

**Função sexual e sintomatologia
depressiva na vivência da transição
para a parentalidade: Comparação
entre casais de diferentes estatutos
reprodutivos**

Nicolle Cordeiro de Sousa Bolzan

M

2025



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**FUNÇÃO SEXUAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NA VIVÊNCIA DA
TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: COMPARAÇÃO ENTRE CASAIS DE
DIFERENTES ESTATUTOS REPRODUTIVOS**

Nicolle Cordeiro de Sousa Bolzan

outubro, 2025

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Mariana Teixeira Lopes Veloso Martins* (FPCEUP, CPUP) e co-orientada pela Professora Doutora *Inês Margarida Matos Tavares* (Universidade Lusófona do Porto, CPUP, FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o/a autor/a declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O/A autor/a declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Aos meus pais, Lucia e Humberto, sou eternamente grata por transformarem meus sonhos em possibilidades, por serem meu maior exemplo de persistência e dedicação e por sua confiança inabalável em mim.

Ao Pedro, obrigada pelo seu companheirismo, paciência, carinho e por sempre fazer de tudo para que minha vida seja mais leve. Caminhar ao seu lado é a minha melhor escolha.

Aos meus amigos, agradeço o apoio e a capacidade única de me distrair e de comemorar cada pequena conquista comigo.

Às minhas orientadoras, Prof^a Dr^a Mariana Martins e Prof^a Dr^a Inês Tavares, expresso minha gratidão pela orientação generosa, disponibilidade constante e paciência ao longo de todo este processo. As sugestões, o apoio e o encorajamento contínuos foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho. Foi um verdadeiro privilégio tê-las comigo nesta jornada.

A todos que participaram da divulgação deste estudo, em especial aos profissionais de saúde que generosamente disponibilizaram suas redes sociais para promoverem o estudo. O vosso contributo foi essencial para a realização deste trabalho.

Resumo

A transição para a parentalidade representa uma reorganização profunda na vida dos casais, com implicações significativas para a função sexual e o bem-estar psicológico de ambos os parceiros. Embora a literatura documente extensivamente as alterações sexuais e psicológicas durante este período, permanece por esclarecer como o pertencimento a diferentes estatutos reprodutivos, desde o período pré-concepção até ao pós-parto, influenciam diferencialmente a dinâmica sexual e emocional dos casais. O presente estudo procurou colmatar esta lacuna ao comparar a função sexual e sintomatologia depressiva numa amostra de 435 casais heterossexuais distribuídos por quatro estatutos reprodutivos distintos: gravidez, pós-parto, infertilidade e tentativa de gravidez sem diagnóstico de infertilidade.

Com recurso a uma abordagem diádica através de análises de covariância (ANCOVA) mistas e Modelo de Interdependência Ator-Parceiro (APIM), comparou-se como estas dimensões se relacionam e diferem entre fases reprodutivas distintas. Os resultados revelaram que o pós-parto é um contexto desafiante para a função sexual e para o desejo diádico, com diferenças entre gêneros para o último. As mulheres demonstraram consistentemente menor função sexual que seus parceiros em todos os estatutos reprodutivos. O modelo APIM identificou efeitos de ator significativos da sintomatologia depressiva feminina sobre a sua própria função sexual. Estes resultados sublinham a necessidade de intervenções clínicas sensíveis ao gênero e ao contexto reprodutivo, reconhecendo a vulnerabilidade acrescida das mulheres e o período do pós-parto como particularmente desafiante.

Palavras-chave: Função sexual; Sintomatologia depressiva; Transição para a parentalidade; Infertilidade; Sexualidade procriativa; Casais; Análise diádica

Abstract

The transition to parenthood represents a profound reorganization in couples' lives, with significant implications for sexual function and psychological well-being of both partners. Although the literature extensively documents sexual and psychological changes during this period, it remains unclear how different reproductive stages, from the pre-conception period to postpartum, differentially influence couples' sexual and emotional dynamics. The present study sought to address this gap by comparing sexual function and depressive symptomatology in a sample of 435 heterosexual couples distributed across four distinct reproductive stages: pregnancy, postpartum, infertility, and trying to conceive without an infertility diagnosis.

Using a dyadic approach through mixed analyses of covariance (ANCOVA) and Actor-Partner Interdependence Model (APIM), we compared how these dimensions relate and differ across distinct reproductive phases. Results revealed that the postpartum is a challenging context for sexual function and dyadic desire, with gender differences for the latter. Women consistently demonstrated lower sexual function than their partners across all reproductive stages. The APIM model identified significant actor effects of women's depressive symptomatology on their own sexual function. These results underscore the need for clinical interventions sensitive to gender and reproductive context, recognizing women's increased vulnerability and the postpartum period as particularly challenging.

Keywords: Sexual function; Depressive symptomatology; Transition to parenthood; Infertility; Procreative sexuality; Couples; Dyadic analysis

Índice

Introdução	3
Função sexual e sintomatologia depressiva na tentativa de gravidez	4
Função sexual e sintomatologia depressiva na infertilidade	5
Função sexual e sintomatologia depressiva na transição para a parentalidade	6
Objetivos e hipóteses	8
Método	10
Participantes	10
Procedimentos	12
Instrumentos	13
Análise de dados	15
Resultados	16
Análises descritivas	16
Diferenças de função sexual entre os casais e os estatutos reprodutivos	17
Diferenças de desejo sexual entre os casais e os estatutos reprodutivos	18
Efeitos da sintomatologia depressiva na função sexual dos casais	19
Discussão	20
Conclusão	23
Referências	24

Lista de abreviações

ANCOVA	Análise de covariância
ANOVA	Análise de variância
APIM	Modelo de Interdependência Ator-Parceiro
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
FSFI	Índice de Funcionamento Sexual Feminino
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
IIEF	Índice Internacional de Função Erétil

Introdução

A sexualidade é uma dimensão fundamental do desenvolvimento humano e corresponde a um construto multidimensional com variabilidade de expressões e vivências sob influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, políticos, relacionais e culturais (Organização Mundial da Saúde, 2006). De forma mais restrita, a função sexual define-se pela ausência de dificuldade ao longo das fases de resposta sexual – da excitação ao relaxamento – presentes no comportamento sexual (Fielder, 2020). Este construto pode ser operacionalizado em desejo, dor, lubrificação, orgasmo, satisfação e excitação subjetiva (Rosen et al., 2000).

Verifica-se ampla variabilidade na função sexual ao longo do ciclo reprodutivo, com reorganização contínua da sexualidade em resposta aos contextos biopsicossociais (Hensel & Fortenberry, 2014). Entre mulheres em idade reprodutiva, observa-se prevalência de dificuldades sexuais de origem multifatorial, com impacto significativo no desejo e na excitação (Dantas et al., 2020). Em Portugal, o adiamento progressivo da parentalidade resultou em um aumento de quase quatro anos na idade média para o primeiro filho desde 2000, situando-se atualmente nos 32 anos (PORDATA, 2024). Este fenômeno possui uma contribuição importante na incidência de infertilidade (te Velde & Pearson, 2002), sendo que tanto o período de tentativa de gravidez como a vivência da infertilidade apresentam repercussões significativas na função sexual (Leeners et al., 2023; Bond et al., 2025).

As alterações na função sexual são frequentemente reportadas na transição para a parentalidade, período compreendido entre a primeira gravidez e o primeiro ano pós-parto, também denominado período perinatal (Fitzpatrick et al., 2021). Embora tipicamente percebida como positiva, esta fase constitui um período de vulnerabilidade para o bem-estar sexual do casal (Saxbe et al., 2018), considerando que a transformação da díade em tríade familiar implica mudanças biopsicossociais potencialmente disruptivas para a função sexual (McBride & Kwee, 2017).

A parentalidade exige uma reestruturação psicológica profunda que requer adaptação e gera riscos relacionais e psicológicos (Doss & Rhoades, 2017). A literatura identifica vulnerabilidade acrescida à sintomatologia depressiva em múltiplos estatutos reprodutivos: durante a transição para a parentalidade (Paulson & Bazemore, 2010), na infertilidade (Luk & Loke, 2015) e na fase de tentativa de gravidez (Martins et al., 2022). A expressão clínica da sintomatologia depressiva caracteriza-se por labilidade emocional, anedonia, irritabilidade, tristeza, fadiga e perturbações de sono e alimentação (American Psychiatric Association, 2013) e apresenta especificidades de gênero. Nos homens, predominam manifestações de

agressividade, irritabilidade e comportamentos de risco (Schumacher et al., 2008), enquanto nas mulheres, a apresentação clínica alinha-se mais com os critérios diagnósticos convencionais (Cavanagh et al., 2017). Observa-se que os fatores psicológicos exercem influência preponderante nas mudanças negativas de função sexual em ambos os parceiros (Dawson et al., 2020).

Função sexual e sintomatologia depressiva na tentativa de gravidez

A população em fase de pré-concepção é insuficientemente caracterizada na literatura, com estudos maioritariamente individuais e centrados nas mulheres em detrimento de seus parceiros (Hill et al., 2020). Este período é descrito como crítico para a saúde mental materno-infantil, com influência direta na saúde mental perinatal (Rinne et al., 2022). Há evidência de estabilidade na sintomatologia depressiva entre os períodos pré e pós-concepção. (Kee et al., 2021).

No período de tentativa de gravidez, com frequência, emerge a sexualidade procriativa, que envolve o planejamento das relações sexuais em torno da janela fértil para otimizar e ter maior controle da probabilidade de concepção (Gibbons et al., 2023). A experiência da sexualidade procriativa distingue-se pela perda progressiva do erotismo e espontaneidade, com redução das preliminares e do desejo sexual devido à instrumentalização do ato sexual (Leeners et al., 2023). A literatura documenta declínio progressivo da função sexual proporcional ao prolongamento do período de tentativa, tanto em casais que adotam a sexualidade procriativa (Martins et al., 2022) como naqueles sem planejamento das relações (Balsom & Gordon, 2022). Embora ambos os parceiros experienciem diminuição da função sexual, apenas as mulheres são afetadas em todos os domínios (Martins et al., 2022).

Paralelamente às alterações sexuais, evidencia-se maior prevalência de sintomatologia depressiva associada às falhas sucessivas de concepção natural (Martins et al., 2022). Verifica-se que os casais em fases iniciais da jornada reprodutiva apresentam níveis de sintomatologia depressiva equiparáveis aos observados em casais em tratamento de infertilidade (Henrich & Jahnke, 2025). Esta vulnerabilidade psicológica pode estar associada à baixa literacia em fertilidade (Bunting & Boivin, 2008) e à ausência de acompanhamento especializado, considerando que, diferentemente dos indivíduos com diagnóstico e tratamento de infertilidade, estes casais vivenciam incertezas prolongadas sem suporte profissional adequado (Henrich & Jahnke, 2025).

Função sexual e sintomatologia depressiva na infertilidade

A infertilidade é definida como a incapacidade de engravidar após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas sem a utilização de contraceptivos (Organização Mundial da Saúde, 2022). É uma condição que afeta múltiplas dimensões da vida dos casais, pelo que um estudo qualitativo demonstrou que a infertilidade promove reavaliações dos objetivos de vida, do compromisso relacional e do desejo de parentalidade. A nível psicológico, manifesta-se através de diferenças de gênero significativas: nos homens, como uma ameaça à masculinidade e à identidade relacionada com a capacidade reprodutiva e, nas mulheres, por meio do receio do tratamento e da maior pressão social (Glover et al., 2009).

Desta forma, a infertilidade impacta negativamente o bem-estar psicológico, a função sexual e a qualidade de vida relacional (Luk & Loke, 2015). Nesta vivência, a sexualidade procriativa se intensifica e torna-se progressivamente medicalizada, com maior rigidez no planejamento sexual (Piva et al., 2014). Contudo, apesar destes desafios, um estudo qualitativo sugere que esta fase pode proporcionar mudanças positivas na qualidade relacional através do aumento da proximidade dos casais pelo envolvimento em um objetivo conjunto (Schwerdtfeger et al., 2013).

Uma revisão sistemática demonstrou que a infertilidade pode induzir, agravar ou manter dificuldades sexuais em ambos os parceiros. Nas mulheres inférteis, observaram-se pontuações significativamente inferiores de função sexual comparativamente às mulheres férteis. Nos homens, embora não tenham sido identificadas diferenças na pontuação total de função sexual, verificou-se maior prevalência de disfunção erétil no grupo infértil, sendo esta atribuída predominantemente a fatores psicológicos (Leeners et al., 2023). Verifica-se que a infertilidade possui maior impacto negativo na função sexual feminina (Wischmann, 2010).

Estudos comparativos revelam maior proporção de disfunções sexuais e índices superiores de depressão em casais inférteis (Gabr et al., 2017; Fernandes et al., 2021). Observa-se que a experiência psicológica da infertilidade para cada sexo é única (El Kissi et al., 2013), pelo que as mulheres experienciam níveis superiores de sintomatologia depressiva do que seus parceiros (Braverman et al., 2024). Os homens, embora em menor grau, também apresentam vulnerabilidade acrescida a perturbações psicológicas comparativamente aos homens sem diagnóstico de infertilidade (Luk & Loke, 2015). Durante a transição para a parentalidade, a experiência prévia de infertilidade contribui para níveis subclínicos mais elevados de sintomatologia depressiva (Ito & Nishi, 2024).

Amiri e colaboradores (2021) demonstraram que os estressores pessoais e relacionais no tratamento da infertilidade associam-se a reduções na função sexual de ambos os parceiros,

pelo que as emoções intensas experienciadas por um membro do casal criam obstáculos ao desejo sexual de ambos, dificultando o envolvimento em atividade sexual. Paralelamente, um estudo qualitativo demonstrou que, embora o processo de superação através da Reprodução Medicamente Assistida seja uma experiência estressante e medicalizada, ele pode funcionar como um elemento protetivo face ao estresse quando vivenciado de forma compartilhada no casal (Smorti & Smorti, 2012).

Função sexual e sintomatologia depressiva na transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade é uma experiência biopsicossocial que abrange múltiplos elementos que influenciam as mudanças de função sexual. Entre os fatores biológicos destacam-se as condições do parto, as alterações hormonais e perturbações do sono. No domínio psicológico, os fatores de maior relevância são as perturbações de humor, os processos adaptativos relacionados com a identidade parental, o estresse e a fadiga (Mcbride & Kwee, 2017; Fitzpatrick et al., 2021).

A transição para a parentalidade caracteriza-se por trajetórias heterogêneas de função sexual (Rosen et al., 2021), com mudanças tipicamente transitórias que, quando não identificadas e tratadas, podem persistir para além deste período (Fernández-Carrasco et al., 2024). O padrão típico inclui declínios na função e satisfação sexual durante a gravidez e nos primeiros meses pós-parto, com tendência para melhorias subsequentes (Rosen & Byers, 2020). Estudos longitudinais revelam heterogeneidade nas mudanças entre parceiros, com resultados clinicamente significativos e persistentes predominantemente nas mulheres (Tutelman et al., 2022; Tavares et al., 2023). O terceiro trimestre gestacional emerge como um período crítico, apresentando menores índices de função sexual e bem-estar psicológico para ambos os parceiros (Arnal-Remón et al., 2015; Grussu et al., 2021). Este também é um trimestre crítico para o desejo sexual masculino devido à presença de medos associados à relação sexual (i.e., ferir o feto) e à transformação da identidade da parceira em mãe (Fernández-Carrasco et al., 2020). Importa destacar que nem todos os casais experienciam distress significativo pelas alterações no relacionamento sexual, alguns mantêm-se confortáveis com as mudanças temporárias ao priorizarem outras dimensões de vida ou manterem expectativas de melhoria futura (Rosen & Byers, 2020).

Uma revisão da literatura recente indica que a prevalência de problemas de função sexual varia entre 36 e 88% nas mulheres e 19 e 47% nos homens no período perinatal, sendo que as dificuldades de desejo sexual se apresentam como as mais prevalentes (Fitzpatrick et al., 2021). Neste âmbito, um estudo longitudinal observou que aproximadamente 39% dos casais

apresentam discrepância de desejo sexual nesta fase (Rosen et al., 2021), com impacto diferencial conforme a direção da discrepância, pelo que há menor satisfação sexual quando as mães apresentam desejo mais elevado (Rosen et al., 2018).

O período pós-parto caracteriza-se por reduzida atividade sexual nos primeiros meses, seguido de um aumento gradual da função sexual entre os 3 e 6 meses que se prolonga até aos 12 meses (Drozdowskyj et al., 2019). Aproximadamente 80-93% dos casais retomam relações sexuais após três meses (Johnson, 2011), embora os índices de função sexual permaneçam inferiores aos do período pré-gestacional (Grussu et al., 2021). Nas mulheres, este declínio se manifesta através do aumento da dispareunia e redução em múltiplos domínios: desejo sexual, excitação, orgasmo e frequência (Kelley et al., 2023). Comparativamente a casais fora do puerpério, mesmo quando a frequência sexual é equiparável, os casais em pós-parto apresentam índices consistentemente reduzidos na função sexual (Schwenck et al., 2020).

Um estudo qualitativo (Lévesque et al., 2021) identificou adaptações na intimidade sexual em resposta à transição para a parentalidade, identificando três temas principais. Verificou-se uma redefinição da sexualidade do casal, que se tornou mais global e menos focada na penetração, com maior ênfase na função de conexão emocional entre os parceiros. Em segundo lugar, observou-se que a presença do bebê limitava as ocasiões para intimidade sexual, exigindo maior planeamento para os momentos a dois. Contudo, esta limitação temporal não impactava significativamente a satisfação sexual do casal, sugerindo que a qualidade da experiência sexual compensava a redução na frequência da atividade sexual.

A transição para a parentalidade é um período de vulnerabilidade psicológica acrescida, pelo que a prevalência de depressão reportada se situa entre 6.4 a 11.5% nos pais e 10 a 20% nas mães (Figueiredo & Conde, 2011; O'Hara & McCabe, 2013). Observa-se que aproximadamente 26% dos novos pais e mães experienciam sintomatologia depressiva pós-parto, com uma proporção de prevalência entre homens e mulheres de aproximadamente 2:1 (Paulson & Bazemore, 2010). Temporalmente, observa-se que cerca de 50% dos episódios de depressão major no pós-parto têm início na fase da gravidez (American Psychiatric Association, 2013), com as mulheres apresentando maior vulnerabilidade ao longo de toda a gestação e no primeiro trimestre do pós-parto, enquanto nos homens esta vulnerabilidade manifesta-se a partir dos três meses pós-parto (Figueiredo & Conde, 2011).

Há uma relação bidirecional entre a disfunção sexual e a sintomatologia depressiva (Atlantis & Sullivan, 2012). Um estudo indicou a presença de efeitos de ator significativos entre a depressão e a satisfação sexual em ambos os gêneros (Karakose et al., 2023). Nos homens, níveis elevados de sintomatologia depressiva durante a gravidez correlacionam-se com atitudes

menos positivas face ao sexo e à gravidez, bem como menor satisfação relacional (Pinto et al., 2020). Nas mulheres, a depressão é um fator de risco estabelecido para a disfunção sexual (Kelley & Kingsberg, 2023) com impacto persistente ao longo do primeiro ano pós-parto sob forma de preocupação sexual (Allsop et al., 2022).

A sintomatologia depressiva exerce efeito negativo significativo sobre múltiplas dimensões da função sexual. Nas mulheres, os domínios mais afetados incluem desejo sexual, excitação, orgasmo, assim como menor confiança e capacidade de experienciar prazer (McBride & Kwee, 2017). Nos parceiros, observa-se declínio na frequência, desejo e satisfação (Condon et al., 2004). Desta forma, verifica-se que há menor probabilidade que os casais com membros afetados pela depressão retomem as relações sexuais e engajem em atividade sexual até os seis meses do pós-parto (Grussu et al., 2021).

Estudos que utilizaram o Modelo de Interdependência Ator-Parceiro (APIM) indicaram padrões de influência mútua. Dawson e colaboradores (2021) identificaram interdependência entre a sintomatologia depressiva materna aos três meses pós-parto e a redução da função sexual nos parceiros. Embora as trajetórias de mudanças observadas sejam independentes ao longo do tempo, o padrão geral de mudanças entre parceiros é similar. Galati e colaboradores (2023) também demonstraram diferenças de gênero significativas: nos homens, observam-se efeitos diretos entre depressão e insatisfação sexual, enquanto nas mulheres, esta relação é mediada pela satisfação relacional.

Objetivos e hipóteses

O presente estudo tem como principal objetivo analisar as diferenças na função sexual e na sintomatologia depressiva em diferentes fases da transição para a parentalidade, incluindo casais na gravidez, no pós-parto, com diagnóstico de infertilidade, e em fase de tentativa de gravidez sem diagnóstico. Considerando que a maioria dos estudos atuais se foca em experiências individuais, principalmente femininas (Muisse et al., 2018), e que a função sexual pode ser contemplada enquanto um processo interacional dinâmico, sendo influenciada por características contextuais e relacionais (Dewitte, 2014), é relevante adotar uma abordagem que valorize a perspectiva dos dois parceiros. Desta forma, o estudo adotará uma abordagem diádica para a análise de dados.

Para além da análise da função sexual global, o presente estudo também analisará as diferenças de desejo sexual entre os estatutos reprodutivos e entre parceiros. Embora os outros domínios da função sexual também sofram alterações nesta fase, o desejo sexual se apresenta como uma das dificuldades mais prevalentes na transição para a parentalidade (Wallwiener et

al., 2017; Fitzpatrick et al., 2021), dada sua sensibilidade aos fatores psicológicos e relacionais (Brotto et al., 2016).

Até o momento, não foram identificados outros estudos que comparem as diferenças na função sexual e na sintomatologia depressiva entre as populações supracitadas com recurso a uma análise diádica. Por conseguinte, espera-se que os resultados obtidos através deste estudo possam contribuir para compreender para qual membro da díade e em qual fase reprodutiva há maior vulnerabilidade, para além de indicar diferenças individuais e diádicas. Neste sentido, o estudo espera ser relevante para fomentar intervenções psicológicas mais informadas, normalizar as transformações decorrentes desta fase de vida e incentivar investigações futuras.

A partir da questão de investigação “Como a função sexual e a sintomatologia depressiva se diferem em casais de diferentes estatutos reprodutivos e de que forma estas dimensões se relacionam entre si e entre os parceiros?” as seguintes hipóteses foram formuladas:

- (1) Espera-se encontrar diferenças significativas de função sexual entre os estatutos reprodutivos (Starc et al., 2019; Rosen et al., 2020; Grussu et al., 2021; Martins et al., 2022). De forma exploratória, e de acordo com a literatura anterior, antecipa-se que os casais com funcionamento sexual mais baixo pertençam aos grupos do pós-parto e da infertilidade.
- (2) Em todos os estatutos reprodutivos, espera-se que as mulheres reportem menor função sexual comparativamente aos seus parceiros (Wischmann, 2010; Dawson et al., 2021; Martins et al., 2022; Tavares et al., 2023).
- (3) Em todos os estatutos reprodutivos, espera-se que a sintomatologia depressiva de ambos os parceiros esteja negativamente associada à sua própria função sexual (i.e., efeito de ator). Relativamente aos efeitos de parceiro, prevê-se que a sintomatologia depressiva nas mulheres esteja negativamente associada à função sexual dos parceiros homens (Dawson et al., 2021; Fernandes et al., 2021; Galati et al., 2023). Com base na evidência disponível, não se antecipa associação significativa entre a sintomatologia depressiva nos homens e a função sexual nas parceiras mulheres.
- (4) Espera-se encontrar diferenças significativas no desejo sexual entre os diferentes estatutos reprodutivos (Leeners et al., 2023; Fernández-Carrasco et al., 2024). De forma exploratória, antecipa-se que os casais com desejo sexual mais baixo pertençam ao grupo do pós-parto. Em todos os estatutos reprodutivos, espera-se que as mulheres reportem menor desejo sexual comparativamente aos seus parceiros (Schwenck et al., 2020; Rosen et al., 2021).

Método

Participantes

O presente estudo envolveu a participação de 870 participantes, correspondentes a 435 casais heterossexuais, distribuídos por quatro grupos distintos segundo o estatuto reprodutivo: gravidez ($n = 257$, 59.1%), pós-parto ($n = 49$, 11.3%), infertilidade ($n = 41$, 9.4%) e tentativa de gravidez sem diagnóstico de infertilidade ($n = 88$, 20.2%). A recolha de dados da amostra de casais no pós-parto foi realizada especificamente para o estudo atual e decorreu entre novembro de 2024 e maio de 2025. As amostras correspondentes aos restantes grupos de casais já se encontravam recolhidas no âmbito de projetos de investigação anteriores (Fernandes et al., 2021; Martins et al., 2022; Tavares et al., 2023; Ribeiro et al., 2024), sob responsabilidade da Professora Doutora Mariana Martins e da Professora Doutora Inês Tavares.

Para a participação no estudo foram definidos critérios de inclusão que eram comuns a todas as amostras: estar num relacionamento heterossexual com duração superior a um ano, idade superior a 18 anos, compreensão da língua portuguesa e preenchimento completo do questionário por ambos os membros do casal. Adicionalmente, foram estabelecidos critérios específicos para cada grupo. Os casais do pós-parto deveriam ter um ou mais filhos com até um ano de idade, decorrentes da primeira gravidez completa.

Para atingir um número considerável de participantes, a amostra do pós-parto aceitou quatro casais com filhos de até um ano e meio, pelo que a amostra final correspondeu a casais que variaram entre um e dezoito meses de pós-parto ($M = 6.03$, $DP = 3.85$). As pessoas participantes do grupo de gravidez correspondiam a casais no segundo trimestre de gravidez à espera do primeiro filho. O grupo de infertilidade incluiu casais com diagnóstico clínico de infertilidade que nunca alcançaram uma gravidez e que se encontravam em tentativa de concepção. Por fim, os critérios para o grupo de tentativa de gravidez englobaram casais sem filhos, sem diagnóstico de infertilidade e em tentativa ativa de concepção natural (i.e., relações sexuais regulares, desprotegidas e sem uso de métodos contraceptivos).

Foram recolhidas variáveis sociodemográficas comuns a todas as amostras, nomeadamente idade, tempo de relação, tempo de coabitação, habilitações literárias e profissão. A idade das mulheres variou entre 19 e 44 anos ($M = 32.0$, $DP = 5.26$), enquanto a dos homens oscilou entre 20 e 49 anos ($M = 32.97$, $DP = 4.79$). O tempo de relação variou entre 1 e 22 anos ($M = 8.32$, $DP = 4.92$). Relativamente ao tempo de coabitação, verificou-se que alguns casais reportaram ausência de coabitação ($n = 35$, 8.0%), pelo que esta variável apresentou uma

amplitude de 0 a 15 anos ($M = 4.92$, $DP = 3.01$). As características sociodemográficas específicas de cada grupo encontram-se detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1

Resultados descritivos das características sociodemográficas e diferenças de grupos nos casais

Variáveis	Pós-parto (G1)		Gravidez (G2)		Infertilidade (G3)		Sexualidade procriativa (G4)		P-Value	Diferenças
	<i>n</i> = 49		<i>n</i> = 257		<i>n</i> = 41		<i>n</i> = 88			
	<i>M/n</i>	<i>DP</i> /%	<i>M/n</i>	<i>DP</i> /%	<i>M/n</i>	<i>DP</i> /%	<i>M/n</i>	<i>DP</i> /%		
Idade (média, anos)	32.42	4.18	30.78	4.46	35.95	3.50	35.26	3.94	<.001 ^a	G3, G4 > G1, G2
Idade – Mulher (anos)	31.53	4.05	29.92	4.74	36.24	3.65	36.42	3.94	<.001 ^a	G3, G4 > G1, G2
Idade – Homem (anos)	33.31	4.78	31.61	4.87	35.66	4.05	34.00	3.87	<.001 ^a	G3 > G2, G4; G1, G4 > G2
Tempo de relação (anos)	8.11	4.43	7.32	4.60	11.06	5.50	10.07	4.95	<.001 ^a	G3, G4 > G2; G3 > G1
Tempo de coabitação (anos)	5.20	3.09	4.20	2.75	6.71	2.79	5.80	3.14	<.001 ^a	G3 > G2, G1; G4 > G2
Habilitações literárias – Mulher									<.001 ^b	
Até ensino secundário	8	16.3	101	39.3	8	19.5	14	15.9		G2 > G1, G3, G4
Licenciatura	19	38.8	92	35.8	23	56.1	50	56.8		G3, G4 > G1, G2
Pós-graduação	22	44.9	64	24.9	10	24.4	24	27.3		G1 > G2, G3, G4
Habilitações literárias – Homem									<.001 ^b	
Até ensino secundário	11	22.4	147	57.2	15	36.6	14	15.9		G2 > G1, G3, G4
Licenciatura	31	63.3	64	24.9	22	53.7	50	56.8		G1, G4 > G2, G3
Pós-graduação	7	14.3	44	17.1	4	9.8	22	25.0		G4 > G2
Situação profissional – Mulher									<.001 ^b	
Empregado	42	85.7	195	75.9	41	100.0	84	95.5		
Desempregado	6	12.2	41	16.0	0	0.0	4	4.5		G3 > G2
Situação profissional – Homem									.008 ^b	

Empregado	48	98.0	217	84.4	41	100.0	87	98.9
Desempregado	1	2.0	21	8.2	0	0.0	1	1.1

Nota. Valores significativos estão representados a **negrito**.

^a ANOVA de um fator/Teste de Kruskal-Wallis.

^b Teste do qui-quadrado.

Procedimentos

Os procedimentos foram realizados em diferentes momentos temporais, utilizando estratégias de recrutamento distintas. Os casais dos grupos de gravidez, infertilidade e tentativa de gravidez foram recrutados presencialmente numa unidade de obstetrícia em Portugal ou através de anúncios *online* (Fernandes et al., 2021; Martins et al., 2022; Tavares et al., 2023; Ribeiro et al., 2024). O recrutamento do grupo do pós-parto foi realizado predominantemente através de plataformas de redes sociais (e.g., Facebook e Instagram), com incidência em grupos direcionados ao público-alvo, como grupos virtuais de apoio entre mães e pais. Complementarmente, o estudo foi divulgado por profissionais de referência na área do pós-parto, incluindo especialistas em amamentação e ginecologistas, bem como através do endereço eletrónico dinâmico institucional dirigido a estudantes e funcionários da Universidade do Porto.

A estratégia de amostragem foi fundamentada nos métodos de conveniência e bola de neve. Os materiais de recrutamento consistiram em imagens promocionais que convidavam potenciais participantes ao preenchimento dos questionários, apresentando uma descrição breve dos objetivos de estudo, a duração estimada de participação e os critérios de inclusão. Antes da divulgação e do recrutamento, o estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref.^a 2024-10-07).

O questionário foi desenvolvido com a utilização do Software Qualtrics (Provo, UT). Antes do acesso aos inquéritos, era apresentado o consentimento informado, que assegurava a confidencialidade da participação e indicava o objetivo do estudo. Toda a amostra do estudo deu o consentimento explícito antes de proceder para o inquérito. Para realizar o emparelhamento diádico, foi implementado um sistema de codificação que consistia nas duas últimas letras do nome e os dois últimos dígitos de telefone para cada membro do casal.

Após a conclusão do questionário, os indivíduos eram redirecionados para um formulário adicional onde podiam indicar o endereço eletrónico do/a parceiro/a, permitindo o envio direto de um convite para participação no estudo e facilitando o processo de emparelhamento dos casais. Reconhecendo que as questões abordadas poderiam suscitar

reflexões ou emoções associadas à experiência pessoal das pessoas participantes, foram disponibilizadas informações de contato para apoio profissional no final do questionário.

Instrumentos

Todos os casais completaram integralmente as seções do questionário, de forma individual. O protocolo iniciava com um inquérito sociodemográfico, seguido do instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva. Posteriormente, foram administrados os instrumentos de avaliação da função sexual, específicos para cada sexo. Foram utilizados instrumentos distintos para avaliar a sintomatologia depressiva em função do estatuto reprodutivo: nos grupos do pós-parto e da gravidez, utilizou-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, enquanto nos grupos da infertilidade e da tentativa de gravidez, foi aplicada a subescala de depressão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Por conseguinte, procedeu-se à criação de uma variável binária que categoriza a presença ou ausência de sintomatologia depressiva (Tabela 2), viabilizando a comparação entre grupos.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS; Cox et al., 1987) foi aplicada aos grupos de gravidez e pós-parto para avaliar a sintomatologia depressiva. Trata-se de um instrumento de autorrelato com 10 itens (e.g., “Nos últimos 7 dias, tenho-me sentido triste ou muito infeliz.”) especificamente desenvolvido para o período perinatal. Cada item é cotado numa escala de Likert com amplitude de 4 pontos (0-3). A pontuação final varia entre 0 e 30, pelo que valores mais elevados indicam maior severidade de sintomas depressivos. O ponto de corte clínico estabelecido foram valores iguais ou superiores a 10 (Levis et al., 2020). O instrumento foi adaptado para a população portuguesa (Augusto et al., 1996) e, no presente estudo, apresentou uma consistência interna de $\alpha = .86$ para as mulheres e $\alpha = .81$ para os homens. Por grupos, apresentou um alfa de Cronbach de .84 a .86 para as mulheres e .72 a .82 para os homens.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

A Subescala de Depressão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) foi utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva nos grupos com diagnóstico de infertilidade e em tentativa de gravidez. Para o presente estudo, foi utilizada apenas a subescala de depressão (HADS-D), composta por 7 itens (e.g., “Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico.”), cuja resposta é feita através de escalas de Likert de 4 pontos (0-3). A pontuação total da subescala varia entre 0 e 21. Pontuações mais elevadas indicam

maior severidade de sintomatologia depressiva e considera-se o ponto de corte como 8 (Zigmond & Snaith, 1983). O HADS foi adaptado para a população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007) e no estudo atual, demonstrou uma consistência interna de $\alpha = .81$ para as mulheres e $\alpha = .79$ para os homens. Para os grupos, o alfa variou entre .80 e .83 para as mulheres e .79 e .80 para os homens.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000) consiste num questionário de autorrelato composto por 19 itens (e.g., “Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?”) que avaliam seis domínios da função sexual feminina: Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor.

O instrumento utiliza uma escala de resposta de Likert de 5 ou 6 pontos, consoante o domínio avaliado. A cotação é obtida através da soma das pontuações de cada domínio, multiplicada pelo respectivo fator de ponderação. A pontuação total varia entre 2 e 36, com pontuações mais altas significando níveis mais elevados de função sexual. Com o intuito de tornar a função sexual comparável entre todos os participantes, a pontuação total do FSFI foi padronizada para a mesma métrica do IIEF a partir do ajuste $[(\chi-2) \times (75/34)]$ (Dawson et al., 2021). A função sexual foi interpretada a partir de pontos de corte estabelecidos para o FSFI, pelo que problemas clinicamente significativos correspondem às pontuações inferiores a 26.55 ou, com o ajuste, inferiores a 54.15 (Wiegel et al., 2005). O FSFI encontra-se validado para a população portuguesa (Pechorro et al., 2009) e, no presente estudo, apresentou um alfa de Cronbach de .97 para a escala total e .85 para a subescala de desejo. Para os grupos, a consistência interna da escala total variou entre .90 e .98 e da subescala do desejo variou entre .82 e .93.

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

O Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997) é um instrumento de autorrelato constituído por 15 itens (e.g., “Com que frequência conseguiu ter uma ereção durante a atividade sexual?”) que avaliam cinco domínios da função sexual masculina: Orgasmo, Desejo, Satisfação Geral, Satisfação Sexual e Função Erétil.

A escala do instrumento é de Likert de 5 pontos (0-4). A pontuação final varia entre 0-75, sendo que pontuações mais elevadas refletem melhor funcionamento sexual. Para o corte clínico, utilizou-se a subescala de função erétil, pelo que valores iguais ou abaixo de 25 indicam um nível de funcionamento sexual baixo e clinicamente significativo (Cappelleri et al., 1999).

O IIEF está validado para a população portuguesa (Quinta-Gomes & Nobre, 2012) e, no estudo atual, demonstrou uma consistência interna de .93 para a escala total e .75 para a subescala de desejo. Para os grupos, o alfa de Cronbach para a escala total variou entre .84 e .96. e para a subescala de desejo, a variação foi de .57 e .83.

Análise de dados

Todas as análises foram executadas utilizando o software estatístico SPSS, versão 29.0 (SPSS Inc, Chicago, IL). Foram conduzidas análises preliminares para caracterização da amostra e verificação dos pressupostos estatísticos. As diferenças entre grupos nas variáveis sociodemográficas foram examinadas através de análises de variância (ANOVA) de um fator para variáveis contínuas com distribuição normal, Testes de Kruskal-Wallis para variáveis contínuas sem distribuição normal e Testes do Qui-Quadrado para variáveis categóricas (Tabela 1).

Dada a quantidade de participantes por grupo, foram conduzidas análises de covariância separadas para cada variável sociodemográfica significativa. Apenas foram retidas como covariáveis aquelas que alteraram o padrão de resultados principais, que correspondem ao tempo de relação e ao tempo de coabitação. A correlação entre as duas variáveis manteve-se dentro dos limites aceitáveis de multicolinearidade ($r = .65$, $p < .001$, VIF = 1.74), permitindo a inclusão de ambas no modelo.

Para as hipóteses 1 e 2, referentes às diferenças de função sexual entre os grupos e entre pessoas parceiras, foram conduzidas análises de covariância (ANCOVA) mistas com medidas repetidas, seguindo a abordagem de Schwenck e colaboradores (2020), adaptada ao contexto do estudo com grupos de comparação. Os dados foram organizados em formato *wide* (i.e., uma linha por casal), com as pontuações de função sexual de cada membro do casal tratadas como medidas repetidas. O papel dentro do casal (i.e., mulher ou parceiro) foi definido como fator intra-sujeitos, enquanto o estatuto reprodutivo foi definido como fator entre-sujeitos.

Em complemento, para a hipótese 4, que correspondia à análise de diferenças no desejo sexual entre grupos e gêneros, foi conduzida uma ANCOVA mista 2 x 4, com o desejo sexual masculino e feminino como fator intra-sujeitos e o estatuto reprodutivo como o fator entre-sujeitos. Nas ancovas, foram analisados 360 casais, após exclusão de casais que reportaram ausência de atividade sexual ou que não coabitavam.

Além destas análises, em resposta à hipótese 3, foi realizado um Modelo de Interdependência Ator-Parceiro (APIM; Kenny et al., 2006) multinível, para considerar a natureza interdependente das respostas dos membros de um casal. As análises utilizando APIM

foram utilizadas extensivamente no estudo de casais (Kenny, 2018). Nestas análises, as díades são consideradas distinguíveis por serem compostas apenas por casais heterossexuais. Desta forma, o gênero foi utilizado enquanto variável de distinção, os preditores incluem as variáveis de sintomatologia depressiva binária para cada gênero e a função sexual correspondeu à variável dependente.

Resultados

Análises descritivas

Os dados descritivos das variáveis principais do estudo são apresentados na Tabela 2, onde são apresentadas as diferenças entre os grupos nas variáveis principais do estudo.

Tabela 2

Resultados descritivos das características psicossociais e diferenças de grupos nos casais

Variáveis	Pós-parto (G1)		Gravidez (G2)		Infertilidade (G3)		Sexualidade procriativa (G4)		P-value	Diferenças
	n = 41		n = 232		n = 40		n = 83			
	M/n	DP/%	M/n	DP/%	M/n	DP/%	M/n	DP/%		
Funcionamento sexual (mulher)										
Total	55.58	11.92	62.15	8.20	63.79	8.95	63.78	7.97	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Desejo	3.60	1.30	4.30	1.00	4.23	0.96	4.25	0.98	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Excitação	4.57	1.16	4.85	0.92	5.08	0.93	5.03	0.90	<0.001 ^a	G1<G3,G4; G2<G3,G4; G3=G4
Lubrificação	5.01	1.05	5.30	0.93	5.52	0.63	5.50	0.63	0.091 ^a	
Orgasmo	4.42	1.37	5.04	1.15	5.01	1.14	5.16	1.05	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Satisfação	4.68	1.22	5.36	0.83	5.42	0.92	5.44	0.75	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Dor	4.92	1.11	5.17	1.20	5.66	0.52	5.53	0.69	<0.001 ^a	G1<G3,G4; G2<G3,G4; G3=G4

Funcionamento sexual (homem)										
Total	59.20	9.75	65.32	9.14	67.98	5.50	67.33	5.80	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Função erétil	26.39	3.36	27.27	4.44	28.83	1.78	28.45	2.45	<0.001 ^a	G1<G2<G3=G4
Orgasmo	9.07	1.46	9.29	1.79	8.68	1.77	8.60	1.79	<0.001 ^a	G2>G3,G4; G1=G2; G3=G4
Desejo	6.61	1.46	8.48	1.32	8.63	1.17	8.74	1.05	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Satisfação sexual	11.02	2.68	11.46	3.07	12.75	2.28	12.62	2.15	<0.001 ^a	G1,G2<G3,G4; G3=G4
Satisfação geral	6.10	2.40	8.82	1.37	9.10	1.01	8.92	1.41	<0.001 ^a	G1<G2,G3,G4; G2=G3=G4
Sintomatologia depressiva (mulher)										
Ausência de sintomatologia	29	70.0	205	87.6	32	80.0	68	81.0	0.036 ^b	G1>G2
Presença de sintomatologia	12	29.3	29	12.4	8	20.0	16	19.0		
Sintomatologia depressiva (homem)										
Ausência de sintomatologia	38	92.7	225	96.2	36	90.0	75	89.3	0.103 ^b	
Presença de sintomatologia	3	7.3	9	3.8	4	10.0	9	10.7		

Nota. FSFI = Índice de Função Sexual Feminina; IIEF = Índice Internacional de Função Erétil. Para os grupos pós-parto e gravidez, a sintomatologia depressiva foi avaliada com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS); para os grupos com infertilidade e em sexualidade procriativa, a sintomatologia depressiva foi avaliada com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

^a Teste de Kruskal-Wallis.

^b Teste do qui-quadrado.

Diferenças de função sexual entre os casais e os estatutos reprodutivos

A análise revelou um efeito principal significativo de gênero $F(1,353) = 5.08, p = .025, \eta^2 p = 0.014$, pelo que indica diferenças significativas na função sexual entre homens e mulheres. Os testes univariados corroboram este efeito, com mulheres apresentando pontuações médias inferiores às dos seus parceiros com diferença de -3.63 ($p < .001$).

Para além deste efeito dentro do casal, observou-se um efeito principal significativo do estatuto reprodutivo $F(3,353) = 13.10, p < .001, \eta^2 p = 0.099$ sobre a função sexual dos casais.

Foram conduzidas comparações post-hoc com correção de Bonferroni que indicaram uma função sexual significativamente inferior em casais no pós-parto comparativamente aos casais na gravidez ($p < .001$, $d = -6.30$), com infertilidade ($p < .001$, $d = -8.53$) e em tentativa de gravidez ($p < .001$, $d = -8.15$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de gravidez, infertilidade e tentativa de gravidez. A interação entre a função sexual e o estatuto reprodutivo não foi estatisticamente significativa, sugerindo que o padrão de diferenças entre grupos foi similar para homens e mulheres. Adicionalmente, nenhuma das covariáveis incluídas no modelo demonstrou um efeito significativo sobre a função sexual.

Diferenças de desejo sexual entre os casais e os estatutos reprodutivos

A análise revelou um efeito principal de gênero na amostra total $F(1,358) = 328.46$, $p < .001$, $\eta^2p = 0.48$, indicando diferenças significativas na função sexual entre homens e mulheres. Observou-se que as mulheres apresentam níveis de desejo sexual significativamente inferiores em relação aos homens ($p < .001$, $d = -4.01$).

O efeito principal do estatuto reprodutivo também foi significativo $F(3,358) = 30.25$, $p < .001$, $\eta^2p = 0.20$, com tamanho de efeito grande. As comparações post-hoc com correção de Bonferroni demonstraram que os casais em pós-parto apresentam desejo sexual mais baixo e significativamente inferior aos casais na gravidez ($p < .001$, $d = -1.24$), com infertilidade ($p < .001$, $d = -1.36$) e em tentativa de gravidez ($p < .001$, $d = -1.39$). Não houve diferenças significativas entre os estatutos da gravidez, infertilidade e tentativa de gravidez.

Destaca-se a presença de uma interação significativa entre gênero e grupo $F(3,358) = 8.07$, $p < .001$, $\eta^2p = 0.06$, que sugere que o padrão de diferenças de desejo sexual varia consoante o gênero e o grupo. Na decomposição desta interação, verificou-se que o efeito do estatuto reprodutivo foi significativo $F(3,358) = 5.26$, $p = .002$, $\eta^2p = 0.04$. Nas comparações post-hoc com correção de Bonferroni, observou-se que as mulheres em pós-parto apresentaram desejo sexual significativamente inferior em comparação às mulheres em gravidez ($d = -.64$, $p = .002$), com infertilidade ($d = -.71$, $p = .016$) e em tentativa de gravidez ($d = -.67$, $p = .005$). As diferenças entre os estatutos de gravidez, infertilidade e tentativa de gravidez não obtiveram significância estatística.

Nos homens, também foi observado um efeito do grupo reprodutivo $F(3,358) = 28.64$, $p < .001$, $\eta^2p = 0.19$). O efeito do pós-parto se manteve, pelo que os homens deste grupo apresentaram desejo sexual significativamente inferior em comparação a todos os outros grupos: gravidez ($d = -1.86$, $p < .001$), infertilidade ($d = -2.01$, $p < .001$), e tentativa de gravidez

($d = -2.13, p < .001$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os outros três grupos.

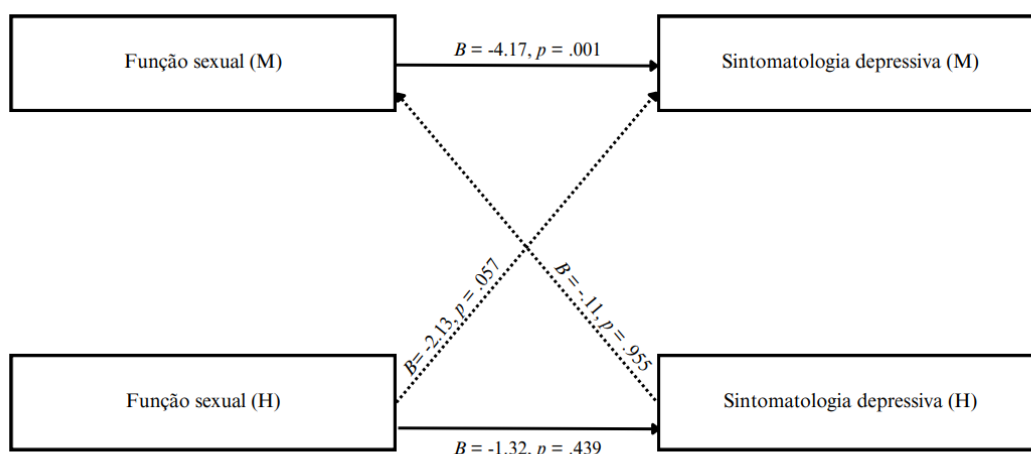
Efeitos da sintomatologia depressiva na função sexual dos casais

Enquanto análises preliminares do modelo multinível, foram realizadas correlações bivariadas que revelaram uma associação positiva moderada entre a função sexual dos parceiros ($r = .43, p < .001$), sugerindo interdependência diádica. A sintomatologia depressiva feminina se correlacionou negativamente com a função sexual feminina ($r = -.17, p < .001$), mas não apresentou correlação significativa com a função sexual masculina. Paralelamente, a sintomatologia depressiva masculina não se associou significativamente com nenhuma das medidas de função sexual. A correlação entre sintomatologia depressiva feminina e masculina foi fraca, porém significativa ($r = .16, p < .001$).

O modelo APIM revelou efeitos de ator significativos da sintomatologia depressiva feminina sobre a função sexual feminina ($B = -4.17, p = .001$), mas não da sintomatologia depressiva masculina com a função sexual masculina. Não foram observados efeitos de parceiro, embora o efeito da sintomatologia depressiva feminina sobre a função sexual masculina tenha se aproximado da significância ($B = -2.13, p = .057$).

Modelo 1

Representação gráfica do modelo APIM entre sintomatologia depressiva e função sexual



Nota. Os efeitos de ator estão representados por setas contínuas e os efeitos de parceiro estão representados por setas tracejadas.

Discussão

O presente estudo analisou a relação entre função sexual e a sintomatologia depressiva em casais distribuídos entre quatro estatutos reprodutivos: gravidez, pós-parto, com diagnóstico de infertilidade e em tentativa de gravidez sem diagnóstico de infertilidade. Os resultados obtidos confirmam parcialmente as hipóteses formuladas e demonstram padrões complexos de influência entre diferentes estatutos reprodutivos, gênero e sintomatologia depressiva na função sexual diádica.

Relativamente à hipótese de diferenças significativas na função sexual entre os estatutos reprodutivos, observa-se que esta foi confirmada. Contudo, em contraste à expectativa inicial de que o pós-parto e a infertilidade seriam os grupos com casais mais vulneráveis, apenas os participantes do pós-parto apresentaram função sexual consistentemente inferior aos demais. Este resultado alinha-se com investigações prévias sobre o impacto do pós-parto na função sexual (Schwenck et al., 2020; Grussu et al., 2021). Contudo, a ausência de diferenças significativas entre os grupos de gravidez, infertilidade e tentativa de gravidez contradiz estudos prévios que indicam que a função sexual é afetada em cada uma destas fases, ainda que não as comparem entre si (Starc et al., 2019; Fitzpatrick et al., 2021; Martins et al., 2022).

Possíveis explicações para estes resultados incluem a diversidade de fatores biopsicossociais intrínsecos ao período pós-parto que podem caracterizá-lo como especialmente desafiante para a função sexual de ambos os parceiros, como a reorganização do cotidiano para atender às necessidades do bebê, a redução de oportunidades de intimidade, as transformações hormonais e adaptações psicológicas decorrentes do novo papel parental (Drozdowskyj et al., 2019). Adicionalmente, a amostra do grupo da gravidez do presente estudo é composta por casais no segundo trimestre de gestação, que corresponde ao período com os índices mais elevados de função sexual da gravidez (Fernández-Carrasco et al., 2024). Esta característica da amostra pode ter contribuído para a ausência de diferenças significativas nesta população.

Quanto aos grupos da infertilidade e da tentativa de gravidez, uma possível interpretação remete para o papel da sexualidade procriativa enquanto fator protetor, diferentemente do que era esperado. Balsom & Gordon (2022) verificaram que a utilização de técnicas de monitorização da fertilidade pode preservar a função sexual, na medida em que, ao identificar os dias de maior probabilidade de concepção, permite que as relações sexuais fora da janela fértil mantenham o seu propósito de intimidade e prazer, em vez de se centrarem exclusivamente na reprodução. Além disto, o planejamento da gravidez, característico destes grupos, está associado a maior qualidade relacional no período pré-concepção (Bouchard et al.,

2006) que pode se atribuir ao comprometimento a um objetivo comum e uma experiência compartilhada (Schwerdtfeger et al., 2013), fatores que podem favorecer a manutenção dos níveis de função sexual.

A hipótese referente às diferenças de gênero dentro do casal e independentemente do estatuto reprodutivo foi plenamente confirmada. Em todas as condições, as mulheres apresentaram função sexual significativamente inferior aos homens, corroborando a literatura existente (Wischmann, 2010; Dawson et al., 2021). Na gravidez e no pós-parto, há uma confluência de fatores que justificam a vulnerabilidade acrescida das mulheres em comparação aos seus parceiros, como as mudanças hormonais, a amamentação, tipo de parto e ajustamento às mudanças de identidade (Mcbride & Kwee, 2017). No contexto da infertilidade, a maior invasividade dos tratamentos para o sexo feminino também poderá contribuir para diferenças entre parceiros ao nível da sua função sexual neste período (Marci et al., 2012).

No estatuto da tentativa de gravidez sem diagnóstico são necessários mais estudos para explorar as possíveis razões para que as mulheres tenham maior vulnerabilidade que seus parceiros. Um possível motivo pode ser atribuído aos papéis de gênero heteronormativos socialmente enraizados que atribuem às mulheres a responsabilidade da concepção e da manutenção da vida sexual do casal (van Anders et al., 2022), sujeitando-as a uma pressão social maior para que a atividade sexual resulte em gravidez neste contexto (Piva et al., 2014). Adicionalmente, o comportamento sexual mais frequente na sexualidade procriativa é a penetração vaginal, pelo que tende a ter maior impacto negativo na satisfação feminina (Quattrini et al., 2010; van Anders et al., 2022).

No que respeita à expectativa de efeitos negativos de ator e parceiro da sintomatologia depressiva com a função sexual, o modelo confirmou parcialmente a hipótese. Conforme previsto, foram observados efeitos de ator significativos para as mulheres, indicando que as mulheres com sintomatologia depressiva reportam pior função sexual. Estes resultados são consistentes com os encontrados na literatura (Dawson et al., 2021; Fernandes et al., 2021) e alinham-se com a evidência sobre a interferência da sintomatologia depressiva na função sexual, na qual se verifica comprometimento do processamento cognitivo de estímulos sexuais e favorecimento de comportamentos de evitamento sexual (Tavares et al., 2020). Paralelamente, os fatores psicológicos incluídos na descrição clínica da sintomatologia depressiva, nomeadamente a anedonia, também inibem o aproveitamento da experiência sexual (American Psychiatric Association, 2013).

Embora não houvesse presença de efeitos de parceiro significativos da sintomatologia depressiva feminina sobre a função sexual masculina, o efeito aproximou-se da significância,

pelo que sugere tendência no sentido esperado. Contudo, a sintomatologia depressiva masculina não demonstrou efeitos significativos nem de ator nem de parceiro. A ausência de efeitos de parceiro era expectável e reitera evidência prévias, enquanto a ausência de efeitos de ator da sintomatologia depressiva com a função sexual masculina diverge da literatura atual (Brotto et al., 2016; Dawson et al., 2021; Fernandes et al., 2021). A ausência de efeitos de ator no homem pode ser explicada pelas características da própria amostra masculina do estudo. Conforme apresentado na Tabela 2, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto à sintomatologia depressiva masculina. Esta ausência de variabilidade limita o poder estatístico do modelo diádico para detectar possíveis associações com a função sexual masculina.

A hipótese relativa ao desejo sexual foi amplamente confirmada. Verificou-se que o desejo sexual diferiu significativamente entre os estatutos reprodutivos, pelo que o pós-parto representou o grupo constituído por casais com os níveis mais baixos de desejo sexual. Embora este estudo seja o primeiro a avançar com este resultado ao comparar diferentes estatutos reprodutivos, o impacto do pós-parto no desejo sexual é consistente com estudos prévios (Leeners et al., 2023; Fernández-Carrasco et al., 2024). Paralelamente, a diferença entre géneros também foi observada, com as mulheres demonstrando desejo consistentemente inferior aos homens, em consonância com a literatura (Schwenck et al., 2020; Rosen et al., 2021; Tavares et al., 2024).

Na análise do desejo sexual, destaca-se uma interação entre género e estatuto reprodutivo, que demonstra que o efeito do estatuto reprodutivo no desejo sexual não é uniforme entre os parceiros e não foi antecipado pelas hipóteses iniciais. Enquanto as mulheres apresentaram uma redução moderada no pós-parto, os homens exibiram uma redução mais acentuada. Adicionalmente, observa-se maior convergência dos níveis de desejo entre parceiros no pós-parto comparativamente aos outros grupos. Esta interação contrasta com a literatura, que refere a presença de maior estabilidade no desejo sexual masculino na transição para a parentalidade (Rosen et al., 2021). Neste sentido, os resultados sugerem que os parceiros também são afetados pelas especificidades do período pós-parto. Uma investigação observou que, para os homens, a parentalidade implicou uma pausa na vida sexual diádica para maior dedicação aos cuidados do bebê e à vida doméstica. Em complemento, o desejo sexual é impactado pela falta de disponibilidade e oportunidades para a relação e pela privação de sono (Olsson et al., 2010), pelo que é, portanto, expectável que também os homens envolvidos nestas rotinas do pós-parto exibam diminuições de desejo sexual. Para além deste contexto social, há a adaptação psicológica aos novos papéis parentais, pelo que alguns homens reportam verem a mulher mais enquanto mãe que como parceira (Fernández-Carrasco et al., 2020).

O presente estudo é inovador ao realizar comparações entre os estatutos reprodutivos descritos e contribui com mais dados diádicos relativos à transição para a parentalidade. Os resultados também podem fomentar a prática clínica e, considerando a vulnerabilidade observada nas mulheres e a interdependência verificada entre os parceiros, recomenda-se a implementação de protocolos de avaliação da função sexual que sejam sensíveis ao gênero e incluam ambos os parceiros nas consultas. Face à consistente vulnerabilidade feminina em todos os estatutos reprodutivos, pode ser relevante a aplicação de estratégias preventivas ao longo do ciclo reprodutivo para promover maior adaptação às transformações normativas de cada fase. Particularmente no pós-parto, que corresponde à fase com maior vulnerabilidade verificada no estudo, sugere-se a implementação de um programa estruturado de rastreios da função sexual e da sintomatologia depressiva para identificação de casais em risco e intervenção preventiva.

Todavia, algumas limitações deste estudo devem ser reconhecidas. Primeiramente, o design transversal do estudo não permite inferências de causalidade. Ademais, o uso de diferentes instrumentos para avaliar a sintomatologia depressiva pode ter introduzido variabilidade não controlada. Além disso, embora o tamanho total da amostra seja expressivo, o número de casais em cada grupo foi desigual e, em alguns casos, reduzido, o que pode ter limitado o poder estatístico para detectar algumas interações. Por fim, existem fatores intrínsecos a cada estatuto reprodutivo (e.g., o tempo do pós-parto, a duração da fase de tentativa de gravidez com e sem diagnóstico de infertilidade) que não foram analisadas e podem atuar como variáveis confundidoras.

Conclusão

Este estudo contribui para a compreensão da função sexual em casais durante a transição para a parentalidade, destacando a influência do estatuto reprodutivo e da sintomatologia depressiva. Os resultados indicam que o período pós-parto representa um contexto particularmente desafiante para a função sexual e o desejo diádico, no qual ambos os parceiros são afetados. Na função sexual, observa-se maior vulnerabilidade das mulheres em relação aos seus parceiros independentemente do estatuto reprodutivo. Além disto, a influência da sintomatologia depressiva feminina na dinâmica sexual do casal sublinha a natureza interdependente das relações íntimas e a relevância de análises diádicas. De forma global, os resultados sugerem que a transição para a parentalidade, em seus diferentes estágios reprodutivos, representa uma transformação sistêmica que requer abordagens clínicas sensíveis ao gênero, ao contexto reprodutivo e à experiência diádica.

Referências

- Allsop, D. B., Impett, E. A., Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2022). Change in 21 sexual concerns of new parents from three to twelve months postpartum: Similarities and differences between mothers and partners. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(9), 1366–1377. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.06.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Amiri, S. E., Brassard, A., Rosen, N. O., Rossi, M. A., Beaulieu, N., Bergeron, S., & Pélouin, K. (2021). Sexual function and satisfaction in couples with infertility: A closer look at the role of personal and relational characteristics. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(12), 1984–1997. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.09.009>
- Ansari, N. S., Shah, J., Dennis, C., & Shah, P. S. (2021). Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1186–1199. <https://doi.org/10.1111/aogs.14109>
- Arnal-Remón, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., & Antequera-Jurado, R. (2015). Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 128–139. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.986648>
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497–1507. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/S0033291700033778>

- Balsom, A. A., & Gordon, J. L. (2022). Sexual function among distressed women struggling to conceive without medical intervention. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 31(1), 64–78. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2021-0015>
- Bond, J. C., Heaton, B., White, K. O., Abrams, J. A., Kuohung, W., Fisher, R. R., Wesselink, A. K., Fox, M. P., & Wise, L. A. (2025). Female sexual function and distress and time-to-pregnancy in a prospective preconception cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 232(4), 375.e1-375.e24. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.09.117>
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: Comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1512–1531. <https://doi.org/10.1177/0192513x06290855>
- Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: A global lens on the last decade of research. *Fertility and Sterility*, 121(3), 379–383. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.013>
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., Nobre, P., & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538–571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>
- Bunting, L., & Boivin, J. (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23(8), 1858–1864. <https://doi.org/10.1093/humrep/den168>
- Cappelleri, J. C., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mishra, A., & Osterloh, I. H. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function. *Urology*, 54(2), 346–351. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(99\)00099-0](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(99)00099-0)

- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29–38. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000128>
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1–2), 56–64. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dantas, J. H., Dantas, T. H. D. M., Pereira, A. R. R., Correia, G. N., Castaneda, L., & Dantas, D. D. S. (2020). Sexual function and functioning of women in reproductive age. *Fisioterapia Em Movimento*, 33, e003307. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.33.ao07>
- Dawson, S. J., Vaillancourt-Morel, M.-P., Pierce, M., & Rosen, N. O. (2020). Biopsychosocial predictors of trajectories of postpartum sexual function in first-time mothers. *Health Psychology*, 39(8), 700–710. <https://doi.org/10.1037/hea0000861>
- Dawson, S. J., Leonhardt, N. D., Impett, E. A., & Rosen, N. O. (2021). Associations between postpartum depressive symptoms and couples' sexual function and sexual distress trajectories across the transition to parenthood. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(9), 879–891. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa117>
- Dewitte, M. (2014). On the interpersonal dynamics of sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(3), 209–232. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.710181>
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>

- Drozdowskyj, E. S., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2019). Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: A comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>
- Fernandes, J., Pedro, J., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2021). Effect of depression and anxiety on sexual functioning in couples trying to conceive with and without an infertility diagnosis. *Psychology & Health*, 38(1), 58–75. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1955115>
- Fernández-Carrasco, F. J., Rodríguez-Díaz, L., González-Mey, U., Vázquez-Lara, J. M., Gómez-Salgado, J., & Parrón-Carreño, T. (2020). Changes in sexual desire in women and their partners during pregnancy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), 526. <https://doi.org/10.3390/jcm9020526>
- Fernández-Carrasco, F. J., Batugg-Chaves, C., Ruger-Navarrete, A., Riesco-González, F. J., Palomo-Gómez, R., Gómez-Salgado, J., Rodriguez Diaz, L., Vázquez-Lara, M. D., Fagundo-Rivera, J., & Vázquez-Lara, J. M. (2024). Influence of pregnancy on sexual desire in pregnant women and their partners: Systematic Review. *Public Health Reviews*, 44, 1606308. <https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1606308>
- Fielder, R. (2020). Sexual functioning. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer New York.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247–255. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0217-3>

- Fitzpatrick, E. T., Kolbuszewska, M. T., & Dawson, S. J. (2021). Perinatal Sexual Dysfunction: The Importance of the Interpersonal Context. *Current Sexual Health Reports*, 13(3), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s11930-021-00313-8>
- Gabr, A. A., Omran, E. F., Abdallah, A. A., Kotb, M. M., Farid, E. Z., Dieb, A. S., & Belal, D. S. (2017). Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 217, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.08.025>
- Galati, M. C. R., Hollist, C. S., Do Egito, J. H. T., Osório, A. A. C., Parra, G. R., Neu, C., & De Moraes Horta, A. L. (2023). Sexual dysfunction, depression, and marital dissatisfaction among Brazilian couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(3), 260–268. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac004>
- Gibbons, T., Reavey, J., Georgiou, E. X., & Becker, C. M. (2023). Timed intercourse for couples trying to conceive. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011345.pub3>
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401–418. <https://doi.org/10.1080/02646830903190896>
- Grussu, P., Vicini, B., & Quatraro, R. M. (2021). Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 30, 100668. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>
- Henrich, N., & Jahnke, H. R. (2025). Mental health across the conception journey: Trying to conceive without treatment, considering Treatment, and with treatment. *Maternal and Child Health Journal*, 29, 1360–1365. <https://doi.org/10.1007/s10995-025-04157-9>
- Hensel, D. J., & Fortenberry, J. D. (2014). Life-span sexuality through a sexual health perspective. In D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus, & L. M. Ward

- (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1. Person-based approaches* (pp. 385–413). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14193-013>
- Hill, B., Hall, J., Skouteris, H., & Currie, S. (2020). Defining preconception: Exploring the concept of a preconception population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02973-1>
- Ito, Y., & Nishi, D. (2024). Antenatal and postpartum depression in women who conceived after infertility treatment: A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2380416>
- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267–1284. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>
- Karakose, S., Urs, M., Marshall, J. E., & Ledermann, T. (2023). Depression, anxiety, stress, and sexual satisfaction in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 616–629. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2166637>
- Kee, M. Z. L., Ponmudi, S., Phua, D. Y., Rifkin-Graboi, A., Chong, Y. S., Tan, K. H., Chan, J. K. Y., Broekman, B. F. P., Chen, H., & Meaney, M. J. (2021). Preconception origins of perinatal maternal mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 24(4), 605–618. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01096-y>
- Kelley, E. L., & Kingsberg, S. A. (2023). Postpartum sexual function and depression: A review of recent literature. *Current Sexual Health Reports*, 15(3), 203–222. <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00372-z>
- Kelley, E. L., Sheyn, D., Hijaz, A., Kingsberg, S. A., & Pope, R. J. (2023). Sexual function and help-seeking behaviors following childbirth: A cross-sectional study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(3), 331–341. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2117747>
- Kenny, D. A., Kashy, D., Cook, W. L., & Simpson, J. (2006). *Dyadic data analysis*. The Guilford Press.

- Kenny, D. A. (2018). Reflections on the actor-partner interdependence model. *Personal Relationships*, 25(2), 160–170. <https://doi.org/10.1111/pere.12240>
- Leeners, B., Tschudin, S., Wischmann, T., & Kalaitzopoulos, D. R. (2023). Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(1), 95–125. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac030>
- Lévesque, S., Bisson, V., Fernet, M., & Charton, L. (2021). A study of the transition to parenthood: New parents' perspectives on their sexual intimacy during the perinatal period. *Sexual and Relationship Therapy*, 36(2–3), 238–255. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1675870>
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, 371, 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Luk, B. H.-K., & Loke, A. Y. (2015). The Impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Mangialavori, S., Terrone, G., Cantiano, A., Chiara Franquillo, A., Di Scalea, G. L., Ducci, G., & Cacioppo, M. (2019). Dyadic adjustment and prenatal parental depression: A study with expectant mothers and fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(10), 860–881. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.10.860>
- Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E., Mazzoni, S., Capucci, R., Carbonara, M., Caracciolo, S., & Patella, A. (2012). Procreative sex in infertile couples: The decay of pleasure? *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 140. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-140>

- Martins, M. V., Fernandes, J., Pedro, J., Barros, A., Xavier, P., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2022). Effects of trying to conceive using an every-other-day strategy versus fertile window monitoring on stress: A 12-month randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 37(12), 2845–2855. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac228>
- McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2017). Sex after baby: Women’s sexual function in the postpartum period. *Current Sexual Health Reports*, 9(3), 142–149. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0116-3>
- Muise, A., Maxwell, J. A., & Impett, E. A. (2018). What theories and methods from relationship research can contribute to sex research. *The Journal of Sex Research*, 55(4–5), 540–562. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1421608>
- O’Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Olsson, A., Robertson, E., Björklund, A., & Nissen, E. (2010). Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers’ experience about sexual life after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 716–725. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00768.x>
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Organização Mundial da Saúde. (2022). Classificação Internacional de Doenças (CID-11).
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *Journal of American Medical Association*, 303(19), 1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>

- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1). <https://doi.org/10.14417/lp.684>
- Pinto, T. M., Samorinha, C., Tendais, I., & Figueiredo, B. (2020). Depression and paternal adjustment and attitudes during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 281–296. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652256>
- Piva, I., Giuseppe Lo Monte, Graziano, A., & Marci, R. (2014). A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(4), 231–237. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.919379>
- PORDATA. (2024). *Idade média das mulheres ao nascimento de um filho*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/nascimentos-e-fecundidade/idade-media-das-mulheres-ao-nascimento-de-um-filho>
- Quattrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F., & Vittori, G. (2010). Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies*, 19(1), 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.06.008>
- Quinta-Gomes, A. L., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 180–187. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x>
- Ribeiro, S., Pedro, J., & Martins, M. V. (2024). Psychosocial experiences of involuntary definitive childless women: A comparative study based on reproductive status. *Human Reproduction*, 39(3), 559–568. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae001>
- Rinne, G. R., Davis, E. P., Mahrer, N. E., Guardino, C. M., Charalel, J. M., Shalowitz, M. U., Ramey, S. L., & Dunkel Schetter, C. (2022). Maternal depressive symptom trajectories from preconception through postpartum: Associations with offspring developmental outcomes in

early childhood. *Journal of Affective Disorders*, 309, 105–114.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.116>

Rosen, N. O., Bailey, K., & Muise, A. (2018). Degree and direction of sexual desire discrepancy are linked to sexual and relationship satisfaction in couples transitioning to parenthood. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 214–225. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1321732>

Rosen, N. O., & Byers, E. S. (2020). Sexuality in the transition to parenthood. In K. S. K. Hall & Y. M. Binik (Eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy* (pp. 333–356). The Guilford Press.

Rosen, N. O., Dawson, S. J., Leonhardt, N. D., Vannier, S. A., & Impett, E. A. (2021). Trajectories of sexual well-being among couples in the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 35(4), 523–533. <https://doi.org/10.1037/fam0000689>

Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(97)00238-0)

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., 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(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

Saxbe, D., Rossin-Slater, M., & Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychologist*, 73(9), 1190–1200.
<https://doi.org/10.1037/amp0000376>

Schumacher, M., Zubaran, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21(2), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.03.008>

- Schwenck, G. C., Dawson, S. J., Muise, A., & Rosen, N. O. (2020). A comparison of the sexual well-being of new parents with community couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2156–2167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.011>
- Schwerdtfeger, K. L., Todd, J., Oliver, M., & Hubler, D. (2013). Trying versus not trying: A qualitative exploration of pregnancy intentions, the transition to parenthood, and the couple Relationship. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(2), 113–134. <https://doi.org/10.1080/15332691.2013.779095>
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 527–531. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.154>
- Starac, A. (2019). Infertility and sexual dysfunctions: A systematic literature review. *Acta Clinica Croatica*. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.15>
- Tavares, I. M., Rosen, N. O., Heiman, J. R., & Nobre, P. J. (2023). Biopsychosocial predictors of couples' trajectories of sexual function and sexual distress across the transition to parenthood. *Archives of Sexual Behavior*, 52(4), 1493–1511. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02480-8>
- Tavares, I. M., Moura, C. V., & Nobre, P. J. (2020). The role of cognitive processing factors in sexual function and dysfunction in women and men: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.03.002>
- te Velde, E. R., & Pearson, P. L. (2002). The variability of female reproductive ageing. *Human Reproduction Update*, 8(2), 141–154. <https://doi.org/10.1093/humupd/8.2.141>
- Tutelman, P. R., Dawson, S. J., Schwenck, G. C., & Rosen, N. O. (2022). A longitudinal examination of common dyadic coping and sexual distress in new parent couples during the transition to parenthood. *Family Process*, 61(1), 278–293. <https://doi.org/10.1111/famp.12661>
- Van Anders, S. M., Herbenick, D., Brotto, L. A., Harris, E. A., & Chadwick, S. B. (2022). The Heteronormativity Theory of Low Sexual Desire in women partnered with men. *Archives of Sexual Behavior*, 51(1), 391–415. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02100-x>

- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M., & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: A longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868–1876. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600447.1983.tb09716.x>