



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto

Susanne Cristine Brito e Silva

Belém- PA

2014



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto

Susanne Cristine Brito e Silva

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento, como
requisito para obtenção de Mestre, sob
orientação da Prof^a Dr^a Regina Célia Gomes de
Sousa

Belém – PA

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Silva, Susanne Cristine Brito e, 1984-
Função sexual e relação conjugal em mulheres no
puerpério remoto / Susanne Cristine Brito e Silva. -
2014.

Orientador: Regina Célia Gomes de Sousa.
Dissertação (Mestrado) - Universidade
Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2014.

1. Puerpério. 2. Mulheres - Comportamento
sexual. I. Título.

CDD 23. ed. 155.6463



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Função sexual e relação conjugal em mulheres no
puerpério remoto

Candidata: Susanne Cristine Brito e Silva

DATA DA DEFESA: 07/10/2014

RESULTADO: _____

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Regina Célia Gomes de Sousa –UFPA (Orientadora)

Prof^a Dr^a Denise da Silva Pinto – UFPA (Membro)

Prof^a Dr^a Aline Beckmann de Castro Menezes – UFPA (Membro)

Prof^a Dr^a Alda Loureiro Henriques – UFPA (Suplente)

Este trabalho teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de concessão de bolsa de mestrado.

Este trabalho é dedicado à
minha filha Sofia por me proporcionar
a compreensão e o sentimento do amor
mais verdadeiro

SUMÁRIO

1. Resumo.....	i
2. Abstract.....	ii
3. Introdução	1
3.1. Sexualidade Feminina.....	1
3.2. Função sexual e relação conjugal no puerpério.....	9
3.3. Alterações no humor.....	24
4. Objetivos.....	29
5. Resultados Esperados.....	30
6. Método.....	31
7. Resultados	38
8. Resultados esperados e Resultados alcançados.....	46
9. Discussão	47
10. Considerações Finais.....	56
11. Referências.....	60
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	79
Anexo 2: Questionário Socioeconômico.....	81
Anexo 3: Female Sexual Function Index.....	83
Anexo 4: Questionário MARQ.....	88
Anexo 5: Inventário de Beck.....	91
Anexo 6 Autorização do Posto de Saúde.....	95
Anexo 7: Parecer do Comitê de Ética de Medicina Tropical.....	97

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Hormônios e Função.....	15
Tabela 2: Escores dos domínios do FSFI.....	35
Tabela 3: Descrição dos dados socioeconômicos.....	38
Tabela 4: Descrição dos dados ginecológicos e obstétricos.....	39
Tabela 5: Média dos domínios da função sexual.....	40
Tabela 6: Média dos domínios do FSFI das mulheres que estavam amamentando e que não estavam amamentando.....	40
Tabela 7: Comparação dos domínios do FSFI entre as mulheres que estavam amamentando e que não estavam amamentando.....	42
Tabela 8: Domínios do FSFI e sintomas depressivos.....	45
Tabela 9: Resultados esperados e Resultados alcançados.....	46

Lista de Figuras

Figura 1: Índice de satisfação das participantes.....	41
Figura 2: Índice de satisfação: Amamentando X Não Amamentando.....	41

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha orientadora Regina Sousa por me permitir fazer uma pós-graduação em uma área que eu realmente adoro, além de todos os ensinamentos que não se restringem a Psicologia Evolucionista, posso dizer que aprendi com você um modo totalmente diferente de estudar e ensinar.

Agradeço toda ajuda recebida do GEAPE, por todas as contribuições realizadas no meu trabalho; por todas as dúvidas, principalmente em relação à estatística; pelos treinos da minha apresentação e pela colaboração na minha coleta. Um agradecimento especial a pessoas que estiveram comigo desde o início, em especial à Cibele, Keila, Vivianni, Vanessa, Júnior e Caio. E a pessoas que ajudaram nessa reta final (Flávia e Fábio).

Também gostaria de agradecer a minha família por todo apoio recebido, especialmente ao meu marido, Beto, por cuidar da nossa filha quando eu precisava escrever minha dissertação, pois não é fácil para os dois membros do casal fazerem mestrado com uma filha pequena.

À minha amiga Talitha por estar presente na minha, inclusive para me ajudar com o treino da minha apresentação.

Meu agradecimento aos professores do Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento por todo conhecimento adquirido, especialmente ao professor William Lee por toda paciência em me ensinar estatística e por estar sempre disponível para tirar minhas dúvidas.

Às alunas de fisioterapia, Cristina, Joyce e Bianca, pelo auxílio na coleta de dados.

Meu grande agradecimento às participantes da pesquisa por aceitarem responder aos questionários, mesmo em muitas ocasiões, estando com alguma dificuldade.

Também gostaria de agradecer à diretora do Posto de Saúde Escola do Marco por permitirem a realização da coleta de dados no local.

Silva, Susanne Cristine Brito (2014) Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. UFPA. Belém, PA.

RESUMO

O período após o parto, também conhecido como puerpério, é marcado por uma série de mudanças que podem ocasionar alterações físicas, emocionais e sociais que podem afetar as necessidades sexuais da mulher, seu relacionamento com o parceiro e seu humor. Este trabalho teve como objetivos verificar se havia relação entre função sexual e satisfação conjugal, e que outros fatores estão relacionados com a função sexual e com a satisfação conjugal. Para responder a esses objetivos, 192 mulheres no puerpério remoto, com faixa etária de 18 a 43 anos responderam a quatro instrumentos: 1) Questionário sócio-econômico; 2) *Female Sexual Function Index*; 3) Escala do Amor do Questionário de Casamento e Relacionamento (MARQ); 4) Inventário de Depressão de Beck. Os resultados mostraram que 42,7% das mulheres apresentaram valores indicativos de disfunção sexual. Os fatores que contribuíram para disfunção sexual foram a amamentação e sintomas depressivos. 70,4% das participantes estavam medianamente satisfeitas com seu relacionamento. A satisfação conjugal foi relacionada com maior renda e maior grau de escolaridade. Foi encontrada correlação fraca entre função sexual e satisfação conjugal, indicando que as causas que contribuem para a satisfação conjugal podem variar de acordo com o estágio do relacionamento. Quando o casal não tem filhos a satisfação está voltada mais para o prazer sexual, visto que a reprodução é importante para perpetuação da espécie. Mas muitas pesquisas têm mostrado que após o nascimento de um filho ocorrem mudanças fisiológicas tanto na mulher, como no homem, que fazem com que o sexo tenha menos importância e que o casal volte sua atenção para o cuidado da prole.

Palavras-chave: puerpério remoto, função sexual e satisfação conjugal

Silva, Susanne Cristine Brito (2014). Sexual function and marital relationship in women on remote puerperium. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. UFPA. Belém, PA.

ABSTRACT

The period after giving birth, also known as puerperium, is marked by a number of changes that may cause physical, emotional and social alterations, which can affect the woman's sexual need, their relationship with a partner and their mood. The objectives of this research were to check if a relation between sexual function and marital satisfaction existed, as well as to examine what other factors are related to sexual function and marital satisfaction. To achieve these objectives, 192 women on remote puerperium, aged from 18 to 43 years old responded to four evaluations: 1) Socioeconomic questionnaire; 2) Female Sexual Function Index; 3) Love Scale of Marriage and Relationship Questionnaire (MARQ); 4) Beck Depression Inventory. The results showed that 42.7% of the women presented values indicative of sexual dysfunction. The factors that contributed to the sexual dysfunction were breastfeeding and depressive symptoms. 70.4% of the participants were moderately satisfied with their relationship. Marital satisfaction was related with higher income and a higher level of education. A weak correlation was found between sexual function and marital satisfaction, indicating that the causes that contribute to the marital satisfaction may vary according with the stage of the relationship. When the couple has no child, the satisfaction is more focused in sexual pleasure, since reproduction is important to the perpetuation of the species. However, many studies have shown that after the birth of a child physiological changes occur, in both women and men, which causes sex to be less important and causes the couple to turn their attention to caring for their offspring.

Key words: remote puerperium, sexual function and marital satisfaction

Sexualidade Feminina e Disfunção sexual

A sexualidade humana engloba vários aspectos e entre estes estão o aspectos biológicos, sócio-culturais e psicológicos (Baracho, 2007). Em relação à sexualidade feminina é importante considerar que ela possui flutuações normais durante as diferentes fases da vida da mulher. (Rathfisch, Dikenci, Kizilkaya, Comert & Tekirdaga 2010).

Ao longo de sua vida, a mulher está sujeita mensalmente a variações no ciclo reprodutivo, uso freqüente de anticoncepcionais, a possibilidade de engravidarem, vivenciam todo o período do pós-parto e aleitamento materno, além de viver um longo período após o cessar do ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa. Todos esses fatos repercutem na sexualidade da mulher (Alves, 2008).

A partir do estudo da sexualidade humana, foram desenvolvidos modelos de adequação da resposta sexual. Entre esses modelos se destaca as pesquisas realizadas por Masters e Johnson (1984) que descreveram um modelo de ciclo de resposta sexual composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, sendo que esse modelo seria comum tanto ao gênero feminino como masculino. Kaplan (1974) publicou a existência de uma fase preliminar à resposta sexual, que seria o desejo sexual, descrevendo o modelo trifásico composto por desejo, excitação e orgasmo, passando a ser o modelo de resposta sexual mais aceito na comunidade científica.

Com a associação entre os modelos de Masters e Johnson (1984) e de Kaplan (1977), foram estabelecidos critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade que constam no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (2002), que definiu a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

O desejo é o estado básico do indivíduo para que se inicie o ciclo da resposta sexual, e resulta da combinação de fatores fisiológicos e psicológicos (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim, & Passos, 2006). O neurofisiológico está relacionado com a produção do apetite sexual através de um sistema neural específico no cérebro, modulado, principalmente, pela testosterona em ambos os sexos. O fator psicológico engloba experiências prazerosas já vivenciadas, fantasias e sensações de bem-estar (Hentschel *et al.*, 2006).

A fase de excitação no homem é evidenciada pela ereção do pênis e na mulher pela exsudação vulvo-vaginal, que ocorrem em decorrência do aumento do fluxo sanguíneo nos órgãos pélvicos (Hentschel *et al.*, 2006). Quando a excitação está no auge (platô) ocorre aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento da pressão arterial, rubor e ereção dos mamilos (Hentschel *et al.*, 2006). Na mulher, as paredes do terço inicial da vagina se contraem, o útero se desloca para cima, ampliando a capacidade e profundidade de seu fundo e o clitóris se torna proeminente (Hentschel *et al.*, 2006).

Durante o orgasmo ocorrem contrações reflexas e rítmicas dos músculos perineais que circundam o terço externo da vagina e o esfíncter anal, além de espasmos uterinos similares ao trabalho de parto. A quantidade e intensidade dessas contrações dependem da qualidade subjetiva do estímulo sexual (Hentschel *et al.*, 2006).

Quando ocorrem alterações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato sexual, que se manifesta de forma persistente ou recorrente, pode-se dizer que é um quadro de disfunção sexual (Abdo & Fleury, 2006).

Existe uma classificação da disfunção sexual feminina baseada na Classificação Internacional de Doenças - CID – 10 (1994), no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais- DSM- IV (2002), e na Conferência Internacional de Consenso

sobre Disfunções Sexuais Femininas (2000), como: desordens do desejo, de excitação sexual, de orgasmo e desordens sexuais dolorosas. As desordens de desejo englobam o desejo sexual hipoativo, que é a ausência ou deficiência de fantasias e pensamentos sexuais e de desejo de ter relação sexual; e a desordem de aversão sexual, que é a aversão fóbica de contato sexual com um parceiro (DSM-IV, 2002).

A desordem de excitação é a incapacidade de atingir ou manter uma excitação sexual suficiente (DSM-IV, 2002). A desordem de orgasmo é a dificuldade, demora, ou ausência de obtenção de orgasmo após a excitação e estímulo sexual suficiente (DSM-IV, 2002).

As desordens dolorosas podem ser a dispaureunia, que é a dor genital associada ao intercurso sexual; o vaginismo, que é o espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, que interfere na penetração vaginal; e a desordem de dor sexual não relacionada ao coito, que é a dor genital induzida por estimulação sexual não associada ao coito (DSM-IV, 2002).

Contudo foram feitas algumas mudanças no Manual de Descrição das Doenças Psiquiátricas da Associação de Psiquiatria – DSM- V- (2013). A desordem do desejo sexual hipoativo e a desordem da excitação sexual foram fundidas na desordem sexual feminina de interesse/excitação. Além de ser considerada a ausência de pensamentos eróticos ou fantasias e redução do interesse sexual, foram introduzidos a diminuição ou ausências de quatro novos critérios: o início da atividade sexual ou capacidade de resposta a tentativas de um parceiro em iniciá-las; excitação e prazer, a resposta a estímulos sexuais e sensações durante a atividade sexual, seja genital ou não. A aversão de desejo sexual foi excluída e a desordem do orgasmo continua.

A dispaureunia e o vaginismo foram enquadrados em uma única categoria denominada desordem da dor genito-pélvica/penetração e inclui dificuldade de

penetração, marcado por dor pélvica ou vulvo-vaginal durante a penetração ou tentativa de penetração, medo ou ansiedade sobre dor em antecipação, durante ou após a penetração; e tensão ou contração dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração (DSM-V, 2013).

Além das mudanças ocorridas na classificação, o DSM-5 (2013) estabeleceu um grupo de critérios que devem ser considerados em pessoas com disfunção sexual: 1) fatores dos parceiros (por exemplo parceiro com problema sexual, estado de saúde do parceiro); 2) fatores do relacionamento (por exemplo falta de comunicação, discrepâncias no desejo sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo má imagem corporal, história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo depressão, ansiedade); ou estressores (por exemplo perda de emprego); 4) fatores culturais ou religiosos (por exemplo inibições relacionadas com proibições contra a atividade sexual ou prazer, e atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso da disfunção ou tratamento.

As disfunções sexuais interferem tanto na qualidade de vida das mulheres quanto no relacionamento com seus parceiros (Antoniole & Simões, 2010). Apesar da pouca procura de tratamento por parte das mulheres, o que dificulta ainda mais o diagnóstico, a incidência de disfunção é alta (Antoniole & Simões, 2010).

Resultados de um projeto denominado Pesquisa Nacional de Saúde e Vida Social (NHLS), realizada em uma população americana na faixa etária de 18 a 59 anos com o objetivo de avaliar a prevalência e risco de ocorrência de disfunção sexual em diversos grupos, mostraram que a disfunção sexual acomete mais mulheres (43%) do que homens (31%) (Laumann, Paik & Rosen, 1999).

Em um trabalho com o objetivo semelhante realizado no Brasil chamado de Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVS) foram pesquisadas 3.148 mulheres com

mais de 18 anos em 18 cidades, e foi observado que 51% delas referiam alguma disfunção sexual (Abdo, 2004). Em estudo, com objetivo de avaliar a prevalência de disfunção sexual feminina, foram encontrados 49% das mulheres com pelo menos uma disfunção sexual, sendo o desejo sexual hipoativo (26,7%) o mais encontrado seguido de dispareunia (23,1%) e disfunção orgástica (21%) (Abdo, Oliveira, Moreira & Fittipaldi, 2004).

No que se refere à prevalência de disfunção sexual em mulheres na idade reprodutiva, mais especificamente entre 18 e 45 anos, a porcentagem está em torno de 21 a 30% de mulheres afetadas (Echeverry, Arango, Castro & Raigosa, 2010; Prado, Mota & Lima, 2010)

Com o aumento do conhecimento acerca da sexualidade humana, é possível a identificação das características específicas de homens e mulheres em relação às respostas aos estímulos sexuais. Essas diferenças podem ser atribuídas a fatores de ordem biopsicossocial, em especial aos hormônios sexuais, educação sexual e ambiente. (Abdo, 2005). Em virtude dessas diferenças, no exercício da sexualidade, a mulher tende mais à sensualidade, à sedução e à entrega, enquanto o homem busca a conquista e a posse (Abdo & Fleury, 2006).

Segundo Meston e Buss (2011), a Teoria da Seleção Sexual contribuiu bastante para a compreensão da psicologia sexual feminina. Essa teoria pressupõe a evolução de características não só por causa das garantias de sobrevivência que oferece aos organismos, mas das vantagens na conquista de parceiros.

A seleção sexual ocorre por dois processos diferentes: concorrência intrasexual e escolha de parceiros preferenciais (Buss & Schmitt, 1993; Meston & Buss, 2011). Na concorrência intrasexual, membros do mesmo sexo competem e os vitoriosos têm acesso sexual aos parceiros de sua escolha (Buss & Schmitt, 1993; Meston & Buss,

2011). Embora essa disputa ocorra mais entre os machos, em se tratando de seres humanos essa disputa também ocorre entre as fêmeas. Já a escolha de parceiros preferenciais implica em exigir do escolhido qualidades que garantirão maior sucesso reprodutivo para quem escolheu (Buss & Schmitt, 1993; Meston & Buss, 2011). No caso das mulheres, elas preferem parceiros com boa condição de saúde, facilidade para adquirir recurso, herança genética e que seja confiável e capaz de protegê-la e à prole fisicamente (Buss & Schmitt, 1993; Meston & Buss, 2011).

Contudo, possivelmente o sexo na espécie humana, precisaria ter outras funções além do aspecto reprodutivo, como o prazer e a formação de vínculos, pois se a única função do ato sexual fosse a procriação, essa prática de forma contínua caracterizaria um desperdício biológico que envolve um gasto elevado de energia e de tempo (Diamond, 1999).

Dar e receber amor, sentir-se emocionalmente ligada a alguém, gozar dos prazeres da atração sexual e orgasmo, estão entre as motivações sexuais das mulheres e as razões atribuídas por elas para procurarem por sexo (Meston & Buss, 2011). Durante o orgasmo vários hormônios são liberados, sendo os mais importantes a prolactina e a oxitocina. A liberação hormonal tem sido associada à formação de vínculo emocional, o que talvez explique por que algumas mulheres se sentem fortemente ligadas aos seus parceiros após o orgasmo (Meston & Buss, 2011).

Além disso, a liberação de oxitocina durante o orgasmo copulatório feminino tem sido associada com dimensões favoráveis para qualidade do relacionamento amoroso, incluindo satisfação, intimidade, paixão e amor (Costa & Brody, 2007; Puts, Dawood & Welling, 2012).

Em termos da evolução, o sucesso reprodutivo significa a capacidade de se reproduzir e de ter recursos e habilidades para cuidar dos filhos durante um tempo que

garanta a sua sobrevivência para que cheguem até a idade de se reproduzirem também, pois o sucesso reprodutivo se traduz em maior número de netos (Meston & Buss, 2011). Sendo assim, conseguir ter um orgasmo com determinado homem seria um meio de selecionar parceiros (Meston & Buss, 2011). Do ponto de vista do homem, caso a mulher tenha orgasmo com ele, esse é um sinal de que está sexualmente satisfeita e, dessa forma, menos propensa a buscar gratificação com outro (Meston & Buss, 2011). Características que diminuem a incerteza da paternidade, aumentam a probabilidade de ligação entre os parceiros e a disposição em investir nos filhos (Meston & Buss, 2011).

O orgasmo também pode facilitar a reprodução aumentando as chances de engravidar graças a diversos mecanismos fisiológicos (Baker & Bellis, 1993, Meston & Buss, 2011). Um desses meios seria que durante a excitação a vagina se dilata e o útero se eleva, essas mudanças criam uma barreira para reduzir as chances do esperma ejaculado penetrar com muita rapidez no útero. Isso causaria uma espécie de seleção natural para os espermatozoides: os saudáveis são transportados com mais facilidade pelas tubas uterinas (Baker & Bellis, 1993, Meston & Buss, 2011). Com o orgasmo ocorre dissipação da excitação e a passagem é aberta para que os espermatozoides mais fortes percorram o caminho pelas tubas uterinas (Meston & Buss, 2011).

Essas funções do orgasmo feminino relacionadas com a escolha e manutenção do parceiro amoroso e com a reprodução reforçam a teoria que o orgasmo feminino seria uma adaptação. Embora a hipótese que apóia o orgasmo como sendo uma adaptação seja a mais aceita no meio científico, alguns pesquisadores defendem a hipótese do subproduto (Zietsch & Santtila, 2012).

A hipótese do subproduto afirma que o orgasmo feminino não teve uma função evolutiva, que só existe porque as mulheres compartilham de alguma ontogenia com os homens, em quem o orgasmo possui uma função adaptativa (Puts *et al.*, 2012).

O orgasmo feminino seria como o mamilo masculino, um desenvolvimento não funcional de um traço funcional no sexo oposto (Lloyd, 2005; Puts & Dawood, 2006). Assim, como os machos têm mamilos por causa do desenvolvimento comum com as fêmeas, para quem os mamilos são adaptações, as fêmeas teriam orgasmos devido ao desenvolvimento comum com o sexo masculino, para quem o orgasmo é uma adaptação (King & Belsky, 2012; Lloyd, 2005; Puts & Dawood, 2006).

Entre as principais críticas à hipótese do subproduto é que definição de orgasmo fornecida por essa hipótese é estreita, ignorando os aspectos afetivos do orgasmo (Puts & Dawood, 2006; Puts *et al.*, 2012).

Outra característica importante da sexualidade da fêmea humana que difere das fêmeas de outras espécies é o cio encoberto e o aumento da disponibilidade sexual. A explicação clássica é que as fêmeas ancestrais que perderam o indício do cio reforçaram o relacionamento com o parceiro. Com a capacidade de copular a qualquer momento, uma fêmea podia manter o seu parceiro sempre satisfeito (Brewis & Meyer, 2005; Thornhill & Gangestad, 2008).

Essa capacidade da mulher de copular a qualquer circunstância faz com que elas copulem durante todo o ciclo menstrual, continuem tendo relações sexuais durante a maior parte da gravidez e possam continuar sua vida sexual logo depois de terem se recuperado do parto (Fisher, 1995; Salmon, 2010; Thornhill & Gangestad, 2008).

Levando em consideração essa particularidade da fêmea humana de copular em qualquer um desses momentos da vida, inclusive após o parto, é necessária a compreensão da função sexual e do relacionamento com seu parceiro nesse período da vida. Isso é necessário visto que após o parto ocorre uma série de mudanças hormonais, físicas e psicológicas que podem causar impactos na sexualidade da mulher e na sua relação conjugal.

Função sexual e relação conjugal

De acordo com o Ministério da Saúde, [MS], (2001), o puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ele estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade.

O período puerperal é dividido em três estágios: puerpério imediato que se estende do primeiro ao décimo dia após o parto; o puerpério tardio que compreende o décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia, e o puerpério remoto que corresponde ao quadragésimo quinto dia em diante (Baracho, 2007).

Para a mulher, tornar-se mãe é uma fonte de emoções e expectativas. Vários estudos mostram que as mulheres experimentam diferentes problemas após o parto, que podem trazer alterações físicas, emocionais e sociais afetando as necessidades sexuais da mulher e seu relacionamento com o parceiro (Rathfisch *et al*, 2010).

Neme (2005) aponta o sangramento e secreção vaginal contínuos; desconforto perineal; hemorróidas; mamas doloridas e diminuição da lubrificação vaginal associados à lactação; e a fadiga pela interrupção do sono, como fatores que contribuem para diminuir a motivação para a atividade sexual. Outros fatores que também influenciam são o medo de acordar o bebê, mudança na imagem corporal ou modificações no humor. Assim, muitos casais retomam a atividade sexual, inclusive o coito, em média seis a oito semanas após o parto, mas outros esperam até um ano (Neme, 2005).

Alguns desses fatores podem ser confirmados pelo trabalho de Rodrigues (2009) que avaliou os principais problemas enfrentados pelas mulheres no retorno à vida sexual nos primeiros seis meses após o parto e encontrou que 25,5% das mulheres apresentavam dificuldades de retornar à atividade sexual após o parto, sendo que as principais causas foram: dor durante o ato sexual ou na incisão cirúrgica (75%); insegurança, medo ou constrangimento (12%) e falta de desejo (3%).

Na pesquisa realizada por Salim, Araújo e Gualda (2010) com objetivo de investigar como mulheres lidam com a sexualidade e mudanças corporais que ocorrem no puerpério remoto, elas relataram que estavam insatisfeitas com o corpo e que isso influenciava negativamente a vida sexual. Para a maioria delas a experiência sexual não foi boa após o parto, os parceiros desejavam ter relação sexual antes que elas o desejassem, e as mesmas tinham preocupações se a qualidade da relação estava sendo como antes do parto.

No que se refere à amamentação, embora possa ser uma experiência enriquecedora e significativa para as mulheres, ela pode ter um impacto negativo sobre a sexualidade devido a vários fatores como desgaste físico e mudanças hormonais (Avery, Duckett & Frantzich, 2000).

O desgaste físico proporcionado pelo intervalo pequeno entre uma amamentação e outra, além do gasto energético relacionado com a produção do leite, pode deixar a mulher menos disponível física e mentalmente para a intimidade com o parceiro (Antunes, 2008; Hyde, DeLamater, Plant & Byrd 1996). Contudo, alguns autores apontam para o aumento da sensibilidade dos seios como sendo uma causa para o aumento da estimulação excitatória pelo toque nas mamas (Avery, Duckett & Frantzich, 2000).

No que se refere aos níveis hormonais, imediatamente após o parto ocorrem diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona proporcionando a intensificação da produção de prolactina, hormônio responsável pela produção do leite (Guyton & Hall, 2002). O leite é escoado do interior da mama para o seu exterior através de uma combinação de reflexos neurogênicos e hormonais (Guyton & Hall, 2002). Quando o bebê faz sucção das mamas, são transmitidos impulsos sensoriais através da medula para o hipotálamo, que envia sinais para hipófise secretar oxitocina. A oxitocina ao chegar às mamas, através da corrente sanguínea, produz contração das células microepiteliais, que circundam as paredes externas dos alvéolos. O leite começa a escoar em torno de dois minutos após a sucção (Guyton & Hall, 2002).

Essas alterações hormonais e a produção de leite serão mantidas com a sucção das mamas pelo bebê. Outra função da lactação, especialmente quando é exclusiva, é o maior espaçamento entre as gestações em consequência da amenorréia pós-parto (Rea 2004; Toma & Rea, 2008). A amenorréia que ocorre após parto decorre da inibição da ovulação pela prolactina (Rea, 2004).

Contudo, esse aumento dos níveis de oxitocina e prolactina, associados a uma diminuição dos níveis de estrogênio, progesterona e testosterona podem afetar o humor, o sono e a libido da mulher (Avery *et al.*, 2000; Meston & Buss, 2011).

A queda dos níveis de estrogênio pode ocasionar o comprometimento do humor e contribuir para a depressão pós-parto, visto que esse hormônio está relacionado com substâncias do cérebro que promovem sensação de bem-estar (Meston & Buss, 2011).

A oxitocina provoca contrações vigorosas durante o trabalho de parto. O estiramento da vagina durante o parto vaginal libera oxitocina, produzindo efeitos analgésicos, eufóricos, semelhantes ao da endorfina, ao mesmo tempo em que promove contrações uterinas (Carlson, 2013). Normalmente após o parto, a oxitocina continua a

contrair o útero e a reduzir o sangramento, acelerando a recuperação. Em relação aos papéis sexuais, esse hormônio atinge o pico durante o orgasmo; aumenta a receptividade sexual; causa contrações uterinas durante o orgasmo (Carlson, 2013; Leeman & Rogers, 2012).

A prolactina está amplamente relacionada ao baixo impulso sexual nas mães que amamentam. Em níveis cronicamente elevados diminui a testosterona, reduzindo o desejo e o orgasmo, por isso é considerada a principal inibidora do sexo (Carlson, 2013; Leeman & Rogers, 2012).

No estudo de Kuzawa, Gettler, Huang e McDade (2010) foi investigado o nível de testosterona de mulheres com filhos e de mulheres sem filhos, sendo que as mães apresentaram menores níveis de testosterona. Nessa pesquisa também foi verificada a influência da lactação nos níveis de testosterona, e apesar de mulheres amamentavam apresentarem baixos níveis de testosterona, o fato de ser mãe foi o fator que mais influenciou na diminuição de testosterona. Esse resultado foi atribuído ao fato da testosterona ser um hormônio ligado ao acasalamento, defesa do parceiro e do território, e que, além da lactação, os cuidados que a mãe dispensa ao bebê também produzem alterações neuroendócrinas que culminariam com a diminuição de testosterona e aumento dos níveis de hormônios relacionados com o cuidado parental (Kuzawa *et al.*, 2010).

Do ponto de vista evolutivo, tanto a diminuição de desejo após o parto como a modulação hormonal durante a amamentação tornam menos provável uma nova gravidez. Esse funcionamento foi importante do ponto de vista evolutivo porque as mães ancestrais que tiveram um espaço entre as gravidezes cada vez maior esgotaram menos seus recursos. Uma queda temporária da libido garantiria um prazo adequado

entre os nascimentos e, portanto, uma chance dos filhos sobreviverem com saúde. (Meston & Buss, 2011).

Alves (2008) pesquisou os principais fatores que influenciam a sexualidade depois do parto, e constatou que as mulheres que amamentam obtêm menos prazer no orgasmo, menor frequência no mesmo e necessidade de mais estimulação para atingi-lo que mulheres que não amamentam.

Além do seu papel na sexualidade, a prolactina e a oxitocina também estão relacionadas com o cuidado parental e a oxitocina com a construção da ligação afetiva da mulher com o bebê e com o parceiro (Carlson, 2013).

Na pesquisa realizada por Kim *et al.* (2011), foi investigada a sensibilidade materna diante do choro do bebê, por meio da ativação cerebral em mães lactantes e comparadas com mães não lactantes. O estudo encontrou associação entre o aleitamento materno e a ativação de regiões cerebrais que são importantes para o cuidado e empatia entre a mãe e o bebê, sendo que essa maior sensibilização aos estímulos foi atribuída aos efeitos de neuro-hormônios, como a oxitocina.

Essa modulação hormonal que ocorre após o parto não se restringe às mulheres, podendo afetar também os homens. Pais presentes e participantes no cuidado com os filhos apresentam teores mais baixos de testosterona do que homens que não são pais (Pyhn & Santos, 2011).

Isso pode ser confirmado pelo estudo de Gray, Yang e Pope (2006), no qual foi investigado o nível de testosterona na saliva de homens solteiros, homens casados sem filhos e casados com filhos. Quando comparados homens solteiros e casados sem filhos, o segundo grupo apresentou níveis de testosterona menores, porém a diferença não foi significativa. Já quando foram comparados os casados com filhos, os níveis foram significativamente menores que dos outros dois grupos. Para os autores isso sugere que

altos níveis de testosterona estejam relacionados com esforços para o acasalamento e baixos níveis com a formação de parcerias e cuidados parentais.

Em uma pesquisa realizada por Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman e Feldman (2010) foram investigadas a presença de oxitocina e prolactina no plasma sanguíneo de pais durante a interação destes com seu filho no segundo e sexto mês de nascimento. Os níveis de prolactina e oxitocina foram relacionados com duas categorias de brincadeiras, de contexto social e exploratório. Os resultados encontrados apontaram para altos níveis de oxitocina e prolactina tanto no segundo como no sexto mês após o nascimento, sendo que foram encontrados maiores níveis de prolactina em pais que gastavam mais tempo com brincadeiras de contexto exploratório e maiores níveis de oxitocina em pais que gastavam mais tempo em brincadeira de contexto social.

Esses achados apontam para ligações entre ambos os hormônios com comportamento paterno em seres humanos, sendo que cada hormônio foi associado com um aspecto específico do comportamento paterno (Gordon *et al.*, 2010)

Esses dados sugerem que o cuidado parental pode ativar o sistema de oxitocina em mamíferos. Em mães é ativado no momento do nascimento e pela lactação (Feldman, 2012). A oxitocina em mães e pais mostra uma sincronia biológica, o que sugere um ajuste do sistema endócrino em que os parceiros moldam um ao outro através do comportamento de afiliação e apego conjugal (Feldman, 2012).

Esse aumento dos níveis de oxitocina ocorre nos pais que exibem o comportamento de cuidado parental. Visto que a oxitocina entra na circulação quando alguém toca outra pessoa, passa algum tempo ao lado dessa pessoa e tocá-la mais estreitamente contribuiria para estabelecer um padrão de ligação mais profundo (Carlson, 2013). Na tabela abaixo estão descritas as principais funções hormonais após o parto:

Tabela 1: Hormônios e Função

Hormônios	Função
Estrogênio	Está associado ao:
Diminui após o parto	- Aumento da receptividade sexual -Substâncias que proporcionam bem-estar, por isso sua diminuição pode comprometer o humor
Progesterona	Está associado a:
Diminui após o parto	- Diminuição do impulso sexual
Testosterona	Está associado ao:
Diminui após o parto	- Aumento do impulso sexual
Prolactina	Está associado a:
Aumenta após o parto	- Produção do leite - Diminuição dos níveis de testosterona - Redução do impulso sexual e orgasmo - A cópula e orgasmo - Cuidados parentais
Oxitocina	Está associado a:
Aumenta após o parto	- Liberação do leite - Promoção de contrações vigorosas no momento do parto - Prazer e relaxamento - Aproximação da mulher ao bebê - Vínculo e mãe e filho e entre a mulher e o parceiro - Aumento durante o orgasmo - Aumento da receptividade sexual

Fonte: Carlson (2013); Crenshaw (1998); Leeman & Rogers (2012)

Do ponto de vista evolutivo, essa modulação hormonal após o parto que ocorre tanto nos homens como nas mulheres foi importante por proporcionar benefícios reprodutivos para espécie humana, visto que mudaram a prioridade do casal para o

cuidado de dependentes jovens, favorecendo o cuidado biparental (Fite *et al.*, 2005; Kuzawa *et al.*, 2010).

O cuidado biparental se tornou tão importante à medida que a mulher começou a ter dificuldade no momento do parto devido a um conjunto de restrições impostas pelo bipedalismo e aumento do tamanho do cérebro (Parente, Bergqvist, Soares & Moraes, 2011; Rosenberg & Trevatan, 2002, 2007; Weaver & Hublin, 2009). É importante ressaltar que esses recursos humanos distintos não apareceram simultaneamente em nossa história evolutiva, mas que evoluíram em diferentes épocas em resposta a pressões seletivas distintas (Rosenberg & Trevatan, 2002, 2007; Wittman & Wall, 2007).

Essa dificuldade no momento do parto fez com que as mulheres que deram à luz aos filhos em um estágio anterior ao desenvolvimento, comum aos padrões primatas, e que geraram filhos cujo desenvolvimento do cérebro fetal fosse transferido à vida pós-natal, sobrevivessem e legassem esta característica às fêmeas humanas (Parente *et al.*, 2011; Weaver & Hublin, 2009). Os primatas, de um modo geral, apresentam crias imaturas e o grau de prematuridade aumenta dos macacos para os antropóides e destes para os humanos (Parente *et al.*, 2011; Weaver & Hublin, 2009). Porém os neonatos humanos nascem ainda mais imaturos, característica conhecida como altricialidade secundária (Parente *et al.*, 2011; Rosenberg & Trevatan, 2002, 2007; Weaver & Hublin, 2009; Wittman & Wall, 2007).

Uma vez que os hominídeos, do gênero *Homo*, não apresentavam mais o padrão básico de crescimento do cérebro das outras espécies primatas, gerando um filhote muito mais vulnerável cujo cérebro continua a crescer à taxa fetal, maior investimento de tempo e de recursos seria necessário para criar a prole (Parente *et al.*, 2011;

Rosenberg & Trevatan, 2002, 2007; Weavera & Hublinb, 2009; Wittman & Wall, 2007).

A intensificação da dependência do investimento parental necessário tanto à sobrevivência como ao desenvolvimento da prole exigiu altas demandas do tempo da mãe, a habilidade de coletar alimentos e de defender a si e à sua prole. A imaturidade do infante agiu como forte pressão seletiva para o cuidado biparental, e o apoio do pai facilitaria, assim, a sobrevivência da prole (Lewin, 1999; Rosenberg & Trevatan, 2002; 2007).

De acordo com a Teoria do Investimento Parental de Trivers (1972), o sexo que investe mais na prole seria o mais exigente na escolha do parceiro. No caso da espécie humana, o maior investimento parental é por parte da fêmea, visto que ela é responsável pela gestação, parto e amamentação da criança. Por isso, a evolução pode ter favorecido mulheres que eram altamente seletivas sobre seus parceiros. Aquelas que selecionaram seus parceiros com cuidado, escolhendo alguém que pudesse permanecer por perto, ajudando-a e protegendo seus filhos, provavelmente adquiriram mais benefícios reprodutivos (Buss, 2006).

O cuidado biparental está relacionado com um dos sistemas neurais envolvidos com a reprodução, o sistema do apego. Fisher *et. al.* (2002) e Fisher (1998, 2000, 2004, 2010) propõem que os humanos possuem três sistemas neurais de natureza emocional/motivacional relacionados à reprodução: a luxúria, o amor romântico e o apego.

A luxúria está relacionada com o anseio por recompensa e evoluiu por ter motivado indivíduos a procurarem por união sexual com qualquer parceiro que parecesse apropriado (Fisher, 1998, 2010; Rebello, Silva Júnior & Brito, 2014).

O amor romântico evoluiu porque nossos ancestrais que concentraram a atenção do acasalamento em um indivíduo por tempo suficiente para criar a prole conservaram tempo e energia e assim tiveram mais sucesso reprodutivo (Fisher, 1998, 2010; Rebello *et al.*, 2014).

O sistema do apego é o terceiro subsistema neural e é caracterizado pela defesa de território, partilha de alimentos, manutenção de proximidade ao ser amado, ansiedade de separação, laços familiares, entre outros comportamentos afiliativos (Fisher, 1998, 2010; Rebello *et al.*, 2014).

Dessa forma, o sistema do apego pode ter contribuído para que os parceiros permanecessem unidos pelo tempo mínimo necessário para a geração e criação dos filhos (Fisher, 2000, 2004, 2010) Sendo que esses padrões de apego, também chamados de ligação, estão relacionados com os hormônios oxitocina e vasopressina (Fisher, 2000, 2004, 2010; Rebello *et al.*, 2014).

O sistema de apego infante-cuidador foi cooptado para novos propósitos e um deles é manter uma associação duradoura entre parceiros amorosos, por ter contribuído para o cuidado parental e aumentado o sucesso reprodutivo. Em outras palavras, essa tendência de formar pares e vinculação afetiva seria uma exaptação da relação infante-cuidador (Diamond, 2003; Rebello *et al.*, 2014).

Bowlby (1989) propõe que o apego é um sistema comportamental complexo, cuja função seria manter os infantes próximos aos seus cuidadores, de tal forma que a separação entre eles elicia sentimentos de ansiedade e estresse, enquanto que a proximidade propicia sentimentos de conforto e segurança. As relações de apego podem ser classificadas em três categorias: bebês apegados de maneira segura à mãe, bebês esquivos e apegados de maneira ansiosa; e bebês resistentes e apegados de maneira ansiosa (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Algumas pesquisas mostram relação entre amamentação e estilo de apego. No trabalho de Britton, Britton e Gronwaldt (2006) investigaram a associação entre aleitamento materno, apego e sensibilidade materna no primeiro ano de vida. O fator que mais influenciou o apego seguro foi a qualidade de interação mãe-bebê. Apesar da amamentação não apresentar relação direta com o apego seguro, as mães que escolheram amamentar exibiram maior sensibilidade em interações diádicas, o que pode ser um preditor de apego seguro.

Em virtude disso, a prática da amamentação pode ter sido mantida na espécie por favorecer o desenvolvimento de um forte apego ao cuidador, sendo fundamental para a sobrevivência de espécies cujo desenvolvimento ocorre em grande parte fora do útero (Toma & Rea, 2008).

Assim, embora a Teoria do Apego tenha sido inicialmente desenvolvida para explicar a natureza complexa da relação infante-cuidador, a teoria foi estendida para compreender os laços emocionais entre parceiros românticos. Contudo, as disposições do vínculo de apego em casais parecem ser suscetíveis de ocorrer independente do nível de satisfação conjugal (Rebello, 2012; Secult, Zayas & Hazan, 2010).

Segundo Secult *et al.* (2010) nem todas as relações são consideradas de apego. Uma relação de apego existe se o indivíduo estabelece quatro classes de comportamento: manutenção de relação de proximidade com o parceiro; ter o relacionamento com o parceiro como um porto seguro, principalmente quando ameaçado ou necessitado de conforto; utilizar o relacionamento com o parceiro como uma base segura para explorar o mundo; e experimentar sensação de angústia da separação quando o parceiro não está acessível.

O apego proporciona benefícios físicos e psicológicos semelhantes daqueles proporcionados pela satisfação conjugal. Assim os casais podem manter a parceria

conjugal pelo apego e não pelos altos índices de satisfação. Uma das consequências de possuir um relacionamento conjugal como uma relação de apego é o senso de segurança que o parceiro proporciona (Rebello *et al.*, 2014; Secult *et al.*, 2010). Dessa forma esse senso de segurança pode ser tão importante quanto à satisfação para a relação.

Além do apego, a sexualidade e o cuidado seriam os principais elementos que contribuiriam para o amor romântico e também podem ser considerados como preditores da satisfação com o relacionamento amoroso (Hazan & Shaver, 1994; Rebello, 2012).

O nível de satisfação que um indivíduo pode obter de um relacionamento amoroso tem sido entendido como uma função da avaliação subjetiva que ele faz sobre a qualidade de sua relação amorosa (Magagnin *et al.* 2003).

É importante ficar claro que a qualidade de um relacionamento não corresponde à satisfação, embora a satisfação possa influenciar na qualidade do relacionamento conjugal. A satisfação com o relacionamento é entendida como um componente mais abrangente que permite aos indivíduos julgarem com certa independência aspectos que refletem uma avaliação global da relação. Assim, um relacionamento pode ser percebido por um indivíduo com bom (qualidade de relacionamento) mesmo que ele esteja pouco satisfeito com ele (Wachelke, Andrade, Cruz, Faggiani & Natividade, 2004).

A satisfação conjugal ocorre quando os benefícios para permanecer em um relacionamento são maiores que seus custos, um desses benefícios seria a satisfação emocional (ou amorosa) (Shackelford & Buss, 2000; Rebello, 2012).

A intimidade comunicativa (sentimento de ser compreendido pelo parceiro e se capaz de se comunicar com ele) e a excitação física foram consideradas boas preditoras de satisfação conjugal (Hernandez & Oliveira, 2003; Wachelke *et al.*, 2004). Contudo

alguns autores afirmam que é aconselhável caracterizar também a intimidade e o envolvimento emocional entre as pessoas que se relacionam, pois são considerados fortes preditores de satisfação (Sanderson & Cantor, 1997; Wachelke *et al.*, 2004).

Segundo Wachelke *et al.* (2004) as investigações acerca dos componentes da satisfação conjugal devem ser ampliados, de forma que se chegue a uma sistematização mais completa dos fatores que contribuem para a satisfação com o relacionamento amoroso.

Nessa pesquisa será mensurado um componente essencial relacionado com a satisfação conjugal que diz respeito à vinculação amorosa do cônjuge ao seu parceiro, com a utilização da Escala do Amor pertencente ao questionário MARQ (Rebello *et al.*, 2014; Russell & Wells, 1993). A vinculação amorosa é importante tanto para a satisfação conjugal como para a satisfação sexual.

Rebello (2012), avaliando a qualidade da relação conjugal em casais paraenses e utilizando um questionário multidimensional, composto por 12 Escalas (Questionário de Casamento e Relacionamento - MARQ), mostra que 86% dos casais respondentes se consideraram satisfeitos com suas relações. Das 12 escalas usadas para medir os fatores que influenciam na satisfação conjugal, os escores obtidos a partir da Escala do amor produziram o terceiro fator mais importante na composição da satisfação conjugal. Esse resultando evidencia a importância do amor para satisfação conjugal.

No que diz respeito à satisfação conjugal após o parto, Magagnin *et al.* (2003) afirmam que a transição da conjugalidade para a parentalidade é o período do ciclo vital familiar em que o investimento orientado para a organização marido-mulher é transferido para a relação pais e filhos. Quando este processo for bem organizado pode produzir um ajustamento do comportamento e sua conseqüente satisfação.

Segundo Antunes (2008), ocorre um declínio na qualidade da relação conjugal entre o início da gravidez e o pós-parto. Isso pode ocorrer em consequência a diversos fatores: diminuição da proximidade, dos sentimentos amorosos e da comunicação e um aumento dos conflitos entre o casal, que se traduzem na diminuição da satisfação marital. Esses fatores estão relacionados com mudanças na sexualidade e alterações do humor características desse período, além da mudança nos papéis familiares do casal com o nascimento de um filho.

Contudo, em pesquisa realizada por Magagnin *et al.* (2003) foi investigado a transição da conjugalidade para a parentalidade quanto ao ajustamento diádico e satisfação sexual. A partir dos dados obtidos quanto à prática sexual e o ajustamento conjugal em casais primíparos, nos quatro primeiros meses de gestação foi observado que os casais apresentaram demonstrações afetivas nas suas relações conjugais e que houve ajustamento na transição da conjugalidade à parentalidade e suas relações sexuais neste período de gestação. Observou-se também que esses casais conseguiram lidar com os conflitos de maneira favorável neste período transitório de suas vidas.

No trabalho realizado por Boroumandfar, Rahmati, Farajzadegan e Hoseini (2010), com objetivo de verificar se ocorrem distúrbios sexuais no pós-parto e se esses distúrbios podem afetar a qualidade da relação conjugal foram pesquisadas mulheres com seis semanas a 12 meses após o parto, sendo encontrado que mais de 40% das mulheres apresentavam disfunção sexual e quase 80% das mulheres relataram satisfação conjugal. Esses resultados sugerem que mesmo apresentando disfunção sexual, muitas mulheres possuem um relacionamento conjugal de qualidade.

Então, por que mesmo as mulheres apresentando uma alteração na sua função sexual elas podem estar satisfeitas com seu relacionamento? Que outros fatores podem estar relacionados com a satisfação conjugal e a função sexual após o parto?

No estudo de Bartels e Zeki (2004) foi utilizada ressonância magnética para medir a atividade cerebral de mães enquanto elas olhavam para a foto do seu filho, de um bebê conhecido, o melhor amigo e um adulto desconhecido. Eles compararam os dados referentes aos mecanismos neurais associados com o apego materno com dados de uma pesquisa realizada anteriormente (Bartels & Zeki, 2000) sobre mecanismos neurais do amor romântico. Algumas regiões ativadas pelo amor materno diferiram de regiões ativadas pelo romântico, enquanto outras áreas tiveram ativação similar. As áreas que tiveram a mesma ativação estavam relacionadas com receptores de vasopressina e oxitocina, que são hormônios relacionados com o apego e o amor romântico.

Segundo Bartels e Zeki (2004) o amor materno e o amor romântico compartilham origem evolutiva semelhante e foram mantidos no decorrer da evolução por terem favorecido a perpetuação da espécie, visto que ambos garantiram a formação de laços entre os indivíduos, na medida em que esses comportamentos são responsáveis por ativarem áreas de recompensa que proporcionam sensação de bem-estar e felicidade.

Esses dados sugerem que os mecanismos da luxúria, amor romântico e apego podem interagir, proporcionando uma ampla gama de combinações que podem variar com as motivações, emoções e comportamentos necessários para prosseguir com a estratégia reprodutiva específica da espécie (Fisher, Aron & Brown, 2006).

Dessa forma, a relação entre satisfação conjugal e função sexual em puérperas ainda precisa ser melhor esclarecida, mas para Antunes (2008) um casal que tenha desenvolvido fortes laços de cumplicidade, afeto, companheirismo, capacidade de negociação e que tenha um sistema parental funcional, pode enfrentar essa crise de transição e ainda intensificar seu relacionamento íntimo.

Alterações no Humor

Para o Ministério da Saúde (2001), as transformações que se iniciam no puerpério, pelo retorno do organismo à condição não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico. As alterações do humor são comuns no puerpério, contudo uma condição mais preocupante é a depressão pós-parto.

A depressão pós-parto é uma condição que afeta 10% a 15% das mulheres no puerpério. Este quadro tem seu início em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, havendo maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto (entre o final do puerpério tardio e início do puerpério remoto) (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

Os sintomas incluem distúrbios do sono, agitação psicomotora (movimentos involuntários e sem propósito que resultam da tensão mental e ansiedade de um indivíduo, incluindo ações como andar em volta de um cômodo, puxar a roupa e colocá-la de volta, entre outras ações semelhantes), choro fácil, cansaço extremo, falta de libido, autocensura, mau humor, ansiedade intensa e intenção ou planos para suicídio (Baracho, 2007). Alguns fatores de risco são problemas conjugais, sintomas depressivos antes da gravidez, problemas sócio-econômicos, intercorrências obstétricas dramáticas (óbito fetal, malformação) e acontecimentos traumáticos da vida (separação, morte de pessoa querida) (Baracho, 2007).

A depressão pós-parto possui efeitos negativos sobre a vida da mulher, do parceiro e dos filhos. Além disso, tem efeitos deletérios sobre a relação conjugal, bem como sobre a função sexual da mãe (Moel, Buttner, O'Hara, Stuart & Gorman, 2010).

Segundo Defelipe e Bussab (2012) a depressão pós-parto pode desencorajar as mães a realizar as práticas parentais adequadas. Em um estudo que eles fizeram três anos após o parto em mães brasileiras que sofreram depressão comparando com mães que não sofreram depressão, com objetivo de avaliar práticas parentais, os resultados evidenciaram que mães com depressão estavam menos preocupadas sobre todos os tipos de práticas parentais e usando menos estímulos com seus filhos quando comparadas com mães que não sofriam de depressão.

Na pesquisa de Skrundz, Bolten, Nast, Hellhammer e Meinlschmidt (2011), foi medido o nível de oxitocina no plasma sanguíneo de mulheres entre 32 e 34 semanas de gestação e repetida a medida duas semanas após o parto, sendo que no segundo momento foram avaliados a presença de sintomas depressivos. A oxitocina foi negativamente associada com depressão pós-parto, ou seja, ocorreu um aumento na ocorrência de sintomas depressivos nas duas primeiras semanas após o parto em indivíduos com baixa concentração de oxitocina no plasma durante a gravidez e após o parto.

Nas mulheres que sofrem com depressão pós-parto, os comportamentos de ligação materna em relação ao recém-nascido são prejudicados nesse período, visto que a oxitocina está relacionada com comportamentos indicadores de apego (Skrundz *et al.*, 2011).

O papel dos hormônios na gênese da depressão pós-parto tem sido apontado em muitas pesquisas (Brummelte & Galea, 2010; Skrundz *et al.*, 2011). A desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA) é a mudança endócrina mais significativa vista na depressão (Brummelte & Galea, 2010; Juruena, Clearea & Pariantea, 2004).

Alguns estudos sobre depressão pós-parto com modelos animais têm mostrado que a retirada de estrogênio e progesterona, comparadas com os níveis disponíveis

durante a gravidez, está associado com depressão e ansiedade (Green, Barr & Galea, 2009; Skrundz et al., 2011). O estrogênio está relacionado com substâncias no cérebro que proporcionam sensação de bem-estar, por isso que sua diminuição brusca pode estar envolvida com a depressão (Carlson, 2013).

Contudo, em uma pesquisa realizada com mulheres durante os primeiros 17 meses após o parto foi investigada a influência da qualidade do sono e dos hormônios prolactina e estrogênio na depressão pós-parto. A má qualidade do sono foi associada com a depressão pós-parto, mas não houve relação desta com os níveis de prolactina e estrogênio (Okun, Luther, Parel, Wisniewski & Wisner, 2011).

Então, a relação entre hormônios e depressão pós-parto ainda precisa ser melhor elucidada. Outro ponto de controvérsia no estudo da depressão pós-parto é o papel da amamentação.

No estudo realizado por Hatton *et al.* (2005) foi encontrada uma relação inversa entre sintomas depressivos e amamentação seis semanas após o parto. Segundo os autores esse resultado sugere que mães com sintomas depressivos são menos propensa a amamentar.

Já na pesquisa de Hassert e Kurpius (2011) não foi encontrada diferença nos sintomas depressivos entre mulheres que amamentam e não amamentam.

Em uma revisão de literatura recente de Figueiredo, Dias, Brandão, Canário e Nunes-Costa (2013) sobre amamentação e depressão pós-parto, foi encontrado que existe uma associação entre essas duas variáveis, contudo a direção dessa associação ainda não está clara. Os resultados também mostraram que a amamentação pode promover processos hormonais que protegem as mães contra a depressão pós-parto por atenuar a resposta do cortisol ao estresse; também pode reduzir o risco de depressão pós-parto auxiliando na regulação dos padrões de sono e vigília para mãe e filho, além

de melhorar o envolvimento emocional da mãe e da criança (Figueiredo et al., 2013). Contudo, ainda existem resultados ambíguos na literatura (Figueiredo et al., 2013).

Sob a perspectiva evolucionista a depressão pós-parto pode ser considerada uma estratégia que foi selecionada por obter maior investimento parental em crianças nas quais as mães reduzem seu investimento, fazendo com que outros cuidadores compensem esse valor adaptativo (Stobaus, Seidl-de-Moura & Bussab, 2012).

A depressão pós-parto serviria como um aviso e alertaria os parentes ou a pessoas próximas das dificuldades da mãe em criar a criança, aumentando as chances da mãe em obter apoio social em seu benefício (Lucci, 2013). Alguns fatores de risco condizem com essa teoria, como conflito conjugal e falta de apoio social ou paterno, visto que aumentaria o custo da mãe no cuidado da criança, necessitando do apoio de outras pessoas para criação do filho; outro fator seria problemas de saúde do bebê, o que diminuiria a possibilidade filho atingir a idade adulta e se reproduzir, diminuindo o sucesso reprodutivo da mãe, fato que pode chamar a atenção de outras pessoas para auxiliar no cuidado com a criança (Hagen, 1999; Lucci, 2013).

Em relação á função sexual e satisfação conjugal, um trabalho feito por Moel *et al.* (2010), foi comparada a função sexual e satisfação conjugal de puérperas após o tratamento de depressão pós-parto com puérperas que nunca sofreram de depressão. Houve uma perda significativa no interesse sexual e satisfação conjugal de mulheres que sofreram de depressão quando comparado com mulheres que nunca sofreram de depressão. Embora o interesse sexual e a satisfação conjugal tenham melhorado significativamente após o tratamento e recuperação completa, as mulheres continuaram a apresentar menor interesse e satisfação conjugal e sexual mesmo dois anos após o parto, quando comparadas com mulheres que nunca tiveram depressão.

Os autores comparam esses resultados com evidências que sugerem que a maioria dos casais tem um pico de insatisfação conjugal no primeiro ano após o parto, e após isso a insatisfação começa a diminuir lentamente. Isso também pode estar relacionado com diminuição da frequência sexual 12 meses após o parto.

Muitos trabalhos mostram que pacientes com problemas sexuais, relatam maior sintomatologia depressiva do que pacientes sem problemas sexuais (Hayes, Dennerstein, Bennett, Sidat & Gurrin, 2008; Moeda, 2008; Pechorro, 2006). Além da depressão, o seu tratamento também interfere nas diferentes fases do ciclo de resposta sexual, provocando disfunções sexuais. Contudo, a relação causal entre depressão e disfunção sexual ainda não é clara (Leeman & Rogers, 2012; Moeda, 2008).

Apesar de alguns artigos científicos confirmarem o papel da depressão na disfunção sexual feminina, a direção exata de causalidade entre essas variáveis é difícil de ser apurada (Lucena, 2013). A depressão é um importante fator de risco para DS, da mesma forma que o desempenho sexual insatisfatório pode ser um fator de risco para depressão, conduzindo à perda de autoestima, da autoconfiança e à diminuição de libido. (Abdo, 2008; Lucena, 2013).

Segundo Ballone (2007), a diminuição da libido e o desinteresse sexual decorrentes da depressão podem prejudicar o relacionamento íntimo com o parceiro na medida em que o parceiro sente-se deixado de lado ou suspeita que não esteja mais sendo amado.

A partir de uma revisão de literatura, Piccini (2005) detectou que não apenas os distúrbios nos relacionamentos conjugais são concomitantes com a depressão, como eles podem preceder e suceder episódios depressivos.

Assim, a relação entre função sexual, satisfação conjugal e depressão pós-parto precisa ser melhor elucidada.

OBJETIVOS

Diante do exposto, essa pesquisa teve como objetivo geral verificar se existe relação entre o índice de função sexual e a satisfação conjugal em mulheres no puerpério remoto (dois a seis meses após o parto).

Os objetivos específicos foram:

- Identificar e descrever o índice de função sexual, através dos domínios do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), correspondente ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor na relação, em mulheres no puerpério remoto;

- Identificar e descrever quais domínios da função sexual apresentam maior alteração;

- Identificar o índice de satisfação conjugal de mulheres no puerpério remoto;

- Verificar se a renda, o grau de escolaridade, o tipo de parto, paridade e a amamentação interferem na função sexual;

- Verificar se a renda, o grau de escolaridade, a paridade e a amamentação interferem na relação conjugal no puerpério remoto;

- Verificar se existe relação entre sintomas depressivos e função sexual e entre sintomas depressivos e satisfação conjugal.

RESULTADOS ESPERADOS

Com essa pesquisa espera-se alcançar os seguintes resultados:

- 1- Que exista correlação entre função sexual e satisfação conjugal.
- 2- Que os domínios da função sexual com maior alteração sejam o do desejo e orgasmo.
- 3- Que as mulheres que amamentam apresentem menores índices de função sexual do que mulheres que não amamentam.
- 4- Que as mulheres que amamentam apresentem maior escore de satisfação conjugal do que mulheres que não amamentam.
- 5- Que o tipo de parto, a paridade, o grau de instrução e a renda não tenham influência na função sexual.
- 6- Que as mulheres com mais idade apresentem pior função sexual.
- 7- Que as múltíparas estejam mais satisfeitas com seu relacionamento do que as primíparas.
- 8- Que quanto maior a renda e o grau de escolaridade maior a satisfação conjugal.
- 9- Que as mulheres que amamentam apresentem menor escore de sintomas depressivos do que mulheres que não amamentam.
- 10- Que exista relação dos sintomas depressivos com a função sexual e com a satisfação conjugal.

MÉTODO

Consistiu em um estudo transversal, realizado em uma amostra intencional após anuência com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.

Participantes

As participantes da pesquisa foram 192 mulheres, com faixa etária de 18 a 43 anos, que se encontram no puerpério remoto, residentes na região metropolitana de Belém.

Crítérios de Inclusão

- Mulheres que estivessem entre dois e seis meses após o parto (puerpério remoto);
- Com vida sexual ativa nas últimas quatro semanas pelo menos;
- Mulheres com relacionamento estável há pelo menos um ano;
- Mulheres Heterossexuais.

Crítérios de Exclusão

- Mulheres que realizaram cirurgias de reconstituição do assoalho pélvico (perineoplastia), pois essa cirurgia pode corrigir alterações na musculatura que são responsáveis por disfunções sexuais;
- Mulheres com desordens neurológicas ou Diabetes Melitus (podem provocar disfunção sexual);
- Mulheres com anormalidades anorretais e urogenitais (anormalidades nessa região podem provocar alteração da função sexual).

Material

Para a realização dessa pesquisa foram utilizados computador, impressora, um software de análises estatísticas para análise dos dados (SPSS 4.0), envelopes e folhas de papel A4, lápis, caneta e lacres.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) e 4 questionários: Questionário sócio-econômico (ANEXO 2), *Female Sexual Function Index* (FSFI) (ANEXO 3), a escala do Amor do Questionário de Casamento e Relacionamento (MARQ) (ANEXO 4) e o Inventário de Depressão de Beck (ANEXO 5).

a) Questionário Sócio-econômico: Esse questionário foi elaborado pela pesquisadora e contém perguntas sobre idade da mãe e do bebê, tipo de parto, número de filhos, tipo de amamentação, uso de método contraceptivo, grau de instrução e renda.

b) *Female Sexual Function Index* (FSFI): é um teste baseado nas normas do Consenso Internacional de Desenvolvimento Conferência sobre Disfunções Sexuais Femininas, sendo um questionário desenvolvido para ser autoaplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Esse questionário foi validado por Hentschel, Alberton, Capp, Goldim & Passos (2007), sendo que foi aplicada a versão adaptada ao português por Pacagnella (2008).

c) Questionário de Casamento e Relacionamento ou *Marriage and Relationship Questionnaire* (MARQ): É uma escala autoaplicável que objetiva investigar os sentimentos e comportamentos de cada membro do casal relacionados com o

companheiro, seu relacionamento com o cônjuge e voltados para si. Essa escala é composta por 184 perguntas, divididas em 12 sub-escalas: amor, valores, laços de família, companheirismo, atratividade, ciúme sexual, conciliação, problemas pessoais, problemas circunstanciais, problemas com o parceiro, problemas com o relacionamento.

Nesta pesquisa foram utilizadas nove perguntas do questionário MARQ referentes à escala do amor. Essa escala contém questões que objetivam verificar a extensão da ligação emocional e amorosa do cônjuge ao seu parceiro. A pontuação varia de zero a sete, sendo zero indicando que as mulheres estão extremamente insatisfeitas e sete extremamente satisfeitas. Para realizar a apuração do resultado utilizou-se o Manual de Aplicação da Escala (Rebello *et al.*, 2014; Russell & Wells, 1993).

d) Inventário de depressão de Beck: É uma medida de autoavaliação de depressão usada tanto em pesquisa como na clínica. A escala original consiste de 21 itens que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (Gorestein & Andrade, 1998).

De acordo com Beck, Steer e Garbin (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo, podendo ser utilizado tanto em amostras com diagnóstico de depressão como em amostras não diagnosticadas para verificar a presença de sintomas depressivos. Para amostras não diagnosticadas, Kendall, Hollon, Beck, Hammen e Ingram (1987) recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20.

Esse inventário foi usado como forma de controle para verificar se as participantes da pesquisa apresentam sintomas depressivos e se esses sintomas podem afetar a função sexual e a qualidade da relação conjugal.

Ambiente

A pesquisa foi realizada no Posto de Saúde Escola do Marco, na sala de espera para a vacinação. Antes de começar a coleta de dados, a pesquisadora solicitou autorização da diretora do posto de saúde. Esse posto foi escolhido pela pesquisadora por possuir alta demanda em vacinação de crianças, além de ser freqüentado por mulheres de diferentes níveis de escolaridade e renda.

Procedimento

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical – NMT/ UFPA, com número de registro 570.436.

Primeiramente foram procuradas mulheres que estivessem levando seu filho para vacinar e que estivessem dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. Após explicar às mulheres do que se tratava a pesquisa, o pesquisador entregava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que elas assinassem.

Depois foram entregues os quatro instrumentos impressos, acompanhados de uma caneta.

O pesquisador responsável estava presente, porém limitou ao máximo sua interferência nas respostas, pois os instrumentos são autoexplicativos e avaliam a percepção individual do respondente. Não foi estabelecido limite de tempo para preenchimento dos instrumentos e as participantes respondiam o questionário no mesmo dia. Os questionários foram colocados dentro do envelope, lacrado pelas participantes.

ANÁLISE DE DADOS:

Tratamento dos dados da Escala FSFI:

O questionário FSFI possui dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão foi utilizado um padrão de resposta. As opções de respostas receberam pontuação entre zero a cinco de forma crescente.

Apenas nas questões sobre dor a pontuação foi definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas.

Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total conforme a tabela abaixo.

Tabela 2 – Escores dos domínios do FSFI.

Domínio	Questão	Variação do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1 – 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5.

Assim, para se chegar ao escore total foi realizada a soma dos valores das questões, essa soma foi multiplicada pelo fator de correção e, então, os valores de cada domínio foram somados originando um escore final. Os escores finais podem variar de 2 a 36. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual (Hentschel, et al. 2007; Wiegel, Meston & Rosen, 2005).

Wiegel, Meston e Rosen (2005) estabeleceram como nota de corte o escore 26,55. Em sua pesquisa foi verificado que 70.7% das informantes com pontuação abaixo desse valor apresentavam disfunção sexual e 88.1% das participantes com pontuação acima apresentavam boa função sexual.

Tratamento dos dados da Escala MARQ:

A escala do Amor do questionário MARQ é uma escala do tipo Likert, as questões têm cinco opções de resposta (A, B, C, D ou E). Cada resposta assinalada pelos participantes foi convertida em pontos da seguinte forma: A=1, B=2, C=3, D=4 e E=5; se elas fossem de ordem reversa, seriam convertidas da seguinte forma: A=5, B=4, C=3, D=2 e E=1. As questões de ordem reversa foram: 1,2,6,9. De acordo com o manual, as respostas omissas deveriam ser convertidas em três pontos.

A soma das respostas fornecidas pelas participantes por meio da escala do amor varia entre nove a 45, sendo que esse valor foi convertido em escores de satisfação (de um a sete). Os escores convertidos da escala do amor: **1** (9-23); **2** (24-31); **3** (32-37); **4** (38-41); **5** (42-43); **6** (44); **7** (45).

Para efeito de análise, a classificação dos níveis de satisfação das participantes foi subdividida em três faixas (1,3 e 5), conforme o trabalho de Rebelo (2012). A faixa 1 referente às participantes insatisfeitas (cuja pontuação incluía os escores de 1 a 2 pontos); a faixa 3 considerada como a das participantes medianamente satisfeitas (cuja pontuação incluía os escores de 3, 4, e 5 pontos) e a faixa 5, como a das participantes satisfeitas (cuja pontuação incluía os escores de 6 e 7 pontos).

Tratamento dos dados do Inventário de Depressão de Beck:

O inventário de depressão de Beck é composto por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três. Para se chegar a um escore total foi computado o resultado de cada item, depois a realizada a soma dos 21 itens. O escore

total pode variar de zero a 63. Nessa pesquisa foram utilizados os critérios de Kendall *et al.*, (1987) em amostras não diagnosticadas para verificar a presença de sintomas depressivos. Segundo esses critérios participantes com escore de 0 a 15 foram consideradas com pontuação normal, acima de 15 a 20 com disforia (estado transitório do estado de ânimo, como sentimentos de pena, tristeza e angústia) e acima de 20 com sintomas depressivos (Kendall *et al.*, (1987).

Os dados foram analisados estatisticamente por meio do programa SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) com o uso de testes não paramétricos.

Para as análises dos dados foram usados testes estatísticos não paramétricos de significância (teste Mann-Whitney para amostras independentes) assim como o teste estatístico não paramétrico de correlação de Spearman.

Primeiramente foram realizadas análises descritivas dos dados socioeconômicos, em termos de médias, desvios padrão, medianas e modas. Sua descrição foi representada a partir de histogramas de frequência, de forma a visualizar a normalidade dos dados.

RESULTADOS

1- Descrição geral dos dados:

1.1- Caracterização Geral das participantes

Foram avaliadas 192 mulheres, na tabela 3 estão descritas os dados socioeconômicos das participantes e na Tabela 4 os dados ginecológicos e obstétricos.

Tabela 3: Descrição dos dados socioeconômicos

Idade (N= 192)	M= 28,27 anos (DP= 5,849) Idade mínima 18 anos, Idade máxima 43 anos
Tempo de relacionamento (N=192)	6,22 anos (DP=4,544) 56,8% tinham até 5 anos de relacionamento 25% de 6 a 10 anos 18,2% com mais de 10 anos de relacionamento
Tempo decorrido do parto (N=192)	M= 3,83 meses (DP= 1,355) Tempo mínimo: 2 meses Tempo máximo: 6 meses
Status profissional (N=191)	18,8% das mulheres estavam trabalhando 81,2 % não estavam trabalhando
Nível de escolaridade (N= 190)	13,7% nível fundamental completo 45,3% nível médio completo 12,6% cursavam nível superior 21,1% nível superior 7,4% pós-graduação
Renda Familiar (N=188)	R\$ 3.393 (N=188, DP= 3432,025) Renda mínima: R\$ 300 Renda máxima: R\$16.000 19,1% até um salário 22,9% mais de um até dois salários

27,1% mais de dois até cinco salários
 10,6% de mais de cinco até oito salários
 20,2% mais de oito salários

Tabela 4: Descrição dos dados ginecológicos e obstétricos

Tipo de Parto (N= 192)	18,8% parto normal (N=36) 81,2% cesariana (N= 156)
Paridade (N=192)	57,8% primíparas (N= 111) 42,2% multíparas (N= 81)
Multíparas (número de filhos) (N=81)	31,8% dois filhos 8,9% três filhos 1,6 % quatro filhos
Amamentação (N=192)	74% amamentando (N=142) 26% não amamentavam (N=50)
Contraceptivo hormonal (N=189)	36% usavam (N=68) 64% não usavam (N=121)

2- Índices de Função Sexual das Participantes

2.1- Índice Geral de Função Sexual

A média total do FSFI foi de 26,88 (N=192, DP= 4,94), sendo que 42,7% das participantes apresentaram índice menor que 26,55 indicando a possibilidade de apresentar disfunção sexual. A média de cada domínio da função sexual está apresentada na tabela abaixo.

Tabela 5: Média dos domínios da Função Sexual

Domínio	Média	Desvio Padrão
Desejo	3,9	1,125
Excitação	4,33	0,927
Lubrificação	4,61	1,070
Orgasmo	4,85	3,308
Satisfação	4,98	1,03
Dor	4,44	1,325

2.2- Índices de Função Sexual de mulheres que amamentam e não amamentam

A média do FSFI das mulheres que estavam amamentando foi de 26,46 (N=142, DP=4,848). Enquanto que a média do FSFI das mulheres que não estavam amamentando foi de 28,09 (N= 50, DP=5,049).

Tabela 6: Média dos domínios do FSFI das mulheres que estavam amamentando e que não estavam amamentando

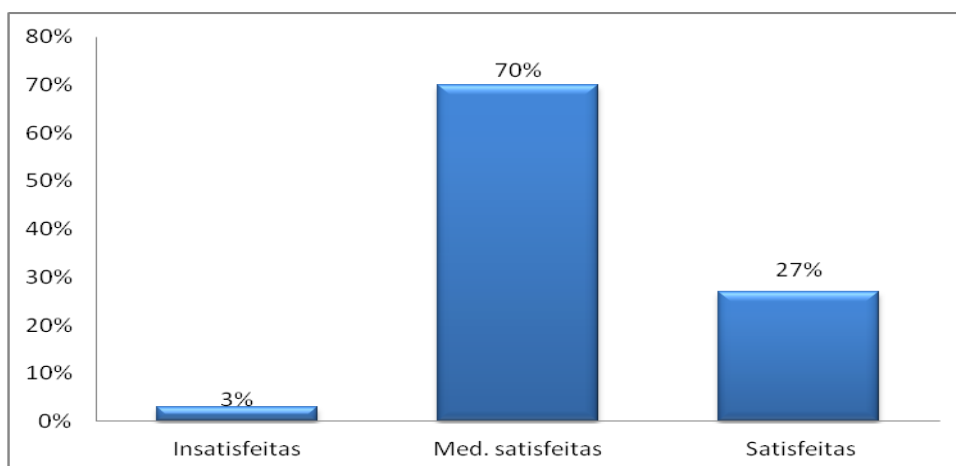
Domínio	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Grupo que amamenta	3,76 (DP=1,079)	4,28 (DP=0,934)	4,52 (DP=1,043)	4,54 (DP=3,795)	4,99 (DP=1,055)	4,35 (DP= 1,34)
Grupo que não amamenta	4,30 (DP=1,171)	4,46 (DP=0,902)	4,84 (DP=1,119)	4,86 (DP=1,109)	4,93 (DP=0,965)	4,70 (DP= 1,26)

3 - Índices de Satisfação Conjugal das participantes

3.1 – Índice Geral de Satisfação Conjugal das participantes

A média da pontuação bruta do escore da escala do amor foi 4,82 (N=192, DP=1,57). 3,2% insatisfeitas, 70% medianamente satisfeitas e 26% satisfeitas, conforme figura abaixo.

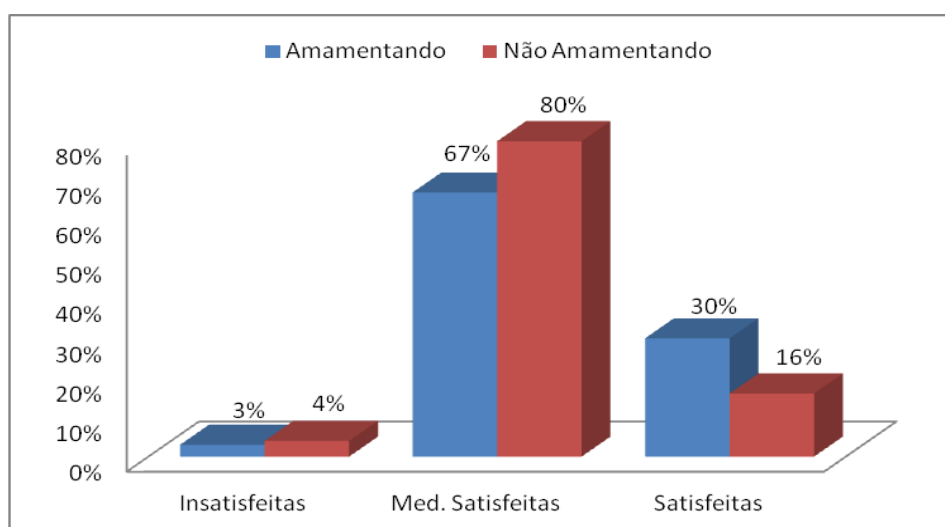
Figura 1: Índice de satisfação conjugal das participantes



3.2- Índices de Satisfação Conjugal de mulheres que amamentam e não amamentam

A média do escore bruto da escala do amor nas mulheres que estavam amamentando é de 4,89 (N=142, DP= 1,28). Sendo que 3% estão insatisfeitas, 66% medianamente satisfeitas e 30% satisfeitas. Já a média do escore das mulheres que não estavam amamentando foi de 4,64 (N=50, DP= 1,191). 4% estão insatisfeitas, 80% medianamente satisfeitas e 16% satisfeitas. Na figura abaixo estão descritos as porcentagens de satisfação das mulheres que estavam e não estavam amamentando.

Figura 2: Índice de Satisfação: Amamentando X Não Amamentando



4- Função sexual

As mulheres que estavam amamentando ($Mediana_{\text{amamentando}}= 26,85$) possuem índice de função sexual menor do que mulheres que não estavam amamentando ($Mediana_{\text{nãoamamentando}}= 29,30$) sendo que essa diferença foi estatisticamente significativa ($U=2754,000$, $p=0,018$, $r= -0,170$).

Conforme a tabela 7 as mulheres que estavam amamentando apresentaram menores escores nos domínios do desejo, lubrificação e orgasmo, sendo que essa diferença foi estatisticamente significativa. As comparações dos domínios da excitação ($p= 0,21$, NS), dor ($p= 0,12$, NS) e satisfação sexual ($p= 0,4$, NS) não foram significativas.

Tabela 7: Comparação dos domínios do FSFI entre as mulheres que estavam amamentando e que não estavam amamentando

Domínios	Mann-Whitney	R	p	Mediana
Desejo	2632,000	-0,199	0,006	$Mediana_{\text{amamentando}}= 3,60$
				$Mediana_{\text{nãoamamentando}}= 4,30$
Lubrificação	2877,000	- 0,144	0,045	$Mediana_{\text{amamentando}}= 4,50$
				$Mediana_{\text{nãoamamentando}}= 5,10$
Orgasmo	2838,000	- 0,153	0,034	$Mediana_{\text{amamentando}}= 4,80$
				$Mediana_{\text{nãoamamentando}}= 5,20$

Ao comparar a função sexual de acordo com o grau de instrução, encontrou-se que as mulheres com nível fundamental ($Mediana_{\text{nívelfundamental}}= 25,6500$; $N=26$) apresentaram pior índice de função sexual do que mulheres com nível médio ($Mediana_{\text{nívelmédio}}= 28,1000$, $N=86$), sendo que esse resultado estatisticamente significativo ($U= 826,500$, $p=0,045$, $r= -0,189$). As comparações entre os demais graus de instrução não foram significativas.

As seguintes comparações da função sexual não foram significativas: entre mulheres que tiveram partos normais e cesarianos ($p= 0,23$, NS); entre mulheres

primíparas com mulheres múltíparas ($p= 0,33$, NS) e entre mulheres divididas em categorias de 18 a 30 anos ($N=117$) com mulheres de 31 a 43 anos ($N=75$) ($p=0,13$, NS). Não houve correlação entre renda e função sexual ($p=0,937$, NS).

6- Satisfação conjugal

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no nível de satisfação conjugal nas seguintes comparações: entre mulheres que estavam amamentando e não estavam amamentando ($p= 0,19$, NS) e entre mulheres primíparas e múltíparas ($p=0,5$, NS).

Também não foi encontrada correlação entre renda e satisfação conjugal ($p=0,122$, NS). As mulheres com renda superior a oito salários (Mediana_{até 1 salário mínimo} = 5,0000, $N=38$) possuem maior índice de satisfação conjugal maior do que mulheres que possuem renda familiar de até um salário (Mediana_{mais de 8 salários} = 5,0000, $N= 36$), sendo que essa diferença foi estatisticamente significante ($U= 506,500$, $p= 0,044$, $r= -0,234$). As comparações entre as demais categorias de renda não foram significativas.

Usando o teste Mann-Whitney para comparar a satisfação conjugal os diferentes graus de escolaridade, as mulheres com nível fundamental ($N= 26$) apresentaram escores de satisfação conjugal estatisticamente mais baixos do que mulheres com nível médio ($N=86$) (Mediana_{nívelfundamental} = 4,0000 e Mediana_{nívelmédio} = 5,0000, $U= 802,000$, $p=0,023$, $r= -0,214$), que faziam graduação ($N=24$) (Mediana_{nívelfundamental} = 4,0000 e Mediana_{graduação} = 5,0000, $U= 164,500$, $p=0,003$, $r= -0,419$) e que possuíam pós-graduação ($N= 14$) (Mediana_{nívelfundamental} = 4,0000 e Mediana_{pós-graduação} = 6,0000, $U=85,000$, $p=0,005$, $r= -0,445$). As mulheres com pós-graduação também apresentaram escores de satisfação significativamente mais altos do que mulheres com nível médio (Mediana_{nívelmédio} = 5,0000 e Mediana_{pós-graduação} = 6,0000, $U= 384,500$, $p=0,025$, $r= -$

0,223) e nível superior (N=40) ($Mediana_{nívelsuperior} = 5,0000$ e $Mediana_{pós-graduação} = 6,0000$, $U=171,500$, $p=0,027$, $r= -0,300$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos níveis de satisfação conjugal quando comparadas a satisfação conjugal entre as seguintes categorias: nível médio e graduação ($p=0,09$, NS); nível médio e nível superior ($p=0,81$, NS); graduação e nível superior ($p=0,10$, NS) e graduação e pós-graduação ($p=0,23$, NS).

7- Função sexual e Satisfação conjugal

Foi comparado o índice de satisfação conjugal de mulheres com disfunção sexual (N= 82, M= 4,55, DP= 1,371) e sem disfunção sexual (N=110, M= 5,03, DP= 1,129). As mulheres com disfunção sexual apresentaram índice de satisfação conjugal significativamente menor do que a mulheres que não apresentaram disfunção sexual ($Mediana_{comdisfunção} = 5,0000$, $Mediana_{semdisfunção} = 5,0000$, $U = 3654,500$, $p = 0,02$, $r = -0,167$).

Foi encontrada uma correlação fraca e positiva entre o índice de função sexual e a satisfação conjugal $r_s=0,216$, $r^2=0,05$, $p=0,003$. Portanto quanto maior o índice de função sexual maior o escore de satisfação conjugal. Por extensão cerca de 3% da variedade da função sexual está associada à satisfação conjugal, com o restante decorrente de outros fatores.

8- Escores do Inventário de Depressão de Beck

A média do escore de depressão de Beck foi de 9,55 (N= 192, DP=7, 423), o que é indicativo de que não existe alteração. O valor mínimo foi 0 e o máximo foi 36. 82,3% apresentaram escore normal, 6,8% apresentaram disforia e 10,9% valores indicativos de sintomas depressivos.

As mulheres que estavam amamentando apresentaram média do escore de depressão de Beck de 9,67 (N=142, DP= 7,666). O valor mínimo foi 0 e o máximo foi 36. 82,4% apresentaram escore normal, 5,6% apresentaram disforia e 12% indicativo de sintomas depressivos.

As mulheres que não estavam amamentando apresentaram média do escore de depressão de Beck 9,2 (N=50, DP= 6,746). O escore mínimo foi de 0 e máximo foi de 30. 82% estavam normal, 10% apresentavam disforia e 8% indicativo de sintomas depressivos.

Não foi encontrada diferença no escore de depressão de Beck entre mulheres que estavam amamentando e não estavam amamentando. Não foi encontrada correlação entre satisfação conjugal e sintomas depressivos ($p=0,19$, NS).

Foi encontrada uma correlação fraca e negativa entre sintomas depressivos e função sexual ($r_s=-0,375, r^2= 0,14$, $p=0,001$). Esse resultado indica que quanto mais sintomas depressivos pior a função sexual. Por extensão, 14% da variedade da função sexual está associada a sintomas depressivos, o restante é atribuído a outros fatores.

A tabela abaixo mostra que todos os domínios da função sexual que apresentam correlação fraca e negativa com os sintomas depressivos.

Tabela 8: Domínios do FSFI e sintomas depressivos

Domínios	r_s	r^2	P
Desejo	-0,179	0,032	0,013
Excitação	-0,277	0,0767	0,001
Lubrificação	-0,263	0,0691	0,001
Orgasmo	-0,297	0,0882	0,001
Satisfação	-0,280	0,0784	0,001
Dor	-0,315	0,0992	0,001

Resultados esperados e Resultados alcançados

Tabela 9: Resultados esperados e Resultados Alcançados

Resultados Esperados	Resultados alcançados
Que exista correlação entre função sexual e satisfação conjugal.	Foi encontrada correlação fraca e positiva entre satisfação conjugal e função sexual
Que os domínios da função sexual com maior alteração sejam o do desejo e orgasmo.	Os domínios da função sexual que apresentaram maior alteração foram o domínio do desejo e excitação
Que as mulheres que amamentam apresentem pior índice de função sexual do que mulheres que não amamentam	As mulheres que amamentam apresentaram índice função sexual pior do que mulheres que não amamentam
Que as mulheres que amamentam apresentem maior escore de satisfação conjugal do que mulheres que não amamentam	Não houve diferença no nível de satisfação conjugal entre mulheres que amamentam e não amamentam
Que o tipo de parto, a paridade, o grau de instrução e a renda não tenham influência na função sexual	O tipo de parto, a paridade e a renda não tiveram influência na função sexual. Quanto ao grau de instrução a única relação encontrada foi que mulheres com nível fundamental apresentaram pior índice de função sexual quando comparadas com mulheres com médio
Que as mulheres mais com mais idade apresentem pior função sexual.	Não foi encontrada diferença na função sexual quando comparadas mulheres de 18 a 30 anos com mulheres com 30 a 43 anos.
Que as multíparas estejam mais satisfeitas com seu relacionamento do que as primíparas.	Não foi encontrada diferença na satisfação conjugal entre mulheres multíparas e primíparas
Que quanto maior a renda e o grau de escolaridade maior a satisfação conjugal.	Foi encontrado que quanto maior a renda e a escolaridade maior a satisfação conjugal.
Que as mulheres que amamentam apresentem menor escore de sintomas depressivos do que mulheres que não amamentam.	Não foi encontrada diferença nos sintomas depressivos de mulheres que amamentam e não amamentam.
Que exista relação entre sintomas depressivos com função sexual e com a satisfação conjugal	Foi encontrada correlação fraca e positiva entre sintomas depressivos e função sexual. Não foi encontrada correlação entre sintomas depressivos e satisfação conjugal.

Discussão

A média do índice de função sexual encontrado por essa pesquisa foi de 26,88, o que não indica disfunção sexual, conforme Wiegel (2005). Os valores indicativos de disfunção sexual definidos pelos autores acima são os abaixo de 26,55.

Apesar da média geral não ser indicativa de disfunção, 42,7% das participantes da pesquisa apresentaram valores abaixo da nota de corte, indicando que apresentam disfunção sexual. Essa porcentagem é semelhante à encontrada em outra pesquisa (Boroumandfar *et al.*, 2010).

Atribui-se este baixo índice de função sexual em mulheres no puerpério a diversos fatores hormonais: redução de estrogênio e androgênios, que contribui para secura vaginal, relações sexuais dolorosas; ambientais: falta de tempo e energia, muitas demandas de cuidados com a criança, fadiga; psicológicos: stress e preocupação com a qualidade da relação conjugal e com outra gravidez (Malakotil, Zamanzadeh, Maleki & Khalili, 2012).

Algumas questões podem ser levantadas com relação aos achados com as participantes desta pesquisa e com os dados relatados na literatura da área. Será esta prevalência considerável de disfunção sexual encontrada entre as puérperas, verdadeiramente disfunção sexual? Ou será uma estratégia específica das espécies primatas que têm filhotes de desenvolvimento lento e que demandam muito cuidado parental? Tomando os fatores hormonais discutidos na literatura como fatores contribuintes para a disfunção sexual como exemplo, podemos identificar que estes hormônios orquestram uma redução da libido feminina. Qual a razão para isso?

Entre os seis domínios do FSFI avaliados, os que apresentaram menor escore foram o domínio do desejo, seguido pelo domínio da excitação, conforme outras pesquisas (Botros *et al.*, 2006; Khajehei, Ziyadlou, Safari, Tabatabaee & Kashefi,

2009). Já o domínio da satisfação sexual foi o que apresentou maior escore. Esse resultado sugere que mesmo as mulheres apresentando alteração na função sexual, elas estão satisfeitas com sua vida sexual.

Os comportamentos de carícias e preliminares são mais importantes para a satisfação sexual do que o próprio intercursos sexual visto que as preliminares estão associadas à produção de oxitocina, fazendo com que a mulher fique mais receptiva para a relação sexual, mesmo apresentando uma alteração no desejo devido a vários fatores, entre eles a ação da prolactina que age na diminuição da testosterona. Então se o homem souber investir nas preliminares, a mulher pode superar essa diminuição do desejo e sentir-se satisfeita com sua vida sexual (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

O papel da modulação hormonal na função sexual da mulher pode ser confirmado pelos dados de amamentação, visto que as mulheres que estavam amamentando apresentaram índices de função sexual menores do que mulheres que estavam amamentando, resultado esse corroborado pela literatura (Rowland, Foxcroft, Hopman & Patel, 2005; Yee, Kaimal, Nakagawa, Houston & Kuppermann, 2013). Os menores escores do desejo, lubrificação e orgasmo em mulheres que estavam amamentando, também confirmam essa ação hormonal no puerpério. (Alves, 2008; Rea, 2004, Malakotil *et al.*, 2012). Após o parto ocorre diminuição dos níveis de progesterona, estrogênio e testosterona e aumento dos níveis de prolactina e oxitocina. A prolactina tem sido amplamente associada aos baixos níveis de impulso sexual. Já a oxitocina é encontrada em alta associação com os elos afetivos com os filhos e com o cônjuge (Carlson, 2013).

Segundo a psicologia evolucionista, apesar do desejo sexual ter evoluído por ter motivado os indivíduos a buscar parceiros para o acasalamento, a sua diminuição nesse período provavelmente foi necessária por ter feito a mãe voltar sua atenção para criação

dos filhos (Fisher, Aron & Brown, 2006). Dessa forma essa modulação hormonal após o parto deve ter se mantido no decorrer da evolução da espécie humana, por ter contribuído para o cuidado parental, visto que nesse momento a oxitocina aproxima mais a mulher do bebê do que do parceiro (Meston & Buss, 2011). Além de poder ter contribuído para garantir um prazo adequado entre os nascimentos, de forma que as mães ancestrais que puderam cuidar da sua prole, sem esgotar seus recursos com proles coetâneas, tiveram maior sucesso (Meston & Buss, 2011; Silva & Sousa, 2014).

Nessa pesquisa foram investigados se o tipo de parto, paridade, idade, renda familiar e grau de escolaridade poderiam influenciar a função sexual.

Quanto ao tipo de parto, não foi encontrada diferença entre mulheres que tiveram parto normal e cesariana. Esse resultado está de acordo com a literatura que mostra que os problemas na função sexual que ocorrem em mulheres após o parto independem do tipo de parto (Acele & Karaçam, 2011; Alves, 2008; Khajehei *et al.*, 2009).

Esse resultado mostra que o tipo de parto não é um fator determinante para desencadear disfunção sexual no puerpério, por isso a cesariana não precisa ser escolhida como uma forma de proteção contra problemas na função sexual.

Em relação à paridade, também não houve diferença na função sexual de mulheres primíparas e múltíparas. Não foram encontradas na literatura pesquisas que mostram diferença na função sexual entre mulheres primíparas e múltíparas, visto que as pesquisas sobre o funcionamento sexual são apenas com primíparas. Contudo dados de outra pesquisa não mostraram diferença na força muscular do assoalho pélvico entre mulheres múltíparas e primíparas (Narciso *et al.*, 2010).

Não houve diferença no índice de função sexual de acordo com a faixa etária. Foram encontradas pesquisas relacionando a presença de problemas sexuais com maior

idade materna, mas sem abordar a função sexual (Acele & Karaçan, 2011; Brummen, Bruinse, Van de Pol, Heintz & Vaart; 2006). A divergência entre o resultado dessa pesquisa com outras pode estar relacionado com a diferença na abordagem, pois enquanto nesse estudo é pesquisado o funcionamento sexual, nas outras pesquisas são abordados a existência de algum tipo de problema na relação sexual. Outra diferença está que no presente estudo as participantes se encontravam no período de dois a seis meses após o parto e nos outros estudos até um ano após o parto.

Em relação à renda, não foi encontrada relação entre renda familiar e função sexual e a comparação entre a função sexual e os diferentes graus de instrução revelou que a única comparação significativa foi entre as mulheres com nível fundamental e as mulheres com nível médio, sendo que as mulheres com nível fundamental apresentaram pior índice de função sexual. Este resultado está condizente com a pesquisa realizada por Prado, Mota e Lima (2010) na qual não foi observada associação entre função com a renda e com o grau de instrução, sendo que a única diferença encontrada foi no menor índice de função sexual das mulheres com nível fundamental comparadas com mulheres de nível superior.

Mulheres com nível fundamental podem apresentar piores condições de trabalho, saúde e lazer, o que pode gerar estresse, diminuir a disponibilidade sexual e comprometer tanto qualidade de vida quanto a função sexual (Prado *et al.*, 2010)

No que diz respeito à satisfação conjugal, a maioria das participantes está medianamente satisfeita (70,4%) ou satisfeita (26,4%) com seu relacionamento. Esse nível elevado de satisfação também foi encontrado em outras pesquisas com mulheres no puerpério remoto (Boroumandfar *et al.*, 2010). Assim como outras pesquisas utilizando a escala do Amor do questionário MARQ também encontraram altos índices de satisfação (Cardoso, 2013; Rebello, 2014). Apesar de não haver diferença

estatisticamente significativa no índice de satisfação conjugal entre mulheres que amamentavam e não amamentavam, o grupo de amamentava apresentou maior porcentagem de mulheres que se encontravam na faixa de satisfeitas (30,3%) de que mulheres que não amamentavam (16%).

Evidências mostram que mães que são mais satisfeitas e comprometidas com seu relacionamento são mais propensas a envolver-se em alguns comportamentos parentais positivos, como a amamentação (Seltzer, 2000, Erel & Burman, 1995, Voydanoff & Donnelly, 1998, Gibson-Davis & Brooks-Gunn, 2007).

Esses resultados mostram que a maioria das participantes da pesquisa está satisfeita com seu relacionamento amoroso, com uma tendência maior para as mulheres que estavam amamentando. Esses altos níveis de satisfação no puerpério podem estar relacionados como o fato de que os circuitos neurais responsáveis pelo amor materno serem semelhantes aos circuitos relacionados com o amor romântico, e estão associados com os receptores de oxitocina e vasopressina, que são hormônios relacionados com o apego e o amor romântico e são responsáveis por ativarem áreas de recompensa que proporcionam sensação de bem-estar e felicidade. Então, apesar desses circuitos neurais e da fisiologia relacionada com a atuação da oxitocina, provavelmente terem sido selecionados por fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebê, devem ter sido estendidos para fortalecer o vínculo entre os casais (Bartels & Zeki, 2004; Fisher *et al.*, 2006).

Isso pode explicar porque as participantes estão tão satisfeitas, visto que as pesquisas têm mostrado que a produção de oxitocina após o parto não está relacionada apenas com a amamentação, mas também com os cuidados parentais (Carlson, 2013; Kim *et al.*, 2011; Kuzawa *et al.*, 2010).

Também foi pesquisada a influência da paridade, renda e grau de escolaridade na satisfação conjugal.

O resultado mostrou que não há diferença no nível de satisfação conjugal entre mulheres primíparas e múltíparas, esse resultado está de acordo com a literatura (Antunes, 2008).

Em relação ao grau de escolaridade, as mulheres com maior grau de escolaridade apresentaram maior satisfação conjugal, podendo estar relacionadas com habilidades sociais mais desenvolvidas. Quanto à renda, não foi encontrada correlação entre renda familiar e satisfação conjugal. No entanto, quando foram comparadas as diferentes categorias, as mulheres que possuíam renda familiar de até um salário mínimo apresentaram pior satisfação conjugal do que mulheres que com renda familiar superior a oito salários. Isso pode ser confirmado pelos dados de outro estudo que encontrou correlação entre renda e satisfação conjugal e entre renda e escolaridade (Rizzon *et al.*, 2013). Segundo os autores a relação entre renda e escolaridade é coerente com dados que apontam que atividades que exigem maior escolaridade tendem a oferecer maior remuneração.

O pior índice de satisfação em mulheres com renda familiar de até um salário mínimo, pode estar relacionado com o fato da mulher estar vivendo em um ambiente com poucos recursos para si e para a criação da prole, não encontrando no seu parceiro um bom provedor, gerando insatisfação com o seu relacionamento conjugal.

O principal objetivo dessa pesquisa foi verificar se havia relação entre satisfação conjugal e função sexual após o parto. O resultado indicou que existe uma correlação fraca e positiva entre essas variáveis, o que significa que uma pode influenciar a outra, porém essa influência não é determinante visto que a correlação é fraca. Além disso, as mulheres com disfunção sexual apresentaram índice de satisfação conjugal inferior ao das mulheres sem disfunção sexual.

Esse resultado é corroborado com a literatura que mostra que as mulheres que estão mais satisfeitas com seu relacionamento conjugal experimentam satisfação sexual superior tanto na gravidez como no pós-parto (De Judicibus & McCabe, 2002; Kisa, Zeyneloğlu & Güner, 2014; Witting *et al.*, 2008).

O resultado dessa pesquisa mostra que o sexo é importante para satisfação conjugal, mas que não é um fator determinante visto que a correlação é fraca, e as participantes apresentam alto escore de satisfação, mesmo apresentando uma prevalência considerável de disfunção sexual.

Isso sugere que as causas que contribuem para a satisfação conjugal podem variar de acordo com o estágio do relacionamento. Quando o casal não tem filhos, a satisfação está voltada mais para o prazer sexual, visto que a reprodução é importante para perpetuação da espécie. Mas muitas pesquisas têm mostrado que após o nascimento de um filho ocorrem mudanças fisiológicas tanto na mulher, como no homem, que fazem com que o sexo tenha menos importância e que o casal volte sua atenção para o cuidado da prole, mantendo-se feliz e com altos níveis de satisfação, mesmo com alteração na função sexual (Feldman, 2012; Kim *et al.*, 2011; Kuzawa *et al.*, 2010; Gordon *et al.*, 2010; Gray *et al.*, 2006).

No presente estudo foram também investigadas a prevalência de sintomas depressivos, e a relação desses sintomas com a amamentação, a função sexual e a satisfação conjugal.

A prevalência de sintomas depressivos em mulheres no puerpério remoto encontrada nessa pesquisa foi de 10,9%. Esse resultado está de acordo com a literatura, que mostra que a prevalência de sintomas depressivos após o parto está em torno de 10 a 18% (Acele & Karaçam, 2011; Di Marco, Gambaro, Zeppego & Gramaglia, 2014).

Em relação à amamentação não houve diferença estatisticamente significativa nos sintomas depressivos entre mulheres que amamentam e não amamentam. Esse resultado está de acordo com a pesquisa de Hassert e Kurpius (2011). Já a revisão de Figueiredo *et al.* (2013) mostra que a amamentação pode promover processos hormonais que protegem as mães contra a depressão pós-parto.

Dessa forma ainda existem dados ambíguos na literatura e outros estudos precisam ser realizados para elucidar a relação entre sintomas depressivos e amamentação, utilizando mulheres com diagnóstico de depressão pós-parto, o que não foi realizado na presente pesquisa.

No que diz respeito à função sexual, foi encontrada uma correlação fraca e negativa com sintomas depressivos, indicando que quanto maior os escores de sintomas depressivos, pior a função sexual. Também foi encontrada uma correlação fraca e negativa entre sintomas depressivos e todos os domínios da função sexual. Esse resultado é corroborado pela literatura (Moeda, 2008).

Em relação à satisfação conjugal, não foi encontrada correlação entre sintomas depressivos e satisfação conjugal. Esse resultado não está de acordo com a literatura que afirma que existe uma associação entre depressão materna e dificuldades conjugais (Hassert e Kurpius, 2011; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005; Moraes, Figueira & Piazza, 2008).

Uma das possíveis explicações para a divergência da presente pesquisa com outras, é que as pesquisas que encontram associação entre satisfação conjugal e sintomas depressivos apontam para conflitos no relacionamento como o fator relacionado com os sintomas depressivos, contudo apesar do questionário MARQ possuir uma escala que mede a presença de conflitos no relacionamento, nessa pesquisa

foi utilizado apenas escala do Amor, que avalia o componente da satisfação conjugal relacionado com a vinculação amorosa.

Outra explicação é que nos trabalhos que encontram associação entre sintomas depressivos e conflitos no relacionamento conjugal pode ocorrer por outros fatores associados como baixa renda, filhos com problemas de saúde, entre outros fatores que são considerados como de risco para depressão pós-parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa mostraram que existe relação entre função sexual e satisfação conjugal em mulheres no puerpério remoto, contudo essa relação não é tão forte como pode ser em outras fases da vida na mulher. A prevalência considerável de disfunção sexual associada a um alto índice de satisfação conjugal nos leva a colocar questões sobre a adequação do uso do conceito de disfunção sexual quando se examina a sexualidade de puérperas. Talvez o que encontramos nos nossos dados e o que é descrito na literatura, seja a demonstração clara de uma estratégia típica de grandes primatas, selecionada por ter permitido a sobrevivência de uma prole de desenvolvimento lento e muito dependente de cuidado. É possível que o fato das puérperas, declararem satisfação emocional com seu relacionamento amoroso, - apesar de os instrumentos de medida de função sexual demonstrarem que há um grande percentual delas com baixa qualidade em vários domínios da resposta sexual, além de baixa frequência destas relações -, seja mais um indício de que as restrições impostas pela fisiologia das mulheres nesta condição, foi um mecanismo de proteção à prole selecionado ao longo da evolução da espécie e não um padrão sexual disfuncional. Em nossos resultados, dos fatores investigados, identificados como contribuindo para disfunção sexual no período estudado foram a amamentação e os sintomas depressivos. No entanto, é necessário entender a lógica destas relações identificadas.

Durante a amamentação predominam os hormônios prolactina, que favorece a produção de leite, ao mesmo tempo em que inibe a produção de testosterona, e a oxitocina. Esta modulação hormonal pode estar indicando que o cuidado com a prole é prioritário no primeiro ano pós-parto, e, portanto, pode ser interpretada como um depressor do desejo e excitabilidade sexual. Mas, também estão presentes na corrente sanguínea destas mães, altas doses de oxitocina, hormônio largamente correlacionado

com toques afetuosos, ligações afetivas e elo relacional entre mãe e bebê, em todos os mamíferos. A oxitocina também está relacionada aos padrões de apego, ou de ligação afetiva, e junto com a vasopressina são relacionados ao amor romântico (Fisher, 2000, 2004, 2010; Rebello *et al*, 2014). Análise da fisiologia da amamentação parece indicar que este jogo hormonal favoreceu as mães ancestrais que apresentaram padrões comportamentais de menor busca sexual e maior relacionamento afetivo. Aquelas que apresentavam esta fisiologia e o fenótipo comportamental de buscar e/ou aceitar outros tipos de relacionamentos físicos com seu parceiro e evitar o relacionamento sexual frequente, característico de outros momentos da vida, foram favorecidas. As que funcionaram assim obtiveram melhor ganho reprodutivo, uma vez que mantiveram seu parceiro cooperando com o cuidado biparental tipicamente humanos, ao mesmo tempo em que mantinham o tempo entre gestações adequado ao ambiente de seleção da espécie e a prole de nascimento particularmente prematuro. Possivelmente, estas modulações hormonais são responsáveis pela cooptação do sistema neural do apego filial para o apego romântico, facilitado, no nosso caso, pelo cio encoberto e disponibilidade sexual máxima, típica da fêmea humana. Se as relações forem estas, é de se esperar que as mulheres puérperas tenham um padrão sexual bastante diferenciado durante o primeiro ano pós-parto. E é isto que encontramos em nossa pesquisa e nos dados relatados na literatura da área. No entanto, a compreensão corrente é que este jogo hormonal é produtor de disfunção sexual, ao invés de ser reconhecido como uma estratégia evolucionária, advinda das nossas características específicas como a bipedia e o crânio expandido dos nossos bebês, cujo amadurecimento cerebral e corporal só se completa no final do primeiro ano de vida.

Se olharmos nossos dados desta perspectiva, precisaremos de amostras maiores e equiparadas, e de planos de pesquisas específicos para confirmar essa influência da

amamentação na função sexual. Os benefícios da amamentação já identificados, tanto para o bebê quanto para a mãe são inúmeros e já bem descritos.

Outros fatores identificados aqui como contribuindo para a satisfação conjugal nesse período foram: maior renda e maior grau de escolaridade, variáveis que estão associadas com maior provisão de recursos para a mulher e para a prole.

Apesar de existirem muitos estudos sobre função sexual, satisfação conjugal e sintomas depressivos após o parto, poucas pesquisas mostram a correlação entre esses três aspectos. A maior contribuição dessa pesquisa, que a difere de outras, é a utilização da abordagem da Psicologia Evolucionista, que ajuda a compreender de uma forma mais ampla os fenômenos estudados. Além disso, foi de suma importância a utilização do instrumento FSFI como medida de função sexual, aplicado a mulheres em período de amamentação. Em nossas revisões, não foi encontrado nenhum trabalho usando este instrumento para medir função sexual neste período específico da vida feminina.

Apesar da necessidade de maior comprovação, a relevância destas conclusões pode nos indicar a necessidade de: a) conscientizar casais de que as diferenças na vida sexual deles durante o primeiro ano de vida do bebê é normal e saudável para ambos; b) conscientizá-los de que os domínios deprimidos na função sexual da mulher, como o desejo, lubrificação e excitação, podem ser superados por uma ampliação das carícias preliminares, e é provável que isso leve ao intercurso sexual satisfatório para ambos; c) ensiná-los a reconhecer que a qualidade dos aspectos afetivos da relação podem ser preservados mesmo que os intercursos sexuais sejam em menor número; d) esclarecer o casal, e ao marido em particular, que estas novas relações afetivas e sexuais estão altamente relacionadas com a fisiologia feminina e que são perfeitamente normais no primeiro ano pós-parto; e) estes esclarecimentos podem contribuir como redutores de

ansiedade, mal entendidos, violência e abandono da companheira e da prole recém nascida.

Referências:

- Abdo, C.H. (2004). Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini.
- Abdo, C.H. (2005). Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Rev Diagn Tratamento*, 10 (4), 220-222, 2005.
- Abdo, C.H. (2008). Da depressão à disfunção sexual (e vice e versa). 2ª edição, Rio de Janeiro: Vizoo Editora.
- Abdo, C.N., Oliveira, W.M, Junior, Moreira, E.D., Junior & Fittipald, J.A.S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women- results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Reserch*, 16, 160-166.
- Abdo, C.N & Fleury, H.J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiq. Clin*, 33(3), 162-167.
- Acele, EA & Karaçam, Z. (2011). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing* 21, 929–937.
- Ahn, Y., Sohn, M. & Yoo, E. (2010). Breast Functions Perceived by Korean Mothers: Infant Nutrition and Female Sexuality. *Western Journal of Nursing Research*, 32(3) 363–378.
- Ainsworth, M.D, Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale, Nova Jersey.

- Alves, M. G. C. (2008). Factores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Sexualidade Humana. Universidade de Lisboa.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder 4. Ed. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). DSM- 5- Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th edition. American Psychiatric Press, USA.
- Antonioli, R. S. & Simões, D. (2010). Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Ver. Neurocenc.*, 18(2), 267-274.
- Antunes, M.S.C.(2008). Relação conjugal no pós-parto: diferenças de gênero. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Avery, M.D, Dukett, Frantzich, C.R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous woman. *Journal of Midwifery e Woman's Health*, 45(3), 227-237.
- Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A. & Varolan, A. (2007). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J*, 18:401–406.

Baracho, E. (2007) *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de*

Mastologia. 4ª ed.revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.

Bartels, A. & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *NeuroReport*, 11 (17): 3829–3834.

Bartels, A. & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, 21, 1155–1166.

Boroumandfar, K., Rahmati, M.G., Farajzadegan, Z. & Hoseini, H. (2010). Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 15(4), 220–223.

Bottino, M.N., Nadanovsky, P., Moraes, C.L., Reichenheim, E. & Lobato, G. (2012) Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *Journal of Affective Disorders* 142: 219–224.

Botros, S.M., Abramov, Y., Miller, J.R., Sand,P.K., Gandhi, S., Nickolov, A. &

Goldbarg, R.P. (2006). Effect of parity on sexual function: An identical twin study.

Obstet Gynecol, 1 07:765–70.

Bowlby (1989). *Uma base segura. Aplicações clínicas da Teoria do Apego*. Porto

Alegre: Editora Artes Médicas.

- Brewis, A.; Meyer, M. (2005). Demographic Evidence That Human Ovulation Is Undetectable (At Least in Pair Bonds). *Current Anthropology*, 46(3): 465-71.
- Brito R.S. & Oliveira E.MF. (2006). Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Rev Gaúcha Enferm*, 27(2):193-202.
- Britton, J.R., Britton, H.L & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. *PEDIATRICS*, 118 (5): 1436-1443.
- Brummelte, S.; Galea, L.A.M. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34 (5):766-776.
- Buss, D.M. (2006). Strategies of human mating. *Psychological Topics*, 15, 239-260.
- Buss, D.M. & Schmitt, D.P. (1993). Sexual Strategies Theory: An evolutionary Perspective on Human Mating. *Psychological Review*, 100 (2), 204-232.
- Byrd, J.E., Hyde, J.S., DeLamater, J.D & Plant, E.A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract*, 47(4): 305-308.
- Carlson, N.R. (2013). *Physiology of Behavior*. New Jersey: 11a edition, Pearson Education.
- Crenshaw, T.L. (1998). *A alquimia do amor e do tesão: Como os hormônios sexuais determinam quem, quando e com que frequência nós amamos*. Editora Record, Rio de Janeiro.

- Cardoso, V.A. (2013). Relação entre ciúme romântico e satisfação conjugal. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará.
- Defelipe, R. & Bussab, V. (2012). Maternal Beliefs and childcare practices of depressed and nondepressed low-income brazilian mothers. XXI Conference on Human Ethology – Vienna- Austria. The International Society for Human Ethology. Embodiment, Cognition and Communication. 43-44.
- De Judibicibus, M.A. & MacCabe, M.C. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum woman. *The Journal of Sex Research*, 39(2):94-103.
- DeSilva, J.M. (2011). A shift toward birthing relatively large infants early in human evolution. *PNAS*, 108(3): 1022-1027.
- Diamond, J.(1999). Por quê o sexo é divertido?_ A evolução da sexualidade humana. Rio de janeiro :Rocco.
- Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110, 173- 192.
- Echeverry, M.C, Arango, A., Castro, B. & Raigosa, B. (2010). Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active woman 18 to 40 years of age in Medellín, Columbia. *J Sex Med*, 7(8): 2663-2669.
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118:108 – 132.

- Feldman, R. (2012). Oxytocin and social affiliation in humans. *Hormones and Behavior*, 61:380-391.
- Figueiredo, B.; Dias, C.C.; Brandão, S.; Canário, C.; Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4): 332-338.
- Fisher, H. (1998). Lust, attraction and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature* 9, 23-52
- Fisher, H. (2000). Lust, attraction, attachment: biology and evolution of the three primary emotions systems for mating, reproduction and parenting. *Journal of Sexual Education and Therapy*, 25, 1, Printed in USA.
- Fisher, H. (2004). Why we love the nature and chemistry of romantic love. New York: Henry Holt and Company.
- Fisher, H. (2010). Por que amamos: A natureza e a química do amor romântico. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Record.
- Fisher, H., Aron, A., Mashek, D., Li, H., Strong, G., & Brown, L. (2002). The neural mechanisms of mate choice: a hypothesis. *Neuroendocrinology Letters Special Issue*, 23 (4), 92-97.
- Fisher, H., Aron, A. & Brown, L.L. (2006). Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Phil. Trans. R. Soc.*, 361, 2173–2186.
- Fite, J.E., French, J.A., Patera, K.J., Hopkins, E.C., Rukstalis, M. & Ross, C.N. (2005). Elevated urinary testosterone excretion and decreased maternal caregiving

effort in marmosets when conception occurs during the period of infant dependence. *Horm. Behav.* 47: 39–48.

Gibson-Davis, C.M. & Brooks-Gunn. (2007). The Association of Couples' Relationship Status and Quality With Breastfeeding Initiation. *Journal of Marriage and Family*, 69: 1107–1117.

Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F. & Feldman, R. (2010). Prolactin, Oxytocin, and the development of paternal behavior across the first six months of fatherhood. *Horm Behav.*, 58(3), 513–518.

Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*.

Gray, P.B., Jeffrey Yang, C F. & Pope Jr, H.G.(2006). Fathers have lower salivary testosterone levels than unmarried men and married non-fathers in Beijing, China. *Proc. R. Soc. B*, 273, 333–339.

Green, A.D., Barr, A.M. & Galea, L.A.M. (2009). Role of estradiol withdrawal in 'anhedonic' sucrose consumption: A model of postpartum depression. *Physiol Behav*, 97:259–265.

Guyton, A.C. & Hall, J.E.(2002). Tratado de fisiologia médica. 10^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Hagen, E.H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior* . *Official Journal of the Human Behavior and Evolution Society* 20: 325–359.

- Hassert,S. & Kurpius, S.E.R. (2011). Latinas and Postpartum Depression: Role of Partner Relationship, Additional Children, and Breastfeeding. *Journal of multicultural counseling and development*, 39:90-100.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC. (2008). Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in the General Population: Exploring Factors Associated with Low Sexual Function and Sexual Distress. *J Sex Med*, 5 (7):1681-93.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1 – 22.
- Hentschel, H, Alberton, DL, Capp, E, Goldim, JR, & Passos, EP. (2006). Aspectos fisiológicos e disfuncionais da sexualidade feminina. *Rev HCPA*, 26(2): 61-65.
- Hentschel, H., Alberton, D., Capp, E., Goldim, J.R., & Passos, E. (2007). Validation of the female sexual function index (FSFI) for portuguese language. *Rev HCPA*;27(1):10-4.
- Hernandez, J. A. E. & Oliveira, I. M. B. de. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. *Psicologia Ciências Profissão*, 23(1), 58-69.
- Hyde, J.S.; DeLamater, J.D.; Plant, E.A. & Byrd, J.M. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Sexual Research*, 33(2):143-51.
- Juruena, M.F.; Clearea, A.J.; Pariantea, C.M. (2004). The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. *Rev Bras Psiquiatr*,26(3):189-201.

- Kaplan, H.S. (1977). *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Kendall, P.C.; Hollon, S.D.; Beck, A.T.; Hammen, C.I. & Ingram, R. E. (1987). Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11: 89-299.
- Khajehei, M., Ziyadlou, S., Safari, R.M., Tabatabaee, H.R. & Kashefi, F. (2009). A Comparison of Sexual Outcomes in Primiparous Women Experiencing Vaginal and Caesarean Births. *Indian J Community Med*, 34(2): 126–130.
- Khazaei, M., Rostamib, R. & Zaryabic, A. (2011). The Relationship between sexual dysfunctions and marital satisfaction in Iranian married students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*,30: 783 – 785.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L.C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J.F. & Swain, J.E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (8), 907-915.
- Kim, Y., Hur, J., Kim, K., Oh, K. & Shin, Y. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 331–340.
- King, R.; Belsky,J. (2012). A Typological Approach to Testing the Evolutionary Functions of Human Female Orgasm. *Arch Sex Behav*, 41:1145–60.
- Kisa, S., Zeyneloğlu, S., Yilmaz, D & Güner, T.(2014). Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 309–322.

- Kuzawa, C.W., Gettler, L.T., Huang, Y. & McDade, T.W. (2010). Mothers have lower testosterone than non-mothers: Evidence from the Philippines. *Hormones and Behavior*, 57: 441–447.
- Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Leeman, L.M. & Rogers, R.G. (2012). Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function. *Obstet Gynecol*, 119:647–655.
- Lucci, T.K. (2013). Desenvolvimento infantil a partir da perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista: Um estudo de bebês filhos de mães com depressão pós-parto. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Lucena, B. B. (2013). (Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências. Universidade de São Paulo.
- Magagnin, C., Körbes, J.M., Hernandez, J.A.E., Cafruni, S., Rodrigues, M.T. & Zarpelon, M. (2003). Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia* 17 (18), 41-52.
- Malakoti, J., Zamanzadeh, V., Maleki, A. & Khalili, A. F. (2013). Sexual Function in Breastfeeding Women in Family Health Centers of Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*, 2(2), 141-146.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1984). *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca.

- Meston, C. M.;Buss, D.M.(2011) Por que as mulheres fazem sexo. São Paulo: Cultrix.
- Ministério da Saúde. (2001). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília.
- Moeda, A. C.S.(2008). Sexualidade e depressão: Associação entre sintomas depressivos e disfunções sexuais numa consulta de Medicina Geral e Familiar. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Sexualidade Humana. Universidade de Lisboa.
- Moel, J.E., Buttner,M.M., O'Hara, M.W., Stuart, S. & Gorman, L. (2010). Sexual function in the postpartum period: effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Arch Womens Ment Health*, 13, 495–504.
- Narciso, F.V., Sanchez, V. F., Resende, A.P.M., Bernardes, B.T., Mota, B.J., Gonzaga, C.M.R., Baraún, M.A. (2010). Avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico de puérperas. *Fisioterapia Brasil*, 11(5): 321-400.
- Neme,B. (2005). Obstetrícia Básica. 3ªed.São Paulo: Sarvier.
- Okun, M.L.; Luther, J.; Prather, A.A.; Perel, J.M.; Wisniewski, S.; Wisner, K.L. (2011). Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 130(3): 378-384.
- Pacagnella, R.C. (2008). Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. 17. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2):416-26.
- Parente, R.C.M.; Bergqvist, L.P.; Soares, M.B.; Moraes Filho, O.B. (2011). The history of vaginal birth. *Arch Gynecol Obstet*, 284:1-11.

- Pechorro,P. (2006). Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada- Lisboa.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica* , 1 (XXVII): 99 108.
- Prado, D.S., Mota, V.P.L.P & Lima, T.I.A. (2010). Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 32(3):139-43.
- Puts, D.A; Dawood, K. (2006). The Evolution of Female Orgasm: Adaptation or Byproduct? *Twin Research and Human Genetics*, 9(3):467-72.
- Puts, D.A; Dawood, K.; Welling, L.L.M. (2012). Why Women Have Orgasms: An Evolutionary Analysis. *Arch Sex Behav*, 41:1127-43.
- Pyhn, E.G, Santos, M. L.(2011). O hormônio nosso de cada dia: na química da emoção.São Paulo: Editora Senac São Paulo.
- Rathfisch, G.,Dikenci, K.B.K., Kizilkaya Bejin N., Comert, N. & Tekirdaga, A.I. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (12), 2640-2649.
- Rea, M.F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*,80 (5):142-146.

- Rebello, K.S.S. (2012). Qualidade da relação conjugal: uma avaliação por casais residentes no Pará. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará.
- Rebello, K.S.S.; Silva Júnior, M.D. & Brito, R.C.S. (2014). Fundamental Factors in Marital Satisfaction: An Assessment of Brazilian Couples. *Psychology*, 5 :777-784
- Resende, K. M. & Oliveira, D.M.V. (2012). A amamentação como fator relevante no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho. *Anuário de Produção Científica*, 1(1).
- Rizzon, A.L.C., Mosmann, C.P. & Wagner, A. (2013). A qualidade conjugal e os elementos do amor: um estudo correlacional. *Contextos Clínicos*, 6(1):41-49.
- Rodrigues, C.E.G. (2009). *Dificuldade no retorno à atividade sexual nos primeiros seis meses após o parto, na cidade de Pelotas, RS*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas.
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W.M. & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician*, 51:1366-1367.
- Rosenberg, K.R.; Trevathan, W.R. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG*, 109: 1199–1206.
- Rosenberg, K.R.; Trevathan, W.R. (2007). An anthropological perspective on the evolutionary context of preeclampsia in humans. *Journal of Reproductive Immunology*, 76:91-97.
- Russell, R.J.H. & Wells, P.A . (1993). Marriage and relationship questionnaire MARQ HANDBOOK, Ed Hodder & Stoughton.

- Salim, N.R.;Araújo, N.M.,Gualda,D.R.(2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas.*Rev. Latino-Am.Efermagem*.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J. & Halmesmaki, T. (2000). Wonen's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*,14: 171-392.
- Selcuk, E.,Zayas, V. & Hazan, C. (2010). Beyond satisfaction: the role of attachment On marital functioning. *Journal of Family Theory & Review* 2, 258-279.
- Selcuk, E.,Zayas, V. & Hazan, C. (2010). Beyond satisfaction: the role of attachment on marital functioning. *Journal of Family Theory & Review* 2, 258-279.
- Seltzer, J. A. (2000). Families formed outside of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 62:1247 – 1268.
- Schmidt, E.B, Piccoloto,M.N. & Müller, M.P.(2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1),61-68.
- Shackelford, T. K., & Buss, D. M. (2000). Marital satisfaction and spousal cost infliction. *Personality and Individual Differences*, 28, 917-928.
- Silva, S.C.B. & Sousa, R.C.G. (2014). Sexual desire and breastfeeding between 2-6 months post partum. XXI Biennial Conference on Human Ethology – Belém - Brazil. The International Society for Human Ethology. 100-101.
- Skrundz, M., Bolten,M., Nast, I., Hellhammer, D.H. & Meinschmidt,G.(2011). Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology* , 36, 1886–1893.

- Salmon, C. (2010). Insights into the world of female sexuality- a review of the evolutionary biology of human female sexuality. *Evolution and Human Behavior*, 31:152-156.
- Sotto-Mayor, I.M.B. & Piccinini, C.A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão maternal. *PSICO*, 36 (2): 135-148.
- Stobaus, L., Seidl-de-Moura, M. & Bussab, V. (2012). Effects of maternal postpartum depression in sharing attention in cooperation tasks in childhood. XXI Conference on Human Ethology – Vienna- Austria. The International Society for Human Ethology. Embodiment, Cognition and Communication. 41-42.
- Thompson, J. F., Roberts, C. L., BAppSci, M.C & Ellwood, D. A. (2002). Prevalence and Persistence of Health Problems After Childbirth: Associations with Parity and Method of Birth. *Birth*, 29(2): 83-94.
- Toma, T.S. & Rea, M.F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, 24 (2):235-246.
- Tracer, D. P. (2009). Breast-feeding structure as a test of parental investment theory in Papua New Guinea. *American Journal of Human Biology*, 21, 635-642.
- Trivers, R.L. (1972). Parental investment and sexual selection. In B. Campbell (ed) *Sexual Selection and Descent of man, 1871-1971*, p-136-179, Chicago, Aldine.
- van Brummen H, Bruinse H, van de Pol G, Heintz A, van der Vaart C. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG*, 113:914–918.

- Voydanoff, P., & Donnelly, B. W. (1998). Parents' risk and protective factors as predictors of parental well-being and behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 60: 344 – 355.
- Weavera, T.D.; Hublinb, J. (2009). Neandertal birth canal shape and the evolution of human childbirth. *PNAS*, 106(20): 8151-8156.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R.(2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*;31(1),1-20.
- Wittman, A.B.; Wall, L. (2007). The Evolutionary Origins of Obstructed Labor: Bipedalism, Encephalization, and the Human Obstetric Dilemma. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 62(11): 739-748.
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., ... & Sandnabba, N.K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(2):89-106.
- World Health Organization: ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992*
- Yee, L.M.; Kaimal, A.J.; Nakagawa, S.; Houston, K. & Kuppermann, M. (2013). Predictors of Postpartum Sexual Activity and Function in a Diverse Population of Women. *J Midwifery Womens*, 58: 654-61.
- Zietsch, B.P.; Santtila, P. (2012). Confusion in the science of evolution and orgasm: a reply to Wallen, Myers and Lloyd. *Animal Behaviour*, 84:5-7.

Thornhill, R.; Gangestad, S.W. (2008). *The Evolutionary Biology of Human Female Sexuality*. New York: Oxford University Press

Wachelke, J.F.R.; Andrade, A.L.; Cruz, R.M.; Faggiani R.B.; Natividade, J.C. (2004).
Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Psico-USF*, 9(1): 11-18.

ANEXOS

ANEXO 1



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

OBJETO: Função sexual e qualidade da relação conjugal em mulheres no puerpério remoto

Prezado Participante,

Sou aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Pará e este é um convite para que você participe de uma pesquisa que será realizada como pré-requisito para obtenção de título de Mestre no curso. Meu projeto tem como título “**Função sexual e qualidade da relação conjugal em mulheres no puerpério remoto**”. O objetivo geral deste estudo é: Verificar a relação entre o índice de função sexual e a qualidade da relação em mulheres no puerpério remoto. A justificativa desse estudo é que após o parto ocorre uma série de mudanças físicas e psicológica que podem alterar a função sexual da mulher e seu relacionamento com o parceiro.

A pesquisa será realizada através da aplicação de quatro questionários, enquanto as participantes estiverem esperando para vacinarem seus filhos. O possível risco da pesquisa é a identificação da paciente, podendo gerar constrangimento, sendo que para evitar isso você não colocará o seu nome nos questionários e depois de respondê-los irá colocá-los dentro de um envelope e depois lacrá-los. Os benefícios da pesquisa são averiguar se mulheres após o parto apresentam disfunção sexual e problemas no relacionamento para que no futuro sejam propostas intervenções. Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo. Não há despesas pessoais para a participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Gostaria de ressaltar que caso você se sinta desconfortável ou incomodada, por qualquer motivo, poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Os resultados finais da pesquisa serão apresentados na forma de dissertação de mestrado da pesquisadora, bem como em artigos científicos que derivarem da mesma e apresentações em congressos. Um resumo do trabalho poderá ser fornecido às participantes que tiverem interesse em conhecer o produto final da pesquisa. Esse estudo será realizado entre os meses de Março a Maio de 2014. Gostaria de contar com sua colaboração e coloco-me à sua disposição para mais esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa é só entrar em contato com o Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical, cujo endereço se encontra no fim da página. Caso você concorde em colaborar, assine abaixo.

Belém, _____/_____/_____

Assinatura da participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante ou de sua representante legal para a participação neste estudo.

Susanne Cristine Brito e Silva

End: Tv. Timbó, 2415, apt 203, Bl E. Marco. CEP:66093-340. Fone: (91) 8225-2198
E-mail: suca.fisio@yahoo.com.br

ANEXO 2

Questionário Socioeconômico

Idade:

Tempo de casamento:

Data de hoje:

Data do parto:

Tipo de parto: normal cesarianaPrimeiro filho: sim não, caso não, quantos filhos? _____Está amamentando: sim não

Caso esteja amamentando:

Amamentação exclusiva ()

Amamentação predominante ()

Amamentação complementar ()

Você está trabalhando fora de casa: sim nãoOnde a criança dorme: na cama no berço

Grau de instrução:

Ensino Médio Completo ()

Graduado Incompleto ()

Graduado Completo ()

Pós-graduado Incompleto ()

Pós-graduado Completo ()

Renda Individual Aproximada: _____

Renda Familiar: _____

Quantas pessoas moram com você? _____

Faz uso de algum método contraceptivo?

 não sim, qual? _____

ANEXO 3

Versão final do *Female Sexual Function Index* em português.

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual *durante as últimas 4 semanas*. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Assinale *apenas* uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual; *ato sexual* é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; *estímulo sexual* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); *desejo sexual* ou *interesse sexual* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; *excitação sexual* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

1 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

2 - Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

4 - Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Segurança muito alta
- 4 = Segurança alta
- 3 = Segurança moderada
- 2 = Segurança baixa
- 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

7 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

8 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível

- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita como relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO 4

Questionário MARQ – Escala do Amor

Este questionário contém algumas perguntas simples sobre relacionamento. Por favor, responda todas elas, mesmo que você sinta que algumas delas são muito pessoais. Não serão pedidos nomes, e suas respostas serão tratadas de forma estritamente confidencial. Quando você tiver terminado, coloque o questionário dentro do envelope, lacre e devolva-o. Muitas das perguntas possuem várias possibilidades de respostas. Cada resposta possui uma letra correspondente. Responda o questionário marcando cada resposta que você escolheu. Não existem respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em cada questão – é sua primeira impressão que importa.

Lembre-se:

- Suas respostas são confidenciais.
- Responda todas as questões.
- Responda de acordo com sua primeira impressão.
- Escolha a resposta que mais se aproxima da sua opinião.
- Marque a letra próxima a sua resposta.
- Devolva o questionário quando você tiver terminado

- **Você gosta da companhia do seu parceiro?**

- A – Muito
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

- **Vocês são felizes?**

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

- **Você acha seu parceiro atraente?**

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Mais ou menos
- D – Bastante
- E – Muito

- **Vocês gostam de fazer as coisas juntos?**

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Se estende a isso
- D – Bastante
- E- Muito

- **Você gosta de ficar abraçado com seu parceiro?**

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Um pouco
- D – Bastante

E – Muito

- Você respeita seu parceiro?

A – Muito

B – Bastante

C – Mais ou menos

D – Não muito

E – Nem um pouco

- Você tem orgulho do seu parceiro?

A – Nem um pouco

B – Não muito

C – Mais ou menos

D – Bastante

E – Muito

- Seu relacionamento tem um lado romântico?

A – Nem um pouco

B – Não muito

C – Mais ou menos

D – Bastante

E – Muito

- Quanto você ama seu parceiro?

A – Muito

B – Bastante

C – Mais ou menos

D – Não muito

E – Nem um pouco

ANEXO 5

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1.0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 9.** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO 6



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS E BIOLÓGICAS DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO

CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

Declaro, em nome do Centro de Saúde Escola do Marco, ter conhecimento do projeto intitulado **“Função Sexual e Qualidade da Relação Conjugal em Mulheres no Puerpério Remoto”**, sob a orientação da Prof^a Regina Célia Souza Brito, tendo como orientanda a discente Susanne Cristine Brito e Silva, aluna do Curso de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, dando-lhe consentimento para realizar a coleta de dados nesta instituição, durante o período preestabelecido pelo cronograma do projeto.

Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados sendo obrigatoriamente citados na publicação a Universidade do Estado do Pará e o Centro de Saúde Escola do Marco.


Dr^a Fátima Carrera
Diretora CSE-Marco/UEPA
COREN: 42.121

Prof^a Dr^a Fátima Carrera
Diretora do CSE Marco/CCBS/UEPA

ANEXO 7

**NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**Pesquisador:** Susanne Cristine Brito e Silva**Título da Pesquisa:** Função sexual e qualidade da relação conjugal em mulheres no puerpério remoto**Instituição Proponente:** Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento**Versão:**2**CAAE:** 16494713.7.0000.5172**Área Temática:****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Número do Parecer:** 570.436**Data da Relatoria:** 26/02/2014**DADOS DO PARECER**

Durante o período após o parto ocorre uma série de mudanças hormonais, físicas e psicológicas que podem causar impactos na sexualidade da mulher e no seu relacionamento conjugal. A modulação hormonal que ocorre nesta época está principalmente relacionada com a amamentação. O aumento do nível de oxitocina aproxima mais a mulher da criança do que do parceiro, o aumento da produção de prolactina ocasiona diminuição do impulso sexual feminino e os baixos níveis de estrogênio podem causar comprometimento do humor e contribuir para depressão pós-parto. Em virtude disso, esse estudo pretende investigar a função sexual e a qualidade da relação conjugal entre puérperas que amamentam e que não amamentam.

Apresentação do Projeto:

Objetivo Primário

Verificar a relação entre o índice de função sexual e a qualidade da relação conjugal em mulheres puérperas que amamentam e que não amamentam.

Objetivo Secundário

- Verificar a presença de orgasmo e desejo em mulheres no pós-parto .

satisfação conjugal. - Identificar o índice de função sexual, através do domínio do questionário Female Function Index(FSFI), correspondente ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor na relação, entre um grupo de mulheres após o parto que estejam amamentando. - Identificar o índice de função sexual, através do domínio do questionário Female Function Index(FSFI), correspondente ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor na relação, entre um grupo de mulheres após o parto que estejam amamentando. Identificar se as mulheres no pós-parto apresentam sintomas depressivos e se estão relacionados com a função sexual e a relação conjugal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Haverá riscos mínimo à integridade da pessoa, por mobilizar sentimentos e emoções. A pesquisadora dará o suporte ou encaminhará para o atendimento psicológico na UFPa.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados com o conhecimento da função sexual e da relação conjugal no período após o parto em mulheres que amamentam e que não amamentam. Com esse conhecimento é possível verificar se essas mulheres possuem disfunção sexual e, caso apresentem, é possível propor tratamentos futuros para mulheres que possuem disfunção sexual após o parto. Com esse trabalho também é possível verificar possíveis problemas no relacionamento conjugal nesse período para que no futuro possam ser propostas intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta tem relevância social e científica. O procedimento está descrito detalhadamente incluindo a forma de análise dos dados

Situação do Parecer: Aprovado**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

BELEM, 26 de Março de 2014