexual durante a gravidez. Tese apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre, orientada por Henrique Pereira, Lisboa. Retirado a 26 de Outubro de 2016, em <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4372>;
- DeJudicibus, M. A., & McCabe, M. (2002). Psychological Factors and the Sexuality of Pregnant and Postpartum Women. *The Journal of Sex Research*, 39(2), 94-103. doi: 10.1080/00224490209552128;
- DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney, & Sprecher, *Sexuality in close relationships*, 49-70. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;
- Edlin, G., & Golanty, E. (2012). *Human sexuality: The basics*. Sudbury, MA: Jones & Barlett;
- Enderle, C., Kerber, N., Lunardi, V., Nobre, C., Mattos, L., & Rodrigues, E. (2013). Condicionantes e/ ou determinantes do retorno à actividade sexual no puerpério. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, 21(3), 719-725. Retirado a 24 de Agosto de 2017, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf;
- Erenel, A. S., Eroglu, K., Vural, G., & Dilbaz, B. (2011). A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy?. *Sexuality and Disability*, 29, 207-216. doi: 10.1007/s11195-011-9200-1;

- Esteves, S. (2015). Determinantes do Ajustamento Conjugal da Puérpera – Efeitos da Autoestima. Relatório final apresentado ao Instituto Politécnico de Viseu para obtenção do grau de mestre, orientada por Manuela Ferreira e João Duarte, Viseu. Retirado a 24 de Agosto de 2017, em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2873/1/ESTEVES%2c%20SaraAlexandraFigueiredo.pdf>;
- Fraser, D., & Cooper, A. (2010). *Assistência Obstétrica – Um Guia Prático para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier;
- Figueiredo, B. (2005). Bonding-pais-bebé. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, 287-314. Lisboa: Fim do século;
- Figueiredo, B., Medonça, M., & Sousa, R. (2004). Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 31-51;
- Gomes, A. B. (2009). A satisfação conjugal em casais candidatos à adopção: caracterização em função do género e do motivo para adoptar (infertilidade/ não-infertilidade). Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientada por Salomé Vieira Santos, Lisboa. Retirado a 17 de Setembro de 2017, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2152/1/22285_ulfp034905_tm.pdf;
- Hendrick, S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 137-142. Texas Tech University. <https://doi.org/10.1177/0265407598151009>;
- Hipp, L. E., Low, L. K., & Van Anders, S. M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 2330-2341. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x;
- Huston, T., & Vangelisti, A. (1995). How parenthood affects marriage. *Explaining family interactions*, 147-176. Thousand Oaks: Sage Publications. Retirado a 27 de Setembro de 2017, em https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=E5R2AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA147&dq=How+parenthood+affects+marriage&ots=qNRz7ahptt&sig=uRflX1_yyn4da_Xb0fOL0Y_lbWQ&redir_esc=y#v=onepage&q=How%20parenthood%20affects%20marriage&f=false;
- Hyde, J. S., DeLamater, J. D., Plant, E. A., & Byrd, J. M. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Sexual Research*, 33(2), 143-151. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499609551826>;

- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1267-1284. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x;
- Jager, E., & Bottoli, C. (2011). Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 3(1), 141-153. Retirado a 17 de Setembro de 2017, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n1/v13n1a11.pdf>;
- Klein, M., & Guedes, C. (2008). Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 862-871. Retirado a 10 de Agosto de 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a16.pdf>;
- Knauth, D. G. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*, 23(6), 496-509. doi: 10.1002/1098-240X(200012)23:6<496::AID-NUR8>3.0.CO;2-1;
- Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43-51;
- Lawrence, K. & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in heterosexual long-term relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(2), 267-285. doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x;
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta;
- Luz, A., Luz, A., & Luz, J. (2014). A Transição para a Parentalidade e sua Repercussão no Relacionamento Conjugal. *VIII Mostra de Iniciação Científica IMED*. Retirado a 07 de Janeiro de 2017, em https://www.imed.edu.br/Uploads/micimed2014_submission_3.pdf;
- Maldonado, M. (1981). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (4ªEd.). Petrópolis: Vozes;
- Marques, D. M., & Lemos, A. (2010). Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 4(1), 622-630. doi: 10.5205/reuol.806-7183-1-LE.0402201022;
- Martins, C. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. Tese apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de doutor, orientada por Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo e Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Lisboa. Retirado a 17 de Setembro de 2017, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf;

- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *As reacções sexuais*. Lisboa: Editora Meridiano;
- McBride, H., Olson, L., Kwee, J., Klein, C., & Smith, K. (2016). Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Retirado a 29 de Dezembro de 2016, em <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2016.1141818>;
- Mendes, I. (2007). Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Tese apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor, orientada por Zaida Azeredo, Porto. Retirado a 29 de Janeiro de 2017, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentoIsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>;
- Menezes, C., & Marques, A. (2010). Parto e pós-parto: impacto sobre a sexualidade do pai. *Cadernos de Sexologia*, 3, 77-92. Retirado a 18 de Setembro de 2017, em http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6077/1/ISex_3.pdf;
- Menezes, C., & Lopes, R. C. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF*, 12(1), 83-93. Retirado a 22 de Setembro de 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>;
- Miot, H. (2011). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 10(4), 275-278. Retirado a 18 de Setembro de 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01>;
- Morais, S. M. (2012). A satisfação face à sexualidade no casal após o nascimento do primeiro filho. Tese apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de mestre, orientada por Maria Neto da Cruz Leitão, Coimbra. Retirado a 21 de Dezembro de 2016, em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24048&code=136>;
- Mota, M. (2011). Representações sociais da gravidez: A experiência da maternidade em instituição. Tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientada por Mara Rute Reboló Pereira da Mota, Lisboa. Retirado a 17 de Setembro de 2017, em <http://hdl.handle.net/10400.5/3276>;

- Narciso, I., & Costa, M. (1996). Amores Satisfeitos, mas não Perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130. Retirado a 18 de Setembro de 2017, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15550/2/83473.pdf>;
- Norgren, M. B., Souza, R.M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584. Retirado a 18 de Setembro de 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a20v09n3.pdf>;
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381-387. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x;
- Orji, E. O., Ogunlola, I. O., & Fasubaa, O. B. (2002). Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(2), 166-168. doi: 10.1080/01443610120113319;
- Pancer, S. M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. (2000). Integrative complexity and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68, 253-280;
- Pechorro, P., Almeida, A. I., Figueiredo, C., Pascoal, P., Vieira, R. X., & Jesus, S. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 13(2), 47-53;
- Pissolato, L., Alves, C., Prates, L., Wilhelm, L., & Ressel, L. (2016). Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 8(3), 4674-4680. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4674-4680;
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: perspectiva da psicologia positiva. *Revista Psicologia Clínica*, 23(1), 103-118. Retirado a 29 de Agosto de 2017, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v23n1/a07v23n1.pdf>;
- Price, M. (2004). Young couple's experience of change in their marital relationship across the transition to parenthood. *Dissertation Abstracts International*, 64(8), 40-57;
- Rodrigues, J. C. (2013). Relacionamento conjugal no início da gravidez e aos três meses pós-parto: frequência e satisfação sexual. Tese apresentada à Escola de Psicologia da Universidade do Minho para obtenção do grau de mestre, orientada por Bárbara Figueiredo, Minho. Retirado a 27 de Outubro de 2016, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26977/1/Joana%20Carneiro%20Rodrigues.pdf>;

- Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2010). Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: A retrospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(2), 124-136. doi: 10.1080/00926230903554503;
- Salim, N., Araújo, N., & Gualda, D. (2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista latino-americana enfermagem*, 18(4), 732-739. Retirado a 08 de Setembro de 2017, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf;
- Sarmento, R., & Setúbal, M. S. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, 12(3), 261-268;
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrère, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors and buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 59-70. doi: 10.1037//0893-3200.14.1.59;
- Silva, E. (2013). Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. *O Mundo da Saúde*, 37(2), 208-215. Retirado a 10 de Agosto de 2017, em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf;
- Silva, S. (2012). Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientada por Isabel Silva, Porto. Retirado a 17 de Setembro de 2017, em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf;
- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264. Retirado a 17 de Setembro de 2017, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>;
- Soifer, R. (1977). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes médicas;
- Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49. Acedido a 04 de Julho de 2017, em https://www.researchgate.net/publication/12789893_Sexuality_during_pregnancy_and_after_childbirth_A_metacontent_analysis_of_59_studies;
- Sydow, K., Ullmeyer, M., & Happ, N. (2001). Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *Journal of Psychosomatic*

- Obstetrics & Gynecology.*, 22, 29-40. Retirada a 20 de Abril de 2017, em https://www.researchgate.net/publication/12017528_Sexual_activity_during_pregnancy_and_after_childbirth_Results_from_the_Sexual_Preferences_Questionnaire;
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo;
- Tucker, P., & Aron, A. (1993). Passionate love and marital satisfaction at key transition points in the family life cycle. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(2), 135-147;
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., et al. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 89-106. doi: 10.1080/00926230701636163;
- Zanatta, E., & Pereira, C. (2015). “Ela Enxerga em Ti o Mundo”: A Experiência da Maternidade pela Primeira Vez. *Temas em Psicologia*, 23(4), 959-972. doi: 10.9788/TP2015.4-12;
- Yeh, H., Lorenz, F., Wickrama, K., & Conger, R. (2006). Relationships among sexual satisfaction marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 339-343. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.339.

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

ADAPTAÇÃO DE HOMENS E MULHERES AO NASCIMENTO DE UM FILHO: DA AVALIAÇÃO À IDENTIFICAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AOS INDICADORES DE ADAPTAÇÃO

Quem são os responsáveis pelo estudo?

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa). O projecto é coordenado pelas Professoras Bárbara Nazaré e Raquel Pires.

O que se pretende com este estudo?

O nascimento de um filho comporta mudanças significativas em diversas áreas da vida familiar. Com este estudo, pretendemos conhecer melhor a adaptação de mulheres e homens a esta experiência. Deste modo, poderemos desenvolver acções de prevenção ou intervenção, com o objectivo de apoiar as famílias nesta fase de transição.

Quem pode participar no estudo?

Todas as pessoas com 18 anos ou mais, residentes em Portugal, envolvidas numa relação amorosa, com um primeiro filho de ambos ou pelo menos um filho até aos 24 meses de idade e que saibam ler e escrever fluentemente em Português.

Em que consiste a participação no estudo?

Trata-se de uma participação voluntária, que consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre diversas áreas da vida (p. e., relação conjugal, sexualidade). Esta tarefa terá a duração aproximada de 15 minutos. A participação no estudo não comporta quaisquer riscos ou custos, nem é recompensada monetariamente.

Que direitos têm os participantes?

Os participantes têm o direito de recusar participar no estudo. Caso aceitem participar, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A eventual desistência não trará quaisquer consequências negativas.

Como é que os dados recolhidos serão utilizados?

Toda a informação recolhida será anónima e confidencial. Os investigadores reconhecem o carácter intrusivo das questões e não será recolhida qualquer informação que permita identificar os participantes. Os dados obtidos serão destinados apenas a tratamento estatístico e analisados em grupo.

Como poderei entrar em contacto com as investigadoras?

Através de email: abarbaravn@gmail.com (Bárbara Nazaré). Poderá contactar caso pretenda mais informações sobre o estudo.

☐ Sim, aceito participar neste estudo.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo II– Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

As suas respostas serão designadas por um código, composto pela **inicial do primeiro e do último nome do/a seu/sua filho/a** e a **sua data de nascimento**, no formato dia mês ano. Por exemplo, no caso do bebé Vasco Nazaré Pereira, nascido a 17 de Dezembro de 2015, o código seria: VP17122015.

Tendo em conta estas instruções indique o seu código: _____

Dados Sociodemográficos

Idade: _____ (anos)

Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ União de facto
☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Viúva

Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____ (anos)

Situação Profissional: ☐ Estudante
☐ Trabalhadora-estudante
☐ Trabalhadora ☐ Tempo inteiro
☐ Tempo parcial
☐ Desempregada
☐ Outro: _____

Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____

Com quem vive? _____

Dados relativos à história reprodutiva

É o primeiro filho? ☐ Sim ☐ Não

Quantas semanas tem o seu bebé? _____

A gravidez foi desejada? ☐ Sim, mas não foi planeada
☐ Sim, foi planeada
☐ Não
☐ Não, mas foi aceite

Tratou-se de uma gravidez de risco? ☐ Não ☐ Sim. Porquê? _____

Durante a gravidez, teve algum problema médico? ☐ Não ☐ Sim. Porquê? _____

O parto foi: ☐ Cesariana
☐ Vaginal ☐ Sem fórceps/ ventosas ☐ Sem episiotomia (corte vaginal)

☐ Com fórceps/ ventosas ☐ Com episiotomia (corte vaginal)

Caso tenha passado por perdas na gravidez, de que tipo e quantas foram?

☐ Aborto espontâneo. Quantos? _____

☐ Interrupção médica da gravidez (interrupção devida a malformação ou doença grave do bebé). Quantas? _____

☐ Interrupção voluntária da gravidez. Quantas? _____

Dados relativos à relação com o pai do seu filho e sexualidade

No quadro abaixo, encontram-se algumas perguntas relacionadas com a relação com o pai do seu filho e a sexualidade. Assinale com uma cruz (X) o nível de satisfação que mais se adequa a si, escolhendo uma das cinco categorias de respostas possíveis.

1 – Nada satisfeita 2 – Pouco satisfeita 3 – Satisfeita 4 – Muito satisfeita 5 – Totalmente satisfeita

	1	2	3	4	5
Estava satisfeita com a relação conjugal que mantinha com o pai do seu filho antes de engravidar?					
Sentia-se sexualmente satisfeita com o pai do seu filho antes de engravidar?					
Considera que o pai do seu filho tem sido uma pessoa presente quando precisa dele?					
Durante a gravidez, sentiu-se apoiada e à vontade para pedir ajuda ao pai do seu filho?					

Actualmente, mantém um relacionamento amoroso com o pai do seu filho?

☐ Sim. Há quanto tempo mantém esta relação? _____ anos

☐ Não. A relação terminou há quanto tempo? _____ meses

Dados relativos à história médica

Alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual? ☐ Não ☐ Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? ☐ há 6 meses ou menos ☐ há mais de 6 meses e até 1 ano ☐ há mais de 1 ano e até 2 anos ☐ há mais de 2 anos

Alguma vez recebeu um diagnóstico de alguma doença física e/ ou psiquiátrica?

☐ Não ☐ Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo recebeu? ☐ há 6 meses ou menos ☐ há mais de 6 meses e até 1 ano ☐ há mais de 1 ano e até 2 anos ☐ há mais de 2 anos

Actualmente, faz algum tratamento para alguma das doenças? ☐ Não ☐ Sim.

Que tratamentos? _____

Tem ou já teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? ☐ Não ☐ Sim.

Qual e quando? _____

Anexo III – Escala de Avaliação Relacional

ESCALA DE AVALIAÇÃO RELACIONAL (Hendrick, Dicke, & Hendrick, 1998; Santos et al. citado em Lind, 2008)

Por favor, indique, assinalando com um círculo, o número que, para cada pergunta, melhor expressa a sua resposta relativamente à sua relação amorosa:

1. Até que ponto é que o/a seu/sua parceiro(a) corresponde às suas necessidades?

1. Muito mal	2. Mal	3. Medianamente	4. Bem	5. Muito bem
--------------	--------	-----------------	--------	--------------

2. De um modo geral, até que ponto está satisfeito(a) com a sua relação?

1. Muito insatisfeito(a)	2. Insatisfeito(a)	3. Medianamente satisfeito(a)	4. Satisfeito(a)	5. Muito satisfeito(a)
--------------------------	--------------------	-------------------------------	------------------	------------------------

3. Até que ponto é que a sua relação é boa, em comparação com a maioria das relações?

1. Muito má	2. Má	3. Mediana	4. Boa	5. Muito boa
-------------	-------	------------	--------	--------------

4. Com que frequência deseja não se ter envolvido nesta relação?

1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes	4. Quase sempre	5. Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

5. Até que ponto é que a sua relação tem correspondido às suas expectativas iniciais?

1. Nada	2. Pouco	3. Medianamente	4. Muito	5. Completamente
---------	----------	-----------------	----------	------------------

6. Com que intensidade ama o/a seu/sua parceiro(a)?

1. Muito pouco	2. Pouco	3. Medianamente	4. Muito	5. MUITÍSSIMO
----------------	----------	-----------------	----------	---------------

7. Quantos problemas existem na sua relação?

1. Muito poucos	2. Poucos	3. Alguns	4. Muitos	5. Imensos
-----------------	-----------	-----------	-----------	------------

Anexo IV – Nova Escala de Satisfação Sexual

NOVA ESCALA DE SATISFAÇÃO SEXUAL

(Stulhofer, Busko & Brouillard, 2010; Pechorro, Almeida, Figueiredo, Pascoal, & Vieira, 2015)

No quadro abaixo, encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Assinale com uma cruz (X) o nível de satisfação que se mais adequa à sua realidade, escolhendo uma das cinco categorias de resposta possíveis. Considerando que não existem respostas corretas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

	1 – Nada satisfeito(a)	2 – Pouco satisfeito(a)	3 – Nem pouco nem muito satisfeito(a)	4 – Muito satisfeito(a)	5 – Totalmente satisfeito(a)
1. A intensidade da minha excitação sexual.					
2. A qualidade dos meus orgasmos.					
3. A capacidade de me “soltar” e me entregar ao prazer sexual durante as relações.					
4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual.					
5. A forma como eu reajo sexualmente ao/à meu/minha parceiro(a).					
6. O funcionamento sexual do meu corpo.					
7. O meu à-vontade emocional durante o sexo.					
8. O meu humor depois da atividade sexual.					
9. A frequência dos meus orgasmos.					
10. O prazer que eu proporciono ao/à meu/minha parceiro(a) sexual.					
11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.					
12. O à-vontade do(a) meu/minha parceiro(a) durante o sexo.					
13. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de iniciar a atividade sexual.					
14. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de ter orgasmos.					
15. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de se “soltar” e entregar ao prazer sexual.					
16. A forma como o/a meu/minha parceiro(a) satisfaz as minhas necessidades sexuais.					
17. A criatividade sexual do(a) meu/minha parceiro(a).					
18. A disponibilidade sexual do(a) meu/minha parceiro(a).					
19. A diversidade das minhas atividades sexuais.					
20. A frequência da minha atividade sexual.					

Anexo V – Questionário de Ajustamento e Atitudes Maternas no Pós-parto (M.A.M.A POST)

M.A.M.A POST (Versão original de Kumar, Robson & Smith, 1984; versão adaptada por Antunes, M. & Justo, J., 2007)

Instruções:

Pretendemos saber como se sentiu desde que o seu bebé nasceu.

Em cada uma das questões seguintes, faça um círculo em torno da resposta que melhor corresponde ao seu caso. Se algumas das situações propostas não ocorrerem neste período de tempo, responda como se a questão se referisse ao seu estado actual. Por exemplo, em relação ao item “Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?”, se consigo isso não aconteceu depois de o seu bebé nascer, deverá rodear com um círculo a opção **1 – Nunca**.

Por favor, não se esqueça de responder a todas as perguntas.

	1 – Nunca	2 – Raramente	3 – Às vezes	4 – Muitas vezes
1. Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?	1	2	3	4
2. Sentiu-se atraente?	1	2	3	4
3. Existiu tensão entre si e o seu marido/ companheiro?	1	2	3	4
4. Transpirou muito?	1	2	3	4
5. Desejou sexualmente o seu marido/ companheiro?	1	2	3	4
6. Vomitou?	1	2	3	4
7. A ideia de poder vir a não ser boa mãe preocupou-a?	1	2	3	4
8. Alguma vez as discussões entre si e o seu marido/ companheiro quase atingiram a agressão física?	1	2	3	4
9. Sentiu-se a desmaiar ou com tonturas?	1	2	3	4
10. Tem estado preocupada em poder magoar o bebé?	1	2	3	4
11. Pensou que o seu marido/ companheiro a desejava sexualmente?	1	2	3	4
12. Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável?	1	2	3	4
13. Desejou ter relações sexuais?	1	2	3	4
14. A ideia de não ter tempo suficiente para si, por causa dos cuidados a prestar ao bebé depois de ter nascido, preocupa-a?	1	2	3	4
15. Foi fácil para si demonstrar afecto ao seu marido/ companheiro?	1	2	3	4
16. Lamentou ser mãe?	1	2	3	4
17. Sentiu formigueiro ou picadelas nos seios?	1	2	3	4
18. Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?	1	2	3	4
19. Agradou-lhe a forma do seu corpo?	1	2	3	4

20. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?	1	2	3	4
21. Achou a sua cara atraente?	1	2	3	4
22. Tem-se sentido orgulhosa de ser mãe?	1	2	3	4
23. Sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas, por ter o bebé?	1	2	3	4
24. Tem-se sentido feliz por ser mãe?	1	2	3	4
25. Sentiu prazer em beijar e acariciar o seu marido/ companheiro?	1	2	3	4
26. O seu marido/ companheiro ajudou-a na lida da casa?	1	2	3	4
27. Teve problemas de obstipação ou de prisão de ventre?	1	2	3	4
28. Tem pensado em ter mais filhos?	1	2	3	4
29. Tem-se sentido desapontada com a maternidade?	1	2	3	4
30. Sente-se inibida em termos sexuais desde que o seu bebé nasceu?	1	2	3	4
31. Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?	1	2	3	4
32. Sentiu-se cheia de energia?	1	2	3	4
33. Os seus tornozelos incharam?	1	2	3	4
34. Sentiu que o seu marido/ companheiro lhe prestou pouca atenção?	1	2	3	4
35. Sentiu-se bem desperta durante o dia?	1	2	3	4
36. O seu marido/ companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?	1	2	3	4
37. O seu marido/ companheiro tentou participar nos seus interesses?	1	2	3	4
38. Teve problemas de má digestão ou azia?	1	2	3	4
39. Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na relação sexual?	1	2	3	4
40. Tem tido prazer em prestar cuidados ao bebé?	1	2	3	4
41. Sentiu náuseas ou enjoos?	1	2	3	4
42. Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?	1	2	3	4
43. Sentiu que o seu marido/ companheiro saía demasiadas vezes sem si?	1	2	3	4
44. Sentiu orgulho na sua aparência física?	1	2	3	4
45. Sentiu que se excitava sexualmente com facilidade?	1	2	3	4
46. Tem tido fantasias sexuais agradáveis?	1	2	3	4

47. Sentiu o seu corpo suave e macio?	1	2	3	4
48. Desde que o bebé nasceu, tem-se sentido próxima do seu marido/ companheiro?	1	2	3	4
49. Sentiu o seu corpo desajeitado ou sem graça?	1	2	3	4
50. Sentiu vontade de abraçar e acariciar o seu marido/ companheiro?	1	2	3	4
51. Tem perguntado a si própria se o bebé é saudável e normal?	1	2	3	4
52. O seu marido/ companheiro tem demonstrado afecto por si?	1	2	3	4
53. Achou a sua constituição física frágil ou débil?	1	2	3	4
54. A sua vida tem sido mais difícil desde que o seu bebé nasceu?	1	2	3	4
55. Achou os seus seios atraentes?	1	2	3	4
56. Desejou poder contar mais com o seu marido/ companheiro para cuidar de si?	1	2	3	4
57. Achou-se demasiado gorda?	1	2	3	4
58. Tem desejado ter relações sexuais?	1	2	3	4
59. Tem comido com prazer?	1	2	3	4
60. Agrada-lhe a ideia de amamentar o seu bebé?	1	2	3	4

Anexo VI – Questionário de Práticas Sexuais

QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS SEXUAIS

(baseado em “Questionário das Práticas Sexuais” de Cunha, 2009)

As questões que se seguem têm como objectivo avaliar as práticas sexuais utilizadas após o parto. Por favor assinale com uma cruz (X) a sua resposta. Considerando que não existem respostas certas ou erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

1. Após o parto, já iniciou a sua actividade sexual com o/a seu/sua parceiro/a?

☐ Sim. Há quanto tempo? _____ ☐ Não. Porquê? _____

2. Quais das seguintes razões são importantes para ter sexo após o parto?

☐ Para confirmar o amor ☐ Para obter satisfação física ☐ Pelo divertimento
☐ Para satisfazer o parceiro/a ☐ Para manter a relação ☐ Outra. Qual? _____

3. Normalmente, quem toma a iniciativa de ter relações sexuais?

☐ Eu ☐ O meu parceiro/a ☐ Ambos

No quadro abaixo, encontram-se algumas perguntas referentes às práticas sexuais utilizadas antes da gravidez e actualmente. Assinale com o número que melhor descreve a sua situação em cada período. Considerando que não existem respostas certas nem erradas, solicitamos que responda com a maior sinceridade possível.

1 – Nunca

2 – 1 vez por mês

3 – 2/3 vezes por mês

4 – 1 vez por semana

5 – 2/3 vezes por semana

6 – 4 ou mais vezes por semana

	Antes da gravidez	Actualmente
Carícias (beijos, amassos) sem utilizar os órgãos sexuais		
Masturbação		
Sexo vaginal		
Faz sexo oral		
Recebe sexo oral		
Sexo anal		
Atingir orgasmo		