

O AJUSTAMENTO MATERNO NO RELACIONAMENTO ÍNTIMO COM O COMPANHEIRO APÓS O PARTO



MÁRCIA ANDREIA FONTES COUTO DA CONCEIÇÃO

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

MÁRCIA ANDREIA FONTES COUTO DA CONCEIÇÃO

**O AJUSTAMENTO MATERNO NO RELACIONAMENTO ÍNTIMO
COM O COMPANHEIRO APÓS O PARTO**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade
do Porto.

Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues.
Professor Coordenador da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra.

Ao **Bernardo** ... a verdadeira doçura da Maternidade...

Agradecimentos

Ao Senhor Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues, por ter acreditado em mim, pelo apoio, incentivo e acima de tudo, disponibilidade ao longo de todo o processo.

A todas as Enfermeiras e Administrativos da Consulta Externa do Centro Hospitalar do Porto – Unidade Maternidade Júlio Dinis, pela disponibilidade, apoio e cuidado.

À Senhora Professora Doutora Vitória Parreira pelo apoio e motivação.

A todos as Mães, que aceitaram participar neste estudo e por isso o tornaram possível.

Resumo

O período de ajustamento à maternidade pode permitir um aprofundamento das vivências sexuais na relação do casal ou, pelo contrário, dar origem a sérias dificuldades que favorecem a ocorrência de problemas e disfunções com um impacto negativo na saúde física e psicológica da mulher e do seu companheiro. Neste contexto, este estudo teve como objectivos principais, avaliar o ajustamento materno no relacionamento íntimo com o companheiro após o parto e conhecer as vivências da mulher na relação íntima com o mesmo durante o referido período.

O desenho da investigação conjugou o método quantitativo de análise descritiva e correlacional com o método qualitativo de análise de conteúdo. A amostra foi constituída por 68 mulheres que acompanharam o(s) seu(s) filho(s) à Consulta Externa de Pediatria, do Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maternidade Júlio Dinis, escolhidas através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência e intencional, que obedeceu a alguns critérios de exclusão. O instrumento de colheita de dados permitiu para além da caracterização sócio-demográfica e obstétrica da amostra, a avaliação do ajustamento e das atitudes maternas após o parto, através da aplicação da Versão Portuguesa da escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), e a análise qualitativa das vivências da mulher após o parto na relação íntima com o companheiro, recolhidas através de uma questão aberta.

Os resultados demonstram que o processo de ajustamento materno varia em função do grau de instrução académica, do planeamento da gravidez e do tipo de parto. As categorias temáticas que emergiram das vivências relatadas pelas mulheres relacionam-se com o ajustamento materno nos contextos da assiduidade e das características físicas e relacionais do contacto sexual, confirmando-nos um significativo declínio da frequência e da satisfação sexual durante este período.

A assistência hospitalar disponibilizada à mulher durante o período pós-parto manifestou-se desajustada às suas verdadeiras necessidades, não só relativamente aos parâmetros avaliados, (maioritariamente relacionados com o retorno físico da mulher ao seu estado pré-gravídico), mas principalmente, relativamente ao momento em que é disponibilizada, (anterior ao reinício da sua actividade sexual e à tomada de consciência de eventuais dificuldades conjugais), devendo esta assistência ser um dos principais focos de actuação do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia.

Abstract

The period of adjustment to motherhood can allow a deepening of sexual experiences in the couple's relationship or, conversely, may originate serious difficulties that favor the occurrence of problems and disorders with a negative impact on physical and psychological health of women and their partners. In this context, this study had as goals, to evaluate the maternal adjustment in the intimate relationship with their partners after birth and to know the experiences of women in the intimate relationship with their partners during the same period.

This study type combines a quantitative method of correlational descriptive analysis with a qualitative method of content analysis. The sample comprised 68 women who had their babies followed at the Outpatient Pediatrics, in the Centro Hospitalar do Porto – Unidade Maternidade Julio Dinis, chosen through a non-probability sampling process by convenience and intentional criteria, following exclusion conditions. The data collection allowed the sample's socio-demographic and obstetric characterization, the assessment of adjustment and maternal attitudes after birth, by the Portuguese Version of the Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) scale, and the qualitative analysis of the experiences of women after childbirth in the intimate relationship with their partners through an open question.

The results showed that the maternal adjustment depends on the school level, pregnancy planning and delivery process. The subjects that emerged from the women's experiences are related with the maternal adjustment in the frequency and in the physical and relational characteristics of sexual contact contexts, confirming a significant decline in sexual frequency and satisfaction during this period.

The hospital care provided to women during the postpartum period did not seem adjusted to their real needs, not only on the parameters evaluated, (mostly related to the physical return of women to their pre-pregnancy condition), but also mainly, by the moment in which it is offered, (before women restart their sexual life and acquire consciousness of any conjugal difficulties), this assistance should be a major focus of activity to the midwives.

Résumé

La période d'ajustement à la maternité peut permettre un approfondissement des expériences sexuelles dans la relation du couple ou, au contraire, donner lieu à de graves difficultés qui favorisent l'apparition de problèmes et de troubles avec un impact négatif sur la santé physique et psychologique de la femme et de son partenaire. Dans ce contexte, cette étude a pour principaux objectifs, évaluer l'ajustement de la mère dans la relation intime avec le partenaire après la naissance et connaître les expériences des femmes dans cette même relation et période.

La méthodologie de recherche combine la méthode quantitative d'analyse descriptive et corrélationnelle avec la méthode d'analyse qualitative de contenu. L'échantillon est constitué par 68 femmes qui ont suivi leurs enfants à la Pédiatrie Ambulatoire, du Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maternidade Julio Dinis, choisi par un processus de non-probabilité d'échantillonnage de commodité et déterminé, suivant certains critères d'exclusion. Le questionnaire a permis la caractérisation socio-démographique et obstétrique de l'échantillon, l'évaluation de l'ajustement et l'attitude de la mère après l'accouchement, avec l'application de la Version Portugaise de l'échelle Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), et l'analyse qualitative des expériences des femmes après l'accouchement dans la relation intime avec l'application d'une question ouverte.

Les résultats montrent que le processus d'ajustement de la mère varie en fonction du degré d'enseignement académique, la planification de la grossesse et le type d'accouchement. Les thématiques qui se sont dégagées de l'expérience vécue par les femmes, sont liées à l'adaptation de la mère dans les contextes de l'assiduité et aux caractéristiques physiques et relationnelles du contact sexuel, qui confirment une baisse significative de la fréquence et la satisfaction sexuelle en cette période.

Les soins hospitaliers dispensés aux femmes pendant la période post-partum se démontrent inadaptées à leurs besoins réels, non seulement sur les paramètres évalués, (essentiellement liés au retour physique des femmes à leur état d'avant la grossesse), mais surtout, relativement au moment où ils sont disponibilisés, (avant le recommencement de sa sexualité et de la conscience des éventuelles difficultés conjugales), cette aide devrait être un objectif majeur de l'activité des sage-femmes.

SUMÁRIO

Página

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Résumé	xi
Índice de Quadros	xvii
Índice de Figuras	xxi

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	----------

PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
---	----------

CAPÍTULO I – O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: DE MULHER A MÃE	7
--	----------

1.1. Definição de Gravidez, Parto e Puerpério	8
1.2. Alterações decorrentes da Gravidez, Parto e Puerpério.....	10
1.2.1. Alterações Físicas e Orgânicas: Principais Manifestações na Intimidade do Casal após o Parto.....	17
1.2.2. Alterações Psicológicas: O Medo de Falhar como Mãe	23
1.2.3. Alterações Sociais: Expectativas face ao Papel de Mulher-Mãe	26

CAPÍTULO II – O AJUSTAMENTO DA MULHER À GRAVIDEZ E À MATERNIDADE ..	29
--	-----------

2.1. Principais Processos Maternos de Ajustamento	29
--	-----------

2.1.1.	Fontes de Aprendizagem e de Referência: A Inocência do “Brincar com Bonecas”	30
2.1.2.	A Integração da Identidade Maternal.....	32
2.2.	Aspectos Relevantes sobre a Investigação Existente na Área	39
 CAPÍTULO III – AS VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE DA MULHER APÓS O PARTO ...		41
3.1.	Aspectos Relevantes sobre a Investigação Existente na Área	44
3.2.	Factores que Influenciam a Sexualidade da Mulher após o Parto	47
3.2.1.	O Tipo de Parto.....	49
3.2.2.	A Imagem Corporal da Mulher após o Parto	51
3.2.3.	Os Cuidados com o Recém-Nascido.....	53
 PARTE DOIS: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA		55
 CAPÍTULO IV – METODOLOGIA		57
4.1.	Tipo de Estudo	57
4.2.	Questão e Hipóteses de Investigação	57
4.3.	Operacionalização das Variáveis	59
4.4.	População/Amostra	60
4.5.	Instrumento de Colheita de Dados	61
4.6.	Procedimentos Éticos da Colheita de Dados	62
4.7.	Tratamento Estatístico dos Dados	63
 CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS		67
5.1.	Caracterização Geral da Amostra	67
5.1.1.	Caracterização Sócio-Demográfica.....	67
5.1.2.	Dados da História Obstétrica.....	68
5.2.	Análise descritiva do Processo de Ajustamento Materno e Atitudes Maternas	69

5.3. Relação entre a Variável Sócio-Demográfica Idade e o Processo de Ajustamento Materno	76
5.4. Relação entre as Variáveis Sócio-Demográficas Grau de Instrução Académica, Categoria Sócio-Económica e Situação Marital e o Processo de Ajustamento Materno	77
5.5. Relação entre as Variáveis Obstétricas e o Processo de Ajustamento Materno	82
5.6. Narrativas da Vivência da Mulher Após o Parto na Relação Íntima com o seu Companheiro	86
 CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 105
 CONCLUSÃO.....	 121
 BIBLIOGRAFIA.....	 125
 ANEXOS	 133
ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto para a aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	135
ANEXO II – Instrumento de Colheita de Dados.....	139
 APÊNDICES	 151
APÊNDICE I – Itens que constituem a escala MAMA	153
APÊNDICE II – Constituintes chave que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes relativos ao ajustamento materno na relação íntima com os companheiros	157

Índice de Quadros

Página

Quadro 1 – Variáveis Sócio-Demográficas e Obstétricas em estudo.....	58
Quadro 2 – Caracterização social e demográfica da amostra (N=68).....	68
Quadro 3 – Caracterização da amostra: gravidez e parto (N=68).....	69
Quadro 4 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à escala MAMA total..	69
Quadro 5 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “imagem corporal” e relação da mesma com cada item que a compõe.....	70
Quadro 6 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “sintomas somáticos” e relação da mesma com cada item que a compõe.....	71
Quadro 7 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “atitudes perante o sexo” e relação da mesma com cada item que a compõe.....	72
Quadro 8 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “atitudes para com a gravidez e o bebé” e relação da mesma com cada item que a compõe.....	73
Quadro 9 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “relação conjugal” e relação da mesma com cada item que a compõe.....	74
Quadro 10 – Correlações entre a escala MAMA total e respectivas sub-escalas.....	75
Quadro 11 – Resultados da análise da normalidade das sub-escalas da escala MAMA.	76
Quadro 12 – Resultados do teste Correlação de Spearman para o processo de ajustamento materno relativos á variável idade.....	77
Quadro 13 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos á variável grau de instrução académica.....	78
Quadro 14 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos á variável grau de instrução académica.....	78
Quadro 15 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos á variável categoria sócio-económica.....	79
Quadro 16 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos á variável categoria sócio-económica	80
Quadro 17 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos á variável situação marital.....	81

Quadro 18 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável situação marital.....	81
Quadro 19 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável paridade.....	82
Quadro 20 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável paridade.....	83
Quadro 21 – Resultados do teste t de Student para o processo de ajustamento materno relativos à variável planeamento da gravidez.....	83
Quadro 22 – Resultados do teste Mann Whitney para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável planeamento da gravidez.....	84
Quadro 23 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável tipo de parto.....	85
Quadro 24 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável tipo de parto.....	86
Quadro 25 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto da assiduidade do contacto sexual antes do parto.....	87
Quadro 26 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características físicas do contacto sexual antes do parto.....	88
Quadro 27 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual antes do parto.....	89
Quadro 28 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto da assiduidade do contacto sexual após o parto.....	92
Quadro 29 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características físicas do contacto sexual após o parto.....	94
Quadro 30 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual após o parto.....	96
Quadro 31 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto.....	99

Quadro 32 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto.....	101
--	-----

Índice de Figuras

Página

Figura 1 – Representação esquemática da categoria temática ajustamento materno no contexto do contacto sexual antes do parto e respectivos indicadores que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes.....	90
Figura 2 – Representação esquemática da categoria temática ajustamento materno no contexto do contacto sexual após o parto e respectivos indicadores que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes.....	98
Figura 3 – Representação esquemática do ajustamento materno no contexto do contacto sexual com o companheiro após o parto.....	104

INTRODUÇÃO

A gravidez e o período pós-parto são processos bem definidos, de forma mais ou menos consensual limitados no tempo, e intimamente relacionados com o processo de reprodução humana. Compreendem um grande número de mudanças pessoais e interpessoais, ao nível biológico, psicológico, cognitivo, emocional e comportamental, constituindo um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação do indivíduo (Grant, citado em Silva e Figueiredo, 2005).

No puerpério, definido por Andrade, (em Graça, 2000, p. 423), como “o período de seis semanas que se segue ao parto”, durante o qual se verifica o “regresso ao estado anatómico normal pré-gravídico”, constata-se com bastante frequência que está apenas prevista a normalização das alterações estruturais do cólo, da vagina e do períneo, adquiridas como consequência do parto. No entanto, a gravidez altera irreversivelmente o curso da vida de uma mulher, que uma vez grávida, não consegue retornar ao seu estado psicológico pré-gravídico (Bibring, Dwyer e Huntington, citados em Silva e Figueiredo, 2005).

A maternidade, (de forma semelhante à gravidez e ao período pós-parto), também pressupõe mudanças, não só ao nível biológico e físico, (relacionadas com as alterações estruturais já referidas, e ainda com as variações hormonais e funcionais dos órgãos reprodutores), mas também ao nível relacional, (marital e familiar), com a consequente alteração dos papéis sociais. A presença de um novo elemento completamente dependente dos pais implica importantes ajustamentos no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior, com reflexo ao nível do próprio relacionamento conjugal (Silva e Figueiredo, 2005).

Muito embora Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), definam a maternidade como uma opção, tornar-se mãe gera um período de mudança e instabilidade para todas as mulheres que decidem ter filhos. Para garantir a adaptação à maternidade as mães precisam assumir comportamentos e habilidades para lidar com as mudanças e os desequilíbrios desta nova etapa.

No contexto actual das sociedades contemporâneas, Mendes, (2007), refere-se ao recém-nascido, como um bem precioso, que raro, se impõe que seja perfeito. Ser agente de continuidade entre gerações, sendo simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e a diferença entre elas não é tarefa fácil. Canavarro, (2001, p. 17) defende que “ter filhos é transmitir heranças diversas, desde as de genética, às de costume, valores e significados mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade, (...), encontrando o equilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia”.

Também Figueiredo, (citada em Mendes, 2007), afirma que a maternidade, enquanto período de transição, implica numerosas mudanças, que não se verificam apenas nas diferentes esferas da vida da mulher, mas também nas diferentes esferas da vida do casal. A vivência e os significados da maternidade aquando do ajustamento materno no período pós-parto, remetem-nos às suas inter-relações com o contexto sócio-cultural e, especificamente, à construção cultural de género, de onde se destacam as influências desta transição no percurso de vida familiar e pessoal de cada elemento envolvido (Mendes, 2007).

São referidas por diversos autores, as mudanças que ocorrem na mulher desde o início da gravidez até ao período pós-parto. Mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, capazes de influenciar directa ou indirectamente, e de forma mais ou menos positiva, o relacionamento íntimo da mulher com o companheiro. Sendo esta uma importante fase de transição, que implica a resolução de situações de crise, com consequentes (re)adaptações e (re)equilíbrios, é também um momento particularmente propício a uma nova integração da sexualidade. Esta integração pode permitir um aprofundamento da vivência sexual na relação do casal ou, pelo contrário, dar origem a sérias e variadas dificuldades, que favorecem o aparecimento de problemas e disfunções com um impacto negativo na saúde física e psicológica quer da mulher, quer do companheiro (Silva e Figueiredo, 2005).

Como foi demonstrado em vários estudos de investigação, dos quais salientamos os trabalhos realizados por Barrett, Pendry, Peacock, Victor, Thakar e Manyonda, (1999, 2000); Dixon, Booth e Powell, (2000); Brummen, Bruinse, van de Pol, Heintz e Vaart, (2006); e com um maior destaque, os estudos levados a cabo por Robson, Brant e Kumar, (1981); Sydow, (1999); Hyde, DeLamater, Plant e Byrd, (1996), a satisfação da mulher com o seu relacionamento marital diminui marcadamente durante a gravidez e depois do nascimento do primeiro filho. As dificuldades conjugais, decorrentes das

alterações mencionadas, ainda de acordo com os referidos estudos, podem ter um impacto substancialmente negativo a médio e/ou longo prazo, quer ao nível da saúde física, quer ao nível do bem-estar psicológico da mulher, no relacionamento íntimo que estabelece com o companheiro, (principalmente no período pós-parto).

Durante milénios da História do Mundo, a reprodução humana manteve-se envolta em conceitos mais ou menos misteriosos e atávicos, vendo-se rodeada de mitos e prejudicada por numerosos tabus (Barbosa e Gomes-Pedro, 2000).

Capellá, (2003, p.90), define a sexualidade feminina como difícil de apreender, referindo que “os conceitos que querem dar conta dela a partir das teorias psicanalíticas deslizam facilmente para as imagens, tradições, tabus e ideias da cultura”. Muito embora o enigma da sexualidade feminina continue, hoje em dia, envolto em segredos, parece-nos ser a sexualidade humana no geral, a revelar-se misteriosa em muitos dos seus pontos.

Sendo a sexualidade humana, (ainda hoje), um tema abordado de forma muito limitada, dado constituir uma área tabu, (da qual a maioria das pessoas não se sente confortável a falar, evitando por isso mesmo fazê-lo), é frequente não ser encetado pelos profissionais de saúde, quer durante a gravidez, quer no período pós-parto (Sydow, 1999). De forma semelhante, apenas uma percentagem muito reduzida de mulheres aborda, com os profissionais de saúde, e em contexto de consulta, outros assuntos relacionados com a sexualidade no período pós-parto, para além da contraceção (Barrett et al, 1999; Abdool, Thakar e Sultan, 2009).

Constatando desta forma que o fenómeno da sexualidade no período pós-parto é frequentemente vivido de forma solitária e angustiante pela mulher, que não tem na maioria das vezes oportunidade de, em contexto próprio, esclarecer as suas dúvidas e ver desmistificadas falsas crenças, confrontamo-nos com inúmeras questões relacionadas com a atitude mais adequada a ter para com a mulher nesta importante fase da sua vida. Tal facto motivou-nos para a realização de um estudo centrado na vivência da mulher da sua sexualidade após o parto, uma vez que reconhecemos ser uma área científica e educacional prioritária devendo, por isso, ser assumida a sua repercussão social, cultural e política, conforme nos refere Barbosa e Gomes-Pedro, (2000).

Para este estudo definimos os seguintes objectivos:

- Descrever o processo de ajustamento materno da mulher após o parto nas dimensões: imagem corporal, sintomas somáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebé;
- Analisar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e obstétricas e o processo de ajustamento materno da mulher após o parto;
- Analisar a relação entre a imagem corporal, os sintomas somáticos, as atitudes para com o companheiro, as atitudes perante o sexo, as atitudes para com a gravidez e o bebé e o processo de ajustamento materno da mulher após o parto;
- Identificar as experiências e os sentimentos que as mulheres vivenciaram após o parto na relação íntima com o companheiro;
- Conhecer as vivências da mulher após o parto, com maior significado na intimidade com o companheiro;

A investigação mais recente nesta área e período tão específicos da vida da mulher, dão-nos conta que as mudanças na intimidade sexual do casal, constatadas durante o período pós-parto, podem ser mais significativas do que estudos anteriores faziam prever, (ao afirmar que a libido e a função sexual regressavam ao normal para a maioria das mulheres cerca de quatro a seis semanas após o parto), apresentando-nos uma elevada percentagem de pais pela primeira vez a descreverem a sua vida sexual oito meses após o parto como “pobre” ou “não muito boa” (Dixon, Booth e Powell, 2000).

Também Silva e Figueiredo, (2005), referem que a gravidez e o período pós-parto constituem fases críticas para o início ou agravamento de problemas de cariz sexual entre o casal, verificando-se uma diminuição do desejo, do interesse e da actividade sexual durante esses períodos.

PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: DE MULHER A MÃE

O projecto de maternidade inicia-se muito antes de a gravidez ser uma realidade física. Muitas vezes confundidas, (pela sua interligação), e interpretadas como sinónimas dentro da realidade que é ser mãe, a gravidez é considerada uma etapa intermédia e também ponto de viragem da maternidade, sendo a maternidade entendida como uma fase do desenvolvimento do ciclo vital da mulher. No contexto do ciclo de vida da mulher a gravidez, o parto e o período pós-parto surgem como realidades distintas, quer na dimensão temporal, quer na dimensão vivencial, sustentando na sua interligação todo um processo geracional de vida (Mendes, 2002).

Embora marcado por várias alterações físicas, orgânicas e sexuais, motivadoras de relevantes preocupações que surgem durante a gravidez e período pós-parto, o ciclo gravídico-puerperal é um período fisiológico na vida da mulher (Martins, Rebelo e Gomes, 2004).

Limitada a um projecto a longo prazo, (no mínimo de 18 anos), a maternidade requer, em termos relacionais, o envolvimento e partilha necessários à prestação de cuidados que viabilizem um desenvolvimento saudável e harmonioso do recém-nascido. Mendes, (2002, p. 23), refere-nos que a maternidade se inscreve “dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído e onde a influência dos padrões culturais, das representações sociais, crenças e valores se apresentam determinantes para a sua concepção.”

A este respeito, Figueiredo, (citada em Mendes, 2007), sublinha o facto de a maternidade conferir de uma forma definitiva o estatuto de adulto ao indivíduo na medida em que certifica a maturidade do seu corpo e coloca um outro elemento da sociedade na sua total dependência, testemunhando a maturidade do seu comportamento social.

A gravidez vem confirmar uma sexualidade activa, que cultural e idealmente se prefere institucionalizada, através do casamento/união de facto e que ocorra entre adultos. Muito embora Santo, (2009), afirme que ser boa mãe e boa profissional não implica deixar de

ser mulher, segundo Capellá, (2003, p.73), “no próprio inconsciente colectivo a mulher ou está do lado da não sexualidade (a mãe, a mulher virgem) ou então do lado do excesso de sexualidade (a luxúria e a prostituição)”, sendo esta uma dualidade que, socialmente, ainda hoje encontramos quando se fala de sexualidade feminina.

1.1. Definição de Gravidez, Parto e Puerpério

A gravidez, o parto e o período pós-parto, como refere Maldonado, (citada em Mendes, 2007), representam períodos críticos de transição no ciclo vital da mulher. Períodos que incluem importantes alterações biofísicas, com mudanças metabólicas e hormonais acentuadas, estados temporários de possível desequilíbrio, necessidades de adaptação e reajustamentos intra e interpessoais, fortemente marcados por uma reformulação da identidade e reordenação das relações interpessoais (Mendes, 2007).

A gravidez, na sua dimensão temporal, diz respeito a um período de aproximadamente 266 dias ou 38 semanas, que decorre desde a concepção até ao parto (Mendes, 2002). No entanto, Nogueiro, Lopes e Galvão, (2004), revelam o termo da gravidez após um período de cerca de 40 semanas, período mais concordante com a realidade da prática clínica da maioria dos obstetras, e partilhada por Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002, p. 219), quando referem que a gravidez se prolonga “por nove meses do calendário solar, 10 meses lunares ou aproximadamente 40 semanas”. A gravidez pode no entanto ser prolongada até às 42 semanas sem que isso constitua algo anormal, (apenas invulgar).

A gravidez é um processo temporal caracterizado por alterações corporais fisiológicas e adaptativas ao desenvolvimento do novo ser humano, acompanhadas das consequentes vivências psicológicas (Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004). Para além de permitir a confirmação da identidade sexual da mulher, segundo Leal, (citada em Mendes, 2002, p. 23), constitui “um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que nele contém: vida.”

Inevitavelmente após o parto, independentemente do desfecho vital da criança, tem início o período designado por puerpério, definido como o período das seis semanas que se seguem ao parto (Vellay, 1998; Portelinha, 1999; Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002; Graça, 2000). No entanto, definir o seu final é por vezes tão complexo quanto definir o

início e o final de uma gravidez, podendo as opiniões variar entre as seis e as oito semanas após o parto (Mendes, 2007).

Para além da referida delimitação temporal, o puerpério é definido pelos ajustamentos fisiológicos que ocorrem após o parto e que permitem ao aparelho reprodutor da mulher, através de processos regenerativos, retomar as condições anatómicas pré-gravídicas. Esta normalização inclui as alterações estruturais do cólo, da vagina e do períneo, sendo também neste período que, (na maioria das mulheres que não amamentam), se estabelece o sincronismo hipófise-ovário e, conseqüentemente, a ovulação e a menstruação (Vellay, 1998; Portelinha, 1999; Graça, 2000; Centa, Oberhofer e Chammas, 2002; Mendes, 2007).

Nas primeiras horas que se seguem ao nascimento, a puérpera experimenta alterações fisiológicas em quase todos os sistemas orgânicos. Segundo Portelinha, (1999, p.73), “a mais visível é a perda de peso, (...), de aproximadamente 5,5 kg, (...), devida à saída do feto, da placenta, do líquido amniótico e sangue”.

Torna-se claro que o conceito de puerpério, definido pelos autores anteriores, se baseia maioritariamente na recuperação física da mulher e na sua adaptação fisiológica à maternidade. No entanto, outros autores, como Olds, London e Ladewig, (citadas em Mendes, 2007), consideram não só a reorganização e recuperação fisiológica da mulher, mas também os aspectos psicológicos e psicossociais decorrentes do período pós-parto. Segundo Afonso, (citada em Mendes, 2007), estão presentes nesta fase, processos de ajustamento a uma nova identidade, (identidade materna), de aprendizagem de um novo papel, (de mãe), de adaptação a um novo elemento familiar com entidade própria, (a criança), e de reestruturação das relações familiares e sociais. Desta forma, surge por Rubin, (citada em Colman e Colman, 1994, p. 171), uma nova delimitação deste período que defende claramente que “demora nove meses a partir do parto, para uma mulher se sentir de novo ela, um todo, intacta, funcional.”

Esta é uma fase de intensas mudanças biopsicossociais na vida da mulher, sendo frequentes, o desconforto físico materno, a dificuldade para satisfazer as necessidades de sono e repouso, a ansiedade, a insegurança, as elevadas expectativas em relação ao novo membro da família, o medo da cobrança familiar, os momentos de tristeza ou depressão, entre outras situações e sentimentos. Estes sentimentos são experimentados com mais frequência e intensidade nas primigestas e nas puérperas que não tiveram um

acompanhamento adequado durante a gravidez, parto e consulta de pós-parto (Centa, Oberhofer e Chammas, 2002).

A maternidade, intrínseca ao natural e feliz desfecho da gravidez, vai exigir uma importante adaptação materna às novas tarefas que se lhe impõe, pois tal como Leal, (citada em Mendes, 2002, p.23), nos afirma, é essencial que “para além do desejo de engravidar e ter um filho, se deseje e se assuma ser mãe”.

1.2. Alterações decorrentes da Gravidez, Parto e Puerpério

Estar grávida significa enfrentar um grande número de mudanças, (ao nível biológico, psicológico e social), onde a adaptação a uma nova condição se revela muito complexa, exigindo importantes reajustamentos individuais e interpessoais, principalmente no quadro do relacionamento com o companheiro (Silva, Ruivo e Coimbra, 2005).

Da mesma forma que as mudanças na imagem corporal, secreções hormonais e expectativas sócio-culturais são inevitavelmente difundidas na dimensão psicossocial da grávida, também as mudanças na identidade ocorrem simultaneamente às mudanças no corpo e papéis sociais (Mendes, 2002).

Muito embora as mudanças sejam importantes a todos os níveis, neste subcapítulo serão abordadas apenas as que ocorrem ao nível biofísico, deixando para os subcapítulos seguintes as alterações psicológicas e as adaptações sociais, decorrentes da gravidez, parto e puerpério.

▪ Adaptação hematológica e hemostase

Durante a gravidez o volume plasmático aumenta progressivamente a partir do primeiro trimestre atingindo o seu máximo cerca da trigésima quarta semana, estabilizando, ou mesmo reduzindo ligeiramente, perto do termo da mesma. O aumento máximo do volume plasmático traduz-se num incremento de cerca de 40-50% relativamente ao volume médio de 2600 ml característico da mulher não grávida (Graça, 2000).

O aumento dos factores de coagulação associado a um processo de fibrinólise diminuído, são característicos da gravidez e responsáveis por um estado de hipercoagulabilidade,

importante na prevenção de hemorragias no período pós-parto. A contagem de plaquetas na gravidez mostra um ligeiro decréscimo, devido não só a um aumento do seu consumo, mas também ao já referido processo de hemodiluição (Graça, 2000).

Após o parto, (até às primeiras 72 horas), verifica-se um aumento do volume de eritrócitos, provocado pela significativa perda de volume plasmático, e que se vê normalizado até à oitava semana do período pós-parto (Mendes, 2007).

Muito embora apresente níveis bastante aumentados nos primeiros dias após o parto, podendo ser responsável, (juntamente com as plaquetas, também aumentadas neste período), pela ocorrência de condições de tromboembolias, o regresso do fibrinogénio plasmático aos valores pré-gravídicos prevê-se que ocorra entre a primeira e a segunda semana do período pós-parto.

- Sistema cardiovascular

As adaptações do organismo materno à gravidez proporcionam, à grávida normal, uma protecção compensatória pelo aumento do esforço cardíaco e pela súbita diminuição da volémia que vão ser causados pela hemorragia no puerpério imediato, permitindo que a maioria das mulheres tolere uma considerável perda de sangue durante o parto, cerca de 500 ml no parto vaginal de um único feto e aproximadamente o dobro dessa quantidade no parto por cesariana (Graça, 2000; Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

Durante o trabalho de parto o débito cardíaco aumenta significativamente, sendo esse aumento ainda maior durante o período expulsivo. O puerpério imediato caracteriza-se por um aumento ainda mais substancial do débito cardíaco, provocado pelo reforço do retorno venoso ao coração, causado pela súbita descompressão da veia cava inferior, (relacionada com a brusca retracção do volume do útero, com a reentrada em circulação do sangue dos vasos uterinos colapsados e com a mobilização do fluido extravascular), regressando o débito cardíaco aos valores do final da gravidez cerca de uma hora após o parto (Graça, 2000).

Para Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), o grande volume sanguíneo adquirido durante a gravidez vê-se drasticamente reduzido nas primeiras duas semanas após o parto, com retorno aos valores pré-gravídicos cerca de seis meses após o parto.

- Sistema respiratório

A configuração do tórax altera-se antes mesmo que o aumento do volume uterino seja suficiente para exercer uma pressão mecânica. As principais alterações anatómicas passam pela subida do diafragma cerca de 4 cm, pelo alargamento do ângulo subcostal e consequente afastamento das costelas inferiores (Graça, 2000).

Durante a gravidez a vasodilatação atinge também a mucosa das vias aéreas superiores, pelo que, ainda segundo Graça, (2000, p.81), “não é rara a ocorrência de epistaxes, (...), obstrução nasal e sintomas de rinite.”

O volume respiratório em repouso aumenta cerca de 40%, o que acelera a ventilação da grávida. Como o consumo de oxigénio na gravidez não chega a expandir-se 20%, existe um fenómeno de “excesso respiratório”, acompanhado por uma hipercápnia fisiológica responsável pelas queixas de dispneia em repouso da grávida (Graça, 2000).

- Sistema urinário

Durante a gravidez observa-se um aumento do volume renal à custa da maior vascularização e da expansão do espaço intersticial. Anatomicamente, parece ser frequente a dilatação da árvore excretora urinária, provocada pela compressão exercida pelo útero gravídico, (ao nível do rebordo pélvico, sobre ambos os ureteres, mas principalmente do direito, devido à dextro-rotação uterina), associada ao relaxamento da musculatura lisa causada pela acção da progesterona. Esta dilatação provoca a estase urinária e facilita a multiplicação bacteriana, predispondo a grávida para uma maior incidência de bacteriúria e de pielonefrite (Graça, 2000).

Embora a capacidade da bexiga diminua ao longo da gravidez, a pressão intravesical aumenta progressivamente, contrabalançando a tendência para a incontinência urinária referida por muitas grávidas.

Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), as mudanças hormonais da gravidez, (elevados níveis de esteróides), justificam parcialmente o aumento da função renal durante a mesma. Aproximadamente duas a oito semanas após o parto são exigidas para que a hipotonia induzida pela gravidez e a dilatação da árvore excretora urinária retornem ao estado pré-gravídico.

As mulheres começam a perder o excesso de líquido acumulado nos tecidos durante a gravidez cerca de 12 horas após o parto. Um dos mecanismos responsáveis pela redução dos edemas da gravidez é a diaforese profusa, que ocorre frequentemente à noite, nas primeiras 48-72 horas após o parto. A diurese pós-parto, causada pela diminuição dos níveis de estrogénio, pela remoção da pressão venosa aumentada nas extremidades inferiores e pela perda do aumento remanescente do volume de sangue induzido pela gravidez, constitui outro mecanismo através do qual o organismo se liberta do excesso de líquido, traduzindo-se numa perda de peso de aproximadamente 2250 g durante o puerpério imediato (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

- Sistema neurológico

Os desconfortos neurológicos induzidos pela gravidez tendem a diminuir após o parto. A eliminação do edema fisiológico pela diurese aumentada neste período alivia a síndrome do túnel cárpico, reduzindo a compressão do nervo mediano. A dormência e o formigueiro periódico dos dedos das mãos, (sendo geralmente a mão dominante a mais afectada), frequentemente causados pela tracção de segmentos do plexo braquial, resultante do posicionamento encolhido dos ombros durante a gravidez, também desaparecem após o parto (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

- Sistema endócrino

O processo gravídico é um importante desafio adaptativo aos ritmos metabólicos. Os nove meses de gravidez caracterizam-se por uma rápida alteração hormonal, onde se verifica um elevado aumento da produção de estrogénios e progesterona, bem como, uma diminuição das gonadotrofinas (Silva e Figueiredo, 2005).

A expulsão da placenta provoca a queda drástica da produção de muitas hormonas, entre as quais, a enzima placentária insulinase, permitindo a reversão dos efeitos diabetogénicos da gravidez e níveis glicémicos significativamente baixos no puerpério imediato.

As elevadas concentrações de estrogénio e progesterona durante a gravidez permitiram o desenvolvimento mamário durante a mesma. O retorno destas hormonas aos níveis pré-gravídicos é de certa forma, determinado pela amamentação, mas imediatamente após a dequitação os níveis caem consideravelmente, atingindo os seus índices mais baixos na primeira semana do período pós-parto (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

Mendes, (2007), destaca no processo fisiológico da lactação duas hormonas que apresentam no período pós-parto níveis mais elevados, a prolactina, (que produzida pela hipófise anterior, intervém na produção de leite), e a ocitocina, (que produzida pela hipófise posterior, provoca a contractilidade das células mioepiteliais que revestem as paredes dos ductos alveolares mamários, aumentando o fluxo de leite). A persistência de níveis elevados de prolactina nas mulheres que amamentam, pode ser responsabilizada pela supressão da ovulação, podendo os níveis de prolactina ser influenciados pela frequência da amamentação, pela duração de cada mamada e pelo recurso à alimentação suplementar.

- Sistema musculo-esquelético

Ainda durante a gravidez, e à medida que o volume uterino aumenta, tende também a acentuar-se a lordose lombar, podendo dar origem ao aparecimento de lombalgias. Para manter o equilíbrio a grávida tende a inclinar para a frente o pescoço e a cintura escapular o que, associado à menor rigidez dos ligamentos pode, como já referimos, provocar ligeiras parestesias dos membros superiores. A estabilização destas articulações, segundo Mendes, (2007), ocorre entre as seis e as oito semanas após o parto. No entanto, Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), referem que embora todas as articulações da mulher retornem ao estado pré-gravídico normal, as dos pés não voltam, podendo a mesma notar um aumento permanente no tamanho dos sapatos.

No período pós-parto, também a parede abdominal fica flácida, como consequência da distensão prolongada causada pelo aumento do volume uterino. O regresso ao aspecto e tonicidade normais demora algumas semanas, podendo ser acelerado pelo exercício dos músculos abdominais (Mendes, 2007).

- Sistema tegumentar

Há um aumento do fluxo sanguíneo que beneficia a maioria dos órgãos inclusive a pele, tornando-a caracteristicamente mais quente (Graça, 2000).

A maioria das grávidas apresenta um aumento da pigmentação cutânea, mais evidente em certas regiões do corpo: face, aréolas mamárias, linha branca e vulva. Esta hiperpigmentação, ainda segundo Graça, (2000), é mais comum nas mulheres morenas. O mecanismo responsável por estas alterações não está esclarecido, mas pensa-se poder estar relacionado com a hormona estimuladora dos melanócitos. A vasodilatação

periférica, relacionada com o aumento estrogénico da gravidez, associa-se ao aparecimento de angiomas do tipo aranhas vasculares, sendo o eritema palmar frequente na gravidez. Estas alterações regredem após o parto (Graça, 2000; Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002; Mendes, 2007). No entanto, a hiperpigmentação das aréolas e da linha branca, pode não regredir completamente.

As alterações do tecido conjuntivo levam ao aparecimento de estrias cutâneas, (soluções de continuidade da derme). De cor avermelhada, localizam-se mais frequentemente nas mamas, abdómen, coxas e nádegas, e após a gravidez tornam-se mais claras mas não desaparecem (Graça, 2000).

Os estrogénios são também responsáveis pelas alterações capilares durante a gravidez, estando cerca de 5 a 10% dos folículos capilares, no final deste período em fase telogénica, isto é, em repouso. Após o parto esta percentagem quadriplica, resultando numa imediata e significativa queda de cabelo, completa e espontaneamente recuperada seis a nove meses depois (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

- Sistema gastrointestinal

As náuseas e os vómitos são sintomas característicos do primeiro trimestre da gravidez. De causa desconhecida, é sugerido por Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), que a gonadotrofina coriónica humana possa estar implicada, já que a intensidade destes sintomas tende a seguir o perfil plasmático desta hormona.

Durante a gravidez e por acção da progesterona, a motilidade do trato gastrointestinal e da vesícula biliar, bem como, a tonicidade dos esfíncteres, estão diminuídas, sendo muito frequentes as queixas de enfartamento, pirose e obstipação. A diminuição da motilidade do trato gastrointestinal persiste apenas por um curto período após o parto, aproximadamente duas semanas (Mendes, 2007). A evacuação intestinal espontânea pode demorar cerca de 48-72 horas, o que é facilmente explicado pela diminuição do tónus muscular do intestino durante o trabalho do parto e puerpério imediato, pela diarreia pré-trabalho de parto, pela falta de alimentos e/ou pela desidratação (Graça, 2000).

As gengivas tornam-se edemaciadas e hiperémicas durante a gravidez, sangrando com facilidade (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

- Sistema genital

Para ser capaz de conter o produto de concepção, o útero cresce muito rapidamente, particularmente à custa da hipertrofia das células do miométrio e predominantemente ao nível do fundo uterino. O peso do útero não grávidico é de 40 a 70 g, podendo chegar aos 1200 g no final da gravidez. Paralelamente às alterações das fibras miométriais ocorre hipertrofia e hiperplasia do tecido conjuntivo, dos vasos e das enervação, sendo o crescimento do útero acompanhado pelo incremento da sua vascularização (Graça, 2000).

O cólo do útero sofre um amolecimento progressivo ao longo da gravidez e a obstrução do canal cervical pelo rolhão mucoso, (importante obstáculo às infecções ascendentes), deve-se à produção de um muco espesso pelas glândulas endocervicais. Os mecanismos que estão na base das modificações que o cólo sofre nas semanas finais da gravidez e durante o trabalho de parto, (amolecimento, extinção e dilatação), não estão completamente esclarecidos, sabendo-se que no parto de termo, aumentam, quer o conteúdo em ácido hialurónico, quer a dissociação das fibras de colagénio. A relaxina e os metabolitos do ácido araquidónico desempenham também um importante papel no processo de amadurecimento do cólo (Graça, 2000).

O processo pelo qual o útero, após o nascimento, retorna ao estado pré-grávidico é conhecido como involução uterina. Tem início imediatamente após a dequitação, através da contracção da musculatura lisa do útero e Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002, p. 415), prevêem que “em 12 horas, o fundo pode estar aproximadamente 1 cm acima do umbigo”. É um processo com uma rápida evolução, permitindo ao fundo uterino envolver aproximadamente 1-2 cm em 24 horas, e normalmente uma semana após o parto, o útero está novamente na pelve verdadeira. A diminuição do estrogénio e da progesterona promove a autodestruição do excesso de tecido hipertrofiado. As células adicionais armazenadas durante a gravidez permanecem e podem causar um ligeiro aumento no tamanho uterino após cada gravidez.

Imediatamente após a dequitação, a constrição vascular uterina reduz o local da placenta a uma área irregular, nodular e elevada (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002). A proliferação do endométrio desprende o tecido necrótico e previne a formação de cicatriz. O processo de regeneração endometrial é relativamente rápido, cerca de três semanas, com excepção do local de inserção da placenta, que só se regenera completamente ao fim de seis semanas. A regeneração do endométrio, é um processo que envolve, a

eliminação da camada superficial da decídua basal, (que permanece após a dequitação), sofrendo um processo de necrose, e que juntamente com sangue e muco contribui para a formação dos lóquios, (perda vaginal característica do puerpério).

Os lóquios vão-se modificando com a evolução do puerpério. Até ao terceiro ou quarto dia predomina o conteúdo hemático, designando-se de lóquios hemáticos. Do quinto ao décimo dia há uma diminuição progressiva do teor de eritrócitos, aumentando o seu conteúdo seroso, dando origem aos lóquios sero-hemáticos. Após o décimo dia predominam os leucócitos e o fluído torna-se mais escasso, No entanto, os lóquios podem continuar a ser eliminados para além das seis semanas após o parto (Mendes, 2007).

A vagina extremamente distendida, com as paredes lisas, resultado da privação de estrogénio, característica do período pós-parto, regressa gradualmente ao tamanho pré-gravídico entre as seis e as oito semanas após o parto. O reaparecimento das rugosidades e o espessamento da mucosa vaginal observam-se por volta das quatro semanas após o parto. A mucosa permanece atrofica na mulher lactante, pelo menos até o reinício da menstruação. Os níveis reduzidos de estrogénios provocam ainda a diminuição da quantidade de lubrificação vaginal, responsável pela secura, desconforto e dor vaginal durante o coito, que podem persistir até o retorno da função ovárica e consequente retorno da menstruação (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002; Mendes, 2007).

A vulva e o períneo podem estar sensíveis e traumatizados, pela presença de episiotomia e/ou laceração, ocasionadas no momento da expulsão do feto, e cuja cicatrização ocorrerá por volta da segunda semana após o parto. Os tecidos moles do períneo e zonas circundantes podem apresentar-se edemaciados, pela ocorrência de equimoses, hematomas ou aparecimento de hemorróidas (Mendes, 2007).

1.2.1. Alterações Físicas e Orgânicas: Principais Manifestações na Intimidade do Casal após o Parto

Embora a gravidez seja um fenómeno fisiológico, podem surgir desconfortos com uma importante influência na relação íntima que a mulher vive com o companheiro, decorrentes das adaptações que visam o seu retorno ao estado pré-gravídico.

A maternidade representa para a mulher um desafio na preparação para um relacionamento triádico e, ao mesmo tempo, na continuação de um relacionamento diádico com o companheiro, devendo incluir a sexualidade partilhada enquanto fonte de ligação emocional ao outro (Wimmer-Puchinger, citada em Silva e Figueiredo, 2005).

A nível físico, são diversos os desconfortos que podem surgir e que introduzindo uma alteração no bem-estar físico da grávida, podem também reflectir-se em todas as restantes vertentes do funcionamento humano, influenciando os comportamentos de intimidade do casal gravídico (Colman e Colman, 1994).

Algumas alterações surgem antes mesmo das necessidades fetais o justificarem, como por exemplo, o aumento do volume mamário. Outras alterações vão-se estabelecendo à medida que o desenvolvimento fetal o justifica, sendo disso um exemplo claro, as alterações no metabolismo dos hidratos de carbono. Outras ainda, como o aumento da ventilação pulmonar, causador das queixas de dispneia em repouso, vulgares na grávida, surgem sem relação aparente com as exigências vitais da mãe ou do feto.

Embora durante a gravidez as alterações corporais mais visíveis passem pelo nítido aumento do volume abdominal e dos seios, associam-se por vezes sentimentos de perda da auto-estima devido a percepções subjectivas de fraca atractividade física e incapacidade de sedução, sendo frequente a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal gravídica (Silva e Figueiredo, 2005).

Segundo Mendes, (2002), durante o primeiro trimestre de gravidez as manifestações somáticas mais frequentes estão relacionadas com as adaptações que ocorrem ao nível dos centros talâmico e medular, do sistema gastrointestinal, do sistema urinário e das glândulas mamárias, resultantes dos efeitos da acção hormonal da progesterona e estrogénios. O quadro de manifestações somáticas mais comuns engloba a fadiga, o cansaço fácil e a sonolência. Náuseas e vómitos podem surgir e tendem a diminuir ou ceder por volta das 12-16 semanas. A polaquiúria, o aumento das secreções vaginais, do peso e da tensão mamária com desconforto, são também frequentemente referidos pelas grávidas.

A obstipação, a hipotensão ortostática, o cloasma gravídico, o aparecimento de estrias gravídicas, (fundamentalmente em áreas do corpo que sofrem distensão, tais como o abdómen, mamas e coxas), o aumento da secreção sebácea e da sudorese, a ocorrência de câibras e lombalgias, são característicos do segundo trimestre. Apesar da ocorrência

destes sinais e sintomas, este trimestre, marcado pela descoberta dos movimentos fetais pela grávida, é habitualmente o mais calmo.

No último trimestre da gravidez o grande volume uterino é o factor que condiciona a maioria dos sinais e sintomas de desconforto na gravidez. Ziegal e Cranley, (citadas em Mendes, 2002), referem que ocorrem com frequência a pirose e o enfartamento, a sensação de dificuldade respiratória, o aparecimento ou agravamento de varizes, o edema dos membros inferiores e a síndrome de hipotensão supina, devido à compressão da veia cava inferior pelo útero, quando a grávida fica em decúbito dorsal. A compressão exercida pela apresentação fetal pode agravar a polaquiúria. A fadiga, assim como a dificuldade em adormecer e repousar, são referidas com frequência. Este trimestre caracteriza-se ainda por uma maior vulnerabilidade emocional da mulher, associada a irritabilidade, ao desconforto experienciado nas posições de coito, à percepção subjectiva de escassa atractividade física, e/ou, ao aborrecimento pela percepção de falta de satisfação por parte do companheiro (Silva e Figueiredo, 2005).

No período pós-parto as principais mudanças que ocorrem estão associadas às alterações hormonais, e simultaneamente, à diminuição do volume uterino. A mulher pode, com alguma frequência, experimentar diversas sequelas perinatais durante as primeiras semanas após o parto, nas quais se incluem a mastite e a endometrite (Silva e Figueiredo, 2005).

Das alterações circulatórias já referidas é frequente verificar-se na mulher bradicardia transitória, (50-70 pulsações/minuto), nas primeiras 24-48 horas após o parto podendo persistir por seis a oito dias. Também os valores da pressão arterial podem estar um pouco mais baixos, devido à hipotensão ortostática característica das primeiras 48 horas após o parto, retomando a sua normalidade por volta da quarta semana deste período. A persistência de hipotensão para além deste período pode significar hipovolémia secundária por hemorragia pós-parto (Mendes, 2007). As varizes e hemorróidas, originadas/agravadas pela gravidez, são também referidas no conjunto dos desconfortos típicos do período pós-parto, e directa ou indirectamente podem condicionar a relação íntima da mulher com o companheiro.

Das alterações urinárias anteriormente referidas, a retenção urinária surge como a principal manifestação de desconforto após o parto. São apontadas como causas da retenção urinária, as lesões dolorosas do canal de parto, (que reduzem o reflexo de micção), e os efeitos de analgésicos administrados no parto, (que diminuem a percepção

urinária). O edema típico do final da gravidez tende a desaparecer nas primeiras 48-72 horas após o parto, devido à diaforese profusa que ocorre essencialmente durante a noite.

Decorrente ainda das alterações gravídicas, salientamos o intumescimento dos tecidos e a vasocongestão das mamas. O prazer que a estimulação mamária originava, pode no período pós-parto, principalmente na mulher que amamenta, dar lugar ao desconforto e ao constrangimento, como teremos oportunidade de verificar posteriormente.

Das alterações genitais descritas anteriormente, resultam várias manifestações de desconforto, sendo as dores abdominal e perineal as mais vulgarmente referidas no período pós-parto. A dor abdominal resulta da contracção uterina, necessária à sua involução, sendo mais frequente e intensa nas multíparas, (cujo tônus uterino é mais reduzido), e mais acentuada durante a amamentação, (uma vez que o reflexo de sucção do recém-nascido estimula o reflexo neuro-endócrino a partir das fibras sensitivas do mamilo, libertando-se ocitocina). A dor na região perineal pode ser causada pelo edema da episiorrafia e/ou correcção de lacerações do períneo, pela presença de equimoses ou hematomas, não sendo ainda impossível a ocorrência de infecção perineal e consequente dificuldade de cicatrização dos tecidos (Mendes, 2007).

A presença dos lóquios, como já vimos por tempo variável, pode também ser apontada pela mulher como desconfortável para o reinício da sua actividade sexual após o parto.

De acordo com Silva e Figueiredo, (2005), tem sido demonstrado em diversos estudos de investigação, que a satisfação com o relacionamento marital diminui marcadamente durante a gravidez e depois do nascimento do primeiro filho. A generalidade dos estudos revela que o interesse sexual das grávidas apresenta um declínio ligeiro no primeiro trimestre e uma diminuição forte no último trimestre de gravidez, sendo o interesse sexual interindividualmente variável, em especial, durante o segundo trimestre de gravidez. Para além da diminuição ao nível do desejo sexual, uma redução na frequência coital, entre o primeiro e o último trimestre de gravidez torna-se também evidente para Hyde et al, (1996); Carvalho, (1997); Silva e Figueiredo, (2005), (citando Masters e Johnson, 1966; Falicov, 1973; Solberg, Butler e Wagner, 1973; Morris, 1975; Tolor e DiGrazia, 1976; Lumley, 1978; Reamy, White, Daniell, e Le Vine, 1982; Ryding, 1984).

DeJudibus e McCabe, (2002), sustentam o precedente, na medida em que apontam para uma redução do desejo sexual, da frequência do coito e da satisfação sexual na

gravidez. Relatam no entanto, que apenas um número reduzido de grávidas referem a perda total de desejo sexual, de satisfação e a interrupção do coito sexual durante o último trimestre.

Os resultados de Holtzman, (citado em Silva e Figueiredo, 2005), indicam uma diminuição do interesse sexual de 25% das grávidas no primeiro trimestre de gravidez, 32% no segundo e de 48% no terceiro trimestre. Inversamente, encontra um aumento do interesse em 24% da amostra, no primeiro trimestre de gravidez e de apenas 4% no último.

Nogueiro, Lopes e Galvão, (2004), no estudo de investigação que realizaram, concluíram que durante a gravidez o desejo sexual, a frequência com que o casal mantém relações sexuais, bem como, a iniciativa sexual da grávida diminui. Cerca de 47% das grávidas que constituíram a amostra deste estudo, considerou o relacionamento sexual menos satisfatório do que antes de engravidar, tendo a maioria referido que em dado momento, passou a tornar-se desconfortável manter relações sexuais, devido ao tamanho da barriga.

Entre as razões que explicam estes padrões no comportamento sexual das grávidas, podemos encontrar a vasocongestão genital, (raramente associada à excitação sexual), intensificada durante o primeiro e o segundo trimestres da gravidez, verificando-se a sua vasocongestão máxima durante o terceiro trimestre. Embora a lubrificação e o orgasmo também se intensifiquem durante a gravidez, no terceiro trimestre a contracção vaginal torna-se mais fraca e por vezes verificam-se desagradáveis espasmos do tónus muscular. O medo de magoar o feto é também citado como factor condicionante dos problemas sexuais decorrentes da gravidez (Hyde et al, 1996; Sydow, 1999).

Silva e Figueiredo, (2005), ressaltam no entanto que o interesse das mulheres por carícias/ternura mantém-se inalterado ou aumenta no período gravídico, e a preferência por actividades eróticas tende a manter-se sem variação durante a gravidez e período pós-parto. A estimulação vaginal torna-se contudo menos importante durante o segundo e terceiro trimestres.

Após o parto as frequentes dificuldades conjugais, decorrentes das alterações impostas pela parentalidade, podem ter um impacto negativo a médio e/ou longo prazo, quer ao nível da saúde física, quer ao nível do bem-estar psicológico da mulher e consequentemente do seu companheiro.

Silva e Figueiredo, (2005), (citando Ryding, 1984; Oruc, Esen, Lacin, Adiguzel, Uyar e Koyuncu, 1999); Abdool, Thakar e Sultan, (2009), referem a dispareunia como a patologia mais vulgar ao nível das dificuldades sexuais experimentadas neste período, (em especial nas primíparas), constituindo como tal, um factor que leva ao retardamento do reinício da actividade sexual.

Para Sydow, (1999), na generalidade dos estudos de investigação, a dispareunia é experienciada por cerca de 22 a 50% das mulheres no período pós-parto, apesar de 12%, em média, já mencionar a patologia no estado pré-gravídico.

DeJudibus e McCabe, (2002), demonstram o significativo impacto que a dispareunia apresenta em mulheres cerca de três meses após o parto, sendo esse impacto superior aos seis meses após o parto. Esse aumento deve-se essencialmente a experiências precoces de dor e desconforto sentidas pelas mulheres, levando-as a criar expectativas negativas para posteriores experiências de coito. Segundo Silva e Figueiredo, (2005), o facto de as mulheres experimentarem dor e desconforto durante a penetração, dá origem a uma fraca motivação para a actividade sexual coital, condicionando negativamente a sua frequência em ocasiões subseqüentes.

Um estudo realizado na Noruega, em primíparas, demonstra-nos que cerca de sete meses após o parto as mulheres experienciavam significativos níveis de morbilidade. Aos três meses após o parto 58% da amostra referia dispareunia, 39% secura vaginal e 44% sofriam perda de desejo sexual. Estas percentagens diminuíam para 26%, 22% e 35% respectivamente cerca de oito a nove meses após o parto. Quando comparado com o período pré-gravídico verificou-se ainda uma diminuição da frequência e satisfação da relação sexual, com as práticas sexuais a alterarem minimamente após o parto (Barrett et al, 1999).

Sydow, (1999), tenta explicar o desconforto genital característico do período pós-parto referindo-nos que nas primeiras sete a oito semanas após o parto e durante a amamentação, a resposta sexual das mulheres se encontra psicologicamente reduzida, as paredes vaginais mais finas, sendo o orgasmo menos intenso. Cerca de três meses após o parto ou após cessar a amamentação a maioria das mulheres regressa ao normal, podendo experimentar orgasmos muito mais intensos do que previamente. No reinício das relações sexuais muitas mulheres referem que sentem o intróito vaginal mais apertado, tornando-se três a quatro meses após o parto, em cerca de 20% das mulheres, mais largo/frouxo.

Silva e Figueiredo, (2005), (citando Lumley, 1978; Fischman, Rankin, Soeken e Lenz, 1986; Glazener, 1997), defendem o facto de a dispareunia poder persistir durante alguns meses após o parto por razões de natureza fisiológica levando, concomitantemente, a uma perda do desejo sexual da mulher, permitindo-nos afirmar que embora a dispareunia se possa desencadear enquanto factor de patologia física, facilmente se pode tornar num factor de patologia psicológica.

As primeiras mudanças associadas à maternidade verificam-se a nível biológico. Figueiredo, (citada em Canavarro, 2001, p. 163), refere-nos que o “corpo da mulher muda, progressivamente, ao longo da gravidez, mas, abruptamente a seguir ao nascimento do bebé.”

Durante a gravidez, é frequente as mulheres apresentarem uma auto-imagem corporal negativa causada pelo aumento do peso corporal e pelas alterações tegumentares previamente referidas, as quais podem persistir por um longo período após o parto (Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004). A auto-imagem corporal da mulher pode reflectir-se nos comportamentos de intimidade do casal, sobretudo ao nível da sua actividade sexual. Albertoni, (citada em Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004, p. 37), refere-nos que “uma auto-imagem corporal positiva ou negativa pode conduzir a um aumento ou a uma diminuição da actividade sexual do casal.”

Tendo a gravidez, parto e período pós-parto como experiências transformadoras e integradoras em termos biopsicossociais, abordaremos nos subcapítulos subsequentes as adaptações psicológicas e as adaptações sociais.

1.2.2. Alterações Psicológicas: O Medo de Falhar como Mãe

Nenhuma mulher está preparada para ser mãe. Santo, (2009, p.26), refere que quando a mulher engravida, tudo de imediato se modifica, afirmando que “o primeiro sítio onde se engravida é no cérebro”.

A maioria das vezes pensa-se na gravidez, no nascimento e na maternidade como acontecimentos isolados de vida. No entanto, (com durações temporais diferentes), a gravidez transcende o momento da concepção, assim como a maternidade transcende o

momento do parto, sendo considerados processos, (do ponto de vista psicológico), dinâmicos de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001).

Para Correia, (citada em Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004, p. 37), “ser mãe pode ser considerado uma experiência dolorosa, perigosa, interessante ou satisfatória”. Os medos relacionados com a perda do recém-nascido e da sua própria autonomia contrastam e equilibram-se de certa forma com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe.

Como todas as mudanças, a gravidez, o parto e a maternidade são frequentemente encarados como períodos de crise, implicando stress. No entanto, ao serem encarados como períodos de crise, constituem momentos especiais de mudança psicológica, não só para a mulher mas também para o companheiro, (nomeadamente ao nível da segurança emocional). As vulnerabilidades e descompensações físicas e psicológicas permitem criar novas respostas adaptativas, com um importante impacto ao nível do desempenho psicológico dos pais (Silva e Figueiredo, 2005).

Para algumas mulheres, o nascimento de um filho pode ser percepcionado como uma oportunidade para reforçar a relação afectiva do casal, ou pelo contrário constituir um obstáculo ao relacionamento afectivo e sexual do mesmo. Para Tedesco, (citado em Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004, p.37), “quando a gravidez não é desejada nem planeada, as perturbações emocionais que daí decorrem podem prejudicar a sexualidade do casal, assim como a intimidade afectiva do mesmo.”

Mendes, (2007), ainda a propósito da representação da maternidade no contexto do relacionamento conjugal/marital, refere-nos que a maternidade tanto pode assumir o significado de materialização e projecção de um encontro, de uma relação íntima, fortalecendo os elos afectivos entre o casal, ou pelo contrário, ser percebida como uma perda de espaço, de organização conjugal ou mesmo da sua exclusividade, devido ao elevado investimento emocional e de tempo que implica.

Ainda que a mulher se sinta feliz com a sua gravidez, predominando uma sensação geral de bem-estar, é com bastante frequência que apresenta labilidade emocional, definida por Colman e Colman, (1994, p. 32), como “uma condição psicológica caracterizada por uma vasta série de estados de espírito que variam rapidamente em resposta a situações que geralmente não despoletariam tais reacções.” As variações de humor podem ser confusas e angustiantes para a grávida e familiares, constituindo importantes factores na determinação do binómio sexualidade-gravidez (Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004).

No geral, para a mulher, a gravidez é o momento de consolidação de um sentimento de controlo do próprio corpo, bem como, da sua fertilidade. No entanto, nem sempre o processo de integração de uma nova imagem corporal de si própria é pacífico, segundo Tobin, (citado em Silva e Figueiredo, 2005), pode mesmo representar para a mulher deixar de ter controlo sobre o seu próprio corpo. Durante o período pós-parto a mulher vive uma situação de hipersensibilidade, essencialmente devida à readaptação hormonal que tem início imediatamente após o parto. Paralelamente, verifica-se um ajustamento psicológico na auto-imagem e nas novas relações familiares. Mudanças exteriores e interiores profundas ocorrem, precisamente quando tem de se desenvolver toda uma nova série de comportamentos práticos (Apóstolo, 1999).

A adaptação ao papel de mãe é tanto mais difícil quanto mais complicados são os problemas familiares e de ordem económica (Portelinha, 1999). No entanto, não são apenas estes factores que despoletam as dificuldades na adaptação psicológica ao papel de mãe. Do ponto de vista sintomático é muito usual as mulheres apresentarem algum grau de depressão quando estão presentes, dor uterina, (que não cede à analgesia), fadiga, (por falta de sono), descarga emocional, (característica do vencer os medos típicos da gravidez e do parto), ansiedade, (relacionada com as capacidades para cuidar do recém-nascido), e medo, (da perda de atractividade). Também Santo, (2009), alerta para a frequente ocorrência da depressão no período pós-parto, referindo que é necessário dar-lhe a devida atenção.

Ainda hoje a maternidade continua a ser frequentemente caracterizada como natural e instintiva. Canavarro, (2001, p. 22), defende que “muitas mulheres sentiram, sentem e sentirão que ser mãe é fundamental para a sua realização pessoal”, podendo o desejo de ter de cuidar de uma criança ser tão forte e natural, que transmite a sensação de ser qualquer coisa inata. Para a autora, a noção da maternidade como algo natural e instintivo, não permite às mulheres a conceptualização da maternidade como um processo de decisão, associado a um importante desenvolvimento pessoal e auto-conhecimento. Afirma ainda, (citando Tobin, 1999), que “as mulheres que escolhem não utilizar a sua capacidade biológica para ser mães, não são menos normais, menos femininas, menos naturais, menos maduras e mais egoístas do que aquelas mulheres, que sentem como muito forte a vontade de ter e cuidar de uma criança.”

O nascimento de um filho, cultural e socialmente, foi sempre considerado algo muito importante mas revestido de grandes dificuldades. Na nossa cultura, parece não haver limites para o que uma boa mãe pode fazer. Para a mulher, encontrar o ponto de

equilíbrio entre as suas necessidades e as necessidades da criança, é muitas vezes difícil, frustrante, angustiante e motivo de uma enorme ansiedade. A mulher pode dar tudo de si, envolvendo-se em todos os aspectos do desenvolvimento do seu filho, tentando que seja o melhor, o mais inteligente, o mais feliz e o melhor adaptado (Canavarro, 2001). O único limite para ser uma boa mãe, segundo Tobin, (citado em Canavarro, 2001, p. 27), parece ser, “a sua capacidade pessoal de sacrificar as suas próprias necessidades – de privacidade, espaço, tempo e coisas materiais – em favor das do seu filho.”

A qualidade da atenção que a mulher recebeu quando ela própria foi criança, constitui o factor mais importante para determinar a capacidade de uma mãe para ser sensível às necessidades de uma criança e para responder de forma altruísta e amorosa. Inconscientemente, uma mãe repete a sua primeira relação, e tendo experimentado a negligência ou o amor, vai querer dar sempre mais do que aquilo que recebeu ao seu filho (Colman e Colman, 1994).

1.2.3. Alterações Sociais: Expectativas face ao Papel de Mulher-Mãe

A transição para a maternidade implica que a mulher adquira novas e importantes competências, através da resolução de um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais, ao nível individual, (a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interacção observados entre os pais), ao nível da relação conjugal, (a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação para a tarefa conjunta de cuidar do recém-nascido), e ao nível das relações estabelecidas com a restante família, como nos sugere Figueiredo, (citada em Silva e Figueiredo, 2005).

Como já tivemos oportunidade de referir, a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto. Segundo Colman e Colman, (1994, p. 19), “torna-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros.” A existência de um suporte social durante a gravidez, parto e maternidade, segundo Figueiredo, (citada em Canavarro, 2001), tem sido consistentemente associada à adaptação da mulher, bem como, à qualidade dos cuidados que presta ao recém-nascido após o parto.

Antes mesmo do seu nascimento, a criança vai construindo o seu espaço através do imaginário e das fantasias dos pais. A gravidez torna-se um período de intensa aprendizagem não só para os futuros pais, mas também para as pessoas próximas deles, afectando de forma mais ou menos directa, todos os membros da família. Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), referem que no processo de adaptação familiar, culturalmente influenciado por tendências sociais, cada um deve adaptar-se e interpretar o seu significado, tendo em conta as suas próprias necessidades.

Quando uma mulher assume a sua sexualidade, através da gravidez, de acordo com Kitzinger, (citada em Canavarro, 2001), entra num domínio, que vai para além da sua experiência pessoal, ligando-a ao colectivo. De igual forma, o modo como a cultura e a sociedade percebem a maternidade tem grande impacto na experiência de gravidez e maternidade da mulher como pessoa única (Silva e Figueiredo, 2005).

Após o parto, a presença do recém-nascido, vai interferir com o equilíbrio existente entre os diferentes membros da família. Consequentemente, a estrutura familiar vai tornar-se mais complexa, sendo as mudanças no sistema familiar consideráveis (Canavarro, 2001). Com o nascimento de uma criança ocorre na dinâmica familiar uma unificação geracional, com todo o significado emocional que isso implica. A ligação entre duas famílias biológicas e o aparecimento de uma série de laços de parentesco, irreversíveis, independentemente do percurso dos pais, de acordo com Relvas, (citada em Silva e Figueiredo, 2005), vai concretizar o sentimento de continuidade na família.

De acordo com Mendes, (2007), a maternidade encontra-se intrinsecamente ligada à vida humana, sendo expressão de uma cultura específica. Para compreendermos o conceito de maternidade, no contexto das sociedades ocidentais, segundo a autora é importante rever a sua evolução ao longo da História.

Segundo Badinter, (citada em Mendes, 2007), ao conceito de maternidade, na tradição judaico-cristã, estiveram sempre ligadas as ideias de instinto e sacrifício maternal, associando-se ao conceito de “boa mãe” a imagem da Virgem Maria, símbolo de total dedicação ao filho. O estabelecimento da sociedade patriarcal, com toda a mudança de valores, transformou completamente a forma de viver no seio familiar. Aos homens ficou destinada a propriedade da descendência dos filhos, tendo a maternidade sido desvalorizada enquanto função da mulher, mas valorizada em termos sociais.

A revolução de mentalidades que surgiu no século XVIII conduziu a uma nova imagem da mãe, do seu papel e da sua importância, tornando-a o eixo central da família, com valorização e desenvolvimento de novos laços afectivos. O século XIX foi marcado pela imagem de mãe associada ao papel de educadora e criadora da sociedade futura, ainda que subordinada ao homem. Com a II Guerra Mundial a mulher ocupou o papel do homem ausente, fazendo realçar a sua importância e capacidade de ter/educar os filhos.

Uma nova mentalidade surgiu com a revolução dos anos 60. Foi rejeitado o mito da passividade da mulher, assim como a teoria da mãe espontaneamente dedicada e sacrificada, aumentando o número de mulheres com actividade laboral. As mulheres passaram a viver uma dualidade de papéis, (o maternal centrado em casa e o feminino virado para o exterior). A família tradicional onde coabitavam várias gerações, desagregou-se constituindo a família nuclear, composta pelo pai, mãe e filho(s), surgindo desta forma o modelo sociocultural vigente da maternidade, um modelo que “assenta no pressuposto de que a maternidade envolve uma relação emocional intensa e cuidados maternos, em famílias nucleares, à criança que é o seu centro”, segundo Monteiro, (citada em Mendes, 2007, p. 14).

CAPÍTULO II – O AJUSTAMENTO DA MULHER À GRAVIDEZ E À MATERNIDADE

2.1. Principais Processos Maternos de Ajustamento

Bernardo, (1994), refere que a mulher é habitualmente mais depressa mãe, do que o seu companheiro toma consciência de que é pai. Tal acontecimento pode estar culturalmente relacionado, conforme defende Moniz, (citado em Vilar, 2003), com o facto de o homem ser essencialmente sexual e a mulher ser essencialmente mãe.

A maternidade transcende o momento do parto, sendo considerada um processo dinâmico de construção e desenvolvimento, determinado pela resolução de várias tarefas adaptativas, resultantes da interacção com o recém-nascido, da recuperação funcional após o parto, da nova relação conjugal, do contexto social, família alargada e amigos onde a tríade se insere e do apoio dos profissionais de saúde.

Ainda que a gravidez seja um momento transitório e de curta duração no ciclo de vida da mulher, o nascimento de um filho é um acontecimento irreversível, (uma vez pais, pais para sempre), e gerador de stress pela reorganização que implica. Bergum e Monteiro, (citados em Mendes, 2007), referem que a maternidade parece constituir-se cada vez mais como um tempo vivencial profundo, como um ritual de passagem na transformação e realização da identidade feminina.

Mendes, (2007), considera também a necessidade do homem desenvolver tarefas que permitam a transição para a paternidade, passando, (de forma semelhante à mulher), pelo jogo ao nível do desejo, do imaginário e da expectativa, sobre o que é ser pai, ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família, visando a construção partilhada de uma unidade parental. A propósito dessa unidade parental, Pascoal, (2006, p.54), defende que “a parentalidade coloca desafios aos jovens casais, que têm cada vez mais tarefas fora de casa e menos apoio familiar, (...), encargos financeiros associados a situações profissionais precárias”, e que sem darem conta vêm as suas vidas invadidas com a chegada de um novo elemento. A transição para a parentalidade constitui um dos momentos com maior impacto na relação conjugal,

provocando múltiplas e profundas alterações na organização da vida do casal. O desenvolvimento de aptidões, (relacionais e de comunicação), parece ser imprescindível para enfrentar o novo desafio que o período pós-parto e o exercício da parentalidade a dois traduz.

2.1.1. Fontes de Aprendizagem e de Referência: A Inocência do “Brincar com Bonecas”

“É rapaz ou rapariga?”. Quando nasce uma criança esta é a primeira pergunta que se faz. O género sexual faz parte de toda a nossa vida, e como tal, é uma questão importante para todos nós (Loureiro, Barreto, André e Lopes, 2001).

Na nossa sociedade, a inibição sexual está bastante dependente do sexo da criança. Um pouco por todo o lado é normalmente valorizada a sexualidade masculina, em detrimento da sexualidade feminina (Rodrigues, 1991). O resultado, mesmo com atitudes educacionais divergentes, é quase sempre o mesmo, uma incorrecta forma de se fazer educação sexual (Rodrigues, 1991; Lawler, 2002). Os, (culturalmente inevitáveis), diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual de homens e mulheres, vão permitir aos primeiros manifestar uma atitude positiva em relação à sexualidade mais cedo do que as mulheres (Sousa e Ferreira, 2003). As diferenças de género entre homens e mulheres continuam a dar predomínio à masculinidade como pólo activo, voraz e conquistador, (traduzindo-se numa sexualidade fortemente orientada pelos valores da virilidade e da compulsão sexual), e a condicionar a sexualidade feminina a uma vivência debaixo da sombra tutelar de valores de recato e pudor (Vasconcelos, 1999).

Antigamente todas as informações relativas à gravidez, ao parto e à própria maternidade eram consideradas conceitos familiares, passados das mães para as filhas ou das avós para as netas, de forma natural. Actualmente diferenças enormes são apontadas, principalmente no que diz respeito à vigilância e à repressão da sexualidade, claramente mais brandas. A família hoje em dia educa segundo outros princípios e com outras orientações, e o investimento nos filhos é desde o início diferente, a partir do momento em que o planeamento familiar permite ter os filhos desejados/planeados (Santo, 2009). O facto de a família não ser a única fonte de educação, permite que também a escola tenha um importante papel formativo na educação dos filhos. Mesmo assim, a regulação da sexualidade parece manter-se atribuída aos rituais familiares, à distribuição das tarefas masculinas e femininas, à expressão do desejo e da ternura, à gestão da

intimidade entre os seus membros, ao que é dito, não dito e interdito, ao clima, ao tempo partilhado e ao prazer de se estar junto (Santos, 2002).

Nodin, (2001, p.39) afirma que “a expressão dos afectos, (...), é fornecida logo com o leite materno”, mesmo nas famílias em que não se abordam abertamente as questões associadas aos papéis de género, daí ser comum declarar que a educação sexual se faz desde o berço e essencialmente pelos pais, os primeiros agentes no processo de transformar a criança em pessoa.

A maternidade parece constituir-se cada vez mais como um tempo vivencial profundo, fundamental para o desenvolvimento da identidade feminina. Quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez vai permitir à mulher preparar-se psicologicamente para ser mãe, através de ensaios cognitivos de papéis e tarefas maternas. Da mesma forma que a sua própria mãe representa o principal modelo de comportamentos e afectos maternos, a forma como a mulher vai lidar com o recém-nascido, (enquanto bebé e depois criança), constitui uma importante base, para a criação de expectativas sobre o comportamento dos outros, para a construção do conceito de si próprio e para a sua auto-regulação emocional (Canavarro, 2001). Também Stern, (citado em Figueiredo, 2001), salienta a importância da qualidade da interacção da mãe com o recém-nascido para o subsequente desenvolvimento da criança, afirmando existirem determinadas circunstâncias específicas, que permitirão ao recém-nascido aprender quais as expectativas que deve ter na forma de lidar e de estar com um ser humano.

Belsky e Isabella; Belsky, Spanier e Rovine, (citados em Mendes, 2007), reforçam a ideia de que a vivência da mulher com a sua família de origem durante a infância, isto é, a sua relação com os pais e a relação dos pais entre si, determina o modo como cada um se ajusta à transição para a maternidade. O facto de a mulher recordar a relação conjugal dos pais na infância como não harmoniosa, é uma dimensão determinante na maneira como se sente com o companheiro ao longo da gravidez e período pós-parto.

Relvas, (citada em Mendes, 2002, p. 27), afirma que “para se ser pai ou mãe aprende-se através da fantasia antecipatória desde criança, brincando com bonecas e aos pais e às mães, (...), com os próprios pais observando o modelo parental que fornecem e, mais tarde, imaginando o bebé que se vai ter e a forma de se relacionar com ele”. A educação, sobretudo dos mais pequenos, faz-se por observação e por imitação, sendo os adultos óptimos modelos de identificação para as crianças.

O ajustamento à maternidade representa-se pela capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais, transformando-as em competências para educar e cuidar do recém-nascido, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso. Para Sank, (citado em Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002), a maternidade constitui um processo de transição e aquisição, que termina quando a mulher desenvolve a sensação de conforto e confiança no desempenho do papel de mãe. Tal processo é constituído por duas componentes, a primeira envolve o conhecimento e a habilidade necessários à prestação de cuidados ao recém-nascido, (alimentar, segurar, vestir, lavar, proteger), a segunda envolve a valorização e o conforto, abrangendo a atitude de carinho, a consciencialização e a preocupação com as necessidades e com os desejos do recém-nascido.

Rubin, (citada em Mendes, 2002), refere que independentemente da transição para a maternidade ser encarada em termos de ganhos e perdas numa trajectória de carreira e educação, ou de custos sociais e psicológicos, a mãe é quem se entrega totalmente, sacrificando, ou mesmo anulando, as suas próprias necessidades enquanto mulher.

2.1.2. A Integração da Identidade Maternal

Os significados atribuídos pela mulher à maternidade podem ser tão ambivalentes quanto os sentimentos provocados pela gravidez e pelo parto. De acordo com Mendes, (2007), algumas mulheres podem percepcionar a maternidade como sinónimo de responsabilidade e dádiva, outras como continuidade pessoal, conjugal e familiar e outras ainda, como uma experiência única de intimidade física e psicológica.

As tarefas básicas do desenvolvimento da maternidade incluem aprender a cuidar do recém-nascido, (proporcionando-lhe a oportunidade de crescimento), e fazer ajustamentos satisfatórios às realidades práticas e à vida em família. Tais aprendizagens representam, (especialmente na primeira gravidez), um desafio à adaptação da mulher como pessoa, onde são projectadas as suas ansiedades, defesas e fantasias (Apóstolo, 1999).

A maternidade pressupõe uma maior visibilidade nos primeiros anos de vida da criança, dada a imperiosa necessidade de prestação de um conjunto de cuidados para o seu crescimento e desenvolvimento harmoniosos. A aprendizagem do comportamento maternal não é tarefa fácil, pois requer a aquisição de aptidões a vários níveis. O facto de

a mulher estar grávida não assegura a sua posterior realização adaptativa às tarefas maternas (Canavarro, 2001).

A gravidez traduz um período de crise capaz de capacitar a mulher para um novo nível de cuidados e de responsabilidades, fundamentais na transição segura para a maternidade. Gradualmente, a mulher abandona o estatuto de ser independente e auto-suficiente para assumir um compromisso para a vida inteira com outro ser humano. Colman e Colman, (1994), com base nos trabalhos prévios de Rubin, descrevem as seis tarefas maternas, e simultaneamente, Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), determinam as cinco etapas a desenvolver durante a gravidez, que de forma sucinta passamos a apresentar.

- Tarefa 1: Aceitar a gravidez

O primeiro passo na adaptação ao papel materno é aceitar a gravidez e assimilar o papel social que lhe é inerente. Sem a aceitação e consequente integração da gravidez a mulher não pode progredir nas tarefas subsequentes. O grau de aceitação da gravidez reflecte-se na rapidez com que vai adquirir as respostas emocionais. A mulher feliz e satisfeita com o processo gravídico considera-o um preenchimento biológico e parte de um plano de vida, apresentando níveis elevados de confiança em si própria, na criança e restantes membros da família (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

É compreensível que comportamentos de ambivalência afectiva surjam em relação ao feto, à maternidade e às mudanças que o novo estado implica. Independentemente do desejo e planeamento da gravidez, o reconhecimento de que a concepção ocorreu faz com que a mulher se sinta simultaneamente desejosa e receosa. A confirmação definitiva da gravidez, a sua aceitação e o apoio por parte dos familiares mais próximos, são fundamentais para ultrapassar esta ambivalência (Canavarro, 2001).

É frequente verificar-se nesta fase, (caracterizada também pela introversão da grávida), a preocupação da mulher com as transformações do seu corpo, as suas capacidades fisiológicas e o retorno ao estado pré-gravídico.

- Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto

Considerada como um importante momento de viragem no processo psicológico da gravidez, esta tarefa associa-se normalmente ao segundo trimestre. A percepção dos

movimentos fetais determina a diferenciação da mulher e do feto, traduzindo-se na aceitação do mesmo como entidade independente.

Barbosa, Ferreira, Santa-Martha e Marinho, (2005), defendem que a partir das 20 semanas, (associado ao desenvolvimento da audição fetal), a grávida começa a interagir mais com o feto tornando-se, segundo Canavarro, (2001), particularmente sensível ao seu estado e capaz de fantasiar acerca das características do filho. A idealização da grávida sobre as suas competências para cuidar do filho surge também nesta fase e tem por base a relação que a grávida estabeleceu com a sua mãe ou com a pessoa que a substituiu durante a infância (Brazelton e Cramer, 1993).

Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), defendem que a identificação com o papel de mãe começa no momento em que a mulher desempenha o papel de filha. A percepção do grupo social onde está inserida e do que constitui o papel feminino, pode influenciar a sua escolha entre a maternidade ou a carreira, casar ou ficar solteira, ser independente ou interdependente. Os papéis práticos, como brincar com bonecas, cuidar de crianças e tomar conta de irmãos, podem aumentar a compreensão da mulher sobre o significado de ser mãe.

- Tarefa 3: Reavaliar a relação com os pais

O relacionamento da grávida com a mãe é definitivo na adaptação à gravidez e à maternidade. A grávida coloca em questão o modelo de comportamento materno proveniente da sua mãe e as expectativas que tem do seu comportamento no papel de avó. É um momento privilegiado para interiorizar o que considera positivo e distanciar-se do que considera negativo ou não adequado a si desse modelo materno. Com o pretexto de apoio e ajuda no desenvolvimento de várias tarefas, podem surgir nesta fase alguns conflitos entre as gerações, relativamente aos papéis a desempenhar. Estes devem ser bem diferenciados, cabendo à grávida (re)negociar com os pais esta nova forma de equilíbrio entre apoio e autonomia (Canavarro, 2001).

- Tarefa 4: Reavaliar o relacionamento conjugal

A pessoa mais importante para a grávida é, geralmente, o pai do seu filho. Richardson, (citado em Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002), afirma que as mulheres exprimem duas necessidades principais no relacionamento, sentirem-se amadas/valorizadas e estarem certas da aceitação pelo companheiro. A mulher apoiada pelo seu companheiro

apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações durante o trabalho de parto, para além de uma adaptação mais fácil ao período pós-parto (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

Muito embora, segundo Mendes, (citada em Canavarro, 2001), o companheiro seja considerado habitualmente como a principal fonte de suporte, é importante perceber que, de acordo com Figueiredo, (citada em Canavarro, 2001), os dados da investigação são consistentes quanto à diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e o período pós-parto. O nascimento de um filho é muitas vezes encarado como salvador do relacionamento entre homem e mulher. No entanto ele representa, frequentemente, uma prova de resistência ao relacionamento conjugal do casal, exigindo uma série de reajustamentos relacionais, afectivos e sexuais, sendo fundamental flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental, (e sobretudo permitir o suporte emocional entre ambos),

- Tarefa 5: Aceitar o bebé como uma pessoa separada

A ligação/interacção emocional com o filho começa no período pré-natal, quando a mulher usa a fantasia e sonha acordada, preparando-se para a maternidade. Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), fazem corresponder a esta tarefa a terceira fase do processo de ligação da mãe ao recém-nascido.

Esta tarefa realiza-se através da preparação para a separação, sendo característica do último trimestre da gravidez. Voltam os sentimentos de ansiedade e ambivalência, provocados pela antecipação do parto, coexistindo a vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez, bem como, o desejo de a prolongar (Canavarro, 2001).

Segundo Mendes, (2007), ao desconforto provocado pelas dimensões do útero associam-se as representações cognitivas das dores, do sofrimento e da morte que podem ocorrer durante o nascimento da criança.

- Tarefa 6: Integrar a identidade parental

As mulheres de todas as idades usam os meses da gravidez para se adaptarem ao papel materno, (complexo processo de aprendizagem social e cognitivo). Considerada como a transição definitiva da mulher para o ciclo maternal, esta tarefa permitir-lhe-á integrar na sua identidade o papel, a função e o significado de ser mãe. Implica a reavaliação das

eventuais perdas, (profissionais e sociais), e os potenciais ganhos, (ser mãe a tempo inteiro), que a maternidade lhe proporcionará e a aceitação das mudanças características desta nova etapa (Mendes, 2007).

Canavarro, (2001), define para as mulheres que já são mães uma última tarefa – Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s). A mulher que espera o segundo filho ou mais tem uma família mais complexa do ponto de vista relacional, tornando-se mais exigente a tarefa de assumir a identidade materna para incluir o novo elemento. Apesar de poder tirar proveito das experiências prévias, são de igual forma manifestados sentimentos de culpa, (por antecipar a reacção do primeiro filho ao nascimento do irmão), ansiedade, (relativamente à capacidade física para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo), bem como, dúvida, (quanto à capacidade para amar duas crianças de forma igual).

Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), determinam como última etapa a desenvolver durante a gravidez – A preparação para o parto. Onde estão evidentes sentimentos de ansiedade, (relativamente à segurança materna e fetal durante o trabalho de parto), medo, (da dor do parto e da mutilação da área genital), bem como, preocupação, (relativamente ao seu desempenho durante o trabalho de parto e posterior aceitação por parte dos profissionais de saúde).

Canavarro e Pedrosa, (citadas em Mendes, 2007), defendem que o nascimento de um filho, (principalmente do primeiro), implica a continuação de grandes mudanças na vida de ambos os pais. Para Mendes, (2007, p. 59) “o ajustamento da mulher, (...), ao seu novo papel, começa imediatamente após o parto”, através da aprendizagem do comportamento materno e da sua identificação como mãe.

A transição para a parentalidade implica um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais, que segundo Figueiredo, (citada em Mendes, 2007), permitirão a resolução de algumas tarefas iniciadas durante a gravidez e a construção da relação com o novo elemento, enquanto pessoa com vida própria. Colman e Colman, (1994), bem como, Canavarro e Pedrosa, (citadas em Mendes, 2007), da revisão da literatura destacam as tarefas descritas de seguida.

- Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

Na transição para a parentalidade verifica-se a (re)aproximação da mulher e do homem à sua família de origem. A chegada do novo elemento permite criar um elo de ligação entre duas gerações e duas famílias de origem, sendo de extrema importância, para além da relação estabelecida com o seu companheiro, a qualidade da relação que a mulher estabelece com os elementos femininos do seu ambiente, (nomeadamente com a sua própria mãe).

Para além das actividades domésticas, (que permitem o confronto com situações novas e inesperadas, para as quais a mulher ainda não tem resposta no seu reportório comportamental), a presença do recém-nascido despoleta todo um conjunto de actividades, relacionado com os cuidados a prestar-lhe. Segundo Mendes, (2007, p. 62), “o apoio instrumental e emocional proporcionado pelos avós, se concedido de forma adequada e sensível, mostra-se na sua maioria num factor protector da transição de ambos os recém-pais à parentalidade.”

- Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro

Se por um lado, o nascimento de um filho pode permitir o fortalecimento da relação conjugal dos pais, pode igualmente constituir um obstáculo à mesma, verificando-se, durante o período pós-parto, uma maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades ao nível do relacionamento sexual do casal. Os aspectos operacionais, como a divisão do trabalho doméstico e a prestação de cuidados ao recém-nascido, constituem as principais áreas de conflito.

Para os pais, (principalmente os que experimentam a parentalidade pela primeira vez), pode ser particularmente delicada a questão da conciliação do seu papel parental com a vida de casal sexuado (Colman e Colman, 1994). Diversos estudos verificaram existir um declínio na qualidade da relação conjugal entre o período pré e pós-natal, marcado pela diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos, bem como, pelo aumento dos conflitos e da ambivalência entre o casal (Silva e Figueiredo, 2005).

A qualidade da relação conjugal está associada à satisfação sexual de ambos os sexos e à atenção que é disponibilizada por cada um dos elementos do casal ao seu companheiro. A relação do casal é fundamental para o bem-estar da criança devendo,

segundo Bayle, (citada em Mendes, 2007), após o nascimento existir uma resexualização da vida do casal.

- Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada

O recém-nascido apresenta-se não apenas como um novo elemento no seio familiar, mas também como um ser completamente dependente dos seus pais. Rubin, (citada em Mendes (2007, p.73), “considera os 10-14 primeiros dias após o parto como momento de crise e de possível desequilíbrio”, especialmente no caso das mães pela primeira vez.

A alta hospitalar constitui um importante momento na vida da recente mãe, (a consciencialização da total dependência do seu filho), sendo as primeiras três semanas pós-parto referidas como extremamente cansativas. Existem neste período constantes momentos de gratificação e de realização pessoal proporcionados pelo cuidar do recém-nascido, mas o que caracteriza a mulher nesta fase, é o facto de estar atenta e centrada apenas no seu filho e nas suas necessidades 24 horas por dia (Mendes, 2007).

- Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papéis, valores, objectivos pessoais e prioridades)

A maternidade pressupõem uma reorganização da identidade pessoal da mulher num processo em que novos papéis não se vão acrescentar aos já existentes, mas antes, modificá-los. A adaptação bem sucedida à maternidade, de acordo com Canavarro e Pedrosa, (citadas em Mendes, 2007, p. 79), “requer uma análise comparativa das motivações, mudanças, oportunidades e constrangimentos envolvidos no contexto específico da transição”. Esta reconstrução, feita com base numa série de ajustamentos e mudanças, (especialmente nas primigestas), ocorre durante a gravidez, (com todas as expectativas que lhe estão associadas), prossegue no período pós-parto, (com uma análise das diversas respostas relativas ao sucesso na forma de enfrentar as diferentes situações), terminando quando a mulher aceita o destino próprio do filho (Barbosa e Gomes-Pedro, 2000).

2.2. Aspectos Relevantes sobre a Investigação Existente na Área

A gravidez, (principalmente a primeira), reveste-se de uma considerável complexidade biopsicossocial e ainda que planeada, dá origem à ocorrência de hesitações pessoais, (relativas à auto-imagem da mulher), inquietações financeiras, (provocadas pelo peso de novas responsabilidades), e incertezas conjugais, (com o companheiro a reclamar a atenção, agora partilhada, e as transformações nos padrões sexuais) (Tiefer, 1981).

Sendo uma consequência directa do comportamento sexual e da relação de intimidade que se estabelece entre o casal, a gravidez é uma experiência que não deve ser ignorada ou denegrida, pois nove meses por cada filho podem significar dois ou mesmo quatro anos da vida de um casal (Colman e Colman, (1994). De acordo com Rosa, (citada em Nogueiro, Lopes e Galvão, 2004), a maioria das grávidas revela que vivenciam escassa ou nenhuma sexualidade, o que pode comprometer a relação de intimidade do casal, referindo por outro lado, que a necessidade de carinho, atenção e comunicação nesta fase é enorme, uma vez que se sentem mais inseguras e vulneráveis.

Ao período pós-parto associa-se geralmente uma diminuição do bem-estar da mulher, decorrente do facto de ela ter de se adaptar a todo um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas, conjugais e familiares, do qual, (após um período de desequilíbrio), pode resultar desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais.

A transição para a maternidade implica importantes adaptações na vida da mulher, das quais resulta um significativo crescimento pessoal e conjugal, sendo tipicamente acompanhada pela diminuição da satisfação conjugal e pela regressão a papéis sexuais mais tradicionais, em que o cuidado da criança é entregue à mãe e o pai é visto como ajudante da própria mãe (Canavarro, 2001).

Durante o próximo capítulo teremos oportunidade de aprofundar o relacionamento íntimo do casal durante o período pós-parto.

CAPÍTULO III – AS VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE DA MULHER APÓS O PARTO

A sexualidade é um direito de cada ser humano. Watson, (1992, p.25), afirma que “é uma qualidade individual inimitável e implica emoções e comportamentos de natureza íntima”. Neto, (2002, p.28), acrescenta que a sexualidade “é a estrutura da nossa humanidade e motor do nosso desenvolvimento”, envolvendo uma linguagem, processo e forma de comunicação, com uma gramática própria, e cujos modismos dependem da idade, do meio sócio-cultural e histórico (Bernardo, 1994; Lopes, 1994; Ferreira, Carvalho, Pacheco e Teixeira, 2004).

As necessidades sexuais são semelhantes e ao mesmo tempo diferentes de outras necessidades humanas básicas (Mendes, Afonso, Maciel, Sobral e Teles, 1997; Fonseca e Morais, 2001). Para a sobrevivência de um indivíduo o sexo não é uma necessidade essencial da mesma forma que o são os líquidos, os nutrientes ou o oxigénio. Mas para a sobrevivência da raça humana, o sexo é uma necessidade crucial, resultante de uma actividade psíquica mais elevada, bem como, da existência de um enquadramento social e cultural (Harris, 1995; Marques, 2005).

Não há um padrão único para definir sexualidade. Freitas, (1998), define-a como um processo de construção social e cultural, atribuindo-lhe um papel essencial na formação da sociedade. Como em todos os domínios da vida humana, a definição do que é normal ou natural no sexo varia drasticamente de uma cultura para a outra (Tiefer, 1981). Presa a uma elevada carga cultural, a sexualidade humana serve muitas vezes de fundo contra o qual tudo no indivíduo é avaliado. Capellá, (2003, p.62) afirma poder existir “uma concepção profundamente enraizada do que pode ser a norma sexual, uma concepção que pode tornar-se por vezes evidente em maior ou menor grau, mas que persiste principalmente em forma larvada e acaba por ser um padrão de medida dos comportamentos sexuais.”

Actualmente emerge uma nova perspectiva da sexualidade. Mais aberta e acessível nos meios de informação, centra-se fundamentalmente em dois parâmetros, a biologia e os comportamentos sexuais (Rodrigues, 1991). Especialmente centrada no que acontece ao

nível do corpo, com a descrição exaustiva da anatomia das diferentes zonas corporais que participam na sexualidade, a perspectiva biológica mostra pormenorizadamente as diferenças existentes entre ambos os sexos. A perspectiva comportamental possui como centro de interesse o variado leque de comportamentos que têm lugar durante o acto sexual, bem como, todos os comportamentos preliminares.

O facto de a mulher aceder imparavelmente ao mercado de trabalho veio contribuir para importantes mudanças na sexualidade humana (Enciclopédia da Sexualidade, 1997). Ao conseguir a sua independência económica, a mulher já não necessita de se submeter ao homem, assumindo uma notável liberdade pessoal. Os métodos anticoncepcionais modernos permitiram-lhe também, do ponto de vista sexual, uma autonomia que antes não dispunha (Enciclopédia da Sexualidade, 1997; Duby, 1998).

A sexualidade deixa de ser apenas sinónimo de reprodução, de pecado e de impureza para passar a fazer parte integrante dos afectos, do prazer, da comunicação interpessoal, da maternidade e da paternidade responsáveis (Pereira e Freitas, 2000). Prova disso mesmo é a definição de sexualidade proposta pela Organização Mundial de Saúde, “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (World Health Organization, 2003).

Sendo um dos núcleos estruturantes e essenciais da personalidade humana não se reduz apenas a alguns momentos e comportamentos, a sexualidade tem uma dimensão biológica, evidente na diferenciação sexual, nos mecanismos de reprodução, no crescimento e nos ciclos de mudança e aparência física, bem como, uma dimensão psicológica, que se exprime no conjunto de emoções e sentimentos que proporciona, na influência sobre a auto-estima, na variedade das suas expressões afectivas e no sentido em que proporciona segurança e comunicabilidade interpessoal (Conferência Episcopal Portuguesa, 2005).

Se por um lado a sexualidade é a procura de prazer sexual, a reprodução, a necessidade de amar e a realização pessoal, por outro lado, é a tomada de consciência de ser homem ou mulher, encontrando-se presente ao longo do ciclo da vida do ser humano, sendo influenciada pelas características pessoais de cada um, pelas normas da sociedade, pela cultura, pela religião e também pelo estado de saúde/doença (Mendes et al, 1997;

Loureiro et al, 2001; Dias, Costa e Garrido, 2002; Gonçalo, 2002; Forreta, 2005; Marques, 2005; Mendes, Ribeiro e Luís, 2006).

Lawler, (2002), para a actualidade, define sexualidade como a experiência sexual que percebemos e nos permite ser considerados seres sexuais. Afirma que o corpo e a sexualidade estão intimamente ligados, salientando no entanto, as importantes diferenças entre sexos, (reflexo de uma sociedade patriarcal). A atitude perante a sexualidade não é igual nos homens e nas mulheres, diferença que foi estimulada pela tradição discriminatória da maioria das sociedades (Gir, Nogueira e Pelá, 2000). Parece ter sido valorizada no homem como positiva, uma atitude activa, expressiva e responsável pelo sexo, em contraste com uma atitude passiva, submissa, ingénua e inexperiente, valorizada na mulher durante muitos anos (Rodrigues, 1991; Enciclopédia da Sexualidade, 1997; Vasconcelos, 1999; Sousa e Ferreira, 2003).

Colman e Colman, (1994), referem que o sexo é uma forma de cuidar de alguém, bem como, de alguém cuidar de nós, questionando-se porque é que se revela um problema durante a gravidez e período pós-parto.

Todas as alterações que ocorrem durante a gravidez e período pós-parto, permitem compreender e dar fundamento aos resultados descritos na literatura, que se referem à transição para a parentalidade como um momento de maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades sexuais emergentes ou pré-existentes (Sydow, 1999).

Mendes et al, (1997), referem que a medicina caracterizou a sexualidade na gravidez de diferentes formas ao longo dos séculos. O primeiro registo que se conhece sobre o assunto é de Hipócrates, o pai da Medicina (400 a.C.), sugerindo que a actividade sexual podia levar ao aborto. No século passado, os estudiosos sustentaram que o orgasmo da grávida poderia provocar uma falta de oxigenação no cérebro da criança e um consequente atraso mental. Apenas na década de 60, as investigações comprovaram que a actividade sexual regular não estava relacionada com o aborto e também não comprometia a saúde da criança.

Comparativamente com o período anterior à gravidez, o interesse sexual das mulheres após o parto, encontra-se reduzido por motivos muito diversificados. Sydow, (1999), revela-nos que apesar de existir uma percentagem considerável, durante todas as fases do processo parental, de mulheres que apenas se mostram motivadas para a prática

sexual por acharem ser uma obrigação marital e/ou se mostrarem preocupadas com a satisfação sexual dos parceiros, existe um número superior de homens desinteressados.

É com base nestas evidências e para que não se verifique um afastamento do casal, (com consequências irreversíveis e de difícil resolução para a relação conjugal), que Martins, Rebelo e Gomes, (2004), afirmam que a sexualidade deve ser mantida. Dirigindo-se particularmente à mulher, a qual considera o elemento-chave do enigma que são as relações afectivas, Santo, (2009), explica que ser boa mãe e boa profissional não implica deixar de ser mulher, apontando como uma das principais causas dos problemas no seio conjugal, a falta de sedução provocada pela coabitação e pela rotina do dia-a-dia. Santo, (2009, p.28), afirma que “enquanto a pessoa namora e não coabita arranja-se da ponta do cabelo até à unha do pé, depois não, chega a casa, tira a roupa com que foi trabalhar e veste uma T-shirt que nem serve para ir para a rua e já está”. É fundamental que a mulher, independentemente do valor que dá à família e do sacrifício que faz pelos filhos, continue a ser mulher e a investir em si própria.

3.1. Aspectos Relevantes sobre a Investigação Existente na Área

Discutir sexualidade humana há algumas décadas atrás era bastante difícil, pois o referencial teórico específico era escasso na literatura. O seu estudo só passou a ser reconhecido e incrementado a partir da década de 60, com os trabalhos pioneiros de Henry H. Ellis, (1859-1939) e Sigmund Freud, (1856-1936), altamente censurados, criticados e rejeitados na época. Outros pesquisadores, como Alfred Kinsey, (1894-1956), realizaram investigações sobre o comportamento sexual dos americanos. Em 1966, Masters e Johnson iniciaram estudos sobre os aspectos fisiológicos da resposta sexual humana e, posteriormente, Kaplan, (1978, 1979), efectuou estudos fundamentais para quem actualmente se dedica à temática. Hoje em dia, (mesmo com o avanço científico e tecnológico das últimas décadas), e apesar de se observar uma produção científica em ascensão, a sexualidade apresenta-se impregnada de mitos, preconceitos e desconhecimentos para a maioria das pessoas (Gir, Nogueira e Pelá, 2000).

Barbosa e Gomes-Pedro, (2000), defendem que é na relação da mãe com o recém-nascido que devemos procurar os primórdios da construção da sexualidade. As experiências sexuais e a aprendizagem social adquiridas repercutem-se fortemente na vida de um ser humano.

O relacionamento sexual dos casais durante a gravidez e período pós-parto é de grande significado médico e psicológico. A felicidade marital dos casais diminui consideravelmente após o nascimento do primeiro filho, com o relacionamento sexual a tornar-se a área mais vulnerável da relação conjugal. Depois do parto, o interesse e o desejo sexual da mulher, bem como, a actividade sexual do casal tende a ser reduzida por vários meses quando comparados com os níveis existentes na gravidez e anteriormente, levando à frequente ocorrência de problemas sexuais (Fischman, Rankin, Soeken e Lenz, 2006).

Anteriores investigações do comportamento sexual após o parto sugerem que a libido regressa ao normal, para a maioria das mulheres, cerca de quatro semanas após o parto, sendo que seis semanas após o parto, a função sexual retornou aos níveis pré-gravídicos ou melhorou. No entanto, Sydow, (1999), refere que antes das seis semanas do período pós-parto, em média, apenas 9 a 17% dos casais afirmam ter tido relações sexuais com penetração vaginal, subindo para 66 a 94% as díades, que no segundo mês pós-parto, consolidam a actividade sexual com penetração, (valor que só atinge os 97% no décimo terceiro mês do puerpério). Comparativamente com o período gravídico, a frequência coital é ainda mais reduzida no primeiro ano após o nascimento da criança, podendo o coito não se verificar até às oito semanas do período pós-parto, (dados médios referentes a amostras europeias e americanas), ou até às 16-17 semanas noutros contextos culturais.

Dixon, Booth e Powell, (2000), verificaram que uma significativa diminuição da actividade sexual tinha sido reportada oito meses após o parto, (cerca de dois terços das mulheres referiram cinco ou menos episódios de relações sexuais por mês, oito meses após o parto). Constataram também uma significativa deterioração na qualidade do relacionamento sexual, descrita por cerca de 50% dos casais, (pais pela primeira vez), como “pobre” ou “não muito boa”.

Hyde et al, (1996), referem que os principais atrasos para o retorno da actividade sexual se justificam pela dor resultante da episiotomia, pela presença dos lóquios, pela fadiga e pela secura vaginal e consequente dispareunia.

Um estudo piloto realizado na Noruega por Barrett et al, (1999), mostra-nos que cerca de sete meses após o parto as mulheres experienciavam significantes níveis de morbilidade. Em média três meses após o parto 58% da amostra referia dispareunia, 39% secura vaginal e 44% sofria perda do desejo sexual. Estas percentagens diminuíam para 26%,

22% e 35% respectivamente, oito a nove meses após o parto. Quando comparado com o período anterior à gravidez, verificou-se uma diminuição da frequência e satisfação da relação sexual no período pós-parto, embora as práticas sexuais se alterassem minimamente.

Sydow, (1999), refere que ao quinto mês de gravidez, homens e mulheres se encontram moderadamente satisfeitos com a actividade sexual. Cerca de um mês após o parto, a satisfação sexual torna-se mais baixa, aumentando gradualmente do primeiro para o décimo segundo mês do puerpério. Refere-nos ainda que se o homem e a mulher são sexualmente activos e felizes durante a gravidez, quatro meses após o parto a sua relação tende a melhorar relativamente à comunicação e às carícias, tornando-se mais estável e menos sujeita a ser deteriorada três anos após o parto. DeJudicibus e McCabe, (2002), confirmam isso mesmo, afirmando que as mulheres que se encontram mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal são as que experienciam maior satisfação sexual, durante a gravidez e período pós-parto. O estudo realizado por Rogers, Borders, Leeman e Albers, (2009), confirma uma semelhante redução na satisfação sexual da mulher no período pós-parto, (com 83% das mulheres a afirmarem-se menos satisfeitas sexualmente três meses após o parto).

Brummen et al, (2006), num estudo sobre os factores que determinam a função sexual da mulher, concluem que a não satisfação das mulheres norueguesas um ano após o parto, nada tem a ver com factores associados à gravidez e ao puerpério, mas sim com o facto de não serem sexualmente activas na gravidez precoce, (às 12 semanas de gravidez).

Na maioria dos casais é o homem que demonstra uma maior iniciativa antes, durante e depois da gravidez. Os resultados de Orji, Ogunlola e Fasubaa, (citados em Silva e Figueiredo, 2005), relativos a uma amostra nigeriana, permitem verificar claramente a supremacia do parceiro enquanto iniciador da actividade sexual, (em 54% das vezes, é o companheiro que toma a iniciativa, em 45% são ambos, em 1% a mulher). Sydow, (1999); Woranitat e Taneepanichskul, (2007), justificam que, na maioria das vezes, o que motiva a mulher para a actividade sexual é o sentido de obrigação marital ou a percepção da necessidade de satisfação do companheiro.

3.2. Factores que Influenciam a Sexualidade da Mulher após o Parto

O período pós-parto constitui uma das fases mais delicadas relativamente às dificuldades sexuais conjugais, contribuindo o nascimento da criança para uma acentuada redução da libido sexual da maioria das mulheres (Fabre-Clergue e Duverger-Charpentier, 2008). As hormonas, (e as suas respectivas alterações), durante muito tempo pareceram explicar e justificar a sexualidade da mulher após o parto, no que diz respeito à diminuição do desejo, ao aparecimento/aumento da dor e às dificuldades na lubrificação (Pascoal, 2006). No entanto, teremos oportunidade de constatar ser muito mais complexa a realidade sexual da mulher durante o período pós-parto.

Robson, Brant e Kumar, (1981), num estudo realizado a 119 primíparas no Reino Unido, encontraram três meses após o parto 57% das mulheres com um desejo sexual inferior ao estado pré-gravídico, tendo apenas 10% das mulheres revelado um aumento do mesmo. Realçaram ainda as alterações na imagem corporal, a saúde mental da mulher, a relação marital, as distrações, a ansiedade sexual, a fadiga e a depressão após o parto, como factores condicionantes da actividade sexual do casal, (apontados também por Avery, Duckett e Frantzich, 2000).

Olsson, Lundqvist, Faxelid e Nissen, (2005), num estudo realizado na Suécia, identificaram quatro áreas de preocupação das mulheres no período pós-parto, (responsáveis por condicionarem a sua actividade sexual), a imagem corporal após o parto, as alterações dos padrões sexuais face à nova dinâmica familiar, a discórdia sobre o desejo sexual com os companheiros e a necessidade de garantia médica de retorno ao estado pré-gravídico. Concluíram que para as mulheres o nascimento de uma criança significa dormirem menos e terem menos tempo livre. Consequentemente em vez de quererem ter qualquer tipo de relacionamento sexual, as mulheres preferem dormir ou mesmo ter tempo para elas próprias, (o que gera uma inevitável alteração nos padrões sexuais). Embora tenham constatado existirem diferenças ao nível do desejo sexual, a maioria das mulheres envolvidas no estudo, mostrou-se confiante no retorno do mesmo à normalidade, contribuindo para tal atitude, a garantia médica de estarem fisicamente bem para reiniciar a actividade sexual com os companheiros.

Dixon, Booth e Powell, (2000), constataram curiosamente que as primíparas se queixam, quase de igual forma, de falta de libido (35%), e cansaço (38%), e as multíparas essencialmente de cansaço (67%), sendo pouco referida a falta de libido (14%),

verificando-se, segundo Mendes et al, (1997); Martins, Rebelo e Gomes, (2004), reinícios da actividade sexual mais precoces nas múltiparas após o parto.

Sydow, (1999), afirma que 20 a 60% dos casais refere ter medo de reiniciar a actividade sexual coital, tendo-se constatado que em média, nos primeiros meses do puerpério, apenas 12 a 14% dos casais afirmam não experienciar qualquer dificuldade a este nível.

O reinício da actividade sexual depende da intensidade do desconforto sentido pela mulher, provocado pela presença dos lóquios e pelo trauma perineal. Sydow, (1999), afirma que a dispareunia, (definida como a dor genital recorrente ou persistente associada à relação sexual, consequência frequente do parto vaginal com traumatismo perineal), é referida por cerca de 50% das mulheres após o parto, (36% das mulheres que amamentam e 16% das mulheres que não amamentam, cerca de seis meses após o parto, e 22% das mulheres cerca de 13 meses após o parto).

Ejegård, Ryding e Sjogren, (2008), num estudo sobre a vida sexual das mulheres após parto vaginal com episiotomia, realizado na Suíça, concluíram haver uma maior frequência de dispareunia e insuficiente lubrificação vaginal nas mulheres submetidas a episiotomia, embora o orgasmo e a satisfação sexual se mantivessem inalterados. Concluíram ainda que a presença de episiotomia/laceração perineal pode afectar a vida sexual das mulheres até ao segundo ano após o parto, com maior ocorrência de dor e secura vaginal, (conclusões também defendidas por Barrett et al, 2000). A dispareunia é ainda referida por Abdool, Thakar e Sultan, (2009), como a principal desordem sexual, ocorrendo em cerca de 42% dos casos imediatamente após o parto, em 22% às oito semanas após o parto e em 10% às 12 semanas após o parto.

Rowland, Foxcroft, Hopman e Patel, (2005), num estudo sobre a relação entre a amamentação e a sexualidade após o parto, realizado no Canadá, concluíram serem cinco os factores capazes de influenciar o reinício das relações sexuais, sendo a amamentação e os cuidados prestados ao recém-nascido os mais significativos, seguidos do tipo de parto e da paridade, e por fim, sem grande significado, a idade materna.

3.2.1. O Tipo de Parto

Muito embora Rogers et al, (2009), (citando o National Institutes of Health State-of-the-Science Conference), refiram não existirem diferenças estatisticamente significativas na função sexual entre o parto via vaginal e a cesariana, são vários os estudos que nos demonstram existirem importantes alterações na função sexual de acordo com os diferentes tipos de parto.

Rowland et al, (2005), mencionam nas conclusões do seu estudo, o tipo de parto como um importante factor preditivo da celeridade do reinício das relações sexuais, com a cesariana a permitir reinícios mais precoces que o parto vaginal, (principalmente quando comparada com o parto vaginal com episiotomia/laceração perineal).

Buhling, Schmidt, Robinson, Klapp, Siebert e Dudenhausen, (2006), compararam o comportamento sexual e a taxa de dispareunia antes, durante e após o parto, concluindo que 47% das mulheres reiniciaram a sua actividade sexual oito semanas após o parto, sendo que destas 31% não experimentaram qualquer tipo de dor durante a primeira relação sexual após o parto, tendo 49% experimentado dor significativa, classificada como média, considerável ou severa, dependendo do tipo de parto. A dispareunia persistente por mais de seis meses após o parto foi relatada por 3,5% das primíparas submetidas a parto vaginal sem episiotomia/laceração, por 3,4% das primíparas submetidas a cesariana, por 11% das primíparas submetidas a parto vaginal com episiotomia/laceração e por 14% das primíparas submetidas a parto vaginal instrumentado. Consequentemente foi referida, pela maioria das mulheres que constituíram a amostra, uma diminuição da frequência de relações sexuais, sendo consensual o facto de um mês após o parto as mulheres submetidas a cesariana se encontrarem mais satisfeitas com o reinício da sua actividade sexual comparativamente com as mulheres submetidas a parto vaginal.

Woranitat e Taneepanichskul, (2007), num estudo sobre a função sexual no período pós-parto realizado na Tailândia, concluíram que 35% das mulheres iniciaram as relações sexuais cerca de seis semanas após o parto, (antes mesmo do consentimento médico), verificando que a via do parto não estava associada ao reinício das relações sexuais e à função sexual das mulheres após o parto. Constataram no entanto existir uma maior percentagem de mulheres submetidas a parto vaginal sem episiotomia a reiniciarem mais precocemente a actividade sexual, (comparativamente com as mulheres submetidas a parto vaginal com episiotomia).

Também Klein, Gauthier e Robbins, (citados em Abdool, Thakar e Sultan, 2009), referem que as mulheres com história de parto vaginal com períneo íntegro, (comparativamente com as mulheres submetidas a episiotomia), reiniciam mais precocemente, e falam mais positivamente do reinício da sua função sexual, (relativamente à satisfação sexual e ao orgasmo).

Ainda que a episiotomia seja apontada como uma das principais causas da dispareunia, a dispareunia como consequência da episiotomia recebeu sempre uma fraca atenção na literatura até aos tempos actuais. Mesmo hoje em dia, parece haver pouco investimento da investigação nesta área, sendo os resultados um pouco ambíguos, (muito embora a maioria das mães que mantêm abstinência sexual por um período mais longo que o recomendado, tenham frequentemente associada cicatriz perineal). Como tal, e porque o traumatismo perineal pode ser um factor inibidor da sexualidade da mulher após o parto, a episiotomia não deve ser realizada de uma forma rotineira, mas antes pensada caso a caso (Sydow, 1999).

Apesar de serem poucos os estudos relativos à ocorrência de dispareunia após o parto por cesariana, os resultados parecem sugerir haver uma minoria de mulheres a referir dor perineal, registando-se diferenças significativas entre este tipo de parto e o parto vaginal. Também Hyde et al, (1996), reconheceram ser mais precoce o reinício das relações sexuais no parto por cesariana.

A perspectiva materna relativamente ao trabalho de parto mudou consideravelmente na última década. Muitos assuntos maternos e fetais não eram discutidos ou englobados no plano obstétrico da maioria das mulheres, começando hoje em dia, a ser cada vez mais permitida a sua discussão entre o casal e a equipa de saúde. Questões como a dor durante o período pós-parto, o relaxamento do assoalho pélvico e a função sexual após o parto, tem merecido uma grande preocupação por parte dos profissionais de saúde, sendo responsáveis pela alteração nas expectativas das primíparas relativamente ao tipo de parto (Buhling et al, 2006).

3.2.2. A Imagem Corporal da Mulher após o Parto

A gravidez e o parto permitem o aumento ponderal da mulher, situação que, segundo Sydow, (1999), tende a normalizar alguns meses após o parto, com cerca de 7% das mulheres um ano após o parto, a referir pesarem aproximadamente 5 kg mais do que no período anterior à gravidez. A percepção subjectiva de escassa atractividade física é muito frequente durante a gravidez, e de acordo com Tobin, (citado em Canavarro, 2001, p. 31), não é de “negligenciar o número de mulheres para quem engravidar representa também deixar de ter controlo sobre o seu corpo.”

As grávidas são emocionalmente afectadas pelas alterações ocorridas nas funções do seu corpo, bem como, na sua aparência física. Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002), durante o primeiro trimestre a forma do corpo altera-se pouco, sendo a partir do segundo trimestre que o volume do abdómen fica mais óbvio, a cintura alarga e as mamas aumentam, denunciando a presença da gravidez. A mulher desenvolve a sensação de aumento generalizado no tamanho do seu corpo e no espaço que ocupa, e a atitude corporal positiva, geralmente expressa no primeiro trimestre, dá lugar ao aparecimento de sentimentos mais negativos responsáveis pelo aumento da tensão e pela redução do interesse sexual mulher (Silva, Ruivo e Coimbra, 2005).

Olsson et al, (2005), sugerem que as mulheres participantes no seu estudo, não se sentiam confortáveis com as mudanças, decorrentes da gravidez, verificadas na sua imagem corporal no período de três a 24 meses após o parto.

Nobre, (2006), defende que “mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes”, apresentando mais crenças relacionadas com a imagem corporal e beleza física no funcionamento sexual. De igual forma, também o ajustamento sexual do homem parece sofrer influência da alteração na imagem corporal da mulher (Mendes et al, 1997).

As transformações que ocorrem nas mamas, principalmente durante a amamentação, contribuem fortemente para a alteração da imagem corporal da mulher e do seu relacionamento sexual conjugal.

A relação entre a amamentação e a sexualidade remete-nos para a dupla função do seio feminino – alimentar e erótica. Segundo Gilza, (2003), na cultura ocidental, o seio foi inscrito durante muito tempo numa percepção funcional alimentar, sendo muito recente a

sua erotização. O eroticismo associado à amamentação torna evidente na maioria das vezes o conflito vivido pela mulher, enquanto mãe, (que amamenta o seu filho), e mulher, (que se relaciona sexualmente com o companheiro). O seio maternal e o seio erótico podem ocupar, ou não, o mesmo espaço físico, criando diferentes possibilidades de experiências, de acordo com a forma como cada indivíduo resolve essa aparente dicotomia.

Dados controversos na literatura confirmam o potencial conflito sexual provocado pela amamentação, durante a qual os seios se podem tornar ainda mais atractivos para alguns homens, devido ao aumento do seu volume (Avery, Duckett e Frantzich, 2000). No entanto é frequente no homem que vê a mulher ser estimulada sexualmente pela amamentação, a ocorrência de sentimentos de marginalização, ciúme e inadequação, especialmente quando, (por variados motivos), a mulher não se quer envolver em actividades sexuais (Mendes et al, 1997).

De entre os vários factores psicológicos que justificam a menor necessidade de intimidade por parte das mulheres que amamentam, encontramos a experiência de contacto/toque que o aleitamento materno privilegia, (capaz de satisfazer algumas necessidades eróticas da mulher), e o desgaste que o mesmo pode implicar, deixando a mulher com menos disponibilidade física, emocional e psicológica para o relacionamento íntimo com o companheiro/cônjuge (Masters e Johnson, citados em Mendes, 2002; Hyde et al, 1996).

Também Rowland et al, (2005), afirmam existir um provável efeito positivo da amamentação na sexualidade da mulher, relacionado com o aumento do tamanho dos seios, e da sua sensibilidade (estimulação física directa provocada pela sucção), estando no entanto evidente uma associação da mesma à dispareunia, bem como, à diminuição do desejo e da frequência da actividade sexual (Hyde, DeLamater, Plant e Byrd, 1996; Sydow, 1999; Avery, Duckett e Frantzich, 2000).

Segundo o conhecimento científico no campo da endocrinologia, os estrogénios são responsáveis pela lubrificação vaginal, favorecendo a receptividade sexual (Gilza, 2003; Enciclopédia da Saúde, 2005). É aproximadamente durante o terceiro mês após o parto que as estruturas vaginais e uterinas iniciam o retorno ao estado pré-gravídico, verificando-se nesta altura a queda hormonal mais significativa. Durante a amamentação, a produção de estrogénios encontra-se inibida pela elevada produção de prolactina,

responsável pela produção de leite, resultando numa maior secura vaginal e redução do interesse sexual (Rowland et al, 2005).

3.2.3. Os Cuidados com o Recém-Nascido

O afecto é a capacidade de nos sentirmos comprometidos com as coisas e principalmente com as pessoas. Para Biscaia, (em Barbosa e Gomes-Pedro, 2000, p.55), “a afectividade liga-nos aos outros tornando-nos vulneráveis e dependentes deles, (...), expõe-nos, abre-nos, impede que nos fechemos à existência do outro no espaço invisível da nossa consistência e da nossa existência”. A ideia do filho a que cada um pode estar ligado mesmo antes da sua existência real, desencadeia o primeiro passo no desenvolvimento do afecto, que se perpetua durante a maternidade/paternidade, quando esta é vivida como um dom em que mães e pais arriscam todas as suas certezas.

No contexto da maternidade e relacionamento com a criança, a capacidade da mulher se descentralizar dela própria pode ser percepcionada como uma dádiva ou uma obrigação de servir, pela responsabilidade de ter alguém completamente dependente de si (Mendes, 2002). Gilza, (2003), afirma que a ternura marital tende a diminuir mais nas mulheres com uma rígida e super protectora relação com a criança, sendo frequentes os relatos sobre a dedicação exclusiva da mulher ao recém-nascido, colocando o companheiro em segundo plano, (sentido por muitos como uma rejeição).

A relação dos pais com a criança é significativamente relatada como condicionadora de mudanças no interesse e actividade sexual dos casais. Sydow, (1999), refere que crianças tratadas por ambos os pais constituem um factor mais positivo para a relação conjugal, quando comparadas com crianças tratadas essencialmente pela mulher onde se evidencia uma forte transferência de afectividade, (da mulher para o filho), verificando-se uma importante diminuição da actividade sexual do casal (Santo, 2009).

Antigamente era a criança que se adaptava à família, actualmente é a família que tem de se adaptar à criança, podendo os primeiros meses constituir uma experiência psicologicamente dolorosa. A investigação empírica tem vindo a revelar que algumas dimensões do comportamento neonatal e temperamento da criança interferem na qualidade da interacção mãe-bebé estabelecida após o parto, contribuindo para a

(re)construção de determinadas representações sobre a maternidade (Figueiredo, 2001; Canavarro, 2001).

O recém-nascido é conhecido por chorar e acordar frequentemente durante a noite. Estes dois atributos podem fazer com que seja muito mais difícil viver com ele do que se poderia imaginar. O choro lembra a sua condição de indefeso e direcciona a atenção da mãe exclusivamente para si (Colman e Colman, 1994). Muito embora, segundo Santo, (2009), a sociedade actual tenha quase criado o estatuto de “sua excelência o bebé”, não podemos esquecer que a mãe é uma pessoa com necessidades próprias, inclusive de se afastar um pouco das suas obrigações maternas. Para muitas mulheres o contacto ininterrupto com a criança suscita ansiedade e exaustão, levando-as a sentir que na relação com os filhos perdem mais do que ganham, (pelo menos a curto prazo).

PARTE DOIS: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Para a elaboração deste trabalho e tendo em conta os objectivos do mesmo, optamos pela realização de um estudo que conjuga o método quantitativo de análise descritiva e correlacional, que segundo Fortin, (1999, p. 174), procura “explorar e determinar a existência de relação entre variáveis, com vista a descrever essas relações”, podendo ser utilizado na formulação de hipóteses para serem objecto de estudo em investigações subsequentes, com o método qualitativo de análise de conteúdo.

Com este trabalho pretendemos obter informações sobre o processo de ajustamento materno da mulher após o parto, no relacionamento íntimo com o companheiro.

4.2. Questão e Hipóteses de Investigação

- Questão de Investigação – Vertente Qualitativa

No sentido de enriquecer a temática que nos propomos estudar e tornar possível a concretização dos objectivos, “Identificar as experiências e os sentimentos que as mulheres vivenciaram após o parto na relação íntima com o companheiro” e “Conhecer as vivências da mulher após o parto, com maior significado na intimidade com o companheiro”, procedeu-se à colocação da seguinte questão de investigação:

- ✓ Quais os significados das vivências da mulher após o parto na relação íntima com o companheiro?

- Hipóteses de Investigação – Vertente Quantitativa

Existem inúmeras variáveis que podem influenciar o processo de ajustamento materno da mulher após o parto, principalmente no que diz respeito ao relacionamento íntimo com o companheiro. Alguns estudos confirmam a existência de factores de ordem sócio-demográfica, assim como, uma considerável quantidade de variáveis obstétricas com influência no processo de ajustamento materno da mulher após o parto no relacionamento íntimo com o companheiro. Estudos como os de Robson, Brant e Kumar, (1981); Dixon, Booth e Powell, (2000); Olsson et al, (2005); Rowland et al, (2005); Ejegård, Ryding e Sjogren, (2008), sugerem como factores com influência no processo de ajustamento materno da mulher após o parto a idade, a situação marital, a percepção da imagem corporal, a paridade, o tipo de parto, bem como, a amamentação. De acordo com os objectivos definidos para este trabalho e no sentido de avaliar a existência de relação entre o processo de ajustamento da mulher após o parto e as variáveis apresentadas no Quadro 1 – Variáveis Sócio-Demográficas e Obstétricas em estudo, as hipóteses que tentaremos testar são as seguintes:

- ✓ Hipótese 1 – As mulheres de menor idade, no período após o parto, têm maior dificuldade no processo de ajustamento materno;
- ✓ Hipótese 2 – O processo de ajustamento materno da mulher após o parto varia em função das condições sócio-demográficas grau de instrução académica, categoria sócio-económica e situação marital;
- ✓ Hipótese 3 – O processo de ajustamento materno da mulher após o parto varia em função das variáveis obstétricas paridade, do planeamento da gravidez e do tipo de parto.

Quadro 1 – Variáveis Sócio-Demográficas e Obstétricas em estudo

Variáveis Sócio-Demográficas	
	Idade
	Grau de instrução académica
	Categoria sócio-económica
	Situação marital
Variáveis Obstétricas	
	Paridade
	Tipo de parto
	Planeamento da gravidez

4.3. Operacionalização das Variáveis

As variáveis seleccionadas para estudo organizam-se em 4 grupos.

- Variável Central

Ajustamento materno: Processo de transição do ciclo vital da mulher através de períodos críticos como a gravidez, parto e puerpério, para a Maternidade. Segundo Figueiredo, (citada em Figueiredo, Mendonça e Sousa, 2004), durante este processo de construção a mulher enfrenta um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social, que exigem importantes ajustamentos individuais, assim como, ajustamentos interpessoais, principalmente no relacionamento conjugal. Esta variável, (avaliada através da aplicação da escala MAMA), será operacionalizada em cinco sub-escalas, de 12 itens cada, que se reportam às seguintes dimensões: “imagem corporal”, “sintomas sintomáticos”, “relação conjugal”, “atitudes perante o sexo” e “atitudes para com a gravidez e o bebé”.

- Variáveis Sócio-Demográficas

Idade: definida como a duração ordinária da vida de um indivíduo representa o número de anos de uma pessoa desde o seu nascimento até à época em que se fala, sendo operacionalizada em cinco grupos, (< 21 anos; 21-24 anos; 25-30 anos; 31-35 anos; > 35 anos).

Grau de instrução académica: operacionalizada em três grupos, (ensino básico e/ou inferior; ensino secundário; ensino superior), esta variável diz respeito ao grau de escolaridade máximo e completo adquirido pelas mulheres após o parto.

Categoria sócio-económica: baseada na situação profissional das mulheres após o parto, esta variável será operacionalizada segundo a classificação proposta por Nunes e Miranda, (1969), que estabeleceu quatro camadas sociais, (I – grandes industriais e profissões de elevada competência técnica; II – profissões liberais de competência média, comerciantes e industriais de empresas médias; III – operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e industriais de empresas médias; IV – operários não especializados e trabalhadores rurais).

Situação marital: para a operacionalização desta variável foram criados três grupos (solteira; casada ou em regime de união de facto; divorciada ou separada).

- Variáveis Obstétricas

Paridade: esta variável será operacionalizada em três grupos (primípara – mulher que pariu uma vez, um feto único com viabilidade; primípara gemelar – mulher que pariu uma vez, mais de um feto com viabilidade; múltipara – mulher que pariu duas ou mais vezes um feto único com viabilidade).

Planeamento da gravidez: esta variável será operacionalizada dicotomicamente (sim – para a mulher cuja gravidez foi planeada; não – para a mulher cuja gravidez não foi planeada).

Tipo de parto: esta variável, baseada no tipo de parto e na presença/ausência de ferida perineal, será operacionalizada em três categorias (vaginal com episiotomia/laceração perineal; vaginal sem episiotomia/laceração perineal; cesariana).

- Outra variável em estudo

Vivências da mulher após o parto na relação íntima com o companheiro.

4.4. População/Amostra

Da população alvo estudada fazem parte as mulheres que após o parto acompanharam o(s) filho(s) recém-nascido(s) à consulta de Pediatria, na Consulta Externa do Centro Hospitalar do Porto – Unidade Maternidade Júlio Dinis, entre os meses de Abril e Junho de 2008.

Seguiu-se uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência e intencional, tendo sido critérios de selecção:

- ✓ Mulheres com mais de duas semanas e menos de 15 semanas após o parto;
- ✓ Mulheres entrevistadas, uma única vez, durante o acompanhamento do(s) seu(s) filho(s) recém-nascido(s) à referida consulta.

Constituíram a amostra 68 mulheres entrevistadas após o parto, numa população total de 96 mulheres que acompanharam o(s) seu(s) filho(s) recém-nascido(s) à consulta de Pediatria, num total de 2183 consultas efectivadas.

4.5. Instrumento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi efectuada através da aplicação de um questionário constituído por quatro partes:

- ✓ Parte A – Dados Sócio-Demográficos;
- ✓ Parte B – Dados Obstétricos;
- ✓ Parte C – Versão Portuguesa da escala MAMA;
- ✓ Parte D – Vivência da mulher após o parto na relação íntima com o companheiro.

A escala MAMA, que compõe a terceira parte do instrumento de colheita de dados, foi especificamente desenhada por Kumar, Robson e Smith, em 1984, para avaliar o ajustamento e as atitudes maternas, contribuindo para a detecção de situações em que se verifica desajustamento e atitudes maternas menos favoráveis.

Trata-se de uma escala de auto-relato, com 60 itens que se distribuem equitativamente por cinco sub-escalas de 12 itens cada e se reportam às seguintes dimensões: imagem corporal, sintomas sintomáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebé.

Muito embora a escala MAMA seja repetidas vezes utilizada nos mais diversos contextos, tanto na sua versão pré, como na sua versão pós-natal, para a população portuguesa apenas se encontra validada, (com elevados índices de consistência interna, traduzidos por um Alpha de Cronbach=0,85), por Figueiredo, Mendonça e Sousa, (2001), na sua versão pré-natal, destinada a avaliar as atitudes e o ajustamento materno durante a gravidez. A versão portuguesa da escala MAMA mede, tal como a versão original, a frequência com que determinadas situações ocorrem durante a gravidez, tendo sido neste estudo aplicada durante o período pós-parto. Sendo a versão pós-natal constituída pelos mesmos 60 itens da versão pré-natal, foi obtido um Alpha de Cronbach=0,83, (valor muito próximo do anteriormente mencionado).

Os 60 itens que compõem a escala MAMA são cotados numa escala tipo “Lickert” entre 1 (“nunca/de forma alguma”), 2 (“raramente/um pouco”), 3 (“muito/às vezes”), 4 (“muitíssimo/muitas vezes”), embora os itens assinalados com um (*) no Apêndice I – Itens que constituem a escala MAMA, tenham uma formulação invertida, sendo atribuída pontuação de 1 quando é assinalada a resposta “muitíssimo/muitas vezes” e 4 para a resposta “nunca/de forma alguma”.

Os itens, as sub-escalas e a escala MAMA total são pontuados no sentido em que quanto mais elevado o resultado pior é a avaliação da mulher na dimensão em causa.

A última parte do instrumento de colheita de dados, constituída por uma única questão aberta, permite à mulher narrar livremente a sua experiência desde o nascimento da criança até ao reencontro com o companheiro em casa, referindo essencialmente o que mudou no relacionamento íntimo com o companheiro, após o nascimento da criança.

4.6. Procedimentos Éticos da Colheita de Dados

Para este estudo optou-se pela aplicação de um questionário anónimo, garantindo desta forma o respeito pelo anonimato e privacidade das mulheres inquiridas. O facto das questões se encontrarem inscritas num documento e não terem sido efectuadas às questionadas pelo investigador colocou as primeiras numa situação de maior à-vontade para responder sinceramente às questões levantadas.

Numa fase inicial da colheita de dados, foi aplicado um pré-teste (constituído por sete questionários), que motivou a introdução de algumas alterações no questionário inicial, (essencialmente na sua apresentação/organização, promovendo uma leitura e compreensão mais facilitada).

Após a autorização do Conselho de Gestão do Centro Hospitalar do Porto, teve início o processo de recolha de dados.

A cada mulher foi solicitada a colaboração voluntária, dando conhecimento dos objectivos do estudo e da confidencialidade das respostas, bem como, do seu direito a consentir ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação. Dada a natureza do questionário aplicado, (existência de uma variável qualitativa em estudo, através de uma

questão aberta), o tempo contemplado para o seu preenchimento foi variável sem qualquer tipo de restrição/imposição horária.

4.7. Tratamento Estatístico dos Dados

Após o preenchimento dos questionários, procedeu-se à análise estatística dos dados obtidos, na Parte A – Dados Sócio-Demográficos, na Parte B – Dados Obstétricos e na Parte C – Versão Portuguesa da escala MAMA, utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – versão 16.0.

Numa fase inicial procedeu-se à caracterização da amostra em função das variáveis Sócio-Demográficas e Obstétricas, recorrendo-se à estatística descritiva (medidas de tendência central e medidas de dispersão).

De forma a dar continuidade à concretização dos objectivos do estudo procedeu-se à análise factorial confirmatória através da interpretação do Alpha de Cronbach, assim como, da correlação entre itens e sub-escalas, e sub-escalas e escala MAMA total. Utilizado para verificar a consistência interna de um grupo de variáveis, (neste caso itens), o Alpha de Cronbach é entendido como a correlação entre os resultados que se esperam obter entre a escala utilizada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igualdade ao nível dos itens que permitem medir as mesmas características. Os seus valores variam entre 0 e 1, sendo a consistência interna de um grupo de variáveis considerada: muito boa se superior a 0,9; boa entre 0,8 e 0,9; razoável entre 0,7 e 0,8; fraca entre 0,6 e 0,7; medíocre se inferior a 0,6.

Após a análise estatística descritiva da escala MAMA, (recorrendo-se novamente a medidas de tendência central e medidas de dispersão), procedeu-se à verificação da normalidade das suas sub-escalas através da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov, com o objectivo de averiguar qual o tipo de estatística ideal a utilizar no estudo (paramétrica ou não paramétrica). O teste Kolmogorov-Smirnov permite analisar o ajustamento ou a aderência à normalidade da distribuição de uma variável de nível ordinal ou superior, mediante a comparação entre as frequências relativas acumuladas observadas e as frequências relativas acumuladas esperadas (Pestana e Gageiro, 2005).

Posteriormente recorreu-se à aplicação dos testes de comparação de médias paramétricos:

- ✓ t de Student, (para a variável planeamento da gravidez), que permite comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos desconhecendo-se as respectivas variâncias populacionais, segundo Pestana e Gageiro, (2005), e verificar se as diferenças de médias entre duas amostras populacionais são ou não significativas (Maroco, 2003);
- ✓ Anova, (para as variáveis grau de instrução académica, categoria sócio-económica, situação marital, paridade e tipo de parto), uma extensão do teste t de Student que permite comparar duas ou mais médias, bem como, analisar o efeito de um factor na variável endógena, verificando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si (Pestana e Gageiro, 2005)

E procedeu-se também à aplicação dos testes de comparação de médias não paramétricos:

- ✓ Mann Whitney, (para a variável planeamento da gravidez relativamente à dimensão “relação conjugal”), um teste alternativo ao teste t de Student para duas amostras independentes que permite comparar o centro de localização de duas amostras como forma de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações correspondentes, (Pestana e Gageiro, 2005);
- ✓ Kruskal Wallis, (para as variáveis grau de instrução académica, categoria sócio-económica, situação marital, paridade e tipo de parto relativamente à dimensão “relação conjugal”), sendo um teste utilizado como alternativa ao teste Anova, aplicando-se a variáveis pelo menos ordinais para detectar diferenças entre médias de dois ou mais grupos ou condições, e para testar a igualdade no que se refere a um parâmetro de localização.

Recorreu-se também à utilização do teste Correlação de Spearman, (para a variável idade), que permite medir a relação entre variáveis intervalares, rácio ou variáveis ordinais, com o objectivo de verificar a existência ou não de relações e influências entre variáveis (Pestana e Gageiro, 2005).

Após a transcrição da totalidade do conteúdo dos dados obtidos através da questão aberta que compõe a última parte do questionário, procedeu-se à análise do conteúdo dos dados qualitativos segundo Bardin.

A análise de conteúdo é, hoje em dia, um dos métodos mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Bardin, (1988, p. 31), define a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise de comunicações”, tratando-se de um método de análise textual que se utiliza nas questões abertas de questionários e entrevistas, de forma a obter, (por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens), indicadores que permitam emergir temas/tópicos e conceitos/conhecimentos, relativos às condições de produção destas mensagens.

A análise de conteúdo compreende dois procedimentos, a descrição analítica, (que se define pela exploração do texto ou *verbatim*, tendo por base uma codificação constituída por categorias, e por vezes subcategorias, compostas por indicadores que representam determinadas unidades de registo que vamos encontrar no texto), e a inferência, (que nos permite dar uma significação fundamentada às características que foram encontradas no texto ou *verbatim*).

A análise temática proposta por Bardin, (1988), seguida na análise dos dados qualitativos deste estudo, organiza-se em redor de três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise compreende a preparação dos dados para a análise, neste caso, a transcrição dos relatos obtidos. A exploração do material caracteriza-se pela análise do material propriamente dita, (conhece-se o contexto e deixam-se fluir impressões e orientações), com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases. A fase do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação compreende a selecção das unidades de análise, (palavras, sentenças, frases e parágrafos, que emergiram segundo um processo dinâmico e indutivo de atenção, com base nos objectivos do trabalho e algumas teorias), e o processo de categorização, (operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, e seguidamente, por reagrupamento segundo o género) (Bardin, 1988).

Procedeu-se então a uma leitura exhaustiva e repetida dos textos, e tendo em consideração os objectivos do estudo e as questões teóricas elaboradas, procedeu-se à ordenação do texto, emergindo a partir das unidades de análise vários temas, que se

constituíram por categorias, com as respectivas unidades de registo. Optámos por designar cada uma pela letra M (mulher), e um número, correspondente à ordem pela qual as mulheres preencheram o questionário. Desta forma, julgamos estar mais organizada a identificação e descrição das vivências das mulheres após o parto na relação íntima com os respectivos companheiros e preservado o seu anonimato. Sempre que as mulheres se referiram ao recém-nascido pelo nome próprio optamos por colocar a letra B (bebé). Recorremos ainda à utilização de um símbolo/código – (...) – para assinalar os excertos da transcrição original sem relevância para a análise.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1. Caracterização Geral da Amostra

5.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica

No presente estudo participou uma amostra de conveniência constituída por 68 mulheres. A idade das mulheres que constituíram a amostra varia entre 17 e 41 anos, para uma média de 29 anos ($Dp=5,57$), e faixa etária mais frequente entre os 25 e 30 anos (48,53%, $N=33$), existindo uma elevada percentagem de mulheres com idade superior a 30 anos (35,30%, $N=24$).

A maioria das mulheres tem como grau de instrução o ensino básico e/ou inferior (60,29%, $N=41$), seguindo-se as mulheres com grau de instrução académica ao nível do ensino superior (26,47%, $N=18$).

Relativamente à camada social verifica-se que a maioria das mulheres que constituíram a amostra se encontra no nível IV – Operários não especializados e trabalhadores rurais (60,29%, $N=41$), sendo que 17,65% das mulheres têm profissões associadas ao nível I – Grandes Industriais e profissões de elevada competência técnica, e 16,18% ao nível III – Operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e industriais de empresas médias.

Da análise das frequências associadas ao estado civil das mulheres, verificou-se que a grande maioria é casada ou vive em regime de união de facto, (80,88%, $N=55$), encontrando-se apenas 5,88% separadas ou divorciadas.

Os dados relativos à descrição sócio-económica do estudo encontram-se no Quadro 2 – Caracterização social e demográfica da amostra.

Quadro 2 – Caracterização social e demográfica da amostra (N=68)

Variáveis		N	%
Idade	<21	6	8,82
	21-24	5	7,35
	25-30	33	48,53
	31-35	12	17,65
	>35	12	17,65
Grau de instrução académica	Ensino básico e/ou inferior	41	60,29
	Ensino secundário	9	13,24
	Ensino superior	18	26,47
Categoria sócio-económica	Nível I	12	17,65
	Nível II	4	5,88
	Nível III	11	16,18
	Nível IV	41	60,29
Situação marital	Solteira	9	13,24
	Casada/União de facto	55	80,88
	Separada/Divorciada	4	5,88

5.1.2. Dados da História Obstétrica

O Quadro 3 – Caracterização da amostra: gravidez e parto, mostra-nos que 55,88% das mulheres foi mãe pela primeira vez, havendo no entanto uma percentagem significativa de mulheres que vivenciam o processo da maternidade pela segunda ou mais vezes, (41,18%, N=28). Questionadas sobre o planeamento da gravidez as participantes afirmam maioritariamente que a gravidez foi planeada, (73,53%, N=50). Curiosamente, relativamente ao tipo de parto pode verificar-se que metade das crianças nasceram por cesariana e a outra metade por parto via vaginal, sendo que neste último tipo de parto, apenas 13,24% das mulheres não foram submetidas a episiotomia e consequentemente a episiorrafia.

Quadro 3 – Caracterização da amostra: gravidez e parto (N=68)

Variáveis		N	%
Paridade	Primípara	38	55,88
	Primípara gemelar	2	2,94
	Múltipara	28	41,18
Planeamento da gravidez	Sim	50	73,53
	Não	18	26,47
Tipo de parto	Vaginal com episiotomia	25	36,76
	Vaginal sem episiotomia	9	13,24
	Cesariana	34	50,00

5.2. Análise descritiva do Processo de Ajustamento Materno e Atitudes Maternas

Foi realizada a análise factorial confirmatória através da interpretação do Alpha de Cronbach e da correlação entre itens e sub-escalas, e sub-escalas e escala MAMA total. Como nos mostra o Quadro 4 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à escala total MAMA, procedeu-se à análise descritiva da escala MAMA e das suas dimensões, tendo-se verificado que obteve um valor médio igual a 127,27 (Dp=17,01), e um valor de Alpha de Cronbach=0,83, o que representa uma boa consistência interna, segundo Pestana e Gageiro, (2005).

Quadro 4 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à escala MAMA total

	M	Dp	Mín	Máx	α Cronbach
MAMA (Total)	127,27	17,01	80	168	0,83

Quanto à consistência interna de cada sub-escala, verificou-se relativamente à “imagem corporal” um índice de consistência interna razoável (Alpha de Cronbach=0,70), conforme nos evidencia o Quadros 5 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “imagem corporal” e relação da mesma com cada item que a compõe. Constituída por 12 itens que pretendem avaliar a imagem e relação que a mulher tem com o seu corpo, através do referido Quadro, podemos ainda verificar que os itens mais pontuados são, o item 19 “Agradou-lhe a forma do seu corpo?”, o item 21 “Achou a sua cara atraente?”, e o item 55 “Achou os seus seios atraentes?”, relacionados com a opinião da mulher sobre a estética do seu corpo, cara e seios após o parto. O item 57 “Achou-se demasiado gorda?”, o item 44 “Sentiu orgulho na sua aparência física?”, e o item 2 “Sentiu-se atraente?”, relacionados com a opinião da mulher sobre a aparência do seu

corpo, são os que demonstram maior variabilidade nas respostas. Podemos por fim verificar que o já mencionado item 44 é o que está mais correlacionado com os valores totais da “imagem corporal” e o que melhor representa esta dimensão.

Quadro 5 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “imagem corporal” e relação da mesma com cada item que a compõe

	M	Dp	Mín	Máx	α Cronbach	Correlação com sub-escala
Imagem corporal	26,86	4,84	15	37	0,70	-
Item 2	2,69	0,94	1	4	-	0,64(**)
Item 12	2,35	0,86	1	4	-	0,43(**)
Item 18	1,27	0,62	1	4	-	-0,10
Item 19	3,09	0,82	1	4	-	0,65(**)
Item 21	2,87	0,73	1	4	-	0,65(**)
Item 31	1,74	0,79	1	4	-	0,40(**)
Item 44	2,49	0,94	1	4	-	0,70(**)
Item 47	2,44	0,78	1	4	-	0,36(**)
Item 49	1,71	0,87	1	4	-	0,66(**)
Item 53	1,54	0,66	1	4	-	0,22
Item 55	2,84	0,77	1	4	-	0,43(**)
Item 57	1,90	0,97	1	4	-	0,60(**)

Nota: ** $p < 0,001$

Verificou-se relativamente à dimensão “sintomas somáticos” um índice de consistência interna medíocre (α de Cronbach=0,52), conforme nos mostra o Quadro 6 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “sintomas somáticos” e relação da mesma com cada item que a compõe. Com os 12 itens que constituem esta sub-escala pretende-se identificar a presença das queixas físicas mais significativas, relativas ao período final da gravidez e período pós-parto. Em termos médios, os itens mais cotados estão relacionados com problemas de transpiração (item 4), obstipação ou prisão de ventre (item 27), má digestão ou azia (item 38). O item que apresenta maior variabilidade de resposta é o item 38 “Teve problemas de má digestão ou azia?”, havendo no entanto grande dispersão de resultados em diversos itens. Podemos ainda verificar através da análise do referido Quadro, que o item 1 “Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?”, e o item 27 “Teve problemas de obstipação ou de prisão de ventre?” são os que mais se correlacionam com os resultados globais desta sub-escala, dentro da mediocridade geral dos resultados.

Quadro 6 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “sintomas somáticos” e relação da mesma com cada item que a compõe

	M	Dp	Mín	Máx	α Cronbach	Correlação com sub-escala
Sintomas somáticos	25,12	4,85	15	37	0,52	-
Item 1	1,90	0,97	1	4	-	0,51(**)
Item 4	2,68	1,14	1	4	-	0,30(*)
Item 6	1,16	0,59	1	4	-	0,15
Item 9	1,65	0,84	1	4	-	0,40(**)
Item 17	2,41	1,16	1	4	-	0,40(**)
Item 27	2,62	1,04	1	4	-	0,51(**)
Item 32	1,93	0,82	1	4	-	0,34(**)
Item 33	2,53	1,23	1	4	-	0,41(**)
Item 35	1,57	0,63	1	4	-	0,32(**)
Item 38	2,59	1,28	1	4	-	0,46(**)
Item 41	1,90	1,19	1	4	-	0,50(**)
Item 59	2,19	0,90	1	4	-	0,46(**)

Nota: * p<0,05, ** p<0,001

A dimensão “atitudes perante o sexo” apresenta-nos o valor médio mais elevado das sub-escalas que constituem a escala MAMA (M=30,66), traduzindo-se numa apreciação mais negativa por parte das mulheres que participaram neste estudo. Para esta sub-escala foi obtido um índice de consistência interna fraco (α de Cronbach=0,68), como nos evidencia o Quadro 7 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “atitudes perante o sexo” e relação da mesma com cada item que a compõe. Analisando as medidas descritivas para os 12 itens desta sub-escala, conclui-se que o resultado médio menos cotado diz respeito ao item 42 “Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?”, enquanto o resultado médio mais cotado se relaciona com o sentimento de vergonha relativamente à relação sexual (item 20). No que diz respeito às medidas de dispersão, os itens que apresentam maior variabilidade de resposta estão relacionados com a excitação sexual, o grau de tensão e sentimento de felicidade experimentados pela mulher ao pensar na relação sexual (itens 39 e 45). O item 13 “Desejou ter relações sexuais?” é o que melhor representa os resultados globais da sub-escala “atitudes para com o sexo”, sendo imediatamente seguido pelos itens 5 e 58, intimamente relacionados com o desejo da mulher pela prática sexual com o seu companheiro.

Quadro 7 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “atitudes perante o sexo” e relação da mesma com cada item que a compõe

	M	Dp	Mín	Máx	α Cronbach	Correlação com sub-escala
Atitudes perante o sexo	30,66	5,18	20	44	0,68	-
Item 5	2,35	1,00	1	4	-	0,74(**)
Item 11	1,97	0,97	1	4	-	0,61(**)
Item 13	3,03	0,85	1	4	-	0,79(**)
Item 20	3,68	0,63	1	4	-	0,16
Item 23	3,12	0,92	1	4	-	0,24
Item 25	3,13	0,91	1	4	-	-0,23
Item 30	1,78	0,91	1	4	-	0,39(**)
Item 39	1,91	1,03	1	4	-	0,31(*)
Item 42	1,60	0,74	1	4	-	0,46(**)
Item 45	2,49	1,03	1	4	-	0,70(**)
Item 46	2,90	0,93	1	4	-	0,71(**)
Item 58	2,71	0,92	1	4	-	0,74(**)

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Para a sub-escala “atitudes para com a gravidez e o bebé” foi obtido um índice de consistência interna razoável (Alpha de Cronbach=0,73), como nos evidencia o Quadro 8 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “atitudes para com a gravidez e o bebé” e relação da mesma com cada item que a compõe. Os 12 itens que compõem esta sub-escala permitem avaliar as reacções, atitudes e preocupações da mulher com a gravidez, (ainda presente na sua memória), e o recém-nascido. Pelas medidas descritivas dos itens conclui-se que o item 28 “Tem pensado em ter mais filhos?”, apresenta os resultados médios mais elevados, o que demonstra a elevada preocupação e ansiedade da mulher em voltar a engravidar quando ainda tem de dedicar a maioria do seu tempo e energia a cuidar do recém-nascido. Os itens 16 “Lamentou estar grávida?” e 40 “Tem tido prazer nas pequenas coisas relativas ao bebé?”, apresentam os resultados médios menos cotados, mostrando-nos coerência com a elevada percentagem de gravidezes planeadas (73,53%, N=50), e com o agrado que as mulheres sentem/referem ao cuidar dos seus filhos. Relativamente à dispersão dos resultados podemos verificar, através do referido Quadro, que o item 7 “A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupou-a?” é o item com maior variabilidade de respostas, imediatamente seguido pelo item 10 “A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupou-a?”, estando os dois intimamente relacionados com a insegurança da mulher relativamente aos cuidados exigidos pelo recém-nascido. O item 24 “Tem-se sentido feliz

por estar grávida?” apresenta-se como o mais correlacionado com os totais desta sub-escala, questionando o grau de satisfação da mulher com a sua tão recente gravidez.

Quadro 8 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “atitudes para com a gravidez e o bebé” e relação da mesma com cada item que a compõe

	M	Dp	Mín	Máx	α Cronbach	Correlação com sub-escala
Atitudes para com a gravidez e o bebé	23,73	4,96	13	36	0,73	-
Item 7	2,16	1,03	1	4	-	0,63(**)
Item 10	2,28	1,02	1	4	-	0,43(**)
Item 14	1,65	0,73	1	4	-	0,45(**)
Item 16	1,31	0,72	1	4	-	0,61(**)
Item 22	2,44	0,88	1	4	-	0,62(**)
Item 24	1,47	0,66	1	4	-	0,72(**)
Item 28	3,47	0,87	1	4	-	0,32(**)
Item 29	1,32	0,70	1	4	-	0,25(*)
Item 40	1,31	0,63	1	4	-	0,40(**)
Item 51	3,04	0,92	1	4	-	0,46(**)
Item 54	1,90	0,96	1	4	-	0,70(**)
Item 60	1,38	0,62	1	4	-	0,44(**)

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Por fim, a sub-escala “relação conjugal” que permite a avaliação da qualidade do relacionamento da mulher com o companheiro, apresenta-nos o valor médio mais baixo, comparativamente com as outras sub-escalas da escala MAMA ($M=20,89$), o que traduz a apreciação mais positiva desta dimensão específica por parte das mulheres inquiridas. Conforme se pode verificar no Quadro 9 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “relação conjugal” e relação da mesma com cada item que a compõe, esta obteve um índice de consistência interna muito bom ($\text{Alpha de Cronbach}=0,90$). Em termos médios os itens 56, 34 e 26, relacionados com a confiança, a atenção e a ajuda disponibilizada pelo marido/companheiro, apresentam os resultados mais cotados e a maior variabilidade nas respostas. O item que melhor representa os resultados globais desta sub-escala é o item 37 “O marido/companheiro tentou participar nos seus interesses?”.

Quadro 9 – Resultados da análise estatística descritiva relativos à sub-escala “relação conjugal” e relação da mesma com cada item que a compõe

	M	Dp	Mín	Máx	α Cronbach	Correlação com sub-escala
Relação conjugal	20,89	7,31	12	45	0,90	-
Item 3	1,91	1,01	1	4	-	0,57(**)
Item 8	1,06	0,34	1	4	-	0,31(**)
Item 15	1,66	0,80	1	4	-	0,75(**)
Item 26	1,97	1,02	1	4	-	0,75(**)
Item 34	2,15	1,09	1	4	-	0,74(**)
Item 36	1,76	0,95	1	4	-	0,79(**)
Item 37	1,49	0,76	1	4	-	0,86(**)
Item 43	1,54	0,99	1	4	-	0,78(**)
Item 48	1,53	0,74	1	4	-	0,73(**)
Item 50	1,88	0,78	1	4	-	0,67(**)
Item 52	1,38	0,71	1	4	-	0,76(**)
Item 56	2,59	1,02	1	4	-	0,65(**)

Nota: ** p<0,001

Para além de terem sido estabelecidas relações entre itens e relações item-sub-escala, de forma a descrever melhor a influência dessas relações ao nível do índice de consistência interna da escala MAMA, recorreu-se ainda ao teste Correlação de Pearson, utilizado para medir a associação apenas entre duas variáveis intervalares/rácio sem violação dos parâmetros da normalidade, para relacionar as sub-escalas com a escala MAMA total, como se pode verificar no Quadro 10 – Correlações entre a escala MAMA total e respectivas sub-escalas.

Podemos confirmar que nem todas as sub-escalas estão correlacionadas entre si e as sub-escalas que apresentam correlação estatisticamente significativa entre si, de acordo com a classificação de Pestana e Gageiro, (2005), fazem-no de uma forma moderada (R entre 0,4-0,69) ou mesmo baixa (R entre 0,2-0,39). Relativamente à sub-escala “atitudes perante o sexo”, excepto com a escala MAMA total, não apresenta relação estatisticamente significativa com nenhuma outra sub-escala, o que revela a existência de diferenças entre a forma como a mulher age perante o sexo, (não estando necessariamente relacionada com a qualidade da sua relação conjugal), e a forma como se relaciona com o seu corpo, com a presença de sintomatologia física, e com o facto de recentemente ter estado grávida/ter sido mãe. No entanto não deixa de ser uma

dimensão relevante, sobretudo quando faz parte do nosso estudo a análise das vivências da mulher após o parto na relação íntima com o companheiro.

Com a escala MAMA total, todas as sub-escalas estão correlacionadas salientando-se a alta correlação (R entre 0,7-0,89) com as sub-escalas “relação conjugal” e “atitudes para com a gravidez e o bebé”, e a baixa correlação (R entre 0,2-0,39) com a sub-escala “atitudes perante o sexo”.

Quadro 10 – Correlações entre a escala MAMA total e respectivas sub-escalas

		Relação conjugal	Imagem corporal	Sintomas somáticos	Atitudes perante o sexo	Atitudes para com a gravidez e o bebé
Imagem corporal	R	0,34(**)				
	p	0,00				
	N	68				
Sintomas somáticos	R	0,28(*)	0,12			
	p	0,02	0,33			
	N	68	68			
Atitudes perante o sexo	R	0,15	-0,00	-0,04		
	p	0,22	0,97	0,74		
	N	68	68	68		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	R	0,44(**)	0,52(**)	0,38(**)	0,08	
	p	0,00	0,00	0,00	0,51	
	N	68	68	68	68	
MAMA total	R	0,78(**)	0,61(**)	0,54(**)	0,38(**)	0,76(**)
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	N	68	68	68	68	68

Nota: * p<0,05, ** p<0,001

De seguida procedeu-se à análise da normalidade das sub-escalas através do teste Kolmogorov-Smirnov, com o objectivo de identificar os testes, (paramétricos ou não paramétricos), a utilizar. Os resultados obtidos, apresentados no Quadro 11 – Resultados da análise da normalidade das sub-escalas da escala MAMA, permitiram constatar a normalidade das sub-escalas, “imagem corporal” (K-S=0,09, p>0,05); “sintomas somáticos” (K-S=0,08, p>0,05); “atitudes para com o sexo” (K-S=0,08, p>0,05); e “atitudes para com a gravidez e o bebé” (K-S=0,10, p>0,05), com consequente utilização

de testes paramétricos. Relativamente à sub-escala “relação conjugal”, esta não segue os parâmetros da normalidade ($K-S=0,15$, $p<0,05$), prevendo-se a aplicação de testes não-paramétricos no seu tratamento estatístico.

Quadro 11 – Resultados da análise da normalidade das sub-escalas da escala MAMA

	K-S	p
MAMA total	0,06	0,20
Imagem corporal	0,09	0,20
Sintomas somáticos	0,08	0,20
Atitudes perante o sexo	0,08	0,20
Atitudes para com a gravidez e o bebé	0,10	0,07
Relação conjugal	0,15	0,00

5.3. Relação entre a Variável Sócio-Demográfica Idade e o Processo de Ajustamento Materno

Com o objectivo de encontrar relação entre a variável idade e o processo de ajustamento materno (MAMA total), assim como, com as suas dimensões, foi aplicado o teste Correlação de Spearman. Não foi no entanto possível verificar qualquer associação estatisticamente significativa entre a idade e o processo de ajustamento materno ($R=-0,06$, $p>0,05$); a idade e a “imagem corporal” ($R=0,06$, $p>0,05$); a idade e os “sintomas somáticos” ($R=0,07$, $p>0,05$); a idade e as “atitudes perante o sexo” ($R=-0,13$, $p>0,05$); a idade e as “atitudes para com a gravidez e o bebé” ($R=-0,04$, $p>0,05$); a idade e a “relação conjugal” ($R=-0,11$, $p>0,05$), conforme nos evidenciam os resultados apresentados no Quadro 12 – Resultados do teste Correlação de Spearman para o processo de ajustamento materno relativos á variável idade.

Quadro 12 – Resultados do teste Correlação de Spearman para o processo de ajustamento materno relativos á variável idade

		Idade
MAMA total	R	-0,06
	p	0,60
Imagem corporal	R	0,06
	p	0,60
Sintomas somáticos	R	0,07
	p	0,55
Atitudes perante o sexo	R	-0,13
	p	0,28
Atitudes para com a gravidez e o bebé	R	-0,04
	p	0,72
Relação conjugal	R	-0,11
	p	0,38

5.4. Relação entre as Variáveis Sócio-Demográficas Grau de Instrução Académica, Categoria Sócio-Económica e Situação Marital e o Processo de Ajustamento Materno

Com o objectivo de verificar a possível influência do grau de instrução académica no processo de ajustamento materno (MAMA total) e respectivas dimensões, procedeu-se à aplicação do teste Anova, constatando-se existirem diferenças estatisticamente significativas relativamente à sub-escala “atitudes perante o sexo” ($F=4,54$, $p<0,05$), conforme nos evidenciam os resultados apresentados no Quadro 13 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável grau de instrução académica. O recurso ao teste post hoc LSD, (que equivale à realização de múltiplos testes T e requer que a hipótese nula seja rejeitada), permitiu-nos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o ensino secundário e o ensino básico e/ou inferior, bem como, entre o ensino secundário e o ensino superior, tendo o ensino secundário obtido os valores mais baixos relativamente à sub-escala “atitudes perante o sexo”.

Quadro 13 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável grau de instrução académica

	Categoria sócio-económica	M	Dp	F	p
MAMA total	Ensino básico e/ou inferior	128,12	16,62	0,20	0,82
	Ensino secundário	124,22	15,63		
	Ensino superior	126,89	19,20		
Imagem corporal	Ensino básico e/ou inferior	26,56	4,91	0,43	0,66
	Ensino secundário	26,44	4,30		
	Ensino superior	27,78	5,10		
Sintomas somáticos	Ensino básico e/ou inferior	24,49	4,94	1,07	0,35
	Ensino secundário	26,89	5,21		
	Ensino superior	30,89	3,43		
Atitudes perante o sexo	Ensino básico e/ou inferior	31,56	5,68	4,54	0,01
	Ensino secundário	26,11	3,30		
	Ensino superior	30,89	3,43		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	Ensino básico e/ou inferior	24,12	4,34	0,62	0,54
	Ensino secundário	24,22	6,00		
	Ensino superior	22,61	5,82		

A sub-escala “relação conjugal” parece não variar de forma estatisticamente significativa tendo em conta o grau de instrução académica ($X^2_{kw}=1,09$, $p>0,05$), tal como nos demonstra o Quadro 14 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável grau de instrução académica.

Quadro 14 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável grau de instrução académica

	Grau de instrução académica	Centro de localização	X²_{kw}	p
Relação conjugal	Ensino básico e/ou inferior	36,21	1,09	0,58
	Ensino secundário	34,94		
	Ensino superior	30,39		

Relativamente à variação nas médias do processo de ajustamento materno tendo em conta a categoria sócio-económica das mulheres após o parto, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas nas mesmas ($F=0,00$, $p>0,05$), verificando-se o mesmo para a “imagem corporal” ($F=0,58$, $p>0,05$), para os “sintomas somáticos” ($F=1,56$, $p>0,05$), para as “atitudes perante o sexo” ($F=1,18$, $p>0,05$), e para as “atitudes para com a gravidez e o bebé” ($F=0,38$, $p>0,05$), tal como nos apresenta o Quadro 15 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável categoria sócio-económica.

Quadro 15 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável categoria sócio-económica

	Categoria sócio-económica	M	Dp	F	p
MAMA total	I	126,75	19,78	0,00	1,00
	II	127,75	26,28		
	III	127,45	14,75		
	IV	127,34	16,46		
Imagem corporal	I	28,17	5,40	0,58	0,66
	II	27,50	6,36		
	III	25,54	4,14		
	IV	26,78	4,82		
Sintomas somáticos	I	24,67	4,49	1,56	0,21
	II	25,50	5,06		
	III	27,90	3,81		
	IV	24,46	5,03		
Atitudes perante o sexo	I	30,67	3,96	1,18	0,32
	II	29,75	29,75		
	III	28,19	28,18		
	IV	31,42	31,41		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	I	23,17	5,34	0,38	0,77
	II	22,00	8,72		
	III	24,81	4,84		
	IV	23,78	4,59		

Há semelhança das sub-escalas descritas anteriormente, a sub-escala “relação conjugal” parece não variar de forma estatisticamente significativa tendo em conta a categoria sócio-económica ($X^2_{kw}=0,34$, $p>0,05$), tal como nos comprova o Quadro 16 - Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável categoria sócio-económica.

Quadro 16 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável categoria sócio-económica

	Categoria sócio-económica	Centro de localização	X^2_{kw}	p
Relação Conjugal	I	31,92	0,34	0,95
	II	37,88		
	III	34,77		
	IV	34,85		

Procurou-se ainda verificar se a situação marital seria responsável por variações no processo de ajustamento materno após o parto. O Quadro 17 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável situação marital, mostra-nos não existirem diferenças estatisticamente significativas no processo de ajustamento materno das mulheres após o parto relativamente à sua situação marital ($F=2,58$, $p>0,05$), verificando-se o mesmo para a “imagem corporal” ($F=1,44$, $p>0,05$), para os “sintomas somáticos” ($F=0,27$, $p>0,05$) e para as “atitudes perante o sexo” ($F=1,29$, $p>0,05$).

Embora a dimensão “atitudes para com a gravidez e o bebé” ($F=3,03$, $p>0,05$) manifeste tendência para a significância, após aplicação dos testes post hoc LSD e Bonferroni, (o qual deve ser eleito quando o número de comparações é mais pequeno), não foi verificada qualquer diferença estatisticamente significativa para a referida sub-escala relativamente à variável situação marital.

Quadro 17 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável situação marital

	Situação marital	M	Dp	F	p
MAMA total	Solteira	134,89	20,55	2,58	0,08
	Casada/União de facto	125,11	16,20		
	Separada/Divorciada	140,00	11,80		
Imagem corporal	Solteira	26,11	4,51	1,44	0,24
	Casada/União de facto	26,71	4,93		
	Separada/Divorciada	30,75	3,30		
Sintomas somáticos	Solteira	24,11	3,02	0,27	0,76
	Casada/União de facto	25,22	5,07		
	Separada/Divorciada	26,00	5,35		
Atitudes perante o sexo	Solteira	33,11	6,42	1,29	0,28
	Casada/União de facto	30,20	5,01		
	Separada/Divorciada	31,50	3,78		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	Solteira	26,11	4,67	3,03	0,06
	Casada/União de facto	23,05	4,64		
	Separada/Divorciada	27,75	7,50		

Relativamente à análise de eventuais diferenças nas médias da dimensão “relação conjugal” em função do tipo de situação marital, recorreu-se à aplicação do teste Kruskal Wallis, verificando-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas referidas médias ($X^2_{kw} = 3,85$, $p > 0,05$), conforme se pode constatar no Quadro 18 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável situação marital.

Quadro 18 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável situação marital

	Situação marital	Centro de localização	X^2_{kw}	p
Relação conjugal	Solteira	44,33	3,85	0,15
	Casada/União de facto	32,22		
	Separada/Divorciada	43,75		

5.5. Relação entre as Variáveis Obstétricas e o Processo de Ajustamento Materno

Relativamente à variável paridade podemos afirmar que não provoca alterações estatisticamente significativas nas médias do processo de ajustamento materno ($F=0,39$, $p>0,05$), da “imagem corporal” ($F=0,36$, $p>0,05$), dos “sintomas somáticos” ($F=0,64$, $p>0,05$), das “atitudes perante o sexo” ($F=0,15$, $p>0,05$), e das “atitudes para com a gravidez e o bebé” ($F=1,70$, $p>0,05$), como nos mostra o Quadro 19 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável paridade.

Quadro 19 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável paridade

	Paridade	M	Dp	F	p
MAMA total	Primípara	127,34	17,63	0,39	0,68
	Primípara gemelar	137,50	33,23		
	Múltipara	126,46	15,57		
Imagem corporal	Primípara	26,47	4,90	0,36	0,70
	Primípara gemelar	26,00	8,48		
	Múltipara	27,43	4,70		
Sintomas somáticos	Primípara	25,50	4,81	0,64	0,53
	Primípara gemelar	27,50	4,95		
	Múltipara	24,42	4,90		
Atitudes perante o sexo	Primípara	30,37	5,14	0,15	0,86
	Primípara gemelar	30,50	5,71		
	Múltipara	31,07	5,48		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	Primípara	23,95	5,54	1,70	0,19
	Primípara gemelar	29,50	6,36		
	Múltipara	23,04	3,80		

Com o objectivo de verificar eventuais diferenças estatisticamente significativas nos valores médios da “relação conjugal” em função da variável paridade, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico Kruskal Wallis, constando-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($X^2_{kw}=0,08$, $p>0,05$), conforme nos sugere o Quadro 20 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável paridade.

Quadro 20 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável paridade

	Paridade	Centro de localização	X ² _{kw}	p
Relação conjugal	Primípara	34,63	0,08	0,96
	Primípara gemelar	38,00		
	Múltipara	34,07		

Também não foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável planeamento da gravidez e as médias do processo de ajustamento materno ($t=-1,00$, $p>0,05$), da “imagem corporal” ($t=0,77$, $p>0,05$), dos “sintomas somáticos” ($t=0,52$, $p>0,05$), e das “atitudes perante o sexo” ($t=-0,53$, $p>0,05$). Apenas para a sub-escala “atitudes para com a gravidez e o bebé” ($t=-1,97$, $p>0,05$), se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas, conforme nos evidencia o Quadro 21 – Resultados do teste t de Student para o processo de ajustamento materno relativos à variável planeamento da gravidez.

Quadro 21 – Resultados do teste t de Student para o processo de ajustamento materno relativos à variável planeamento da gravidez

	Planeamento da gravidez	M	Dp	t	p
MAMA total	Sim	126,04	16,38	-1,00	0,32
	Não	130,72	18,70		
Imagem corporal	Sim	27,14	4,36	0,77	0,44
	Não	26,11	6,08		
Sintomas somáticos	Sim	25,30	5,10	0,52	0,61
	Não	24,61	4,08		
Atitudes perante o sexo	Sim	30,46	5,03	-0,53	0,60
	Não	31,22	5,69		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	Sim	23,04	4,50	-1,97	0,05
	Não	25,67	4,43		

Para a sub-escala “relação conjugal” recorreu-se ao teste não paramétrico de comparação de médias Mann Whitney, não se verificando alterações estatisticamente significativas em função do planeamento da gravidez ($U=347,00$, $p>0,05$), conforme nos apresenta o Quadro 22 – Resultados do teste Mann Whitney para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável planeamento da gravidez.

Quadro 22 – Resultados do teste Mann Whitney para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável planeamento da gravidez

	Planeamento da gravidez	Centro de localização	U	p
Relação conjugal	Sim	32,44	347,00	0,15
	Não	40,22		

Para verificarmos a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias relativas ao processo de ajustamento materno e dimensões “imagem corporal”, “sintomas somáticos”, “atitudes perante o sexo” e “atitudes para com a gravidez e o bebé”, em função do tipo de parto, procedeu-se à aplicação do teste Anova, com posterior recurso aos testes post hoc LSD e Bonferroni, constatando-se existirem diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da dimensão “imagem corporal” ($F=3,26$, $p<0,05$), relativamente ao parto por cesariana e vaginal sem episiotomia, conforme podemos verificar no Quadro 23 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável tipo de parto

Quadro 23 – Resultados do teste Anova para o processo de ajustamento materno relativos à variável tipo de parto

	Tipo de parto	M	Dp	F	p
MAMA total	Vaginal com Episiotomia	130,60	19,25	1,86	0,16
	Vaginal sem Episiotomia	118,00	15,72		
	Cesariana	127,30	15,04		
Imagem corporal	Vaginal com Episiotomia	25,92	5,31	3,26	0,04
	Vaginal sem Episiotomia	24,33	5,38		
	Cesariana	28,24	3,98		
Sintomas somáticos	Vaginal com Episiotomia	25,60	5,69	0,52	0,59
	Vaginal sem Episiotomia	23,67	5,77		
	Cesariana	25,15	3,87		
Atitudes perante o sexo	Vaginal com Episiotomia	31,92	5,23	1,29	0,28
	Vaginal sem Episiotomia	30,67	5,27		
	Cesariana	29,74	5,08		
Atitudes para com a gravidez e o bebé	Vaginal com Episiotomia	24,24	4,86	0,61	0,55
	Vaginal sem Episiotomia	22,11	5,23		
	Cesariana	23,79	5,02		

Relativamente à “relação conjugal” e após aplicação do teste Kruskal Wallis, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de parto, ($X^2_{kw}=3,92$, $p>0,05$), como nos evidencia o Quadro 24 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável tipo de parto.

Quadro 24 – Resultados do teste Kruskal Wallis para a sub-escala “relação conjugal” relativos à variável tipo de parto

	Tipo de parto	Centro de localização	X ² _{kw}	p
Relação Conjugal	Vaginal com Episiotomia	39,10	3,92	0,14
	Vaginal sem Episiotomia	24,06		
	Cesariana	33,88		

5.6. Narrativas da Vivência da Mulher Após o Parto na Relação Íntima com o seu Companheiro

As unidades de registo extraídas das respostas das participantes foram remetidas para o Apêndice II – Constituintes chave que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes relativos ao ajustamento materno na relação íntima com os companheiros.

Da análise dos constituintes chave emergiram, no processo de categorização, as seguintes categorias temáticas:

- ✓ Ajustamento Materno/Assiduidade do contacto sexual antes do parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Características físicas do contacto sexual antes do parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Características relacionais do contacto sexual antes do parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Assiduidade do contacto sexual após o parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Características físicas do contacto sexual após o parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Características relacionais do contacto sexual após o parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto;
- ✓ Ajustamento Materno/Motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto.

De seguida serão expostos, para cada uma das categorias temáticas, os respectivos indicadores e unidades de registo, apresentando a sua respectiva matriz e representação esquemática.

✓ Ajustamento Materno/Assiduidade do contacto sexual antes do parto

Durante a gravidez é frequente a redução ou ausência do contacto sexual entre o casal, como podemos verificar através do Quadro 25 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto da assiduidade do contacto sexual antes do parto. As alterações nos padrões sexuais conjugais estão normalmente associadas, numa fase mais precoce da gravidez, às mudanças hormonais e aos desconfortos físicos, e numa fase mais tardia, ao desconforto provocado pelo volume abdominal e ao medo de prejudicar o feto, como nos evidenciam algumas das mulheres participantes.

“Para o fim da gravidez eu e o meu marido não tivemos mais relações sexuais por uma questão de precaução.” (M4)

“(…), agora podemos estar mais “à vontade” pois já não tenho aquela grande barriga que atrapalhava um bocadinho.” (M56)

Quadro 25 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto da assiduidade do contacto sexual antes do parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Assiduidade do contacto sexual antes do parto	Manutenção do contacto sexual	1	“Mantivemos uma vida sexual activa até ao nascimento do nosso filho.” (M56)
	Diminuição do contacto sexual	2	“Nos últimos meses da gravidez o contacto físico/sexual foi mais intervalado” (M23) “Durante a gravidez reduzimos a nossa actividade sexual ligeiramente principalmente na fase final da mesma.” (M59)
	Ausência do contacto sexual	1	“Para o fim da gravidez eu e o meu marido não tivemos mais relações sexuais” (M4)

✓ Ajustamento Materno/Características físicas do contacto sexual antes do parto

A redução ou ausência da actividade sexual entre o casal durante a gravidez deve-se muitas vezes ao desconforto físico sentido pela mulher, (normalmente associado à dimensão abdominal característica do final da gravidez, à presença de contractilidade uterina, bem como, às queixas de dispareunia), conforme podemos verificar através do Quadro 26 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características físicas do contacto sexual antes do parto.

“(…), fiquei surpreendida com a constatação que fiz, pois senti mais prazer e desinibição do que a que sentia enquanto a gravidez que já para o fim eram um pouco dolorosas e desconfortáveis.” (M25)

Quadro 26 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características físicas do contacto sexual antes do parto

Categoria temática	Indicador	Frequência do Indicador	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Características físicas do contacto sexual antes do parto	Desconfortável	3	“(…), foi uma semana antes do parto, mas foi já desconfortável devido essencialmente às minhas grandes dimensões (peso) ” (M23) “(…), já para o fim eram um pouco dolorosas e desconfortáveis.” (M25) “(…), aquela grande barriga que atrapalhava um bocadinho.” (M56)

✓ Ajustamento Materno/Características relacionais do contacto sexual antes do parto

A gravidez representa um factor gerador de stress para a relação conjugal, capaz de provocar mudanças na estrutura e nos papéis sociais que ambos os pais representam. Se por um lado as mulheres vêm neste importante acontecimento de vida a oportunidade para que a relação conjugal seja fortalecida, (conforme nos reportaram algumas mulheres participantes neste estudo), por outro lado, ela pode originar ou revelar fragilidades conjugais pré-existentes, (que ignoradas tendem a agravar-se com o nascimento da

criança), como podemos verificar através do Quadro 27 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual antes do parto.

“Tive sempre uma relação dita normal com o meu companheiro, mas depois de saber que estava grávida o meu companheiro ficou ainda muito mais cuidadoso com a nossa relação, muito mais cuidadoso com o que fazia com o que dizia.”
(M1)

“Antes de ter o bebé o meu companheiro saía muitas vezes sem mim, não e dava muita atenção; e desde que o bebé nasceu, preocupa-se imenso comigo e com a filha, leva-nos imenso a passear, ou seja mudou imenso.” (M35)

Quadro 27 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual antes do parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Características relacionais do contacto sexual antes do parto	Relação mais fortalecida	2	“(…), depois de saber que estava grávida o meu companheiro ficou ainda muito mais cuidadoso com a nossa relação, muito mais cuidadoso com o que fazia com o que dizia.” (M1) “Antes da maternidade o nosso relacionamento íntimo era um pouco mais aberto” (M2)
	Relação menos fortalecida	1	“ Antes de ter o bebé o meu companheiro saía muitas vezes sem mim, não me dava muita atenção” (M35)

Figura 1 – Representação esquemática da categoria temática ajustamento materno no contexto do contacto sexual antes do parto e respectivos indicadores que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes



✓ Ajustamento Materno/Assiduidade do contacto sexual após o parto

Durante o período pós-parto mantém-se, com bastante frequência, a redução ou ausência do contacto sexual entre o casal, como podemos verificar através do Quadro 28 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto da assiduidade do contacto sexual após o parto. As mudanças nos padrões sexuais conjugais associam-se normalmente às alterações físicas, (relacionadas com o retorno fisiológico dos órgãos envolvidos na gravidez ao seu estado normal e à fadiga provocada pelas novas rotinas), hormonais, (mais acentuadas nas mulheres que amamentam), e psicológicas, (relacionadas com a percepção da mulher relativamente ao seu próprio corpo e com o medo do reinício sexual).

“Logo após ter voltado a casa a vida nunca mais foi igual... o bebé mudou tudo a nível de rotina do dia a dia... não há tempo para nada a nível da vida sexual” (M5)

“Em relação ao relacionamento íntimo com o meu companheiro respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal tentamos ter as nossas relações na hora em que as bebés estão a dormir.” (M6)

“Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, até aí respeitei a indicação médica até porque tinha algumas dores na cicatriz da barriga e o período menstrual. Fui à consulta e tentei a partir daí tendo corrido tudo bem.” (M28)

“Já reiniciei a intimidade com o meu companheiro mas apesar de estar tudo semelhante ao momento anterior ao parto e gravidez não sinto muita vontade nem penso nisso, pois não tenho muito tempo para além do trabalho que me dão os 2 filhos. Não tenho nem tempo para mim.” (M58)

Quadro 28 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto da assiduidade do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Assiduidade do contacto sexual após o parto	Diminuição do contacto sexual	8	“ o facto de o bebé estar em casa ocupa um pouco mais do tempo que antes tínhamos um para o outro” (M2) “(…), não há tempo para nada a nível da vida sexual.” (M5) “ não tínhamos tempo para nada pois elas ocupavam o tempo todo (…)” (M6) “ a nível sexual foi um bocado frustrante visto o marido ter ido para fora (…)” (M7) “A nossa vida sexual (…), ainda não está no ponto e que estava antes de engravidar (…)” (M12) “ Falta de tempo para tudo. ” (M18) “não sinto vontade ou desejo” (M19) “não sinto muita vontade nem penso nisso, pois não tenho muito tempo” (M58)
	Manutenção do contacto sexual	13	“a minha vida sexual tornou-se igual ao que era antes de engravidar.” (M3) “ respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal (…)” (M6) “A 1ª vez tivemos algum receio, (…). Agora está tudo a voltar ao normal.” (M22) “ (…) não senti grandes alterações no relacionamento íntimo com o meu companheiro. (…)” (M24) “ (…) Ao fim de mais ou menos 1 mês tudo bem.” (M26) “Fui à consulta e tentei a partir daí tendo corrido tudo bem.” (M28) “ iniciei a minha vida sexual às 6 semanas após o parto sem problemas.” (M31) “Depois de eu ter os meus filhos iniciei bem a minha vida sexualmente bem.” (M33) “a intimidade com o meu marido e está igual ao que era antes, sem dificuldades ou qualquer alteração.” (M34) “está tudo igual ao que era antes de engravidar (…)” (M50) “senti-me igual após o parto, em relação ao meu marido.” (M51) “Reiniciei há mais ou menos 3 semanas sem dificuldade.” (M52) “1ª vez foi com medo agora tudo normal.” (M53)

✓ Ajustamento Materno/Características físicas do contacto sexual após o parto

Durante o período pós-parto, as dificuldades de natureza física são das mais presentes, conforme nos sugerem as frequências dos indicadores que emergiram dos relatos escritos pelas mulheres participantes neste estudo, apresentadas no Quadro 29 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características físicas do contacto sexual após o parto.

“(...) não há tempo para nada a nível da vida sexual... uma vez que também só passaram 20 dias e ainda tenho muitas dores... ainda não retomei a normalidade sexual” (M5)

“(...) vim para casa e tudo se complicou pois já não tinha a ajuda tanto para mim como para a bebé, (...), entretanto fiz uma infecção na ferida cirúrgica e foi um pouco complicado” (M31)

Quadro 29 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características físicas do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Características físicas do contacto sexual após o parto	Contacto sexual facilitado	3	“(…), fiquei surpreendida com a constatação que fiz, pois senti mais prazer e desinibição do que a que sentia enquanto a gravidez” (M25) “O meu relacionamento íntimo com o meu marido foi bom, comecei a fazer relações com 1 mês de vida do meu filho, não me doía.” (M30) “ Já reiniciamos a relação sexual o q mudou é que agora já podemos estar mais “à vontade” pois já não tenho aquela grande barriga que atrapalhava um bocadinho.” (M56)
	Contacto sexual dificultado	8	“ (…), uma vez que também só passaram 20 dias e ainda tenho muitas dores” (M5) “E claro o meu corpo ainda não voltou ao normal, o que me causa alguma preocupação.” (M12) “(…), até porque tinha algumas dores na cicatriz da barriga” (M28) “(…), vim para casa e tudo se complicou, (…), fiz uma infecção na ferida cirúrgica e foi um pouco complicado” (M31) “A razão deste meu “afastamento” do meu marido é física, porque ainda não me sinto muito bem.” (M32) “(…), ainda me sinto sem disposição para lhe dar atenção necessária, (…), acho mesmo que advém tudo do cansaço” (M41) “(…), não tenho muito tempo para além do trabalho que me dão os 2 filhos. Não tenho nem tempo para mim.” (M58)

✓ Ajustamento Materno/Características relacionais do contacto sexual após o parto

As mudanças na estrutura conjugal e nos papéis sociais que cada um dos pais representa, que se iniciaram durante a gravidez, perpetuam-se durante o período pós-parto, continuando a constituir um factor gerador de stress. A presença/dependência do recém-nascido, (entre outros factores), pode ser uma oportunidade para pai e mãe desenvolverem importantes capacidades cuidativas, ou por outro lado, ser entendida

como uma perda de identidade, (para a mulher que se entrega totalmente aos cuidados ao recém-nascido), e uma perda relacional, (para o homem que vê a sua companheira sexual transformar-se exclusivamente em mãe do seu filho), como podemos constatar através do Quadro 30 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual após o parto.

“Mas agora que o filho nasceu tem uma ansiedade tão grande de chegar do trabalho só para estar muitas vezes a olhar para o filho. Adora pegar-lhe. Quanto a mim à noite quando o filho está a dormir faz-me muitos carinhos. Acho que estou na melhor fase da mulher. Hoje sinto-me mesmo mulher.”
(M1)

“Em relação à intimidade entre mim e o meu marido tem sido difícil o acto da relação sexual em si por uma questão psicológica minha pois pareço não estar tão disponível embora tenha desejo. A nossa relação espiritual e psicológica é por outro lado, melhor agora.” (M4)

“A relação com o meu marido tem sido e é complicada pois para além de nunca se ter preocupado com as minhas dores, transformações desvaloriza-me enquanto mãe e pessoa, (...).Esta situação entristece-me muito, não contava com essa atitude ou postura. (...), comecei a ter consultas com a psicóloga (...)” (M8)

“A experiência de ter sido mãe foi fantástica e tenho a sensação que o nascimento do bebé veio fortalecer ainda mais a relação com o meu marido.”
(M15)

Quadro 30 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Características relacionais do contacto sexual após o parto	Relação mais fortalecida	9	“(…), à noite quando o filho está a dormir faz-me muitos carinhos. Acho que estou na melhor fase da mulher” (M1) “ A nossa relação espiritual e psicológica é por outro lado, melhor agora.” (M4) “A minha vida familiar, sofreu muitas alterações mas sinto-me muito mais próxima do meu marido.” (M12) “(…), quando cheguei a casa vi que a minha presença e da B eram imprescindíveis quanto ao nosso relacionamento respeitamo-nos imenso (damo-nos muito bem).” (M13) “A experiência de ser mãe foi fantástica e tenho a sensação que o nascimento do bebé veio fortalecer ainda mais a relação com o meu marido. (...), Está a ser muito boa esta experiência.” (M15) “(…), os carinhos que temos um com o outro compensam a falta da relação sexual.” (M36) “Quanto ao relacionamento com o meu marido nunca me senti tão próxima dele e acho que a nossa relação ficou fortalecida.” (M47) “Meu relacionamento conjugal está cada dia mais intenso, tenho um marido muito presente e pai que participa dos cuidados com o filho” (M60) “A restante intimidade com o meu companheiro está melhor, devido à melhor envolvimento do pai.” (M67)
	Contacto sexual alterado pelo estado emocional da mulher	2	“Após o nascimento do bebé o meu relacionamento com o meu companheiro foi um pouco influenciado pelo meu estado emocional. Antes da maternidade o nosso relacionamento íntimo era um pouco mais aberto” (M2) “(…), ainda me sinto sem disposição para lhe dar atenção necessária, (...), pelo facto do meu marido não me dar a atenção que eu necessito. Com o nascimento do meu bebé o relacionamento ficou para segundo plano.” (M41)

Quadro 30 (continuação) – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto das características relacionais do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Características relacionais do contacto sexual após o parto	Contacto sexual alterado pelo estado psicológico da mulher	11	“Em relação à intimidade entre mim e o meu marido tem sido difícil o acto da relação sexual em si por uma questão psicológica minha.” (M4) “A relação com o meu marido tem sido e é complicada pois para além de nunca se ter preocupado com as minhas dores, transformações desvaloriza-me enquanto mãe e pessoa, (...). Esta situação entristece-me muito, não contava com essa atitude ou postura, (...). Enfim, comecei a ter consultas com a psicóloga na MJD” (M8) “Falta de tempo para tudo. Grande preocupação em relação aos bebés (gémeas).” (M18) “No início não tinha vontade, (...), principalmente por medo de estragar alguma coisa” (M26) “Iniciei as relações há mais ou menos 1 semana porque ainda não me sentia preparada” (M29) “(…), ainda não reiniciei o relacionamento sexual com o meu marido e muito honestamente não tenho vontade nenhuma de o fazer. A razão deste meu “afastamento” do meu marido é, (...), sobretudo, psicológica, devido ao medo que tenho de engravidar nestes meses próximos” (M32) “Não ainda não iniciou a minha vida sexual porque ainda não me sinto preparada para isso” (M45) “Até ao momento em que tivemos relações sentia um pouco de ansiedade e receio” (M47) “Desde o parto e até à presente data ainda não iniciei a actividade sexual, talvez por medo” (M59) “Desde o nascimento do meu bebé ainda não iniciei a minha vida sexual porque ainda não me senti preparada.” (M66) “(…), ainda não reiniciei porque acho que ainda não estou preparada” (M68)

Figura 2 – Representação esquemática da categoria temática ajustamento materno no contexto do contacto sexual após o parto e respectivos indicadores que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes



- ✓ Ajustamento Materno/Tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Não existe um tempo preconizado para o reinício da actividade sexual após o parto. Conforme nos demonstra o Quadro 31 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto, o período das 4-6 semanas pós-parto parece ser o mais consensual.

“Em relação ao relacionamento íntimo com o meu companheiro respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal” (M6)

“Ainda não reiniciei a relação sexual, estou à espera de fazer um mês no relacionamento íntimo não mudou nada é igual antes de entrar na maternidade só estou à espera de fazer um mês.” (M65)

Quadro 31 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto	Menos de um mês	6	“Já retomamos as nossas relações (após 15 dias)” (M22) “Após 3 semanas talvez depois do parto que iniciei a actividade sexual” (M25) “Ao fim de mais ou menos 1 mês tudo bem.” (M26) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, (...)” M28 “(…), comecei a fazer relações com 1 mês de vida do meu filho” (M30) “Já reiniciei não tive medo nenhum após 15 dias” (M51)
	Mais de um mês	9	“(…), não há tempo para nada a nível da vida sexual, (...), uma vez que também só passaram 20 dias” (M5) “(…), respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal” (M6) “Ainda não iniciei as relações sexuais, (...) ,porque acho que ainda é muito cedo.” (M11) “Não acho que seja altura no 1º mês” (M16) “(…), iniciei a minha vida sexual às 6 semanas após o parto sem problemas.” (M31) “Neste momento, o meu bebé tem 1 mês e 19 dias, ainda não reiniciei o relacionamento sexual com o meu marido” (M32) “(…), ainda não reiniciamos a relação sexual, porque só agora fiz 1 mês que tive o bebé” (M36) “Ainda não reiniciei uma vez que só hoje é que completei 1 mês após o parto” (M49) “Ainda não reiniciei a relação sexual, estou à espera de fazer um mês, (...), só estou à espera de fazer um mês.” (M65)

- ✓ Ajustamento Materno/Motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Se o tempo de espera para o reinício da actividade sexual parece reunir algum consenso por parte das mulheres que participaram neste estudo, conforme nos demonstra o Quadro 32 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto, a demora no reinício do contacto sexual após o parto reveste-se das mais variadas razões, das quais destacamos a falta de desejo/vontade, (relacionada com os factores psicológicos), e a presença dos lóquios, (relacionada com os factores físicos).

“Ainda não tivemos relações por prescrição médica mas o desejo continua o mesmo.” (M15)

“Depois do nascimento até ao dia de hoje ainda não consumamos nenhuma relação sexual pois ainda não parou o corrimento menstrual pós-parto e ainda não me sinto confortável.” (M23)

“Ainda não reiniciei a intimidade com o meu companheiro e ainda não tenho vontade pois sinto ainda os pontos do parto que foi traumático, ainda me lembro e parece que sinto tudo (coser).” (M67)

Quadro 32 – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto	Presença de episiorrafia/ cicatriz abdominal	4	“Ainda não iniciei as relações sexuais por ter medo que os pontos ainda estejam lá” (M14) “Ainda não reiniciei o relacionamento íntimo com o meu companheiro, (...), tenho medo da cicatriz.” (M20) “(…), até porque tinha algumas dores na cicatriz da barriga” (M28) “(…), sinto ainda os pontos do parto que foi traumático, ainda me lembro e parece que sinto tudo (coser).” (M67)
	Indicação/ autorização médica	3	“Ainda não tivemos relações por prescrição médica” (M15) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, até aí respeitei a indicação médica” (M28) “Não iniciei porque não sabia se podia, como o 1º filho foi cesariana e agora parto eutócico não sei se o tempo que tenho que esperar é o mesmo” (M61)
	Presença dos lóquios	7	“Ainda não iniciei as relações sexuais porque ainda estou com o período.” (M17) “(…), ainda não consumamos nenhuma relação sexual pois ainda não parou o corrimento menstrual pós-parto” (M23) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, (...), até porque tinha, (...), o período menstrual. (M28) “(…), estive com o período daí ter estado até agora sem ter iniciado a minha intimidade com o meu companheiro” (M29) “(…), não iniciei a relação sexual porque ainda não me parou o período.” (M38) “Ainda não reiniciei a relação sexual com o meu companheiro por ainda estar com o período menstrual” (M48) “Não reiniciei ainda a minha intimidade com o meu companheiro por ainda estar menstruada” (M62)

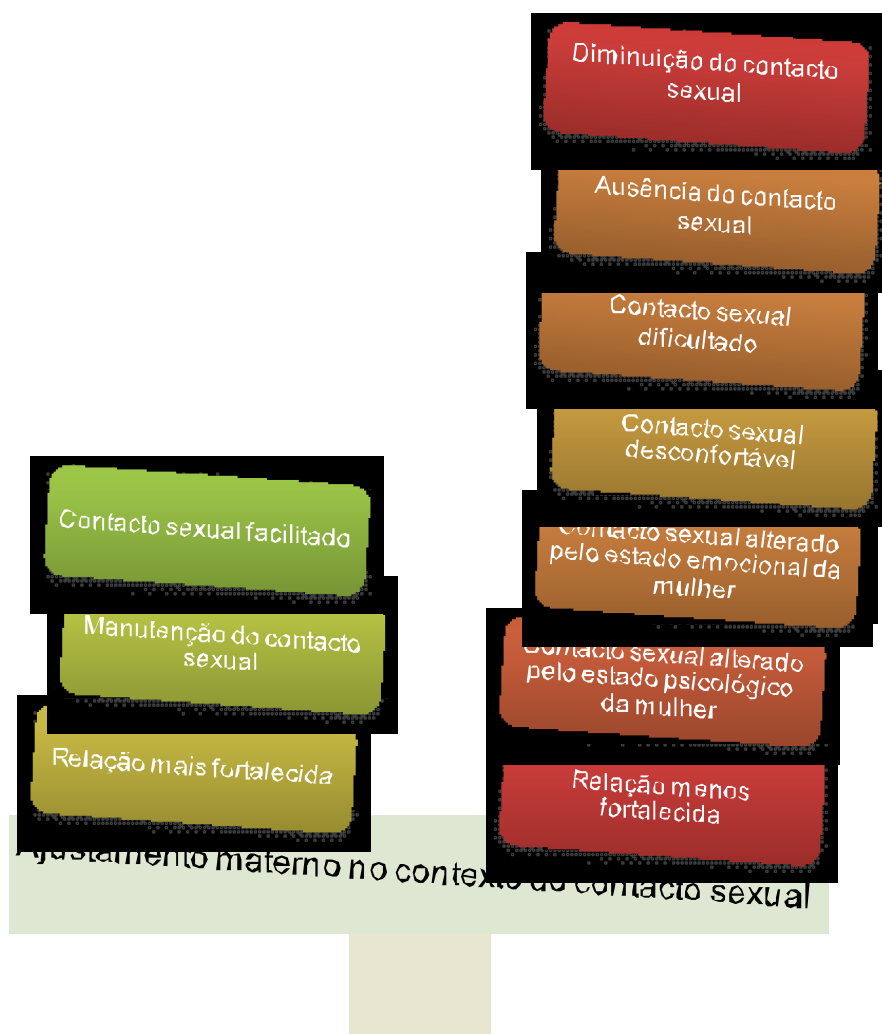
Quadro 32 (continuação) – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto	Ausência de efeito contraceptivo	5	“Ainda não iniciei as relações sexuais, (...), por ainda não estar a tomar os comprimidos para não engravidar outra vez.” (M14) “Aguardo a consulta com o médico para iniciar a contracepção, (...), daí ainda não ter iniciado as relações sexuais.” (M27) “(...) , devido ao medo que tenho de engravidar nestes meses próximos.” (M32) “Porque só ontem comecei com a pílula e agora tenho que esperar, pois não tenho intenções de engravidar novamente.” (M37) “Ainda não reiniciei, (...), mas já comecei a tomar o contraceptivo para que o possa fazer brevemente.” (M49)
	Permanência nos serviços hospitalares	2	“(...) , não tínhamos tempo para nada pois elas ocupavam o tempo todo embora já vinha mais ou menos prevenida pois passei um mês a ir todos os dias para a Neonatologia” (M6) “Ainda não reiniciei o relacionamento íntimo com o meu companheiro, (...), porque estive 1 mês com os gémeos na Neonatologia” (M20)
	Ausência do companheiro	5	“(...) , a nível sexual foi um bocado frustrante visto o marido ter ido para fora sinto um pouco a falta de um ombro para tirar algumas dúvidas” (M7) “Neste momento não me encontro a viver com o meu companheiro, mesmo assim não sinto vontade ou desejo de ter algum contacto com ele.” (M19) “Iniciei as relações há mais ou menos 1 semana porque ainda não me sentia preparada mas também porque o meu companheiro não estava em Portugal, tendo regressado nessa altura (M29) “Não estou com o pai da minha filha.” (M42) “Não estou com o pai da bebé.” (M55)

Quadro 32 (continuação) – Matriz da análise dos relatos escritos pelas mulheres relativa à categoria temática, ajustamento materno no contexto do motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Categoria temática	Indicadores	Frequência dos Indicadores	Unidades de registo
Ajustamento Materno/ Motivo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto	Dinâmica familiar	6	“(…), falta-me tempo para cuidar até de mim mesma, o feitio de um dos gémeos é muito difícil” (M20) “(…), vim para casa e tudo se complicou pois já não tinha ajuda tanto para mim como para a bebé, (…), a ajuda dos pais e do marido não é igual, por muito que se esforcem.” (M31) “(…), não temos família próxima que ajude e temos outro filho de 3 anos que exige muito de nós” (M43) “(…), ainda tenho pouco tempo para mim própria pois tenho também um bebé com 26 meses,” (M54) “(…), não é a minha prioridade, não tenho muito tempo com os 2 filhos” (M61) “Nem sequer dormimos juntos, (…), um trata de um filho durante a noite e o outro trata do outro (…),” M64
	Falta de desejo/vontade	10	“Ainda não iniciei as relações sexuais por não sentir vontade, e porque acho que ainda é muito cedo.” (M11) “(…), não sinto vontade ou desejo de ter algum contacto com ele.” (M19) “No início não tinha vontade pensando que seria por ter feito laqueação” (M26) “(…), muito honestamente não tenho vontade nenhuma de o fazer” (M32) “Ando um pouco cansada e apesar de poder iniciar a relação sexual, não sinto vontade.” (M41) “A esta altura, não sinto grande vontade de ter relações talvez por me sentir ainda em adaptação à vida a três.” (M47) “Não reiniciei porque ainda não sinto vontade, ainda tenho pouco tempo para mim própria” (M54) “(…), não sinto muita vontade nem penso nisso, pois não tenho muito tempo para além do trabalho que me dão os 2 filhos.” (M58) “Agora isto está a ser bastante diferente. Tenho menos desejo.” (M64) “Ainda não reiniciei a intimidade com o meu companheiro e ainda não tenho vontade” (M67)

Figura 3 – Representação esquemática do ajustamento materno no contexto do contacto sexual com o companheiro após o parto.



CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- ✓ Hipótese 1 – As mulheres de menor idade, no período pós-parto, tem maior dificuldade no processo de ajustamento materno

A faixa etária mais frequente das mulheres que constituíram a amostra deste estudo situa-se entre os 25 e 30 anos, existindo uma considerável percentagem de mulheres com idade superior a 30 anos. Existem vários factores que parecem justificar o fenómeno, cada vez mais frequente, da gravidez tardia. Gomes, Donelli, Piccinini e Lopes, (2008), (citando Tarin, Brines e Cano, 1998; Zavaschi, Costa, Brunstein, Kruter e Estrella, 1999), sugerem-nos a ampla utilização de métodos anticoncepcionais, a maior incidência de divórcios, o desejo de atingir um nível educacional e profissional mais elevado, o desejo de conquistar estabilidade e independência financeira, e o aprimoramento de técnicas de fertilização artificial.

Não se verificando qualquer associação estatisticamente significativa entre a idade e o processo de ajustamento materno não podemos afirmar que o processo de ajustamento materno após o parto esteja mais dificultado nas mulheres mais novas, comparativamente com as mulheres mais velhas.

As mães mais jovens têm sido frequentemente caracterizadas, relativamente à interacção com o recém-nascido no processo de ajustamento à Maternidade, como menos sensíveis, menos responsivas e mais repressivas que as mães mais velhas. Tem sido sugerido que tendem a experienciar mais stress, o que afecta adversamente o seu desempenho, resultando num comportamento maternal inadequado. As dificuldades em lidar com os desafios da maternidade são muitas vezes geridas ao mesmo tempo que se confrontam com os desafios do seu próprio desenvolvimento como adolescentes (Soares e Jongenelen, 1998).

De acordo com Bloom, (citado por Gomez e Leal, 2007), as mães com mais de 35 anos reportam menor vinculação do que as mães mais jovens. Segundo Gomes et al, (2008), estão associadas vantagens à Maternidade tardia, (relacionadas com a maior maturidade

e experiência de vida, com uma situação financeira e identidade mais consolidadas), e desvantagens, (associadas à menor disposição física e a um maior grau de ansiedade em lidar com a criança após o parto, bem como, à gravidez vivida com mais inquietação pelo risco obstétrico associado).

Mendes, (2002), no estudo que realizou sobre a ligação materno-fetal, constatou existir apenas tendência para uma redução das pontuações da ligação materno-fetal em grupos maternos de idade mais avançada.

Num estudo realizado no nosso país, verificou-se que quando comparadas com as mães mais velhas, as mães com menos de 19 anos de idade exibem no MAMA atitudes menos positivas para com a gravidez, o bebé e o sexo, bem como, uma pior relação conjugal (Figueiredo, Mendonça e Sousa, 2004).

Na maioria dos estudos pesquisados não há coerência sobre a existência de relação entre a idade da mulher e o processo de ajustamento materno no relacionamento íntimo com seu companheiro. Sydow, (1999), refere-nos que a idade não se relaciona com o interesse ou satisfação sexual. Rowland et al, (2005), num estudo sobre a relação entre a amamentação e a sexualidade após o parto, realizado no Canadá, concluíram serem cinco os factores mais significativos para o reinício, constituindo a idade materna um factor sem grande significado. Brummen et al, (2006), concluem que um ano após o parto as mulheres mais velhas são as mais desapontadas com a sua vida sexual.

- ✓ Hipótese 2 – O processo de ajustamento da Mulher após o parto varia em função das condições sócio-demográficas grau de instrução académica, categoria sócio-económica e situação marital.

A maioria das mulheres que constituíram a amostra deste estudo é casada ou vive em regime de união de facto, tem como grau de instrução académica o ensino básico ou inferior, encontrando-se no nível IV – Operários não especializados e trabalhadores rurais, relativamente à categoria sócio-económica.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grau de instrução académica relativamente à sub-escala “atitudes perante o sexo”, mais concretamente entre o ensino secundário e o ensino básico e/ou inferior, bem como, entre o ensino secundário e o ensino superior, tendo o ensino secundário obtido os valores mais baixos, (expressivos

de um melhor ajustamento e de uma melhor atitude da mulher perante o sexo no período pós-parto), e o ensino básico e/ou inferior obtido os valores mais elevados, (sugestivos de um ajustamento menos adequado e de uma pior atitude da mulher após o parto na dimensão em causa), seguido do ensino superior, podendo ser afirmado que o ajustamento materno, relativamente às atitudes perante o sexo, varia em função do grau académico da mulher após o parto.

Mendes, (2002), no seu estudo, verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas na relação estabelecida entre o grau de instrução académica e a ligação materno-fetal. Não existindo evidência bibliográfica sugestiva da influência desta variável sócio-demográfica no ajustamento da mulher após o parto no relacionamento íntimo com o companheiro.

Na determinação do nível sócio-económico são utilizados vários indicadores de diferenças sociais, sendo a profissão/ocupação o indicador que reflecte de forma mais linear os aspectos relativos ao grau de instrução, nível de vida, valores sociais e outros atributos relacionados (Correia e Alves, 2000).

Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa entre a variável categoria sócio-económica e o processo de ajustamento materno após o parto, (resultado concordante com os resultados da maioria dos estudos pesquisados).

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a situação marital e o processo de ajustamento materno após o parto.

Todas as relações significativas, do ponto de vista do suporte social e emocional, sofrem transformações durante a gravidez e período pós-parto, sendo a relação marital, segundo Richardson, (citado em Correia e Alves, 2000), a que equaciona maiores mudanças, (inclusive ao nível da sexualidade, verificando-se frequentemente a redução da qualidade da situação marital após o nascimento de uma criança).

A sexualidade neste período de crescimento e desenvolvimento da relação conjugal deve ser vivida com cumplicidade, ternura e sensualidade, sendo importante que o apoio do companheiro se torne real e se reflecta no comportamento materno (Colman e Colman, 1994).

Sydow, (1999), refere que o nível académico e a classe social não se relacionam com as variáveis sexuais após o parto, salientando no entanto, que a situação marital parece influenciar a frequência coital, (verificando-se uma diminuição da frequência das relações sexuais dentro do contexto marital).

Tal facto foi manifestado por algumas das mulheres participantes neste estudo, quando referiram a ausência temporária do seu companheiro e/ou afirmaram já não se relacionarem com o mesmo após o nascimento da criança.

“(…), a nível sexual foi um bocado frustrante visto o marido ter ido para fora sinto um pouco a falta de um ombro para tirar algumas dúvidas.” (M7)

“Neste momento não me encontro a viver com o meu companheiro, mesmo assim não sinto vontade ou desejo de ter algum contacto com ele.” (M19)

“Não estou com o pai da minha filha.” (M42)

“Não estou com o pai da bebé.” (M55)

Não podemos desta forma concluir que o ajustamento materno varia em função da categoria sócio-económica, da situação marital, variando apenas em função do grau de instrução académica, relativamente às atitudes perante o sexo.

- ✓ Hipótese 3 – O Processo de Ajustamento Materno da Mulher após o parto varia em função das variáveis obstétricas paridade, planeamento da gravidez e tipo de parto

A maioria das mulheres participantes neste estudo foi mãe pela primeira vez e afirmaram maioritariamente que a gravidez foi planeada, tendo metade das crianças nascido por parto via vaginal e as restantes por cesariana.

Não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre a paridade e o processo de ajustamento materno após o parto.

Têm sido apontadas, no entanto, diferenças significativas entre as mulheres primíparas e as múltiparas, relacionadas com a ligação ao feto e a identificação com o papel materno, com os pais pela segunda vez a revelam maiores níveis de ansiedade, (relacionada com a situação financeira, o stress, as exigências dos outros filhos), e uma menor ligação ao feto (relacionada com a diminuição do efeito de novidade na vivência da relação mãe-bebé).

Mercer, (citada em Mendes, 2002), sublinha que às múltiparas está associada uma maior complexidade da reestruturação cognitiva e relacional no contexto familiar. Receiam o aborto, o trabalho de parto prematuro, os exames obstétricos invasivos e os sintomas físicos da gravidez como a fadiga, os distúrbios do sono e as restrições físicas.

Se por um lado as mulheres com pelo menos um filho parecem manifestar uma maior facilidade de ajustamento materno após o parto, (por estarem mais despertas para as dificuldades e terem já algumas respostas), por outro lado demonstram evidente preocupação com o facto de terem menos tempo para um filho pela existência de outro, podendo traduzir-se por um ajustamento inadequado.

Tal bivalência é manifestada por algumas das mulheres que participaram neste estudo quando referem, por um lado uma recuperação física mais facilitada, mas por outro lado uma adaptação mais difícil às novas rotinas diárias com repercussões quase imediatas ao nível do relacionamento íntimo do casal.

“Esta foi a segunda gravidez e em comparação com a primeira foi muito melhor, (...), a recuperação foi muito mais fácil e rápida, (...), não podia ter corrido melhor.” (M9)

“Ainda não iniciei uma vez que não temos família próxima que ajude e temos outro filho de 3 anos que exige muito de nós. Desde que chegamos a casa até agora está um em cada quarto dos filhos, (...), com os 2 a necessitar tanto de atenção é difícil encontrar tempo para nós.” (M43)

“Não reiniciei, (...), ainda tenho pouco tempo para mim própria pois tenho também um bebé com 26 meses. Já me tinham avisado que seria difícil, (...).” (M54)

“Lá em casa passamos a ser 4 com o nascimento da B, (...) nem sequer dormimos juntos por causa do bebé. Um trata de um filho durante a noite e o outro trata do outro.” (M64)

Os dados relativos à paridade e às variáveis sexuais são inconsistentes. Alguns autores referem que os pais pela segunda vez se sentem mais seguros do que os pela primeira vez relativamente à actividade sexual após o parto. A propósito da influência da paridade na relação íntima do casal, Dixon, Booth e Powell, (2000), concluíram existir uma deterioração da qualidade da relação sexual marital e conjugal no geral para os pais pela primeira vez, (menos referida pelos pais pela segunda vez, os quais referem mais cansaço).

A maioria das mulheres que constituiu a amostra deste estudo planeou a gravidez, tendo sido possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o planeamento da gravidez e o processo de ajustamento materno após o parto, relativamente à sub-escala “atitudes para com a gravidez e o bebé”. As mulheres que planearam a gravidez obtiveram valores médios inferiores, expressivos de um melhor ajustamento e de uma melhor atitude da mulher para com a gravidez e o bebé. Tal facto é manifestado por algumas das mulheres que participaram neste estudo.

“Como foi uma gravidez planeada não senti grandes alterações no relacionamento íntimo com o meu companheiro, (...), acabamos por ter menos tempo para os dois, mas ganhamos tempo com os 3.” (M24)

“A minha filha foi um bebé planeado a gravidez não podia ter corrido melhor, o parto correu bem, o marido sempre me acompanhou em tudo, é um pai muito presente e muito dedicado à filha.” (M39)

“A decisão de ter um filho foi, (...), algo devidamente pensado e planeado, com muito amor. Assim, a chegada da nossa filha só veio aumentar o nosso amor, sendo uma mais valia muito grande.” (M46)

O planeamento da gravidez e a sua aceitação são dois aspectos distintos, não estando garantida a aceitação da gravidez pelo facto de ter sido planeada. O planeamento da gravidez pode ser importante, no casal sem filhos, como tarefa antecipatória na transição para a maternidade/paternidade, dependendo da estabilidade da relação marital e do

número de filhos desejado, acreditando-se existir algum tipo de relação entre o planeamento da gravidez e a ligação mãe-bebé (Correia e Alves, 2000).

Foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de parto e o processo de ajustamento materno após o parto, relativamente à sub-escala “imagem corporal”, mais concretamente entre o parto vaginal sem episiotomia e o parto por cesariana, tendo o parto vaginal sem episiotomia obtido os valores mais baixos, (expressivos de um melhor ajustamento e de uma atitude mais positiva da mulher em relação à sua imagem corporal após o parto), e o parto por cesariana obtido os valores mais elevados, (sugestivos de um ajustamento menos adequado e de uma atitude mais negativa da mulher após o parto na dimensão em causa), podendo ser afirmado que o ajustamento materno após o parto, relativamente à imagem corporal, varia em função do tipo de parto.

No relacionamento sexual do casal após o parto parece-nos consensual que a existência de traumatismo perineal resultante do parto é responsável pelo retorno tardio à actividade sexual (Sydow, 1999).

Barrett et al, (2000), concluíram que nos primeiros três meses após o parto a dispareunia se associava ao tipo de parto vaginal e à sua prévia existência.

Brummen et al, (2006), concluem também que um ano após o parto as mulheres sujeitas a trauma perineal estão menos satisfeitas com a qualidade da sua relação sexual, comparativamente com as mulheres com períneo íntegro.

Rowland et al, (2005); Buhling et al, (2006); Ejegård, Ryding e Sjogren (2008), reportam maiores referências de dispareunia seis meses após o parto nos partos instrumentados e menores referências de dispareunia nas cesarianas.

Abdool, Thakar e Sultan, (2009), referem nas conclusões do seu estudo que mulheres que tiveram partos com o períneo intacto reportam melhores resultados sexuais do que aquelas que tem algum tipo de trauma vaginal. Com uma minoria muito acentuada de mulheres a referir dor perineal após cesariana.

De seguida efectuamos a discussão dos significados atribuídos pelas mulheres participantes no estudo vivencial do ajustamento materno no relacionamento íntimo com o seu companheiro após o parto.

- ✓ Ajustamento Materno no contexto das características relacionais do contacto sexual após o parto

A gravidez e o nascimento de uma criança constituem factores capazes de originar importantes mudanças na estrutura da relação conjugal do casal e nos papéis sociais que ambos os pais representam. Se por um lado muitas mulheres vêm neste importante acontecimento de vida uma oportunidade para que a relação conjugal saia ainda mais fortalecida, existem, por outro lado, relatos que nos comprovam que a relação pode originar ou revelar fragilidades conjugais pré-existentes, e que sendo ignoradas, tendem a agravar-se com o nascimento da criança.

A presença/dependência do recém-nascido, pode significar uma oportunidade para pai e mãe desenvolverem importantes capacidades cuidativas, ou por outro lado, ser entendida como uma perda, de identidade (para a mulher que se entrega totalmente aos cuidados ao recém-nascido), e relacional (para o homem que vê a sua companheira sexual transformar-se exclusivamente em mãe do seu filho), como nos reportam as mulheres participantes neste estudo.

“Após o nascimento do bebé o meu relacionamento com o meu companheiro foi um pouco influenciado pelo meu estado emocional. Antes da maternidade o nosso relacionamento íntimo era um pouco mais aberto embora não tivesse deixado de o ser agora com o bebé em casa. Contudo o facto de o bebé estar em casa ocupa um pouco mais do tempo que antes tínhamos um para o outro.” (M2)

“Logo após ter voltado a casa a vida nunca mais foi igual, (...), o bebé mudou tudo a nível de rotina do dia a dia, (...), não há tempo para nada a nível da vida sexual” (M5)

“Em relação à nossa vida quotidiana tornou-se um bocado mais agitada podemos dizer que não tínhamos tempo para nada pois elas ocupavam o tempo todo embora já vinha mais ou menos prevenida.” (M6)

“A relação com o meu marido tem sido e é complicada pois para além de nunca se ter preocupado com as minhas dores, transformações desvaloriza-me enquanto mãe e pessoa dizendo que não faço nada pois tomar conta da bebé não é nada difícil e que ele trabalha por isso tem o direito de ficar cansado e chegar a casa, e não fazer nenhum. Esta situação entristece-me muito, não contava com essa atitude ou postura. Continua a sair com os amigos, ir ao ginásio combinar coisas sem se aperceber que com um bebé não é tão fácil ou linear.” (M8)

“O nascimento do meu filho foi o momento mais feliz da minha vida, apesar do susto inicial. A minha vida familiar, sofreu muitas alterações mas sinto-me muito mais próxima do meu marido.” (M12)

“A experiência de ser mãe foi fantástica e tenho a sensação que o nascimento do bebé veio fortalecer ainda mais a relação com o meu marido.” (M15)

“Antes de ter o bebé o meu companheiro saía muitas vezes sem mim, não me dava muita atenção; e desde que o bebé nasceu, preocupa-se imenso comigo e com a filha, leva-nos imenso a passear, ou seja mudou imenso.” (M35)

“Sinto que para já o meu relacionamento íntimo com o meu marido ainda não voltou ao que era antes da minha filha nascer, visto que ainda me sinto sem disposição para lhe dar atenção necessária, ainda vivo só para ela. Ando um pouco cansada e apesar de poder iniciar a relação sexual, não sinto vontade, acho mesmo que advém tudo do cansaço e pelo facto do meu marido não me dar a atenção que eu necessito. Com o nascimento do meu bebé o relacionamento ficou para segundo plano.” (M41)

“A decisão de ter um filho foi a decisão que eu e o meu marido tomamos na nossa vida foi algo devidamente pensado e planeado, com muito amor. Assim, a chegada da nossa filha só veio aumentar o nosso amor, sendo uma mais valia muito grande.” (M46)

“Quanto ao relacionamento com o meu marido nunca me senti tão próxima dele e acho que a nossa relação ficou fortalecida.” (M47)

“Minha vida após a chegada do P., ficou muito mais completa e iluminada, ele é mesmo um presentão de Deus pras nossas vidas. Meu relacionamento conjugal está cada dia mais intenso, tenho um marido muito presente e pai que participa dos cuidados com o filho.” (M60)

O nascimento de um filho é frequentemente encarado como salvador do relacionamento entre homem e mulher. No entanto, como tivemos oportunidade de verificar, ele pode representar uma prova de resistência ao relacionamento conjugal do casal, exigindo uma série de reajustamentos relacionais, afectivos e sexuais, sendo fundamental flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental, (e sobretudo permitir o suporte emocional entre ambos).

Muito embora, segundo Mendes, (citada em Canavarro, 2001) o companheiro seja considerado habitualmente como a principal fonte de suporte da mulher após o parto, é por vezes necessário o recurso ao apoio dos avós da criança, com o qual podem vir alguns conflitos relativamente aos papéis a desempenhar. Estes devem ser bem diferenciados, cabendo à mulher (re)negociar com os pais/sogros esta nova forma de equilíbrio entre apoio e autonomia (Canavarro, 2001).

“Quando saí da Maternidade senti uma insegurança muito grande pois já não tinha ajuda se precisasse. O meu marido ajuda-me imenso em casa e é ele que lhe dá banho. Ao princípio achei que queria ser eu a dar-lhe o banho mas depois compreendi que para o pai isso era importante e fiz por cultivar esse momento entre os dois.” (M4)

“A chegada a casa foi agradável pois o marido ajudou bastante e saí do hospital mais confiante.” (M7)

“Sempre pensei que o maior desafio da vida era ser mãe pois é um mundo que não temos noção mas nunca pensei que iria também envolver o marido e a sogra, (...), em relação à minha sogra, ela chegou várias vezes a dizer à neta que a mamã era mas é chata pois a minha sogra faz as coisas à maneira dela que fazia aos filhos que não concordo e diz-me que ela é que sabe por ter tido dois. Que não percebo nada e que nunca pensei que depois de ter a bebé iria ficar tão importante.” (M8)

“O regresso a casa foi bom, talvez pelo facto de ter o apoio do meu marido e dos meus pais.” (M9)

“A ajuda do marido quer nas lides da casa quer nos cuidados com o bebé ajudam a que eu tenha tempo para mim e para desfrutar de tempo de lazer com o meu filhote. Está a ser muito boa esta experiência.” (M15)

“A chegada a casa foi normal com muitas tralhas e alguma confusão. Mas com os irmãos e o pai ajudar tudo correu muito bem.” (M21)

“(…), vim para casa e tudo se complicou pois já não tinha ajuda tanto para mim como para a bebé pois a ajuda das enfermeiras foi fundamental ainda assim a ajuda dos pais e do marido não é igual, por muito que se esforcem.” (M31)

- ✓ Ajustamento Materno no contexto da assiduidade do contacto sexual após o parto
- ✓ Ajustamento Materno no contexto das características físicas do contacto sexual após o parto

Após o parto as frequentes dificuldades conjugais, decorrentes das alterações impostas pela parentalidade, podem ter um impacto negativo a médio e/ou longo prazo, quer ao nível da saúde física, quer ao nível do bem-estar psicológico da mulher e consequentemente do seu companheiro.

De acordo com Silva e Figueiredo, (2005), tem sido demonstrado em diversos estudos de investigação, que a satisfação com o relacionamento marital diminui marcadamente durante a gravidez e depois do nascimento do primeiro filho.

As primeiras mudanças associadas à maternidade verificam-se a nível físico, (relacionadas com o retorno fisiológico dos órgãos envolvidos na gravidez ao seu estado normal, bem como, à fadiga provocada pelas novas rotinas cuidativas), e a nível hormonal, (mais acentuadas nas mulheres que amamentam). Figueiredo, (citada em Canavarro, 2001, p. 163), refere-nos que o “corpo da mulher muda, progressivamente, ao longo da gravidez, mas, abruptamente a seguir ao nascimento do bebé.”

“Não há tempo para nada a nível da vida sexual, (...), uma vez que também só passaram 20 dias e ainda tenho muitas dores, (...), ainda não retomei a normalidade sexual, (...)” (M5)

“A minha vida familiar, sofreu muitas alterações mas sinto-me muito mais próxima do meu marido. A nossa vida sexual já teve início mas ainda não está no ponto e que estava antes de engravidar. Eu sinto apenas que tenho uma grande falta de tempo para mim e para fazer tudo aquilo a que estava habituada. E claro o meu corpo ainda não voltou ao normal, o que me causa alguma preocupação. Mas vale todos os sacrifícios pelo meu filho.” (M12)

“Neste momento, o meu bebé tem 1 mês e 19 dias, ainda não reiniciei o relacionamento sexual com o meu marido e muito honestamente não tenho vontade nenhuma de o fazer. A razão deste meu “afastamento” do meu marido é física, porque ainda não me sinto muito bem.” (M32)

“Sinto que para já o meu relacionamento íntimo com o meu marido ainda não voltou ao que era antes da minha filha nascer, visto que ainda me sinto sem disposição para lhe dar atenção necessária, ainda vivo só para ela. Ando um pouco cansada e apesar de poder iniciar a relação sexual, não sinto vontade, acho mesmo que advém tudo do cansaço” (M41)

“Já reiniciei a intimidade com o meu companheiro mas apesar de estar tudo semelhante ao momento anterior ao parto e gravidez não sinto muita vontade nem penso nisso, pois não tenho muito tempo para além do trabalho que me dão os 2 filhos. Não tenho nem tempo para mim.” (M58)

Olsson et al, (2005), num estudo realizado na Suécia concluíram que para as mulheres o nascimento de uma criança significa dormirem menos e terem menos tempo livre. Consequentemente em vez de quererem ter qualquer tipo de relacionamento sexual, as mulheres preferem dormir ou mesmo ter tempo para elas próprias, (o que gera uma inevitável alteração dos seus padrões sexuais). Embora tenham constatado existirem diferenças ao nível do desejo sexual, a maioria das mulheres envolvidas no estudo, mostrou-se confiante no retorno do mesmo à normalidade.

- ✓ Ajustamento Materno no contexto do tempo de espera para o reinício do contacto sexual após o parto
- ✓ Ajustamento Materno no contexto dos motivos de espera para o reinício do contacto sexual após o parto

Anteriores investigações do comportamento sexual após o parto sugerem que a libido regressa ao normal, para a maioria das mulheres, cerca de quatro semanas após o parto, sendo que seis semanas após o parto, a função sexual retornou aos níveis pré-gravídicos ou melhorou. No entanto, Sydow, (1999), refere que antes das seis semanas do período pós-parto, em média, apenas 9 a 17% dos casais afirmam ter tido relações sexuais com penetração vaginal, subindo para 66 a 94% as díades, que no segundo mês pós-parto, consolidam a actividade sexual com penetração, (valor que só atinge os 97% no décimo terceiro mês do puerpério). Comparativamente com o período gravídico, a frequência coital é ainda mais reduzida no primeiro ano após o nascimento da criança, podendo o coito não se verificar até às oito semanas do período pós-parto, (dados médios referentes a amostras europeias e americanas), ou até às 16-17 semanas noutros contextos culturais.

Não existe um tempo preconizado para o reinício da actividade sexual após o parto. Dos discursos das mulheres que participaram neste estudo, o período das quatro a seis semanas pós-parto parece ser o mais consensual.

“Em relação ao relacionamento íntimo com o meu companheiro respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal.” (M6)

“Não acho que seja altura no 1º mês. Tenho que ter mais atenção ao bebé depois que ele estiver bem aí sim.” (M16)

Mas se o tempo de espera para o reinício da actividade sexual parece reunir algum consenso por parte das mulheres que participaram neste estudo, o atraso no reinício do contacto sexual após o parto reveste-se das mais variadas razões.

Sydow, (1999), afirma que 20 a 60% dos casais refere ter medo de reiniciar a actividade sexual coital, tendo-se constatado que em média, nos primeiros meses de puerpério, apenas 12 a 14% dos casais afirmam não experienciar qualquer dificuldade a este nível.

Robson, Brant e Kumar, (1981), num estudo realizado a 119 primíparas no Reino Unido, realçaram as alterações na imagem corporal, a saúde mental da mulher, a relação marital, as distrações, a ansiedade sexual, a fadiga e a depressão após o parto, como factores condicionantes da actividade sexual do casal (apontados também por Avery, Duckett e Frantzich, 2000).

Hyde et al, (1996), referem que os principais atrasos para o retorno da actividade sexual se justificam pela dor resultante da episiotomia, pela presença dos lóquios, pela fadiga e pela secura vaginal e consequente dispareunia.

Olsson et al, (2005), num estudo realizado na Suécia, identificaram quatro áreas de preocupação das mulheres no período pós-parto, (responsáveis por condicionarem a sua actividade sexual), a imagem corporal após o parto, as alterações dos padrões sexuais face à nova dinâmica familiar, a discórdia sobre o desejo sexual com os companheiros e a necessidade de garantia médica de retorno ao estado pré-gravídico.

Rowland et al, (2005), num estudo sobre a relação entre a amamentação e a sexualidade após o parto, realizado no Canadá, concluíram serem cinco os factores capazes de influenciar o reinício das relações sexuais, sendo a amamentação e os cuidados prestados ao recém-nascido os mais significativos, seguidos do tipo de parto e da paridade, e por fim, sem grande significado, a idade materna.

O reinício da actividade sexual depende da intensidade do desconforto sentido pela mulher, provocado pela presença dos lóquios e pela ferida perineal. Sydow, (1999), afirma que a dispareunia, (definida como a dor genital recorrente ou persistente associada à relação sexual, consequência frequente do parto vaginal com traumatismo perineal), é referida por cerca de 50% das mulheres após o parto, (36% das mulheres que amamentam e 16% das mulheres que não amamentam, cerca seis meses após o parto, e 22% das mulheres cerca de 13 meses após o parto).

Silva e Figueiredo, (2005), (citando Ryding, 1984; Oruc et al, 1999); Abdool, Thakar e Sultan, (2009), referem a dispareunia como a patologia mais vulgar ao nível das dificuldades sexuais experimentadas neste período, (em especial nas primíparas), constituindo como tal, um factor que leva ao retardamento do reinício da actividade sexual.

Ejegård, Ryding e Sjogren, (2008), num estudo sobre a vida sexual das mulheres após parto vaginal com episiotomia, realizado na Suíça, concluíram haver uma maior frequência de dispareunia e insuficiente lubrificação vaginal nas mulheres sujeitas a episiotomia, embora o orgasmo e a satisfação sexual se mantivessem inalterados. Concluíram ainda que a presença de episiotomia/laceração perineal pode afectar a vida sexual das mulheres até ao segundo ano após o parto, com maior ocorrência de dor e secura vaginal, (conclusões também defendidas por Barrett et al, 2000). A dispareunia é ainda referida por Abdool, Thakar e Sultan, (2009), como a principal desordem sexual, ocorrendo em cerca de 42% dos casos imediatamente após o parto, em 22% às oito semanas após o parto e em 10% às 12 semanas após o parto.

“Ainda não reiniciei o relacionamento íntimo com o meu companheiro por vários motivos, porque estive 1 mês com os gémeos na Neonatologia, falta-me tempo para cuidar até de mim mesma, o feitio de um dos gémeos é muito difícil e além disso tenho medo da cicatriz.” (M20)

“Ainda não reiniciei a intimidade com o meu companheiro e ainda não tenho vontade pois sinto ainda os pontos do parto que foi traumático, ainda me lembro e parece que sinto tudo (coser).” (M67)

A presença dos lóquios, (que pode manter-se para além das seis semanas após o parto), é referida pela mulher como desconfortável para o reinício da sua actividade sexual após o parto. Sydow, (1999), refere que a presença dos lóquios, assim como uma boa imagem corporal, se correlacionam com melhores actividades sexuais e menos dor sexual. Sentimentos de insatisfação com a imagem corporal após o parto conduzem a uma maior inibição perante o relacionamento sexual com o companheiro (Olsson et al, 2005).

“Ainda não iniciei as relações sexuais porque ainda estou com o período.” (M17)

“Depois do nascimento até ao dia de hoje ainda não consumamos nenhuma relação sexual pois ainda não parou o corrimento menstrual pós-parto e ainda não me sinto confortável.” (M23)

“Ainda não reiniciei a relação sexual com o meu companheiro por ainda estar com o período menstrual senão já teria recomeçado pois sinto que o

meu marido me deseja muito e tenho algum receio de estar a evitá-lo muito mais tempo com medo de ele culpar o bebé.” (M48)

Uma quantidade significativa de mulheres prefere aguardar pela consulta e respectiva autorização médica para o reinício da actividade sexual, onde para além da confirmação do retorno físico às condições pré-gravídicas, iniciam a contracepção (eliminando um dos principais medos desta fase, uma nova gravidez). Sydow, (1999), afirma que mulheres que acreditam na sua contracepção experimentam melhores níveis de ajustamento sexual.

“Ainda não iniciei as relações sexuais por ter medo que os pontos ainda estejam lá e por ainda não estar a tomar os comprimidos para não engravidar outra vez.” (M14)

“No início não tinha vontade pensando que seria por ter feito laqueação, principalmente por medo de estragar alguma coisa. Ao fim de mais ou menos 1 mês tudo bem.” (M26)

“Aguardo a consulta com o médico para iniciar a contracepção porque foi tão fácil engravidar deste bebé que tenho medo de ficar novamente grávida, daí ainda não ter iniciado as relações sexuais.” (M27)

“Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, até aí respeitei a indicação médica até porque tinha algumas dores na cicatriz da barriga e o período menstrual. Fui à consulta e tentei a partir daí tendo corrido tudo bem.” (M28)

“(…), mas ainda não reiniciamos a relação sexual, porque só agora fiz 1 mês que tive o bebé e estou à espera de uma consulta no ginecologista para ver se está tudo bem. Mas os carinhos que temos um com o outro compensam a falta da relação sexual. E o bebé também nos tira muita atenção neste 1º mês de vida.” (M36)

“Mudou alguma coisa, para já, pois ainda não reiniciei a minha vida sexual. Porque só ontem comecei com a pílula e agora tenho que esperar, pois não tenho intenções de engravidar novamente”. (M37)

CONCLUSÃO

É extremamente importante para o desenvolvimento da Enfermagem, enquanto ciência, basear a sua prática na evidência científica, pois só assim podem ser garantidos conhecimentos, capacidades técnicas e um pensamento crítico. A evidência científica resultante da investigação torna-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, onde se incluem os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia às famílias, (mães, pais e filhos), em etapas da vida tão relevantes como a gravidez e o período pós-parto.

É com bastante frequência que os casais, (especialmente os que vivenciam o processo da maternidade pela primeira vez), não encontram nos livros ou junto dos profissionais de saúde, respostas esclarecedoras aos problemas sexuais que surgem na relação conjugal após o parto. Tal facto incentivou-nos a debruçar a nossa investigação sobre o ajustamento da mulher após o parto, no relacionamento íntimo com o seu companheiro, por acreditar que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, enquanto profissional de saúde mais próximo da mulher neste processo de transição, pode facilitar a integração do seu novo papel social, ajudando-a a solucionar as fragilidades adaptativas à nova condição de mãe.

A presente investigação teve por base a problemática do ajustamento materno após o parto no relacionamento íntimo com o companheiro, tendo sido definidos como objectivos, a descrição e análise do processo de ajustamento materno da mulher após o parto nas dimensões: imagem corporal, sintomas somáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebé; a análise da relação entre variáveis sócio-demográficas e obstétricas e o processo de ajustamento materno da mulher após o parto; a identificação das experiências e dos sentimentos que as mulheres vivenciaram após o parto na relação íntima com o companheiro.

Foram definidas três hipóteses para o nosso estudo. A primeira hipótese pretendia verificar se as mulheres de menor idade, no período pós-parto, tinham maior dificuldade no processo de ajustamento materno. A segunda e a terceira hipóteses pretendiam verificar se o processo de ajustamento materno da mulher após o parto variava em função de condições sócio-demográficas, (grau de instrução académica, categoria sócio-económica e situação marital), e obstétricas, (paridade, planeamento da gravidez e tipo de parto), respectivamente. Deste modo, foi definida como opção metodológica uma abordagem quantitativa de análise descritiva e correlacional conjugada com uma abordagem qualitativa de análise de conteúdo.

Os dados qualitativos recolhidos, através de uma questão aberta, foram submetidos a uma análise de conteúdo, permitindo-nos compreender melhor como vivenciam as mulheres o processo de ajustamento materno no período pós-parto, no relacionamento íntimo com o companheiro, bem como, colmatar uma eventual fragilidade da escala utilizada para a avaliação do processo de ajustamento e atitudes maternas no período pós-parto, (com a sub-escala “atitudes perante o sexo” a revelar um fraco índice de consistência interna), constituindo um importante enriquecimento para este estudo, com conclusões objectivas.

A escala MAMA utilizada obteve um bom índice de consistência interna, com um valor de Alpha de Cronbach muito semelhante ao encontrado por Figueiredo, Mendonça e Sousa, (2001), aquando da validação da versão pré-natal para a população portuguesa. Muito embora a escala MAMA seja repetidas vezes utilizada nos mais diversos contextos, tanto na sua versão pré, como na sua versão pós-natal, não se encontra validada para o período pós-parto. Tal facto pode constituir uma relevante oportunidade para futuras investigações.

O ajustamento materno após o parto na relação íntima com o companheiro é um tema que vem sendo cada vez mais estudado, ainda que com uma menor evidência na perspectiva paterna, constituindo o ajustamento paterno após o parto, no relacionamento íntimo com a puérpera uma boa opção para uma futura investigação.

Este trabalho tem algumas limitações nomeadamente em relação ao contexto em que foi realizado, não nos permitindo generalizar para a população em geral os resultados que obtivemos. As conclusões são verdadeiras para a população estudada, mas seria sem dúvida interessante aprofundá-lo mais e desenvolvê-lo em contextos sociais e culturais diferentes.

As circunstâncias em que as mulheres preencheram os questionários nem sempre foram as ideais, pois para além da atenção que tinham de dedicar ao(s) filho(s), estavam atentas à chamada para a consulta, ou já de saída da mesma e ansiosas por abandonar a instituição de saúde. Tal facto condicionou por vezes a especificidade do conteúdo das respostas escritas pelas mulheres. Não tendo constituído um motivo de desmotivação para a colheita de dados, permitiu-nos reflectir um pouco sobre a organização dos serviços de saúde disponíveis para as mulheres após o parto.

As consultas médica e de enfermagem realizadas após o parto ocorrem frequentemente até às quatro semanas após o nascimento da criança, com o objectivo principal de verificar o retorno das estruturas genitais ao estado pré-gravídico. Sendo este período anterior à maioria dos reinícios da actividade sexual das mulheres com os seus companheiros, não há evidência/relatos de quaisquer dificuldades nesta área aquando da consulta. Os problemas, conforme pudemos verificar através dos relatos escritos das mulheres que participaram neste estudo são reais, mas o momento para serem diagnosticados e solucionados encontra-se desajustado da realidade.

Poderiam constituir soluções a este desajustamento, a inclusão da temática sexualidade nos esclarecimentos concedidos pelos enfermeiros aquando da alta da puérpera da instituição de saúde; a reorganização temporal da consulta de enfermagem disponibilizada durante o período pós-parto; a oportunidade de serem realizadas consultas subsequentes adaptadas às necessidades da mulher; a criação de uma rede de suporte domiciliário após o parto para a mulher e para a sua família, cujos cuidados fossem prestados por profissionais da instituição de saúde onde estiveram internadas (com quem estabeleceram uma relação prévia e iniciaram o processo de aprendizagem de competências para cuidarem do recém-nascido).

A revisão dos assuntos abordados durante a consulta de enfermagem torna-se também inevitável, sendo de extrema importância que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia compreenda, para além das habituais alterações físicas e hormonais, a influência de factores como, o planeamento da gravidez, o tipo de parto, o apoio familiar disponível, as características do recém-nascido, a amamentação, entre outros, no ajustamento da mulher após o parto, principalmente no que diz respeito ao reinício da sua intimidade conjugal, como nos evidencia este estudo.

BIBLIOGRAFIA

- Abdool, Z., Thakar, R., Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function: A review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, in press [on-line], www.up.ac.za
- Apóstolo, J. M. A. (1999). As Perturbações Afectivas do Pós-Parto. *Revista Referência*, 1 (2), 13-20.
- Avery, M. D., Duckett, L., Frantzich, C. R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (3), 227-237;
- Barbosa, A., Gomes-Pedro, J. (2000). *Sexualidade*. Lisboa: Faculdade Medicina de Lisboa.
- Barbosa, J. F. F. F. L., Ferreira, M. F. F., Santa-Martha, M. C., Marinho, T. J. A. P. F. (2005). Os enfermeiros e a Preparação para a Gravidez, o Parto e a Maternidade/Paternidade. *Sinais Vitais*, (61), 49-52.
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., Manyonda, I. (2000). Women's Sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (2), 186-195.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., Manyonda, I. (1999). Women's Sexuality after Childbirth: A Pilot Study. *Archives of Sexual Behavior*, 28 (2), 179-191.
- Bernardo. (1994). *A família fonte de amor e de vida*. Porto: Associação dos Estudantes da Faculdade de Teologia, 387-408.

- Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1993). A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar.
- Brummen, H. J., Bruinse, H. W., van de Pol, G., Heintz, A. P. M., Vaart, C. H. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113 (8), 914-918.
- Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 124 (1), 42-46.
- Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Capellá, A. (2003). Sexualidades Humanas, Amor e Loucura: conferências de psicanálise. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho, F.A.M. (1997). Sexualidade da mulher no ciclo grávidico-puerperal e valores culturais. Tese de mestrado em Enfermagem: Universidade Federal do Ceará.
- Centa, M. L., Oberhofer, P. R., Chammas, J. (2002). Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. Família, Saúde e Desenvolvimento, 4 (1), 16-22.
- Colman, L. L., Colman, A. D. (1994). Gravidez: a experiência psicológica. Lisboa: Edições Colibri.
- Conferência Episcopal Portuguesa. (2005). Educação da sexualidade: a qualidade da vida e a ética da saúde. Acção Médica, 69 (3), 174-179.
- Correia, M., Alves, M. (2000). Análise Psicológica – Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- DeJudibus, M. A., McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women, Journal of Sex Research, 39 (2), 94-103

- Dias, C., Costa, D., Garrido, I. (2002). A sexualidade e o jovem com doença oncológica. *Enfermagem Oncológica*, (23), 9-12.
- Dixon, M., Booth, N., Powell, R. (2000). Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. *British Journal of General Practice*, (50), 223-224.
- Duby, G. (1998). *Amor e Sexualidade no Ocidente*. Lisboa: Terramar.
- Ejegård, H., Ryding, E. L., Sjogren, B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecology and Obstetrics Investigation*, 66 (1), 1-7.
- Enciclopédia da Sexualidade. (1997). *Enciclopédia da sexualidade: o casamento*. Lisboa: Oceano – Liarte, II, 162-167.
- Enciclopédia da Sexualidade. (1997). *Enciclopédia da sexualidade: sociedade e o sexo*. Lisboa: Oceano – Liarte, IV, 630-637.
- Fabre-Clergue, C., Duverger-Charpentier, H. (2008). Sexualité du postpartum. *La revue Sage-femme*, 7 (6), 301-304.
- Ferreira, M.F.M.L., Carvalho, P.C.S., Pacheco, S.C.C., Teixeira, S.A.M. (2004). A educação sexual na adolescência (emoções e sentimentos) – o papel do enfermeiro. *Servir*, 52 (3), 132-137.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e Bebés*. Fundação Calouste Gulbenkian – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Ministério da Ciência e da Tecnologia.
- Figueiredo, B., Mendonça, M., Sousa, R. (2004). Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 31-51.
- Fischman, S. H., Rankin, E. A., Soeken, E., Lenz, E. R. (2006). Changes in sexual relationship in postpartum couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 15 (1), 58-63.

- Fonseca, A. P. O. F. E., Morais, A. M. M. (2001). A Sexualidade nos paraplégicos por T.V.M. (Traumatismo vértebro-medular). *Informar*, 6 (25), 22-29.
- Forreta, F. (2005). Aprender... a vida! Um programa.... *Integrar*, (23), 26-32.
- Fortin, M.F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização, *Lusociência*.
- Freitas, A. (1998). Faça-se ouvir – Reflectindo sobre a sexualidade. *Enfermagem*, 2 (10), 39-40.
- Gilza, S. P. (2003). Amamentação e sexualidade. *Estudos Feministas*, 11 (2), 467-491.
- Gir, E., Nogueira, M. S., Pelá, N. T. R. (2000). Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8 (2), 33-40.
- Gonçalo, M. I. P. (2002). A mãe-menina. *Nursing*, 14 (172), 10-15.
- Graça, L. M. e colaboradores. (2000). *Medicina Materno Fetal 1*. Lidel.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12 (1), 99-106.
- Gomez, R., Leal, I. (2007). Vinculação Parental durante a Gravidez: Versão Portuguesa da forma Materna e Paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 153-165.
- Harris, M. (1995). *Cultural Anthropology*. HarperCollins College Publishers, 75-83.
- Hyde, J. S., DeLamater, J. D., Plant, E. A., Byrd, J. M. (1996). Sexuality during Pregnancy and the Year Postpartum. *The Journal of Sex Research*, 33 (2), 143-151.

- Kumar, R., Brant, H.A., Robson, K. M. (1981). Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae. *Journal of Psychosomatic Research*, 25 (5), 373-383.
- Lawler, J. (2002). La face cache des soins. Seli Arslan.
- Lopes, F. (1994). Paixão, intimidade e compromisso na sexualidade do futuro. *Planeamento Familiar*, 2 (2), 8-10.
- Loureiro, C., Barreto, J., André, M.C., Lopes, R.C. (2001). A sexualidade humana e o papel do enfermeiro. *Informar*, 6 (24), 32-34.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, F. X. A. (2005). Biologia, Egoísmo Genético e Altruísmo: subsídios para uma compreensão evolucionária da sexualidade humana. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 10 (4), 247-260.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização de SPSS*. Edições Silabo.
- Martins, C., Rebelo, C., Gomes, A. D. (2004). A grávida e a sua sexualidade. *Informar*, 10 (32), 41-44.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal - contributo para o Estudo de Factores Associados ao seu Desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendes, I. M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Mendes, L. M. D., Ribeiro, S. I. D., Luís, V. R. G. (2006). A sexualidade nos mais velhos “Amar em toda uma vida...”. *Nursing*, 16 (206), 44-46.
- Mendes, M. C., Afonso, A. M., Maciel, C., Sobral, M. F. P., Teles, S. (1997). Sexualidade na gravidez e após parto. *Informar*, III (10), 24-28.

- Neto, M. G. (2002). Sexualidade dos Idosos. *Geriatria*, 15 (148), 28-33.
- Nobre, P. (2006). Psi Dossier – Emoções e sexo. *Psicologia actual*, (1), 48-50.
- Nodin, N. (2001). Adolescentes, o Sexo e os Outros. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, (31), 37-41.
- Nogueiro, A. L. G., Lopes, C. A. P., Galvão, A. (2004). Ciência e Técnica – Intimidade do Casal durante a Gravidez. *Revista Sinais Vitais*, (57), 34-42.
- Nunes, A. S., Miranda, J. D. (1969). A composição social da população portuguesa: alguns aspectos e implicações. *Análise Social*, VII (27-28), 333-381.
- 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.
- Pascoal, P. (2006). Psi Dossier – Gravidez e sexualidade. *Psicologia actual*, (1), 52-55.
- Pereira, M.M., Freitas, F. Prática – Guias Práticos – Educação Sexual – Contextos de sexualidade e adolescência. Edições ASA, 11-17.
- Pestana, M.H., Gageiro, J. N. (2005). *Análise Estatística de Dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Portelinha, C. (1999). Cuidados Básicos de Enfermagem à Puérpera. *Referência*, (3), 73-76.
- Robson, K.M., Brant, H.A., Kumar, R. (1981). Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88 (9), 882-889.
- Rodrigues, J.M.G. (1991). A outra face da sexualidade. *Nursing*, (47), 16-20.

- Rogers, R. G., Borders, N., Leeman, L. M., Albers, L. L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function?. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54 (2), 98-103.
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W. M., Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physicians*, 51 (10), 1366-1367.
- Santo, M. C. (2009). Todos os nomes. *Notícias magazine*, (882), 26-31.
- Santos, M. R. (2002). Família e sexualidade – narrativas e quotidianos. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, (35), 16-19.
- Silva, A. I., Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.
- Silva, E.S., Ruivo, S.C.S., Coimbra, V.M.O. (2005). A Vivência da Sexualidade na Gravidez. *Revista Sinais Vitais*, (61), 53-54.
- Soares, I., Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 373-384.
- Sousa, B. L., Ferreira, S. J. (2003). Atitudes dos Adolescentes Face à Sexualidade. *Revista Sinais Vitais*, (48), 35-38.
- Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth – A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (1), 27-49;
- Tiefer, L. (1981). *A sexualidade humana: sentimentos e funções*. Casa do livro Editora.
- Vasconcelos, P. (1999). Algumas questões sobre a sexualidade juvenil. *Sexualidade e planeamento familiar*, (21-22), 7-11.
- Vellay, P. (1998). *A vida sexual da mulher – o método psicoprofilático do parto sem dor*. Referência/Editorial Estampa.

- Vilar, D. (2003). Falar disso: reeducação sexual nas famílias dos adolescentes. Porto: Edições Afrontamento, 83-123.
- Watson, C. (1992). A sexualidade nos cuidados de enfermagem. Nursing, (59), 25-26.
- World Health Organization. (2003). Sexual health: working and definitions, [online], www.who.int
- Woranitat, W., Taneepanichskul, S. (2007). Sexual function during the postpartum period. Journal Medical Association of Thailand, 90 (9), 1744-1748.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, para a
aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

Para: ENF.ª MÁRCIA CONCEIÇÃO De: PRESIDENTE DO CONSELHO DE
CHP – MATERNIDADE JÚLIO DINIS ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 29 DE JULHO DE 2008

Tel.: Págs.:

Ref.: ***N/REF.ª 044/08 (028-DEFI/NA-CES)** CC:

☒ Urgente ☐ Apreciar p.f. ☐ Comentar p.f. ☐ Responder p.f. ☐ Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico – “Vivência da mulher no período após o parto - ajustamento/adaptação à Maternidade”

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª em carta datada de 12 de Março de 2008, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, na Consulta Externa da Maternidade Júlio Dinis, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Márcia Andreia F C Conceição.

Com os melhores cumprimentos,


Soltari Allegro
Presidente do C.A.

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

ANEXO II
Instrumento de Colheita de Dados

Questionário

Chamo-me Márcia Andreia Fontes Couto da Conceição e sou aluna do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto.

Encontro-me neste momento na fase de desenvolvimento da investigação conducente ao relatório da tese, e por esse motivo estou a solicitar-lhe a sua **voluntária participação** no preenchimento deste questionário, com o qual pretendo recolher informações sobre, a vivência da Mulher no período após o Parto, e a forma como esta se ajusta/adapta à Maternidade, (principalmente no que diz respeito à sua imagem corporal, ao relacionamento íntimo com o companheiro e ao relacionamento com o seu bebé).

Este questionário encontra-se dividido em 4 partes:

Parte A – Dados Sócio-Demográficos;

Parte B – Dados Obstétricos;

Parte C – Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA);

Parte D – Vivência da Mulher após o parto na relação íntima com o seu companheiro;

E todas as respostas solicitadas serão rigorosamente anónimas.

Certifique-se de que compreende correctamente as questões efectuadas, não se intimidando de pedir esclarecimento sobre as mesmas, sobre os termos utilizados, etc. Responda sempre de acordo com aquilo que vivenciou/vivencia sabendo desde já que haverá **confidencialidade dos dados recolhidos**, não existindo respostas correctas ou erradas, nem boas ou más, mas sim diferentes, sendo essa a riqueza que procuro para o meu estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Márcia Fontes

Parte A – Dados Sócio-Demográficos

1. Idade: |_|_| anos

2. Qual o grau académico máximo que completou?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1º Ciclo do ensino básico (4ºano) | † |
| 2º Ciclo do ensino básico (6ºano) | † |
| 3º Ciclo do ensino básico (9ºano) | † |
| Ensino secundário (12ºano) | † |
| Bacharelato | † |
| Licenciatura | † |
| Mestrado | † |
| Doutoramento | † |
| Outro. Qual? _____ | † |

3. Qual a sua profissão? _____

4. Qual a sua situação marital actual?

- | | |
|--------------------------|---|
| Solteira | † |
| Casada/ “União de facto” | † |
| Separada/Divorciada | † |

Parte B – Dados Obstétricos

1. Quantos filhos tem? |_|_|

2. A última gravidez foi planeada?

Sim †

Não †

3. Data do último parto: ____/____/____

4. O seu último parto foi:

Vaginal: Eutócico (Episiotomia e/ou laceração perineal: sim † não †)

 Ventosa/Fórceps (Episiotomia e/ou laceração perineal: sim † não †)

Cesariana †

Parte C – Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)

Pretendo saber como se sentiu após o parto. Se algumas das situações propostas não ocorreram após o parto, responda como se a questão se referisse ao final da sua gravidez.

Em cada uma das questões seguintes, faça um círculo em torno da resposta que melhor corresponde ao seu caso. Por favor, não esqueça de responder a todas as perguntas.

Após o parto,

1. Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
2. Sentiu-se atraente?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
3. Existiu tensão entre si e o marido/companheiro?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
4. Transpirou muito?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
5. Desejou sexualmente o marido/companheiro?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
6. Vomitou?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
7. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupou-a?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
8. Alguma vez as discussões entre si e o marido/companheiro quase atingiram a agressão física?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
9. Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes

10. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupou-a?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
11. Pensou que o marido/companheiro a desejava sexualmente?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
12. Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
13. Desejou ter relações sexuais?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
14. A ideia de não ter tempo suficiente para si, quando o bebé nasceu, preocupou-a?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
15. Foi fácil para si demonstrar afecto ao marido/companheiro?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
16. Lamentou estar grávida?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
17. Sentiu formigueiro ou picadelas nos seios?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
18. Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
19. Agradou-lhe a forma do seu corpo?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
20. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
21. Achou a sua cara atraente?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
22. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
23. Sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas, por ter o bebé?	Muitíssimo Muito

	Um pouco De forma alguma
24. Tem-se sentido feliz por estar grávida?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
25. Sentiu prazer em beijar e acariciar?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
26. O marido/companheiro ajudou-a na lida da casa?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
27. Teve problemas de obstipação ou de prisão de ventre?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
28. Tem pensado em ter mais filhos?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
29. Estar grávida foi desagradável para si?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
30. Perguntou a si própria se as relações sexuais poderiam magoar o bebé?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
31. Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
32. Sentiu-se cheia de energia?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
33. Os seus tornozelos incharam?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
34. Sentiu que o marido/companheiro lhe prestou pouca atenção?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
35. Sentiu-se bem desperta, durante o dia?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
36. O marido/companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca

37. O marido/companheiro tentou participar nos seus interesses?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
38. Teve problemas de má digestão ou azia?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
39. Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na relação sexual?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
40. Tem tido prazer nas pequenas coisas relativas ao bebé?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
41. Sentiu náuseas ou enjoos?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
42. Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
43. Sentiu que o marido/companheiro saía demasiadas vezes sem si?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
44. Sentiu orgulho na sua aparência física?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
45. Sentiu que se excitava sexualmente com facilidade?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
46. Tem tido fantasias sexuais agradáveis?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
47. Sentiu o seu corpo suave e macio?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
48. Desde que está grávida, sentiu-se próxima do marido/companheiro?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
49. Sentiu o seu corpo desajeitado ou sem graça?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
50. Sentiu vontade de abraçar e acariciar o marido/companheiro?	Muitíssimo Muito

	Um pouco De forma alguma
51. Tem perguntado a si própria se o bebé é saudável e normal?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
52. O marido/companheiro tem demonstrado afecto por si?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
53. Achou a sua constituição física frágil ou débil?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
54. Pensou que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
55. Achou os seus seios atraentes?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
56. Desejou poder contar mais com o marido/companheiro para cuidar de si?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
57. Achou-se demasiado gorda?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
58. Tem desejado ter relações sexuais?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
59. Tem comido com prazer?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
60. Agrada-lhe a ideia de amamentar o bebé?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo

Parte D – Vivência da Mulher após o parto na relação íntima com o seu companheiro

Relate um pouco da sua experiência desde o nascimento do bebê até ao reencontro com o seu companheiro em casa. Refira essencialmente o que mudou antes da maternidade e agora com o bebê, no relacionamento íntimo com o seu companheiro.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Muito Obrigada

APÊNDICES

APÊNDICE I
Itens que constituem a escala MAMA

1. Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?
2. Sentiu-se atraente? *
3. Existiu tensão entre si e o marido/companheiro?
4. Transpirou muito?
5. Desejou sexualmente o marido/companheiro? *
6. Vomitou?
7. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupou-a?
8. Alguma vez as discussões entre si e o marido/companheiro quase atingiram a agressão física?
9. Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?
10. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupou-a?
11. Pensou que o marido/companheiro a desejava sexualmente? *
12. Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável? *
13. Desejou ter relações sexuais? *
14. A ideia de não ter tempo suficiente para si, quando o bebé nasceu, preocupou-a?
15. Foi fácil para si demonstrar afecto ao marido/companheiro? *
16. Lamentou estar grávida?
17. Sentiu formigueiro ou picadelas nos seios?
18. Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?
19. Agradou-lhe a forma do seu corpo? *
20. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual? *
21. Achou a sua cara atraente? *
22. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe? *
23. Sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas, por ter o bebé? *
24. Tem-se sentido feliz por estar grávida? *
25. Sentiu prazer em beijar e acariciar?
26. O marido/companheiro ajudou-a na lida da casa? *
27. Teve problemas de obstipação ou de prisão de ventre?
28. Tem pensado em ter mais filhos? *
29. Estar grávida foi desagradável para si?
30. Perguntou a si própria se as relações sexuais poderiam magoar o bebé?
31. Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?
32. Sentiu-se cheia de energia? *
33. Os seus tornozelos incharam?
34. Sentiu que o marido/companheiro lhe prestou pouca atenção?
35. Sentiu-se bem desperta, durante o dia? *
36. O marido/companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?
37. O marido/companheiro tentou participar nos seus interesses? *
38. Teve problemas de má digestão ou azia?
39. Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na relação sexual?
40. Tem tido prazer nas pequenas coisas relativas ao bebé? *
41. Sentiu náuseas ou enjoos?
42. Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?
43. Sentiu que o marido/companheiro saía demasiadas vezes sem si?
44. Sentiu orgulho na sua aparência física? *
45. Sentiu que se excitava sexualmente com facilidade? *
46. Tem tido fantasias sexuais agradáveis? *
47. Sentiu o seu corpo suave e macio? *
48. Desde que está grávida, sentiu-se próxima do marido/companheiro? *
49. Sentiu o seu corpo desajeitado ou sem graça?
50. Sentiu vontade de abraçar e acariciar o marido/companheiro? *
51. Tem perguntado a si própria se o bebé é saudável e normal?
52. O marido/companheiro tem demonstrado afecto por si? *
53. Achou a sua constituição física frágil ou débil?
54. Pensou que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?
55. Achou os seus seios atraentes? *
56. Desejou poder contar mais com o marido/companheiro para cuidar de si?
57. Achou-se demasiado gorda?
58. Tem desejado ter relações sexuais? *
59. Tem comido com prazer? *
60. Agradou-lhe a ideia de amamentar o bebé? *

APÊNDICE II

Constituintes chave que emergiram dos relatos escritos das mulheres participantes
relativos ao ajustamento materno na relação íntima com os companheiros

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro antes do parto	Assiduidade do contacto sexual	Manutenção do contacto sexual	“Mantivemos uma vida sexual activa até ao nascimento do nosso filho.” (M56)
		Diminuição do contacto sexual	“Nos últimos meses da gravidez o contacto físico/sexual foi mais intervalado,” (M23) “Durante a gravidez reduzimos a nossa actividade sexual ligeiramente principalmente na fase final da mesma.” (M59)
		Ausência do contacto sexual	“Para o fim da gravidez eu e o meu marido não tivemos mais relações sexuais” (M6)
	Características físicas do contacto sexual	Desconfortável	“(…), foi uma semana antes do parto, mas foi já desconfortável devido essencialmente às minhas grandes dimensões (peso)” (M23) “(…), já para o fim eram um pouco dolorosas e desconfortáveis.” (M25) “(…), aquela grande barriga que atrapalhava um bocadinho)” (M56)
	Características relacionais do contacto sexual	Relação mais fortalecida	“(…), depois de saber que estava grávida o meu companheiro ficou ainda muito mais cuidadoso com a nossa relação, muito mais cuidadoso com o que fazia com o que dizia.” (M1) “Antes da maternidade o nosso relacionamento íntimo era um pouco mais aberto, (...)” (M2)
		Relação menos fortalecida	“Antes de ter o bebé o meu companheiro saía muitas vezes sem mim, não me dava muita atenção, (...)” (M35)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Assiduidade do contacto sexual	Manutenção do contacto sexual	“(…), a minha vida sexual tornou-se igual ao que era antes de engravidar.” (M3) “Em relação ao relacionamento íntimo com o meu companheiro respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal” (M6) “A 1ª vez tivemos algum receio mas correu tudo bem, sem dores ou mal-estar. Agora está tudo a voltar ao normal.” (M22) “(…), não senti grandes alterações no relacionamento íntimo com o meu companheiro” (M24) “Ao fim de mais ou menos 1 mês tudo bem.” (M26) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, (...). Fui à consulta e tentei a partir daí tendo corrido tudo bem.” (M28) “(…), iniciei a minha vida sexual às 6 semanas após o parto sem problemas.” (M31) “Depois de eu ter os meus filhos iniciei bem a minha vida sexualmente bem.” (M33) “Já reiniciei a intimidade com o meu marido e está igual ao que era antes, sem dificuldades ou qualquer alteração.” (M34) “Já reiniciei a intimidade com o meu companheiro e está tudo igual ao que era antes de engravidar” (M50) “Já reiniciei não tive medo nenhum, (...), senti-me igual após o parto, em relação ao meu marido.” (M51) “Reiniciei há mais ou menos 3 semanas sem dificuldade.” (M52) “Reiniciei há mais ou menos 5 dias e a 1ª vez foi com medo agora tudo normal.” (M53)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Assiduidade do contacto sexual	Diminuição do contacto sexual	“(…), o facto de o bebé estar em casa ocupa um pouco mais do tempo que antes tínhamos um para o outro” (M2) “(…), o bebé mudou tudo a nível de rotina do dia a dia... não há tempo para nada a nível da vida sexual” (M5) “(…), não tínhamos tempo para nada pois elas ocupavam o tempo todo” (M6) “(…), a nível sexual foi um bocado frustrante visto o marido ter ido para fora” (M7) “A nossa vida sexual já teve início mas ainda não está no ponto que estava antes de engravidar” (M12) “ Falta de tempo para tudo. Grande preocupação em relação aos bebés (gémeas).” (M18) “(…), não sinto vontade ou desejo de ter algum contacto com ele.” (M19) “Já reiniciei a intimidade com o meu companheiro, (…), não sinto muita vontade nem penso nisso, pois não tenho muito tempo” (M58)
	Características físicas do contacto sexual	Contacto sexual facilitado	“(…), fiquei surpreendida com a constatação que fiz, pois senti mais prazer e desinibição do que a que sentia enquanto a gravidez” (M25) “O meu relacionamento íntimo com o meu marido foi bom, comecei a fazer relações com 1 mês de vida do meu filho, não me doía.” (M30) “á reiniciamos a relação sexual o que mudou é que agora já podemos estar mais “à vontade” pois já não tenho aquela grande barriga que atrapalhava um bocadinho.” (M56)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Características físicas do contacto sexual	Contacto sexual dificultado	“Em relação à intimidade entre mim e o meu marido tem sido difícil o acto da relação sexual em si por uma questão psicológica minha” (M4) “(…), uma vez que também só passaram 20 dias e ainda tenho muitas dores” (M5) “A relação com o meu marido tem sido e é complicada pois para além de nunca se ter preocupado com as minhas dores, transformações desvaloriza-me enquanto mãe e pessoa, (...). Esta situação entristece-me muito, não contava com essa atitude ou postura. (...) Enfim, comecei a ter consultas com a psicóloga na MJD” (M8) “(…), o cansaço do parto (cesariana), da mudança de ritmo de sono, (...)” (M10) “(…), até porque tinha algumas dores na cicatriz da barriga, (...)” (M28) “(…), vim para casa e tudo se complicou, (...), fiz uma infecção na ferida cirúrgica e foi um pouco complicado.” (M31) “(…), ainda não reiniciei o relacionamento sexual com o meu marido e muito honestamente não tenho vontade nenhuma de o fazer. A razão deste meu “afastamento” do meu marido é, (...), sobretudo, psicológica, devido ao medo que tenho de engravidar nestes meses próximos.” (M32) “(…), ainda me sinto sem disposição para lhe dar atenção necessária, (...), acho mesmo que advém tudo do cansaço” (M41) “(…), não tenho muito tempo para além do trabalho que me dão os 2 filhos. Não tenho nem tempo para mim.” (M58) “Desde o parto e até à presente data ainda não iniciei a actividade sexual, talvez por medo)” (M59) “Desde o nascimento do meu bebé ainda não iniciei a minha vida sexual porque ainda não me senti preparada.” (M66) “(…), ainda não reiniciei porque acho que ainda não estou preparada” (M68)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Características relacionais do contacto sexual	Relação mais fortalecida	“(…), à noite quando o filho está a dormir faz-me muitos carinhos. Acho que estou na melhor fase da mulher” (M1) “A nossa relação espiritual e psicológica é por outro lado, melhor agora.” (M4) “A minha vida familiar, sofreu muitas alterações mas sinto-me muito mais próxima do meu marido” (M12) “(…), quando cheguei a casa vi que a minha presença e da R. eram imprescindíveis quanto ao nosso relacionamento respeitamo-nos imenso (damo-nos muito bem).” (M13) “A experiência de ser mãe foi fantástica e tenho a sensação que o nascimento do bebé veio fortalecer ainda mais a relação com o meu marido, (...). Está a ser muito boa esta experiência.” (M15) “(…), os carinhos que temos um com o outro compensam a falta da relação sexual” (M36) “Quanto ao relacionamento com o meu marido nunca me senti tão próxima dele e acho que a nossa relação ficou fortalecida.” (M47) “Meu relacionamento conjugal está cada dia mais intenso, tenho um marido muito presente e pai que participa dos cuidados com o filho” (M60) “A restante intimidade com o meu companheiro está melhor, devido à melhor envolvência do pai.” (M67)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Tempo de espera para o reinício do contacto sexual	Menos de um mês	“Já retomamos as nossas relações (após 15 dias) (...)” M22 “Após 3 semanas talvez depois do parto que iniciei a actividade sexual (...)” M25 “ (...) Ao fim de mais ou menos 1 mês tudo bem.” M26 “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, (...)” M28 “ (...) comecei a fazer relações com 1 mês de vida do meu filho, (...)” M30 “Já reiniciei não tive medo nenhum após 15 dias (...)” M51
		Mais de um mês	“ (...) não há tempo para nada a nível da vida sexual...uma vez que também só passaram 20 dias (...)” M5 “ (...) respeitamos as 6 semanas e a partir daí a nossa vida sexual voltou ao normal (...)” M6 “Ainda não iniciei as relações sexuais (...) porque acho que ainda é muito cedo.” M11 “Não acho que seja altura no 1º mês (...)” M16 “ (...) iniciei a minha vida sexual às 6 semanas após o parto sem problemas.” M31 “Neste momento, o meu bebé tem 1 mês e 19 dias, ainda não reiniciei o relacionamento sexual com o meu marido (...)” M32 “ (...) ainda não reiniciamos a relação sexual, porque só agora fiz 1 mês que tive o bebé (...)” M36 “Ainda não reiniciei uma vez que só hoje é que completei 1 mês após o parto (...)” M49 “Ainda não reiniciei a relação sexual, estou à espera de fazer um mês (...) só estou à espera de fazer um mês.” M65

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Motivo de espera para o reinício do contacto sexual	Presença de episiorrafia/cicatriz abdominal	“Ainda não iniciei as relações sexuais por ter medo que os pontos ainda estejam lá” (M14) “Ainda não reiniciei o relacionamento íntimo com o meu companheiro, (...), tenho medo da cicatriz.” (M20) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, (...), até porque tinha algumas dores na cicatriz da barriga” (M28) “Ainda não reiniciei a intimidade com o meu companheiro, (...), sinto ainda os pontos do parto que foi traumático, ainda me lembro e parece que sinto tudo (coser)” (M67) “Ainda não tivemos relações por prescrição médica” (M15) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, até aí respeitei a indicação médica” (M28) “Não iniciei porque não sabia se podia, como o 1º filho foi cesariana e agora PE não sei se o tempo que tenho que esperar é o mesmo ” (M61)
		Indicação/autorização médica	“Ainda não tivemos relações por prescrição médica” (M15) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, até aí respeitei a indicação médica” (M28) “Não iniciei porque não sabia se podia, como o 1º filho foi cesariana e agora PE não sei se o tempo que tenho que esperar é o mesmo” (M61)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Motivo de espera para o reinício do contacto sexual	Presença dos lóquios	“Ainda não iniciei as relações sexuais porque ainda estou com o período.” (M17) “(…), ainda não consumamos nenhuma relação sexual pois ainda não parou o corrimento menstrual pós-parto” (M23) “Ao fim de 1 mês iniciei as relações sexuais, (...), até porque tinha, (...), o período menstrual.” (M28) “(…), estive com o período daí ter estado até agora sem ter iniciado a minha intimidade com o meu companheiro.” (M29) “(…), não iniciei a relação sexual porque ainda não me parou o período.” (M38) “Ainda não reiniciei a relação sexual com o meu companheiro por ainda estar com o período menstrual” (M48) “Não reiniciei ainda a minha intimidade com o meu companheiro por ainda estar menstruada” (M62)
		Ausência de efeito contraceptivo	“Ainda não iniciei as relações sexuais, (...), por ainda não estar a tomar os comprimidos para não engravidar outra vez.” (M14) “Aguardo a consulta com o médico para iniciar a contracepção, (...), daí ainda não ter iniciado as relações sexuais.” (M27) “(…), devido ao medo que tenho de engravidar nestes meses próximos,” (M32) “Porque só ontem comecei com a pílula e agora tenho que esperar, pois não tenho intenções de engravidar novamente.” (M37) “Ainda não reiniciei, (...), mas já comecei a tomar o contraceptivo para que o possa fazer brevemente.” (M49)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Motivo de espera para o reinício do contacto sexual	Permanência nos serviços hospitalares	“(…), não tínhamos tempo para nada pois elas ocupavam o tempo todo embora já vinha mais ou menos prevenida pois passei um mês a ir todos os dias para a Neonatologia” (M6) “Ainda não reiniciei o relacionamento íntimo com o meu companheiro, (…), porque estive 1 mês com os gémeos na Neonatologia” (M20)
		Dinâmica familiar	“Ainda não reiniciei o relacionamento íntimo com o meu companheiro (...) falta-me tempo para cuidar até de mim mesma, o feitiço de um dos gémeos é muito difícil” (M20) “(…), vim para casa e tudo se complicou pois já não tinha ajuda tanto para mim como para a bebé (...) a ajuda dos pais e do marido não é igual, por muito que se esforcem” (M31) “Ainda não iniciei uma vez que não temos família próxima que ajude e temos outro filho de 3 anos que exige muito de nós. Desde que chegamos a casa até agora está um em cada quarto dos filhos.” (M43) “Não reiniciei porque, (...), ainda tenho pouco tempo para mim própria pois tenho também um bebé com 26 meses, (...), mas como acho que o meu marido também acha cedo de mais e compreende” (M54) “Não iniciei, (...), não é a minha prioridade, não tenho muito tempo com os 2 filhos” (M61) “Nem sequer dormimos juntos, (...), um trata de um filho durante a noite e o outro trata do outro” (M64)

Categoria temática	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Relacionamento íntimo com o companheiro após o parto	Motivo de espera para o reinício do contacto sexual	Ausência do marido/companheiro	“(…), a nível sexual foi um bocado frustrante visto o marido ter ido para fora sinto um pouco a falta de um ombro para tirar algumas dúvidas (M7) “Neste momento não me encontro a viver com o meu companheiro, mesmo assim não sinto vontade ou desejo de ter algum contacto com ele.” (M19) “Iniciei as relações há mais ou menos 1 semana porque ainda não me sentia preparada mas também porque o meu companheiro não estava em Portugal, tendo regressado nessa altura” (M29) “Não estou com o pai da minha filha.” (M42) “Não estou com o pai da bebé.” (M55)
		Falta de desejo/vontade	“Ainda não iniciei as relações sexuais por não sentir vontade, e porque acho que ainda é muito cedo.” (M11) “ (…), não sinto vontade ou desejo de ter algum contacto com ele.” (M19) “No início não tinha vontade pensando que seria por ter feito laqueação” (M26) “(…), muito honestamente não tenho vontade nenhuma de o fazer.” (M32) “Ando um pouco cansada e apesar de poder iniciar a relação sexual, não sinto vontade,” (M41) “A esta altura, não sinto grande vontade de ter relações talvez por me sentir ainda em adaptação à vida a três” (M47) “Não reiniciei porque ainda não sinto vontade, ainda tenho pouco tempo para mim própria” (M54) “(…), não sinto (M58) “Agora isto está a ser bastante diferente. Tenho menos desejo” (M64) “Ainda não reiniciei a intimidade com o meu companheiro e ainda não tenho vontade” (M67)