



**Instituto Politécnico de Santarém**  
Escola Superior de Saúde de Santarém

## **A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DO CASAL DURANTE A AMAMENTAÇÃO**

**Autor:**

**Nádia Alexandre Velez Grincho**

**SANTARÉM**

março de 2013



**Instituto Politécnico de Santarém**  
Escola Superior de Saúde de Santarém

## **A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DO CASAL DURANTE A AMAMENTAÇÃO**

**Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**Autor:**

**Nádia Alexandre Velez Grincho**

**Orientadora:**

**Mestre Lurdes Torcato**  
**(Professora Coordenadora)**

**Co-Orientadora:**

**Mestre Hélia Dias**  
**(Professora Adjunta)**

**SANTARÉM**

março de 2013

*Às Professoras Lurdes Torcato e Hélia Dias pela orientação e colaboração nesta caminhada.*

*Ao meu marido pela ajuda incondicional, partilha de todos os momentos e acreditar sempre  
que tudo é possível...*

*Aos meus filhos, que têm a capacidade de tornar estes momentos vividos de forma intensa, ao  
desafiarem constantemente a minha resistência, mas também por me darem uma força imensa  
para continuar o percurso.*

*Aos meus pais e sogros por tudo o que têm feito... pelo apoio absoluto e constante.*

*Às mulheres que entrevistei, que serviram de base para a reflexão.*

**A Todos um MUITO OBRIGADO**

*“O degrau de uma escada não serve simplesmente  
para que alguém permaneça em cima dele  
destina-se a sustentar o pé de um homem  
pelo tempo suficiente para que ele coloque  
o outro um pouco mais alto”*

**(Thomas Huxley)**

## RESUMO

A sexualidade relacionada com a amamentação é uma temática complexa e pouco desenvolvida que implica um aprofundamento na investigação de modo a retratar a evidência científica de suporte ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, adequadas e individualizadas para cada situação específica, tendo o casal como alvo e a adaptação do mesmo como foco da prática.

Neste sentido, através de uma revisão sistemática da literatura, pretendeu-se compreender o significado da sexualidade no casal durante a amamentação.

Para desenvolver a Prática Baseada na Evidência foi formulada uma pergunta PI[C]O: **Qual a intervenção do enfermeiro (I), com o casal durante a amamentação (P), para melhorar a sua vivência da sexualidade (O)**. Foram definidos alguns conceitos ou palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos na EBSCOhost (no período entre 2008 e 2013), sendo seleccionados quatro estudos, segundo critérios previamente definidos e centralizados na problemática em estudo. A evidência demonstra existir uma relação de influência da amamentação na vivência da sexualidade do casal e que a perspectiva de intervenção do enfermeiro tem de considerar os fatores culturais, sociais, físicos, psicológicos e ambientais, onde o casal se insere. É fulcral existir um maior investimento dos profissionais com os casais no sentido de promover uma vivência gratificante da sexualidade.

PALAVRAS-CHAVE: sexualidade, amamentação e enfermagem

## ABSTRACT

Sexuality related to breastfeeding is a complex theme and undeveloped that implies a deeper investigation in order to portray the scientific evidence supporting the development of maternal, obstetric and gynecological nursing interventions, appropriate and individualized for each specific situation, having the couple as a target and the adaptation of the same as focus of practice.

In this sense, through a systematic review of the literature, the aim is to understand the meaning of sexuality in couples during breastfeeding.

To develop Evidence Based Practice was formulated a question PICO: **What is the nurses' intervention (I), with the couple during breastfeeding (P), to improve their experience of sexuality (O).** Were defined some concepts or keywords and conducted a search of scientific articles in EBSCOhost (between 2008 and 2013), four studies were selected according to predefined criteria and centered on the problem under study. Evidence shows there is a relationship of influence of breastfeeding on the couple's experience of sexuality and the prospect of intervention by the nurse must consider the cultural, social, physical, psychological and environmental, where the couple falls. It is crucial there be greater investment professionals with couples in order to promote a rewarding experience of sexuality.

KEYWORDS: sexuality, breastfeeding and nursing

## ÍNDICE

p.

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA ESPECIALIZADA – UMA NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>18</b>
2.1. AMAMENTAÇÃO .....	18
2.2. SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO .....	21
<b>2.2.1. Sexualidade durante a Amamentação</b> .....	<b>23</b>
<b>3. METODOLOGIA DE PESQUISA</b> .....	<b>31</b>
<b>4. DA EVIDÊNCIA PARA A PRÁTICA – UM CAMINHO A TRANSITAR...</b> .....	<b>35</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>50</b>
ANEXO I - OFÍCIO A SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA AS ENTREVISTAS AO COORDENADOR DA USF .....	51
ANEXO II - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA AS ENTREVISTAS ÀS MÃES .....	53
ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA .....	55
ANEXO IV - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS .....	57
ANEXO V - TABELA SÍNTESE DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO DECORRENTES DAS ENTREVISTAS .....	63
ANEXO VI - PROTOCOLO DE PESQUISA.....	65
ANEXO VII - ARTIGOS ORIGINAIS .....	67
ANEXO VIII - FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DOS ARTIGOS.....	117

## ÍNDICE DE QUADROS

p.

Quadro 1 - Potenciais clientes dos enfermeiros EESMOG .....	28
Quadro 2 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PI[C]O .....	31
Quadro 3 - Limitadores de pesquisa nas bases de dados .....	32
Quadro 4 - Critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos a estudar .....	32
Quadro 5 - Resumo dos artigos filtrados .....	34

## ÍNDICE DE FIGURAS

p.

Figura 1 - Esquema resumo da pesquisa .....	33
---	----

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AM - Aleitamento Materno

Consult. - Consultado

CPLEESMO - Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EESMOG - Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. - página

PEE - Prática Especializada em Enfermagem

PI[C]O - Participantes, Intervenção, Comparação e Resultados

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SMOG - Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

USF - Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O exercício da atividade de enfermagem especializada conhece, nos dias de hoje, um crescente desafio, quer em responsabilidade, quer nas exigências que são colocadas ao profissional. As rápidas mudanças da sociedade obrigam a um reposicionamento constante, face às situações com que os enfermeiros especialistas se confrontam diariamente.

Foi no sentido de maximizar este potencial que, após a conclusão do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CPLEESMO) em março de 2009, ingressou no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Este relatório teve por base os estágios desenvolvidos no âmbito do CPLEESMO e a Prática Especializada em Enfermagem (PEE) realizada enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) numa Unidade de Saúde Familiar (USF), de um Agrupamento de Centros de Saúde pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituição Pública. Decidiu-se assim incidir na vivência da sexualidade do casal durante a amamentação, uma vez que, a amamentação foi uma área comum desenvolvida em todos os estágios e na PEE, pelo seu interesse, formação e importância, tendo surgido a inquietação de contribuir para a intervenção do enfermeiro com o casal de forma a promover uma vivência da sexualidade satisfatória nesta fase.

A dificuldade em compreender o papel de mãe e mulher dentro do mesmo corpo, seja na visão do homem ou da própria mulher, pode repercutir-se na sexualidade do casal e no aleitamento materno. A mulher tem vivido numa sociedade em que a maternidade e o aleitamento materno eram considerados como uma prática mística e sagrada. Contudo, as mamas tornaram-se um grande objeto de erotização na sociedade ocidental, sendo-lhes atribuída grande importância quanto ao seu papel de instrumento de prazer (MARQUES; LEMOS,2010,

[URL:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/806/pdf\\_50](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/806/pdf_50)).

O EEESMOG tem competência para conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, assim como, informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto (REGULAMENTO nº 127/2011).

Este enfermeiro assume, ainda, a responsabilidade pelo exercício da sua atividade de intervenção, no âmbito da comunidade na assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença, assim como promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-parto (REGULAMENTO nº 127/2011).

Iniciou-se este relatório com o enquadramento do tema a partir das atividades desenvolvidas em estágios durante o CPLEESMO e da PEE, seguindo-se para a contextualização teórica, mobilizando uma perspetiva de enfermagem avançada e, do desenvolvimento de um processo auto formativo, com recurso à Revisão Sistemática da Literatura (RSL), cujo protocolo começou com a formulação da pergunta segundo a metodologia PI[C]O. Posteriormente realizou-se a análise dos artigos científicos que retratam a evidência, com a conseqüente análise entre o evidenciado cientificamente e o desenvolvido na prática da prestação de cuidados de enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (SMOG), perspetivando-se assim uma Prática Baseada na Evidência.

Efetivamente também a enfermagem de SMOG implica uma abordagem conceptual de processo de cuidados que se constituiu e constrói a partir do ser humano como centro e onde o profissional diagnostica, planeia, executa e avalia a intervenção com autonomia e responsabilidade. Este processo de cuidados desenvolve-se cada vez mais em contextos diversificados, com um conjunto de pressupostos, métodos e instrumentos que apelam à gestão da complexidade e como tal à crescente necessidade de especialização do conhecimento, conducente à procura da intervenção baseada na qualidade. Só uma Prática Baseada na Evidência permite avaliar a prestação de cuidados e tomar decisões fomentando uma prática de mudança que garanta melhores resultados.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, na competência D2, este enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento da especialidade, assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções, em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (REGULAMENTO nº 122/2011).

Como objetivos deste relatório:

- Contextualizar teoricamente a vivência da sexualidade do casal durante a amamentação e a intervenção de enfermagem nesta área;
- Compreender o significado da sexualidade do casal durante a amamentação, através da Revisão Sistemática da Literatura;
- Analisar a evidência científica com a prática de enfermagem SMOG, perspetivando uma Prática Baseada na evidência.

Este relatório tem então implícita a vontade de mudança, procurando uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados SMOG prestados com a mulher/casal na sexualidade durante a amamentação.

## **1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA ESPECIALIZADA – UMA NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO**

Perante um contexto da prática exigente e em constante mudança, também na área da saúde da mulher é pedido aos profissionais que consigam fazer face a esta nova realidade, só sendo possível pela educação/formação contínua e pela competência demonstrada no exercício da profissão.

Nesta perspetiva, a educação deve continuamente ser um instrumento de transformação consciente, apontando para uma força de inovação e criatividade, em que se desenvolve a capacidade de pôr em causa a sua forma de estar perante o outro e o mundo que o rodeia e não, o de formar adultos estáveis, falsamente seguros nos conhecimentos adquiridos. Portanto, é necessário que em todo o processo de educação de adultos, como acontece no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a pessoa com a sua experiência profissional e história de vida seja tida em conta, para possibilitar uma consolidação de conhecimentos e resolução de problemas através de um desenvolvimento de competências, onde a produção de saber, a transformação individual e institucional assumem uma importância extrema.

Tendo em conta as vivências possibilitadas pela frequência do CPLEESMO, a amamentação foi a área transversal a todos os estágios, pela preferência/formação da autora, pela importância e necessidade de intervenção mais que reconhecidas nesta área. Recorda-se a iniciativa que teve ao dinamizar as comemorações da Semana Mundial do Aleitamento Materno (AM), aquando do ensino clínico I, em 2008, num centro de saúde, correspondendo ao apelo da Direção Geral da Saúde (DGS) em que o tema desse ano era “Evoluir para a Excelência no Apoio Materno”. Como objetivo dessa iniciativa em contexto de estágio, perspetivou-se a uniformização de conhecimentos e de intervenções nesta área, através de reuniões informais/partilha de experiências. Realizou-se três sessões, uma para incentivar uma política de promoção do AM na instituição a todos os profissionais; outra para promover a prática do AM através de um encontro de grávidas e mães a amamentar para esclarecer sobre as vantagens do AM e que recursos existiam na comunidade de apoio à amamentação; e por fim, uma sessão de educação para a saúde dirigida à comunidade para esclarecer sobre a influência dos mitos na amamentação, como forma de promover práticas corretas. Promoveu-se também a uniformização de conhecimentos entre os profissionais sobre a recolha e conservação do Leite Materno, com a realização de um póster para o centro de saúde sobre este tema.

A nível hospitalar, no estágio IV, serviço de bloco de partos, elaborou-se um póster no âmbito da importância da amamentação na primeira meia hora de vida do recém-nascido e

durante o estágio no serviço de obstetrícia realizou-se também um póster sobre a recolha e conservação do LM. Desta forma conseguiu-se intervir nesta área, na grávida/parturiente/puérpera/casal/recém-nascido em diferentes contextos, nomeadamente em Cuidados de Saúde Primários (CSP)/Cuidados de Saúde Diferenciados e assim perspetivar contributos para o contexto de trabalho em CSP como EEESMOG.

De facto, a autora teve sempre como preocupação na PEE promover a amamentação, tendo a convicção e concordando com a Ordem dos Enfermeiros (OE) quando refere que a amamentação é um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, sendo referenciado pelas grandes organizações como o único alimento onde não há probabilidade de desnutrição ou desidratação graves, promovendo o vínculo e subsequentemente a paixão intergeracional (OE, 2010a).

Com a formação de Conselheira em Aleitamento Materno, que considera-se de extrema importância, foi pioneira na criação do “Cantinho da Amamentação” no centro de saúde onde exerce funções, tendo influenciado e contribuído para a formação de outros cantinhos, em colaboração com a Associação de Aleitamento Materno de Portugal (MAMAMATER). Reportando-se também à PEE, considera que a manutenção da amamentação passa por um bom suporte dos cuidados de saúde após a alta da maternidade, tendo promovido a continuidade de cuidados entre CSP e Cuidados de Saúde Diferenciados. Com o recurso ao “Cantinho da Amamentação” foi possível fazer um acompanhamento adequado, através de um aconselhamento e apoio presencial e individualizado na mamada, utilizando o formulário de observação da mamada da Organização Mundial da Saúde (OMS), em todas as situações em que havia dificuldade na amamentação, promovendo-se desta forma também a continuidade de cuidados na amamentação. Neste apoio presencial procurou-se esclarecer todas as dúvidas e desmitificar mitos relativamente à amamentação, valorizando-se que cada situação é única, sendo a maior dificuldade identificada a realização de uma pega correta, mas resolvendo outros problemas decorrentes da amamentação, nomeadamente, ingurgitamento mamário, mamilos planos, mastites e fissuras.

Com todo o percurso formativo e PEE desenvolvida como promotora do aleitamento materno, começou-se a constatar outra necessidade de intervenção - a sexualidade durante a amamentação, apesar das dificuldades de abordagem, quer pela mulher/casal, quer pelos profissionais. Verificou-se principalmente em alguns apoios individualizados certos constrangimentos relacionados com a mama e a dupla função que a mulher/casal atribuíam a esta, a de alimentação e a sexual, além de outras alterações reportadas a nível da sexualidade durante a amamentação (adaptação na transição do ciclo de vida; dispareunia por desconforto na epiorrafia e défice de lubrificação; adequação de posicionamentos; alterações mamárias; auto-imagem corporal; entre outros), que interferiam na durabilidade do aleitamento materno e na vivência da sexualidade da mulher/casal. Também nas consultas de enfermagem pré-natais e pós-parto denotou-se que a intervenção na área da sexualidade é uma questão por vezes “esquecida” ou desvalorizada, quer pela panóplia de outras intervenções consideradas de maior importância ou por ser uma área de alguns constrangimentos profissionais e da própria mulher/casal, sendo apenas abordada, quando o é, no sentido do início da contraceção.

De acordo com as competências específicas, na competência H4, o EEESMOG deve cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Sendo que perante a unidade de competência H4.1. este enfermeiro deve promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal, informando e orientando a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto e, conceber, planear, implementar e avaliar as intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (REGULAMENTO nº 127/2011).

Decorrente da constatação da PEE e no sentido de validar as inquietudes já apresentadas, sentiu-se a necessidade de evidenciar a implicação deste tema no contexto de trabalho em CSP, pelo que foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas a mães a amamentar exclusivamente para melhor perceção do fenómeno, após a consulta de saúde infantil dos filhos com mais de 4 meses, no período de 21 a 31 de janeiro de 2013, numa USF. Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos implicados, nomeadamente o pedido de autorização para a realização da entrevista à Coordenadora da USF (Anexo I), bem como às mulheres no sentido da gravação das entrevistas e utilização do conteúdo das mesmas para este relatório (Anexo II), garantindo-se o anonimato. Deste modo, as mulheres foram convidadas a falar sobre a sexualidade relacionada com a amamentação. Recolhendo-se dados provenientes da observação, com o início da entrevista (Anexo III), o silêncio foi o primeiro sinal provocado, seguido de risos, suspiros e mudanças posturais. Tal facto expressou dificuldade das mulheres em lidar com o assunto, podendo revelar uma vivência conturbada com a própria sexualidade naquele instante, que necessitavam de pensar no que talvez ainda não tinham ou não queriam pensar, relegando o direito à Saúde Reprodutiva. Este conceito de saúde implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória, em que o direito à saúde sexual é entendido como potenciador da vida e das relações interpessoais. Através da prevenção e resolução de problemas dá-se resposta adequada às necessidades específicas dos homens e mulheres ao longo do ciclo de vida dos indivíduos (PORTUGAL. DGS, 2008).

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática, cuja operacionalidade sintetiza-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na primeira etapa, tomou-se contato com o material produzido na fase de transcrição (Anexo IV), por meio de leitura exaustiva, para uma impregnação das informações nela contida; na exploração, realizou-se a categorização dos dados e as unidades de registo foram agrupadas a partir de suas afinidades temáticas; por fim, na fase de interpretação, procurou-se a compreensão e interpretação dos dados, integrando-os no referencial teórico acerca do tema (BARDIN, 2009).

Surgiram assim quatro categorias, a primeira diz respeito à **sexualidade**, a segunda à relação entre **sexualidade e amamentação**, a terceira às **mamas** e a quarta às práticas de **enfermagem** voltadas para a sexualidade do casal durante a amamentação (Anexo V).

No âmbito da **sexualidade**, a entrevistada (M1) referiu que: “A nível sexual há sinceramente diferenças, muitas...”; “... a rotina do bebé também não nos deixa muito espaço, se calhar por aí também o facto de estar a amamentar...”; “... ainda não conseguimos nesta

fase retomar como era.” e “... se o bebé dormisse toda a noite consequentemente facilitaria também, até mesmo para estarmos os dois, não só a nível sexual, mas também para estarmos os dois.”. A segunda entrevistada (M2) “Também quero o meu bem-estar, estar ali por (...) estar a fazer...” e “Gosto de estar bem, sentir-me bem e não estar a fazer, não que não apeteça.”

Na relação entre a **sexualidade e a amamentação**, M1 refere “Como acabo por não relacionar a mudança na minha vida sexual à amamentação.”, “... rotina de mamar de 3 em 3 horas, acabamos por não...” e M2 “Eu acho que não, não interfere, mas é assim, primeiro o meu filho, estar a amamentar, estar com ele, primeiro ele.”, “Acho que não, se calhar faço menos (...) Também dar mama...”, “... há muita gente que não liga, “estou a amamentar, fazemos depois”.” e “Tenho muitas colegas minhas que é só os filhos, os filhos. Eu apesar de ser o primeiro, dou muita atenção ao meu filho, o meu filho é tudo para mim, mas consigo dividir muito as coisas e tenho colegas minhas que não o fazem.”

Quanto às **mamas** segundo M1 “... existem dias que me faz impressão, a sensibilidade (...) ou ter a ver com a hora que dou mama...” e “É por vezes (...) um bocadinho de repugnância.”, M2 refere ainda que quando tem as mamas cheias “Isso sim interfere, tenho que tirar.” e “Isso assim não quero, desculpe lá, quando estou assim, não...”.

Relativamente às práticas de **enfermagem** voltadas para a sexualidade do casal durante a amamentação, M1 refere “A nível sexual por acaso não, nunca foi abordado isso, mas também não pensei nisso. Até à data como fui mãe há pouco tempo ainda não senti necessidade de procurar ajuda.”, no entanto, considera “Eu penso que era importante e talvez mais tarde ter de pedir uma ajuda.”. A M2 diz que “Com esta enfermeira também tenho à vontade pois fiz com ela o curso de preparação para o parto, (...) se tivesse alguma coisa, também tinha à vontade para falar com ela.”.

De facto, a realidade apurada por meio destas entrevistas reforçou o que era sentido na PEE, da necessidade de intervenção com a mulher, mas sobretudo com o casal, em relação à sexualidade durante a amamentação. Foi notório que não era um tema abordado durante as consultas de enfermagem, relegado por profissionais e pelas mulheres/casal, mas quando abordado, denotava-se necessidades/problemas que careciam de intervenção.

O EEESMOG deve ser o enfermeiro de referência para todas as mulheres/casal a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva (OE, 2010b). Este enfermeiro é ainda aquele que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências específicas em enfermagem SMOG (REGULAMENTO nº 127/2011).

Os profissionais de saúde confrontam-se com dúvidas, angústias e receios, provenientes de mulheres no pós-parto, aos quais, nem sempre, são capazes de dar resposta, indiciando dificuldades no aconselhamento sexual. Reconhece-se, ainda, estar perante uma área que, em Portugal, representa um vazio considerável, quer de avaliação, quer de intervenções por parte de enfermagem (BIA, 2008).

Por tudo o que foi exposto, este relatório incidiu assim na intervenção do enfermeiro na vivência da sexualidade do casal durante a amamentação, uma vez que, este tema foi sempre

do interesse da autora durante o percurso formativo e também na PEE e constituiu-se numa necessidade de intervenção que procura contribuir para o enriquecimento e desenvolvimento da enfermagem de SMOG.

## 2. CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. AMAMENTAÇÃO

Há uma proliferação de pesquisas biomédicas e sociais na literatura publicada, enfatizando os benefícios da amamentação para as mulheres, as crianças e sociedade. Um corpo de conhecimento tem-se desenvolvido na promoção da amamentação globalmente como o melhor método de alimentação infantil (SPENCER, 2008).

A amamentação, como já referido, é um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, em que crianças amamentadas têm mais facilidade na aceitação de novos alimentos devido às constantes alterações do sabor do leite materno e ao desenvolvimento mais saudável de toda a mandíbula e arcada dentária (OE, 2010a).

Ao longo da história da humanidade a amamentação foi sempre uma prática, o que tem variado, por múltiplas razões, são as taxas de incidência e prevalência (PEREIRA, 2006).

A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou desconhecimento dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno, tiveram como consequência a baixa da incidência e da prevalência do AM. Este fenómeno provocou consequências gravíssimas no aumento da mortalidade infantil (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Nas últimas décadas o AM tem sido motivo de interesse para muitos investigadores principalmente a nível internacional, pelos consideráveis benefícios para a mãe, criança, família, sociedade e meio ambiente. A partir dos anos 70, verificou-se então um retorno gradual a esta prática, sobretudo nas mulheres mais informadas (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

*Apesar das dificuldades de interpretação dos dados disponíveis, é manifestamente claro que as taxas e as práticas de aleitamento materno não cumprem (...) as recomendações da OMS e da UNICEF (EUROPEAN COMMISSION, 2004, p. 10), as quais são muito claras e estão disponíveis e publicados em vários documentos e preconizam o AM exclusivo até aos seis meses e como complemento até aos dois anos ou mais. A proteção, promoção e suporte ao AM é considerado um direito humano, sendo por isso uma prioridade de saúde pública em toda a Europa. As baixas taxas na iniciação do AM ou a sua cessação precoce podem ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no agravamento das desigualdades em saúde (DGS, 2012, [URL:http://www.dgs.pt/?cr=21781](http://www.dgs.pt/?cr=21781)).*

Num estudo longitudinal prospetivo abrangendo 475 puérperas na Maternidade do Hospital Santa Maria – Lisboa, baseado em questionários diretos aplicados no pós-parto, aos três e seis meses, concluiu-se que à saída da maternidade, 91% das puérperas amamentavam o seu filho (77,7% em exclusividade) tendo esta percentagem diminuído para 54,7% aos três meses e 34,1% aos seis meses. De notar que, em 68,6% a iniciativa de prescrever a fórmula coube ao médico assistente (SANDES; NASCIMENTO; FIGUEIRA; GOUVEIA; VALENTE; MARTINS; CORREIA; ROCHA; SILVA, 2007).

Mais recentemente foi publicado um relatório essencialmente descritivo que apresenta os resultados globais dos dados introduzidos na base de dados do Registo de Aleitamento Materno, entre 1 de julho de 2010 e 30 de junho de 2011. Os dados foram recolhidos nos vários momentos de observação do AM: à data da alta na maternidade; no dia da consulta de puerpério e nos sucessivos dias/coortes de vacinação e em que foram estudados para a análise da iniciação do AM (do nascimento até à alta hospitalar) uma amostra de 17.477 recém-nascidos e para a análise da manutenção do AM (das 5/6 semanas até aos 18 meses de vida) a uma amostra constituída por 13.379 crianças vacinadas distribuídas pelos diferentes coortes, conforme o Plano Nacional de Vacinação. Das várias conclusões deste estudo importa referir que o AM exclusivo aos cinco meses é de 14.7% e a duração mediana do AM é de seis meses, no entanto 10.0% mantinham aleitamento materno aos dezoito meses (DGS, 2012, [URL:http://www.dgs.pt/?cr=21781](http://www.dgs.pt/?cr=21781)).

A disponibilização de informação sobre aleitamento materno a futuros pais sem interação personalizada e presencial de um profissional de saúde é menos eficaz do que o acesso à informação através de um contacto personalizado e presencial prolongado (EUROPEAN COMMISSION, 2008, [URL:http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf](http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf))

O sucesso do AM pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. Existe hoje o consenso de que a duração ideal do AM exclusivo é de seis meses. Este sucesso pode ainda ser definido pela qualidade de interação entre a mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Para entender as complexidades inerentes ao sucesso de promover e apoiar a amamentação, a experiência da mãe a amamentar deve ser examinada no seu contexto específico. Isso é cada vez mais reconhecido como uma ferramenta vital para fornecer um apoio eficaz por profissionais de saúde para prolongar a duração do AM (SPENCER, 2008).

Ao falar de sucesso, é fulcral ter em conta o projeto materno, na perspetiva da mãe, para que este corresponda às suas expetativas. Cada vez mais também o pai se deve envolver neste projeto, logo desde o início, decidindo em conjunto com a mãe qual a alimentação do bebé, apoiando-a na sua decisão e em todo o processo da amamentação, caso ele ocorra (PEREIRA, 2006).

Para que este sucesso seja uma realidade é necessário um trabalho multidisciplinar efetivo de forma organizada e planeada. A intervenção em saúde, nesta etapa do ciclo vital, aparece aqui como uma necessidade, oportunidade única, nomeadamente ao primeiro nível de

prevenção – promoção da saúde e prevenção da doença, através de práticas saudáveis, como sendo o AM. Por isso torna-se imperativo assegurar o acesso universal aos cuidados pré e pós natal de suporte ao aleitamento materno (EUROPEAN COMMISSION, 2008, [URL:http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf](http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf))

A conjugação de fatores como a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação, são a base de uma amamentação saudável (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

A decisão de amamentar é sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher/casal, mas o EESMOG tem a obrigação, enquanto profissional de saúde, de informar e aconselhar quanto à prática do AM para uma tomada de decisão informada. Como tal, deve estar na posse dessa decisão, para que possa adequar os cuidados às necessidades, não devendo culpabilizar quem não quer, ou não pode amamentar.

Uma análise da realidade do AM no século XXI demonstra a necessidade de utilização de paradigmas das ciências sociais, ao invés de abordagens científicas reducionistas biomédicas. Embora tais estudos forneçam dados importantes, muito pouco é conhecido sobre o fenómeno da experiência de quem viveu e esteve envolvido nele. Para promover o AM com sucesso e direcionar recursos apropriadamente, é vital compreender os fenómenos da amamentação, os fatores que influenciam a tomada de decisão para quem inicia o AM e os fatores e a experiência de quem suspende a amamentação antes de desejar fazê-lo (SPENCER, 2008).

O estabelecimento da lactação pode depender das vivências aquando dos estadios de trabalho de parto. Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante esta fase podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do AM.

A manutenção da amamentação passa por um bom suporte dos cuidados de saúde após a alta da maternidade. Também a EUROPEAN COMMISSION (2008, [URL:http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf](http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf)) refere que as quebras nas taxas de AM exclusivo ocorrem sobretudo logo após a alta clínica dos hospitais. Acrescenta ainda que muitas mães recebem alta, um ou dois dias após o parto, antes que a amamentação esteja estabelecida. Pelo que será então, da maior importância o reforço positivo que se fizer à prática da amamentação, depois da alta hospitalar (GALVÃO, 2006).

O aconselhamento personalizado e presencial deve então ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados (EUROPEAN COMMISSION, 2008, [URL:http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf](http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf))

Os enfermeiros EESMOG possuem os conhecimentos, as capacidades e as competências para identificar com rigor os diagnósticos no âmbito dos seus principais focos de atenção, pelo que assumem assim a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito da amamentação (OE, 2011).

## 2.2. SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO

A sexualidade apesar de sempre presente nas vidas e quotidianos da Humanidade desde que esta existe e indissociável da sua própria continuidade enquanto espécie, sempre foi vista de forma particular entre as diversas vertentes dos seres humanos. Dificilmente se encontra outra temática relativamente à qual tanto foi dito, mas em relação à qual muito mais falta dizer. Predominada por tabus e falsas ideias a sexualidade continua a ser alvo de dúvidas, inquietações, angústias e acaba por determinar de modo muito íntimo a forma de ser, de sentir e o relacionamento com os outros (NODIN, 2005).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011, p.9), *Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, intimacy and reproduction. It is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships.*

De acordo com a perspetiva da abordagem cultural, a sexualidade pode ser entendida como “expressão de vida” que diz respeito a todas as pessoas. É, por consequência, individualidade e singularidade, que resulta de uma construção histórico-social-cultural progressiva, particular, dinâmica, flexível e contextualizada. Nessa lógica, diz respeito à elaboração de cada indivíduo, a partir dos referenciais do seu grupo sociocultural. Apesar de ser um comportamento corporal, não se restringe a isso, constituindo-se também na maneira como cada pessoa tem de pensar, agir, se mostrar, vestir, enfeitar, falar, andar, expressar, olhar, sentir. É, também, sensualidade, carinho, afeto, toque, comunicação, proximidade, prazer, ato sexual, genitalidade e coito (FLORENCIO; VAN DER SAND; CABRAL; COLOMÉ; GIRARDON-PERLINI, 2012, <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf>).

Tal entendimento é sustentado por reflexões que indicam que a sexualidade alude a uma série de aspetos complexos, que não se limitam a aspetos biológicos, mas envolvem inúmeras expressões emocionais e influências historicamente vivenciadas. A sexualidade é entendida, também, como fazendo parte da vida de todas as pessoas, compreendendo a singularidade de cada indivíduo, envolvendo atitudes e simbolizações e que se produz ao longo da socialização dizendo respeito à intra e à intersubjetividade, dinâmica, flexível e contextualizada e, por isso, elaborada por todos os sujeitos sociais. É, portanto, um misto entre natureza e cultura, na medida em que se reconhece que nada é absolutamente natureza e que nesta sempre há cultura (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

Os sentimentos relativos à adaptação sexual no pós-parto são frequentemente um motivo de preocupação para os novos pais, em que o autoconceito e auto-imagem corporal materna neste período também influenciam fortemente a sexualidade (CRUM, 2008).

Importa definir que por pós-parto, entendeu-se neste relatório, o período de tempo que decorre entre o nascimento e a regularização de todas as funções fisiológicas, logo, a sua duração pode ser muito variável (AFONSO, 2002).

Ao pós-parto associa-se geralmente uma diminuição do bem-estar biológico, psicológico, conjugal e familiar. Na realidade, nos meses seguintes ao nascimento de um bebé, muitas

vezes associado à amamentação natural, ocorrem mudanças a nível afetivo, relacional e social (ALVES, 2008).

A diminuição do desejo e do prazer sexual e a alteração dos padrões de atividade sexual são mudanças que se verificam depois do nascimento do bebê. O pós-parto é um período de reduzida ou ausente atividade sexual, especialmente em relação ao coito, para a maioria das mulheres, pelo cansaço inerente à gravidez e ao próprio parto, até à preocupação com as responsabilidades maternas, para além de que a sua genitália demora algum tempo para se recuperar do parto, particularmente se ocorreu uma episiotomia ou laceração (ALVES, 2008).

Por outro lado, os baixos níveis de estrogénio tendem a reduzir a lubrificação vaginal, dando lugar a dispareunia. As reações fisiológicas à estimulação sexual durante os primeiros meses pós-parto são marcadas por uma redução, na rapidez e intensidade de resposta (ALVES, 2008).

JUDICIBUS; MCCABE (2002) demonstraram o significativo impacto que a dispareunia apresenta em mulheres até seis meses após o parto. Sugeriram seis fatores que podem estar relacionados com a diminuição do desejo sexual, da frequência do coito e da satisfação sexual durante esta fase: o ajuste às mudanças sociais durante a transição para a parentalidade, a satisfação marital, o humor, a fadiga, as mudanças associadas ao nascimento do bebê e a amamentação.

Mesmo quando a vulnerabilidade física e certos receios ou medos são, com o tempo, ultrapassados, outros obstáculos a uma sexualidade satisfatória podem permanecer, como o excesso de tarefas parentais, excessiva ansiedade e preocupação.

A retoma das relações sexuais no pós-parto depende da capacidade física e psicológica da mulher/casal, bem como de fatores culturais. As queixas, associadas às relações sexuais, são mais comuns na mulher que amamenta ou no caso de existir um longo período entre o parto e a primeira relação sexual (NEVES, 2005).

No entanto, muitos casais retomam a sua atividade sexual antes da tradicional revisão às seis semanas após o parto, porque o risco de hemorragia ou infeção é mínimo a partir das duas semanas (CRUM, 2008).

Segundo ALVES (2008) num estudo realizado a uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 202 mulheres nos primeiros quinze meses após o parto, primíparas, sem patologia médica geral ou psiquiátrica associada, diagnosticada, que reiniciaram a sua vida sexual e que recorreram à unidade de saúde em estudo, não encontrou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis interesse, satisfação, lubrificação e parceiro sexual para  $p \geq 0.05$ . Contudo, encontrou uma diferença significativa para  $p \leq 0.05$  na variável orgasmo, significando que as mulheres que amamentam obtêm menos prazer no orgasmo, relatam menor frequência do mesmo e necessidade de mais estimulação adicional para o atingir, do que as mulheres que não amamentam.

Decorrente destes resultados, a amamentação é muito importante na compreensão do comportamento sexual no pós-parto por várias razões.

### 2.2.1. Sexualidade durante a Amamentação

A amamentação exclusiva dura em média entre quatro a seis meses, existindo mulheres que amamentam em complementaridade até aos dois anos ou mais, indo ao encontro das orientações da DGS (2012, [URL:http://www.dgs.pt/?cr=21781](http://www.dgs.pt/?cr=21781)), pelo que se tornou importante considerar a sexualidade durante todo este período. Noutras situações, a mulher opta pela inibição láctea, por razões de saúde, medicamentosas, estéticas ou por falta de disponibilidade.

Reconhecer o direito de opção e decisão da mulher/casal sobre a amamentação, implica ter em conta a sua cidadania e permite compreender os significados do aleitamento materno no quotidiano destes, contribuindo para a formulação e implementação de ações de incentivo à amamentação. As mulheres devem ser respeitadas como agentes de sua sexualidade e, conseqüentemente, do seu processo de amamentação, decidindo que uso dão ao seu corpo e mamas (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006, [URL:http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a18v15n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a18v15n1.pdf)).

A abordagem da sexualidade durante o processo de amamentação é ainda rara, parecendo ser um aspeto silencioso e, muitas vezes, invisível no campo de atenção da saúde nesse período. No âmbito da pesquisa, são poucas as publicações que abordam especificamente as interfaces dessas duas temáticas. No entanto, apesar dessa escassez de investigações, compreende-se que, além de nutriz, ser que alimenta e auxilia no desenvolvimento de outro ser, a mulher também necessita ser considerada na sua totalidade, inclusive de género, o que significa levar em consideração todos os papéis sociais atribuídos a ela — de mulher, mãe, esposa, cuidadora, educadora, trabalhadora, cidadã com direitos sexuais e reprodutivos (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

Nesta perspetiva, ao considerar-se as questões de género, está-se a propor a adoção de uma compreensão que supera o carácter eminentemente biológico, que naturaliza aspetos da vida humana, como é o caso da sexualidade e da amamentação, ou seja, propõe-se uma noção que os entende como práticas sociais, mediadas pela cultura em um determinado contexto (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

A maior parte dos estudos apontam para o facto de que as mulheres que amamentam possam levar mais tempo a chegar aos níveis de prazer e interesse sexual que apresentavam anteriormente. Três fatores parecem então contribuir para a redução na atividade sexual e na satisfação sexual depois do parto, em mulheres que amamentam. O primeiro é biológico, relacionado com a supressão dos estrogénios durante o período de lactação, provocando diminuição na lubrificação vaginal, o que pode tornar o coito desconfortável. A este fenómeno associa-se o aumento da prolactina e os baixos níveis de testosterona, ou ambos, à redução do desejo sexual nas mulheres que amamentam. O segundo fator envolve processos psicológicos. Algumas mães sentem um certo erotismo ou pelo menos sentem a sua necessidade de contacto íntimo satisfeita através da lactação, sentindo assim menos interesse na expressão sexual com o parceiro. O terceiro factor é que as mulheres que amamentam

podem apresentar maiores níveis de fadiga física e psicológica. (HYDE; DELAMATER; PLANT; BYRD, 1998)

As implicações psicológicas da amamentação são complexas e podem ser importantes tanto para a mulher como para o homem. A amamentação pode estimular sentimentos de sensualidade, e até já foram estabelecidos paralelismos com esta e o parto devido à presença de contrações uterinas, e com o coito devido à ereção dos mamilos e alterações cutâneas que ocorrem tanto na sucção como durante a excitação sexual (CRUM, 2008).

Os resultados, em especial os que indicam que a mama, no período de amamentação, é considerada “*exclusividade*” do bebê e que os cuidados à mulher-nutriz se centram nas mamas com o objetivo, em especial, de proporcionar condições para que a amamentação possa ocorrer e, assim, garantir os benefícios à criança, talvez possam ser explicados como consequência de uma herança cultural de um tempo em que a mama não era erotizada, em que prevalecia uma percepção funcional e alimentar das mamas (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

Na sociedade ocidental moderna, a dupla função – maternal e erótica – das mamas e as representações que homem e mulher fazem da maternidade aparecem como a base de alterações importantes na sexualidade do casal durante o período de aleitamento materno. O leite materno é investido de um forte aspeto simbólico em diferentes culturas, e a amamentação ultrapassa, assim, o quadro biológico e nutricional. O leite, entre outras substâncias corporais, tem um importante papel nas representações do corpo, dando origem a relações de parentesco e a interdições sexuais em diferentes sociedades (SANDRE-PEREIRA, 2003, [URL:http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf)).

Na percepção da própria mulher ou do homem, a impossibilidade de que a “mãe” e a “mulher” convivam no mesmo corpo pode gerar uma situação conflituosa para o casal, repercutindo-se na sexualidade de ambos e também pode-se refletir na relação com o bebê, determinando o período de tempo que a mãe continuará ou não a amamentá-lo. Um conflito desses, que muitas vezes não passa pelo consciente, pode explicar o discurso de algumas mulheres sobre o desmame. No imaginário social a maternidade é vista como sendo sagrada, por outro lado, o erotismo atribuído às mamas faz com que o corpo seja um instrumento do prazer e essa percepção é cada vez mais valorizada nas sociedades ocidentais. Nesse contexto, as mudanças que ocorrem no corpo da mulher quando se torna mãe, e principalmente a sua ligação especial com o bebê durante a amamentação, podem ser vividas pelo casal de formas distintas, dependendo da maneira que cada um lida com tais representações (SANDRE-PEREIRA, 2003, [URL:http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf)).

Para compreender estas representações tornou-se importante ter em conta o modelo de consecução do papel maternal, porque tornar-se mãe também significa transformação e crescimento da identidade materna, conceito sugerido por MERCER (1995, citada por MEIGHAN, 2004) para substituir o de concretização do papel materno. Este conceito implica mais do que cumprir um papel, inclui a aprendizagem de novas competências e o aumento da confiança em si própria. Segundo a mesma autora, a relação mãe-pai é definida como a percepção da relação do casal que engloba os valores, objetivos e acordos reais e pretendidos

entre os dois, em que o parceiro íntimo do pai ou da mãe, contribui para a consecução do papel de uma forma que não pode ser substituído por outra pessoa que apoie. Acrescenta ainda que o pai assume uma importância fulcral na consecução do papel ajudando a difundir o desenvolvimento da tensão na díade mãe-bebé. A consecução do papel maternal é atingida no microsistema através das interações do pai, da mãe e do bebé. Este modelo baseado no de Bronfenbrenner engloba ainda o mesossistema que delimita o microsistema, que inclui por exemplo, a família alargada, o trabalho, a igreja, entre outros e, o macrosistema, que engloba os dois anteriores e referem-se aos protótipos gerais existentes numa determinada cultura ou consistências culturais transmitidas, como influências sociais, políticas e culturais (MERCER, 1995, citada por MEIGHAN, 2004).

### 2.3. A ENFERMAGEM E A SEXUALIDADE DURANTE A AMAMENTAÇÃO

A existência de uma tendência cultural de práticas de cuidado, voltadas para o âmbito biológico e patológico, talvez explique, pelo menos em parte, as práticas apenas para a prevenção e tratamento de problemas específicos da mama. O enfoque dado às práticas da enfermagem pode ser reflexo, também, da ênfase das políticas de saúde na importância da amamentação e do papel de ser-mãe nesse sentido e do conteúdo veiculado nos meios de comunicação (TRINDADE; FERREIRA, 2008, [URL:http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf)).

Os cuidados de enfermagem à mulher que amamenta visam, principalmente, garantir o sucesso do aleitamento materno, centrando-se em saberes biomédicos que consideram aspetos biológicos e fisiológicos da amamentação, direcionados ao corpo, mais especificamente às mamas da mulher, visando prevenir lesões mamilo-areolares e, em consequência, pretendendo o bem-estar da criança. A sexualidade, em especial vinculada às questões eróticas, parece inexistir para os enfermeiros, quando o fazem, é de forma tímida e prescritiva – contraceção. Os profissionais de enfermagem referem que, se não forem questionados ou solicitados a abordar a temática da sexualidade, não tomam iniciativa nesse sentido, remetendo ao outro — o ser cuidado — os motivos pelos quais não o fazem. (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

O lactente está no centro dos cuidados relativos à mulher que amamenta, o que pode ser justificado, entre outros motivos, pelo valor sociocultural da criança na sociedade ocidental, o qual teve a sua origem em meados do século XVII. Ao lado dessa valorização da criança e da noção de que amamentação é interação entre mãe e filho, as práticas de cuidado parecem alicerçar-se, em especial, no paradigma biomédico. Embora a gravidez e a amamentação modifiquem o corpo da mulher, é importante considerar que existem outras transformações bem mais amplas e complexas, relacionadas com os papéis sociais da maternidade, que estão para além de um corpo que amamenta. Assim, exercer o papel da maternidade, no qual se insere a amamentação, exige a aquisição de conhecimentos e entendimentos pela própria mulher, através de ações de educação para a saúde promovidas pelo enfermeiro, na medida

em que permite um espaço discursivo sobre os aspetos relevantes da sexualidade (TRINDADE; FERREIRA, 2008, [URL:http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf)).

Para o rompimento com saberes formatados e descontextualizados, é importante o desenvolvimento de práticas que privilegiem a mulher-nutriz na sua integralidade e ajudem no reconhecimento da sua complexidade, especificidades e necessidades, que compreendam aspetos de carácter biológico, psicológico, cultural e social, incluindo-se aí a sexualidade, como já referido anteriormente. (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

Segundo o mesmo autor ao cuidar-se da mulher que se torna mãe, no seu todo, é necessário considerar que “ser nutriz” é apenas mais um dos papéis que ela desempenha nesse momento existencial, cabendo lembrar que as questões da sexualidade, nas diferentes expressões, constituem-se eixos fundamentais a serem abordados pelos profissionais de enfermagem. Partindo desse entendimento, o qual está alicerçado nas teias culturais em que os profissionais de enfermagem e as mulheres, de quem cuidam, tecem e se entrelaçam, percebe-se que a mama, símbolo da maternidade, é exclusividade do filho, o que prende a mulher, no período pós-parto, ao exercício prioritário de algumas funções maternas, nesse caso a amamentação, e exclui, neste cenário, a sexualidade, especialmente, no seu componente erótico.

Então, parafraseando a competência (H7) do enfermeiro especialista SMOG, este é o profissional privilegiado para cuidar das mulheres em idade fértil inseridas na comunidade, promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população (REGULAMENTO nº 127/2011).

Apesar das discussões teóricas e dos movimentos sociais, em especial de mulheres, na procura do reconhecimento dos direitos femininos de cidadania, dos quais o exercício da sexualidade, os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, ainda se deparam com dificuldades em tratar as mulheres como seres integrais. Ou seja, como um sujeito com capacidade de, ao mesmo tempo, ser mulher, trabalhadora e mãe, mas que, em decorrência das mudanças associadas ao pós-parto e à parentalidade, em si, necessita de certo tempo para se adaptar aos ajustes relativos à sexualidade (SALIM; ARAUJO; GUALDA, 2010, [URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf)).

É fundamental que os enfermeiros considerem a mulher nas suas diferentes funções sociais - de mãe, nutriz, esposa, trabalhadora, ou seja, uma mulher que tem uma vida para além do filho. Então é necessário incluir o companheiro/a da mulher que amamenta nos cuidados de enfermagem. Para isso, sugere a criação de espaços de educação para a saúde, a título de exemplo, atividades em grupo que envolvam o casal e cujo referencial privilegie espaços de escuta, diálogo e troca de saberes, para abordar os significados e sentidos da maternidade/paternidade e da sexualidade. É ainda crucial integrar a temática da sexualidade e amamentação nas suas diferentes interfaces na formação de enfermeiros, desde a licenciatura, sendo ampliada para a prática profissional por meio da educação permanente (FLORENCIO *et al*, 2012, [URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf)).

Segundo MELEIS; SAWYER; IM; MESSIAS; SCHUMACKER (2000, [URL:http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx)) os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e das suas famílias que estão a sofrer uma transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde ou doença ou preparando para as transições iminentes. Algumas das transições que podem tornar os clientes vulneráveis são as desenvolvimentais e ciclo de vida, como sejam a gravidez, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento e a morte. A referida teoria considera-se de médio alcance, com ênfase em fenómenos de enfermagem que refletem a prática clínica e o processo de enfermagem, segundo a premissa de que uma transição não é uma simples mudança, tratando-se de um processo através do qual a pessoa se capacita a integrar a mudança na sua vida. Pelo que uma transição eficaz acontece quando o sentimento de insegurança, stress ou desajuste é substituído por bem-estar e sapiência relativamente a determinada situação ou acontecimento.

Participar num processo de transição que leve à mestria implica a aquisição de conhecimento, participação em redes de suporte social, manutenção ou desenvolvimento de estreitas relações com outros e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através do desenvolvimento do auto-conhecimento (aumentando a resiliência) (MELEIS, 2011). A conceção dos cuidados de enfermagem segundo a teoria das transições de Meleis preconiza que:

“A enfermeira interage («interacção») com um ser humano numa situação de saúde-doença («cliente de enfermagem»), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural («ambiente») e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição («transição»). As interações enfermeira-cliente organizam-se em torno de uma intenção («processo de enfermagem») e a enfermeira utiliza algumas acções («terapêuticas de enfermagem») para promover, recuperar ou facilitar a saúde («saúde»).” (MELEIS; TRANGENSTEIN, 1994, p. 256)

Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas. Neste contexto os enfermeiros necessitam de considerar todas as transições significativas na vida de um indivíduo e/ou família ao invés de se focar exclusivamente num tipo específico de transição (MELEIS *et al*, 2000 [URL:http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx))

Uma transição denota mudança no status de saúde, no desempenho do papel, nas relações interpessoais, expectativas ou capacidades. Transição exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, para alterar o comportamento e, portanto, para mudar a definição do “eu” no contexto social. (MELEIS, 2011)

A natureza das transições na mulher/casal a amamentar são de tipo desenvolvimental. De relevar que os processos de transição possuem propriedades transversais e comuns, nomeadamente a consciencialização, o envolvimento, a mudança, tempo de vida e eventos críticos. Para MELEIS *et al* (2000, [URL:http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx))

os processos de transição são influenciados por diversas condições facilitadoras ou inibidoras desse mesmo processo, tais como as condições pessoais, o significado atribuído aos eventos que precipitam a transição, as atitudes e crenças, o *status* socioeconómico, a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição, as condições sociais e as da comunidade, o apoio de outros familiares ou pessoas significativas, a informação relevante colhida a partir de fontes credíveis como livros e guias orientadores. Como fatores inibidores, menciona-se o suporte insuficiente e a informação inadequada.

Os cuidados de enfermagem de SMOG devem ter em conta a visão e a missão deste enfermeiro. A primeira, segundo a OE (2011, p. 2) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, passa por *merecer a preferência dos clientes e ser reconhecido como um profissional de referência para a melhoria do estado de saúde ginecológico, sexual e reprodutiva, e por oferecer cuidados especializados em função das respostas às transições relacionadas com os processos de vida e de saúde/doença*. A missão passa por assegurar os cuidados nos contextos onde os clientes se encontram, bem como garantir a acessibilidade, contribuir para a satisfação dos clientes, produzir ganhos em saúde relacionados com a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, em que se destaca a promoção da autonomia nas decisões, a contribuição para o potencial máximo de saúde dos clientes, e a promoção da vivência positiva dos processos fisiológicos, como a sexualidade (OE, 2011).

A entidade beneficiária de cuidados do EESMOG é a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Para além da perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerou-se a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (Quadro 1) (REGULAMENTO nº 127/2011).

Releva-se novamente a importância do modelo de consecução do papel maternal de MERCER (1995, citada por MEIGHAN, 2004) para compreender a interligação entre os diversos sistemas que englobam o macrosistema.

Quadro 1 - Potenciais clientes dos enfermeiros EESMOG

Mulher (ao longo do ciclo vital)	Homem (ao longo do ciclo vital) Convivente significativo	Embrião/Feto/ Recém-Nascido	Comunidade (Grupos)
Mãe: grávida, parturiente, puérpera	Pai		
Casal			
Família			

Fonte: OE, 2011

O EEESMOG promove comportamentos de saúde saudáveis, tanto nas mulheres como nos homens, nomeadamente na contraceção e cada vez mais na saúde sexual e reprodutiva (OE, 2010b).

De acordo com o Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, onde se inclui o direito à saúde sexual, os cuidados a prestar nesta área devem constituir um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuam para a saúde e bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando resposta às necessidades específicas dos homens e mulheres, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. De entre os objetivos do Planeamento Familiar, salienta-se: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura e melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família. Neste âmbito, as consultas de planeamento familiar devem também assegurar atividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prestação de cuidados no puerpério, reconhecimento e orientação de indivíduos/casais com dificuldades sexuais, entre outros (PORTUGAL. DGS, 2008).

É importante que o enfermeiro discuta os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter no ato sexual, pois os casais podem estar ansiosos com a retoma da atividade sexual (CRUM, 2008).

Se os profissionais de saúde continuam a informar as mulheres e os seus parceiros que podem ter relações sexuais após a avaliação às seis semanas pós-parto, as mulheres podem experimentar a pressão imprópria para retomar a relação sexual, quando não estão fisicamente ou psicologicamente preparadas (WILLIAMSON; MCVEIGH; BAAFI, 2008). Por outro lado, estes autores na sua pesquisa constataram que a relação sexual recomeçou maioritariamente antes das seis semanas pós-parto. Não há nenhuma regra sobre o reinício das relações sexuais, sendo que a variação entre indivíduos é imensa, necessitando do bem-estar físico e psicológico neste período. É importante que os profissionais de saúde, particularmente as parteiras, reconheçam que essa variação ocorre, e que há uma necessidade de discussão aberta sobre a atividade sexual com as mulheres e seus parceiros no pós-parto.

Cuidar das mulheres/mães no seu todo requer do enfermeiro uma posição menos distante e mais empática, favorecendo a interpretação das suas vivências e sentimentos, assim como dos seus desejos, reações, manifestações sobre a condição maternal, amamentação e sexualidade, que envolvam a criança e os aspetos íntimos da mulher e do seu parceiro (ABUCHAIM, 2005).

Compreender a vida sexual da mulher e do casal durante o pós-parto, entendendo as suas dificuldades para ajudá-los a reconciliar a maternidade e a sexualidade, é responsabilidade dos profissionais de saúde e especialmente os que trabalham com a amamentação, pois na vida sexual de muitos casais a mama é considerada como uma zona erógena de grande importância. É fundamental que estes profissionais compreendam essa dinâmica da interação entre amamentação e sexualidade e ajudem a mulher ou o casal a superar os conflitos decorrentes da dicotomia lactante/mulher sexuada, integrando essas duas dimensões fundamentais para a mulher e para a tríade mãe/pai/bebé. Mesmo que a mulher/casal que procura um profissional de saúde para orientação preventiva sobre a amamentação

não questionar nada sobre sexualidade, o profissional deve perguntar se desejam falar sobre o assunto. As implicações entre estas duas dimensões, se não são bem resolvidas pela mulher e/ou casal, podem levar a sentimentos de culpabilização e tensões que levam ao desmame precoce. Isto implica uma abordagem sem preconceitos, realizada de forma empática e com reflexão em conjunto (PAMPLONA; MELO-DE-AGUIAR, 2010).

O enfermeiro pode assim orientar a adoção de hábitos que suavizem o impacto da amamentação na sexualidade do casal, como esvaziar a mama ou amamentar antes do ato sexual. Nas relações conjugais em que a ejeção de leite é um fator inibidor, o enfermeiro deve também avaliar a possibilidade do uso de sutiã e protetores, orientando a mulher que o leite perdido será produzido novamente de acordo com a estimulação das mamas e que a sua saída nada tem a ver com a necessidade de alimentar o bebê (MARQUES; LEMOS, 2010, [URL:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/806/pdf\\_50](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/806/pdf_50)).

### 3. METODOLOGIA DE PESQUISA

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação. Esta é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a Prática Baseada na Evidência (OE, 2006, [URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/Tomada\\_Posicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf)).

Na formulação da questão de investigação, utilizou-se o método designado de PI[C]O: Participantes (e situação clínica), Intervenção e Resultados (Outcomes) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005; VILELAS, 2009).

Esta RSL procurou assim dar resposta à pergunta: **Qual a intervenção do enfermeiro (I), com o casal durante a amamentação (P), para melhorar a sua vivência da sexualidade (O)** (Quadro 2).

Quadro 2 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PI[C]O

<b>P</b>	<b><u>Participantes</u></b>	<b>Quem vai ser estudado?</b>	Casal durante a amamentação
<b>I</b>	<b><u>Intervenção</u></b>	<b>O que vai ser estudado?</b>	Intervenção do enfermeiro
<b>[C]</b>	<b><u>Comparação</u></b>	<b>(As comparações podem existir ou não)</b>	-
<b>O</b>	<b><u>Resultados</u></b>	<b>Resultados/efeitos ou consequências</b>	Melhorar a vivência da sexualidade no casal durante a amamentação
<b>Palavras-chave</b>	<p style="text-align: center;"><b>Sexuality Breast feeding Nurs*</b></p> <p style="text-align: center;">(Validadas em MESHBrowser disponível em: <a href="http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html">URL:http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html</a> [Consult. 2013-01-29])</p>		

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolou-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por interseção, levou à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada.

As palavras-chave que emergiram da pergunta PI[C]O – **Sexualidade, Amamentação e Enfermagem** foram validadas segundo os descritores de saúde (em [URL:http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) [Consult. 2013-01-29]) de forma a verificar a fiabilidade científica, nomeadamente: **1- Breast Feeding; 2- Sexuality; 3- Nurs\***.

Para dar resposta à pergunta PI[C]O e tendo por base os conceitos anteriormente conceptualizados, realizou-se a pesquisa na plataforma informática da EBSCOhost das palavras-chave, no dia 29 de janeiro de 2013, em quatro bases de dados (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina).

Os limitadores adotados na pesquisa foram os apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Limitadores de pesquisa nas bases de dados

<b>CINAHL Plus with Full Text</b>	Boleano/frase; Texto completo; Data de publicação de: janeiro 2008- janeiro 2013; Resumo disponível; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF
<b>MEDLINE with Full Text</b>	Texto completo; Data de publicação de: janeiro 2008- janeiro 2013; Resumo disponível; Humano
<b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive</b>	Texto completo; Data de publicação de: janeiro 2008- janeiro 2013; Texto completo em PDF
<b>MedicLatina</b>	Texto completo; Data de publicação de: janeiro 2008- janeiro 2013; Texto completo em PDF

Data da Pesquisa – 29 de janeiro de 2013

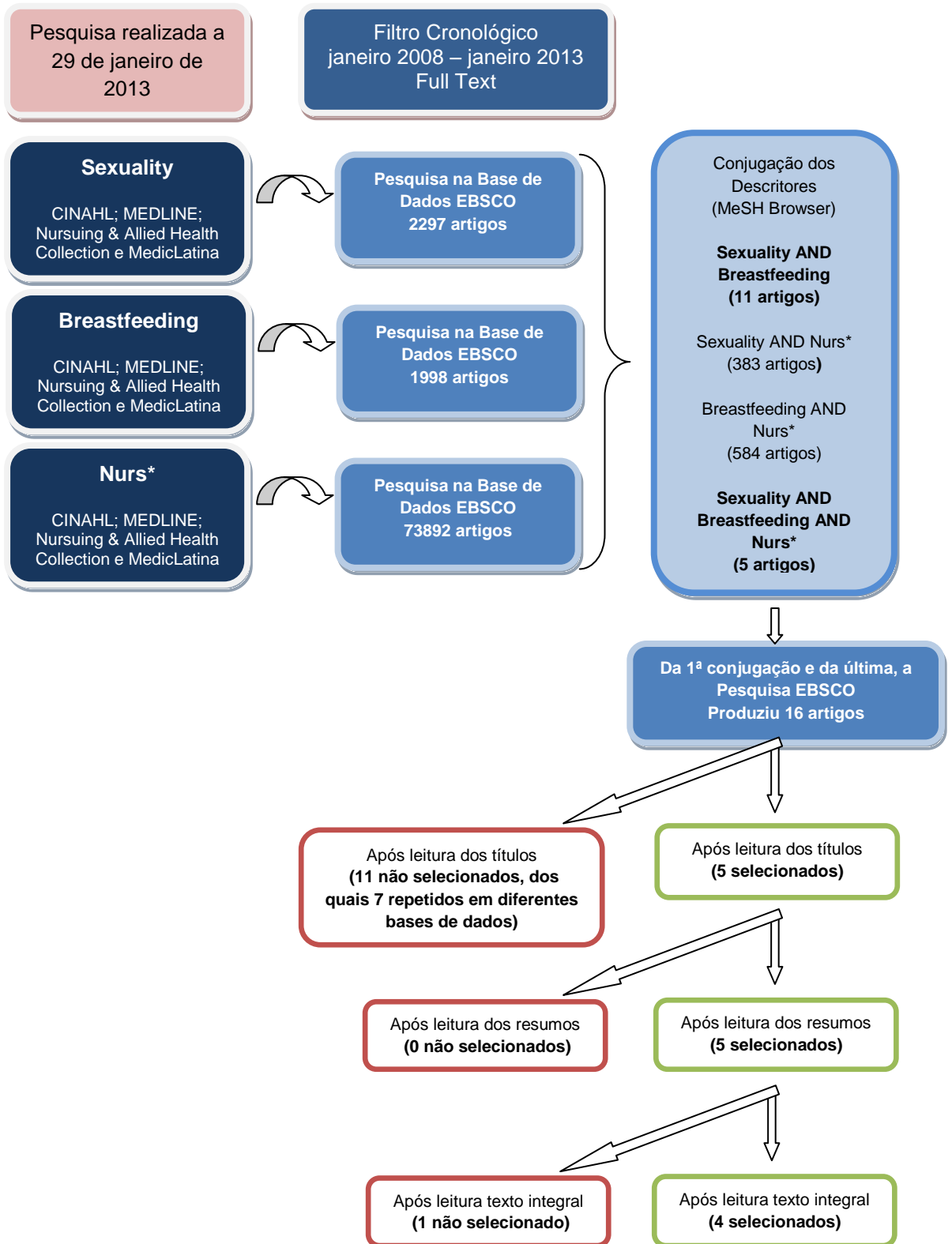
Como resultado das intersecções das palavras-chave (Anexo VI), em conjuntos de duas, tendo em conta a hierarquização, na primeira obteve-se 11 artigos. Na conjugação das três palavras-chave obteve-se 5 artigos, perfazendo então o total de 16 artigos. Após uma primeira leitura dos títulos desses artigos, selecionou-se 5 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão (Quadro 4).

Quadro 4 - Critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos a estudar

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
Artigos em língua inglesa, portuguesa, francesa ou espanhola	Artigos em outras línguas que não o inglês, português, francês ou castelhano (por incapacidade/desconhecimento do investigador para traduzir outras línguas)
Artigos com co-relação com o objeto de estudo	Artigos sem co-relação com o objeto de estudo
Artigos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos	Artigos que não apresentem metodologia científica
Estudos cujos participantes se encontrem na faixa etária dos $\geq 18$ anos (uma vez que envolve fatores específicos e diferentes que influenciam de forma particular a sexualidade e amamentação).	Estudos cujos participantes se encontrem na faixa etária dos $< 18$ anos

Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos mantendo-se os 5 estudos selecionados. Neste sentido, após leitura integral dos mesmos, selecionaram-se 4 artigos (Anexo VII) que foram analisados e permitiram desenvolver respostas à pergunta PI[C]O formulada (Figura 1).

Figura 1 - Esquema resumo da pesquisa



Os textos foram caracterizados e analisados tendo em conta o seu nível de evidência, tipo de estudo e desenho, participantes, objetivo do estudo, intervenção e resultados obtidos/discussão (Anexo VIII), apresentando-se de seguida o quadro resumo dos mesmos (Quadro 5).

Quadro 5 - Resumo dos artigos filtrados

	<b>Estudo 1</b>	<b>Estudo 2</b>	<b>Estudo 3</b>	<b>Estudo 4</b>
<b>Título</b>	Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud	Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum	Men and Infant Feeding: Perceptions of Embarrassment, Sexuality, and Social Conduct in White Low-Income British Men	Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth
<b>Autor/Ano/País</b>	FURNIELES-PATERNA; HOYUELOS-CÁMARA; MONTIANO-RUIZ; PEÑALVER-JULVE; FITERA-LAMAS (2011) Espanha	JOHNSON (2011) USA	HENDERSON; MCMILLAN; GREEN; RENFREW (2011) Inglaterra	SERATI; SALVATORE; SIESTO; CATTONI; ZANIRATO; KHULLAR; CROMI; GHEZZI; BOLIS, (2010) Inglaterra
<b>Orientação Metodológica</b>	Prospectivo, comparativo, e Quasi-experimental	Revisão Literatura	Qualitativo	Revisão Literatura
<b>Participantes</b>	Mulheres primíparas com alta precoce (primeiras 72 horas) pós-parto, que assistidas no Hospital Universitario La Fe em Valência ou no Hospital Geral de Castellón	Casais	Os participantes eram homens britânicos brancos, com idade entre 16 e 45 anos e incluía pais, pais expectantes e potenciais pais.	Mulheres/casais
<b>Intervenção</b>	Grupo experimental formado por 100 mulheres com primeira visita pós-parto em casa e grupo controle de 100 mulheres com primeira consulta pós-parto no Centro de Saúde.	Pesquisa na MEDLINE e PubMed de publicações relevantes sobre os efeitos da gravidez e do parto na saúde sexual, com particular ênfase para as alterações físicas, hormonais, psicológicas, sociais e culturais que podem ocorrer no pré, parto e pós-parto.	Foram realizados cinco grupos com homens com baixo rendimento (n = 28), vivendo em áreas de privação social em Leeds na Inglaterra e áreas de baixo rendimento de Glasgow, oeste da Escócia. Os três primeiros grupos realizados em áreas de baixo rendimento de Glasgow foram a amostra.	Pesquisa no PubMed sobre função sexual durante a gravidez e pós-parto, publicados a partir de 1960 até 2009, palavras-chave: "sex/sexuality/sexual intercourse/sexual function/sexual dysfunction" and "pregnancy/cesarean section /puerperium/ postpartum/ delivery/childbirth/ lactation/breast-feeding." Artigos relevantes (N=48), sobre a função sexual feminina, após o parto (N=29).
<b>Evidência</b>	VI	I	VI	I

#### 4. DA EVIDÊNCIA PARA A PRÁTICA – UM CAMINHO A TRANSITAR...

A realização da RSL permitiu iniciar o complexo processo da Prática Baseada na Evidência. No presente capítulo deu-se resposta à pergunta PI[C]O formulada, através da análise da literatura emergente da RSL integrando a PEE desenvolvida.

Apesar de uma infinidade de pesquisas enfatizando os benefícios da amamentação para a saúde materna e infantil, existe uma escassez de investigação sobre o significado desta experiência para o casal nesta etapa do ciclo de vida. Nesta linha de pensamento o estudo de HENDERSON *et al* (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108)) realçou que existem estudos que consistentemente identificam que a amamentação fornece à mãe e bebé benefícios de saúde importantes. No entanto, as taxas de prevalência do aleitamento materno continuam baixas, tornando-se fundamental investigar as atitudes/crenças dos pais para compreender estes aspetos. O que vai de encontro ao considerado na PEE enquanto enfermeira conselheira em AM, assim como o que se constatou ao longo dos estágios já referidos.

A amamentação é uma experiência intensa e profundamente humana que, como um fenómeno, engloba as perceções das mulheres, de si mesmas como mulheres e mães e a sua relação com o bebé e família mais próxima. A investigação ontológica nesta área deve ser assumida como uma atividade sociocultural, sendo necessário explorar os significados, valores e crenças mantidas por aqueles que experimentam diretamente o fenómeno sob investigação (SPENCER, 2008).

As representações culturais são amplamente assumidas como tendo um papel vital a influenciar as escolhas de alimentação infantil e a mobilizar o apoio comunitário, mas poucos estudos têm especificamente explorado esta vertente (HENDERSON *et al*, 2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108)).

Os mesmos autores referiram ainda que a amamentação quer da perspetiva masculina como feminina, foi sinónimo de atividade sexual, em que amamentar em público provocava muita exposição indesejada, principalmente com atração da atenção masculina. Perceções culturais da amamentação como uma atividade sexual visível, ansiedades sobre o papel apropriado de género e a ênfase dos meios de comunicação social na mama, como um aspeto sexual, foram considerados obstáculos à amamentação. Até que a amamentação se torne numa atividade comumente aceite e a amamentação em público normalizada, considerou-se improvável que as pessoas aprendessem com a experiência de ver outras mulheres a amamentar, continuando a ser uma questão controversa, com as taxas a permanecerem

baixas. Mudanças socioculturais consideraram-se necessárias no intuito de criar um ambiente em que as mulheres fiquem habilitadas a amamentar e homens habilitados a apoiá-las.

As evidências reforçaram a importância de na PEE se valorizar a multiculturalidade, pois o EEESMOG é o profissional privilegiado para cuidar das mulheres em idade fértil inseridas na comunidade, promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população (REGULAMENTO nº 127/2011).

Da evidência encontrada e da PEE corrobora-se com a ideia de PAMPLONA; MELO-DE-AGUIAR (2010), que na nossa sociedade, o papel de mãe é visto de forma sagrada, assexuado, assim ao assumir esse papel pode provocar grandes conflitos com o papel de mulher sexuada. O conflito entre a sexualidade e maternidade expressa-se quanto às mamas na dupla função que têm na sociedade, a função erótica, estética e a função materna, nutritiva. Na sociedade ocidental, as mamas têm um valor erótico, funcionando como um fator estético para a conquista do parceiro sexual. A moda também influencia esta questão uma vez que, por exemplo, nesta época são valorizados as mamas grandes, firmes e empinadas, ao invés das pequenas e delicadas como noutros tempos. Isto demonstra uma sexualidade na qual a mulher não sente as mamas como algo que lhe pertence para seu próprio prazer, mas como objeto de conquista segundo os ditames da moda.

Uma outra vertente da sexualidade relacionada com a amamentação encontrou-se na revisão de literatura realizada por JOHNSON (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)), onde há dados de pesquisa conflitantes sobre se amamentação aumentava o desejo sexual e erotismo, devido ao aumento de tamanho, sensibilidade e estimulação direta das mamas e que inclusivamente para algumas mulheres, os efeitos naturais da ocitocina poderia causar sensações similares ao orgasmo na forma de contrações uterinas intensas. Uma das análises encontradas referia que 50% de mães que amamentavam descreviam a amamentação como erótico.

A ocitocina, hormona também presente no orgasmo, durante a amamentação provoca nas mamas alguns dos mesmos efeitos que provoca durante o clímax do prazer sexual: ereção dos mamilos, tumescência das mamas e contrações uterinas. Pelo que uma sociedade que por vezes ainda vê a sexualidade pouco abrangente e apenas valoriza a genitalidade, refreia a ideia de sensações sexuais e sensuais durante a amamentação, fazendo com que as mulheres se sintam confusas e culpadas ao sentirem excitação sexual durante a amamentação (PAMPLONA; MELO-DE-AGUIAR, 2010).

De outro modo, na evidência também é referido que o aleitamento materno está associado a dispareunia pós-parto devido a níveis baixos de estrogénio e progesterona e níveis elevados de prolactina associado a lactação, o que pode causar secura vaginal, podendo ser considerado uma causa de adiamento da recuperação da função sexual após o parto. Mostrou-se que às seis semanas, as mulheres que fazem aleitamento artificial, são mais propensas a reiniciar a relação sexual e o grau de dificuldades sexuais diminui, enquanto as mulheres que amamentam podem experimentar as características físicas e hormonais da lactação incluindo secura vaginal, dispareunia, maior sensibilidade mamilar, esvaziamento de leite, diminuição da

excitação e sentimentos eróticos durante a amamentação (JOHNSON, 2011, <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9>). Num estudo de coorte prospetivo de 832 primíparas a amamentar, AVERY *et al.* (2000), citado pelo mesmo autor, relataram uma associação entre a duração do aleitamento materno (3-6 meses) e diminuição da excitação e satisfação sexual, em comparação com mulheres que cessaram o aleitamento materno no início do período pós-parto.

Na mesma linha de pensamento o estudo de SERATI; *et al* (2010, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)) reafirmou que apesar de poucos estudos e a maior parte antigos reportarem um aumento do desejo sexual e erotismo durante a amamentação, por causa do aumento do tamanho, sensibilidade e estimulação direta das mamas, artigos mais recentes contradisseram por completo estes achados. De facto, os dados encontrados na maioria dos estudos analisados na revisão sistemática estão substancialmente de acordo com a conclusão que a amamentação é significativamente associada com a dispareunia pós-parto, tendo sido mesmo confirmada como a única causa para a persistência da mesma aos seis meses após o parto e sendo a causa para o adiamento do retorno da função sexual após o parto. A grande maioria dos estudos disponíveis mostrou que a função sexual feminina registou um declínio nos primeiros 3-6 meses após o parto, com uma recuperação gradual posterior, em que uma redução da sexualidade pode ser afetada pelo agravamento da imagem corporal no pós-parto. A função sexual é dependente de muitos mecanismos, associados mais a fatores psicológico do que orgânicos, como sugerido por altas taxas de anorgasmia e perda da libido aos seis meses após o parto.

Constatou-se que apesar das evidências anteriormente encontradas serem na sua maioria de índole fisiológica, consideradas mais objetivas e mais fácil de serem tidas em conta pelos profissionais, na prática, continuam a não ser valorizadas e abordadas. O EEESMOG ao basear a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento da especialidade, assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções, em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) atuais e pertinentes, pode e deve ter um papel fulcral na gestão do processo de cuidados, exigindo-se que realize uma avaliação e intervenção globalizante, mas adequada à individualidade da mulher/casal. Com competência para gerir os cuidados, pode garantir a otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (REGULAMENTO nº 122/2011).

Ainda segundo a revisão de JOHNSON, (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)), as alterações na função sexual no pós-parto afeta o casal, ao invés de apenas o indivíduo e independentemente da etiologia pode afetar negativamente o parceiro sexual. Esta fase transacional que envolve significativas mudanças físicas, hormonais, psicológicas, sociais e culturais, pode influenciar a sexualidade individual, mas também a saúde sexual e

relacionamento do casal. As alterações nas relações, papéis e estilos de vida causada pela presença de uma criança na família podem ter um impacto na saúde sexual. Os parceiros podem ter ciúmes da relação mãe-criança, pois o AM envolve constante estimulação tátil e proximidade, a qual pode ser satisfatória para a mulher que pode não desejar contato adicional pelo parceiro. Mas apesar de medos e mitos sobre a atividade sexual na gravidez e pós-parto manter as interações sexuais de um casal nestes períodos promove a saúde sexual e bem-estar e uma maior profundidade de intimidade.

Do mesmo modo SERATI *et al.*, (2010, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)), referiram que a função sexual é uma parte fundamental da personalidade de cada ser humano e um ponto fulcral no relacionamento global do casal, com um óbvio impacto na qualidade de vida. Esta fase de transição determina uma mudança de papéis e competências de somente companheiros para pais, sendo um potencial momento de crise para qualquer casal. Portanto, é indispensável uma definição adequada do que atualmente se entende por sexualidade "normal" no pós-parto. Os casais devem ser informados sobre o declínio da libido, desejo e orgasmo, comumente encontrado durante a gravidez e puerpério, que pode levar a redução na frequência das relações sexuais. Também MALINOWSKI citado por SERATI *et al.* (2010, p. 2789) considera que *Sex is rather a sociological and cultural force than a mere bodily relation of two individuals* assim, durante o puerpério, um aconselhamento sexual exaustivo e multidisciplinar, fornecido por todos os profissionais envolvidos (ginecologistas, parteiras, psicólogos e sexólogos) considera-se útil para melhorar a saúde sexual dos casais.

Neste sentido, a autora considera que na PEE no Centro de Saúde (CS)/USF os cuidados são e devem continuar a ser prestados segundo as orientações do Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, em equipa multiprofissional, com motivação e iniciativa que garanta um atendimento imediato, encaminhamento adequado e consulta de planeamento familiar. Os cuidados prestados podem ser uns exclusivamente da responsabilidade do enfermeiro, outros do médico, outros executados por qualquer um destes, de acordo com as suas competências e outros que necessitam da intervenção de ambos. Acredita-se que uma organização baseada neste tipo de colaboração contribui para uma prestação de cuidados em saúde reprodutiva mais centrada nas necessidades específicas de cada pessoa, nas diferentes etapas do ciclo de vida (PORTUGAL. DGS, 2008).

Também JOHNSON (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)) defendeu que o ideal no período pós-parto é uma abordagem multidisciplinar de ginecologistas, urologistas e parteiras para proporcionar aconselhamento na saúde sexual. Mas na generalidade das realidades dos contextos da prática, isso pode não ser a abordagem mais prática ou económica. Nestas circunstâncias, os profissionais devem incorporar aconselhamento específico/orientação antecipatória sobre as mudanças esperadas na saúde sexual das mulheres e seus parceiros, durante os cuidados do pós-parto. Este período é um momento de grande mudança em que o casal se adapta ao aumento da sua família, bem como as alterações no seu próprio funcionamento sexual. Os casais podem não estar cientes de que

essas mudanças ocorrem, se não receberem orientação antecipatória sobre essas alterações dos seus prestadores de cuidados de saúde. As mulheres nem sempre estão confortáveis para referir preocupações sexuais e podem ser reservadas a discuti-las com os seus cuidadores, mas em vez disso, pode ser mais fácil compartilhar os problemas com amigos. O silêncio dos profissionais de saúde sobre o tema da função sexual mantém as mulheres e seus parceiros em ignorância das alterações normais no pós-parto, não fornecendo soluções para os problemas que podem ser facilmente corrigidos ou explicados.

De acordo com a evidência e analisando a PEE, considera-se que os profissionais de saúde não discutem suficientemente o tema da sexualidade com o casal, abordando apenas o aconselhamento contraceptivo. Ao EEESMOG é atribuída a responsabilidade pelo exercício da sua atividade de intervenção, no âmbito da comunidade na assistência às mulheres/casal no pós-parto, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva. No entanto, considera-se que na PEE torna-se fundamental intervir e aperfeiçoar a competência cuidar a mulher/casal inserido na família e comunidade durante o período pós-parto, no sentido de apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade, informando e orientando sobre sexualidade, mantendo também por esta forma o apoio na manutenção do aleitamento materno (REGULAMENTO nº 127/2011). Mas para que estas competências sejam concretizadas na sua plenitude, é imprescindível que o EEESMOG demonstre disponibilidade, capacidade de escuta ativa, falar com naturalidade de sexualidade e que promova a privacidade e confidencialidade durante a sua intervenção com o casal, para que se estabeleça uma efetiva relação terapêutica que tenha em conta o respeito pelos valores, costumes e crenças dos mesmos.

Os profissionais devem ainda alertar para uma possível redução da frequência de relações sexuais, bem como da diminuição da libido, desejo sexual e orgasmo, que comumente persiste até aos primeiros 3-6 meses após o parto. Estas mudanças não precisam ser entendidas como patológicas mas reforçadas, como parte de uma sequência normal dos acontecimentos que recuperam gradualmente ao longo do tempo. A decisão de retomar a relação sexual após o parto deve ser feita mutuamente entre a mulher e o seu parceiro, embora o momento em que se pode retomar o coito com segurança após o parto é desconhecido, mas os riscos de hemorragia e infeção são mínimos a partir das duas semanas após o parto. Os profissionais geralmente recomendam que as mulheres podem considerar retomar as relações sexuais seis semanas após o parto, que é normalmente após a sua primeira consulta pós-parto, que permite tempo suficiente para a cicatrização da sutura vaginal/perineal (JOHNSON, 2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-086b0eb2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-086b0eb2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)).

Os mesmos autores apresentaram ainda a ideia que é essencial que os casais também reconheçam que a sexualidade inclui uma grande variedade de expressão, não tem que necessariamente incluir somente o coito vaginal. O não coito também pode ser uma expressão de intimidade emocional, reforçando o bem-estar e a saúde sexual de um casal. Num estudo pesquisado a estimulação manual genital foi encontrada como uma forma de atividade sexual

no pós-parto, considerada mais excitante e agradável por ambos os parceiros. Discutir alternativas para o coito e reconhecer a importância de manter a intimidade, pode permitir que os parceiros descubram novas e satisfatórias maneiras de expressar a sexualidade. Mas quando retomam a relação sexual, devido ao baixo nível de progesterona, as mulheres e seus parceiros podem usar rotineiramente um lubrificante vaginal. Posições sexuais que permitem a penetração superficial ou dar à mulher maior controle sobre a profundidade de penetração vaginal (ou seja, mulher-on-top) podem ser benéficas. Casais com preocupações sexuais em curso há vários meses após o parto podem beneficiar de discussões com o seu cuidador de saúde a fim de minimizar qualquer impacto negativo na sua qualidade de vida.

Da PEE constata-se que o aconselhamento à mulher/casal baseia-se essencialmente no reinício do coito vaginal a partir das seis semanas pós-parto, justificando com a importância da avaliação na consulta de revisão de puerpério, não se avaliando as necessidades específicas do casal em retomar antes ou depois dessa altura, de acordo com as suas condições físicas e psicológicas, fazendo muitas vezes juízos de valor e não tendo em conta a evidência científica. Realça-se a necessidade do EEESMOG de promover cuidados antecipatórios, que podem começar na gravidez e continuar no pós-parto, acerca das alterações possíveis nesta fase e como proceder no sentido da sua minimização/adaptação. Denota-se também que nem sempre é incentivada a expressão da sexualidade do casal no seu todo, sendo muitas vezes atribuída à relação sexual apenas o coito.

Uma outra estratégia de intervenção neste período foi aprofundada no estudo de FURNIELES-PATERNA *et al*, (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=mc0b47133-9f48-41cf-8d65-838a76e72c77%40sessionmgr11&vid=5&hid=19](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=mc0b47133-9f48-41cf-8d65-838a76e72c77%40sessionmgr11&vid=5&hid=19)), que evidenciou as vantagens da visita domiciliária realizada por parteiras no pós-parto nas 48h após a alta hospitalar, perante a consulta de pós-parto no CS, ao ser associada a um alto grau de satisfação e aquisição de conhecimentos maternos com a assistência recebida e a um grau menor de abandono precoce da amamentação, que foi seis vezes menos do que no grupo com consulta no CS. Com a visita domiciliária pós-parto foi referido um maior grau de informação sobre sexualidade, retoma da atividade sexual e contraceção no puerpério. Uma mãe que recebe a visita de um especialista em sua casa, bem estruturada e com uma duração adequada, mostra-se mais receptiva às informações e a recordará melhor. A satisfação foi também superior em todas as áreas estudadas neste grupo, atingindo significância em todas as áreas dos cuidados, informações de prevenção recebidas durante a visita e a habilidade e o conhecimento da parteira, percebidos pela puerpera.

Durante a visita domiciliária o enfermeiro conduz uma avaliação sistemática da mãe para determinar a adaptação ao pós-parto. Fazer a avaliação com privacidade proporciona uma oportunidade excelente para a mulher fazer perguntas sobre assuntos como cuidados às mamas, sexualidade e planeamento familiar, incidindo na adaptação emocional da mulher e no seu conhecimento sobre o auto-cuidado. Durante as visitas domiciliárias os enfermeiros devem ainda contemplar tempo para avaliar a adaptação e necessidades do pai (CRUM, 2008).

Subscreve-se inteiramente que as visitas domiciliares que na PEE são realizadas na primeira semana pós-parto se traduzem numa estratégia eficaz de intervenção nesta área, por tudo o que a evidência demonstra.

JOHNSON (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9)) refere ainda que apesar dos significativos progressos na compreensão dos mecanismos que afetam a função sexual no período pós-parto, a pesquisa futura deve incorporar estudos prospectivos, longitudinais, que incluam comparações com bases de dados. É fundamental que pesquisas futuras estabeleçam a alta qualidade com normas rigorosas no funcionamento sexual neste período. Também é necessária mais investigação para avaliar o papel do parceiro na saúde sexual global de um casal, e o impacto das mudanças sexuais pós-parto na qualidade de vida. Além disso, devem ser feitos esforços para ter em conta que fatores sociais, culturais, e/ou religiosos podem influenciar a incorporação da saúde sexual no período pós-parto em diversas populações.

Ainda HENDERSON *et al* (2011, [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108)) reforça esta ideia referindo que a educação pré-natal ou perinatal com homens deve abordar questões não apenas práticas, mas também fornecer conselhos sobre os problemas de sexualidade e masculinidade gerados por questões socioculturais.

## 5. CONCLUSÃO

Com o término deste relatório mais uma etapa no processo contínuo de aprendizagem considera-se alcançada e com ganhos efetivos para a enfermagem de SMOG, bem como para o casal nesta fase transacional do ciclo de vida.

Apesar de sempre presente na história da humanidade, a temática da sexualidade continua a carecer de estudos de investigação, e na interface da sexualidade com a amamentação este aspeto ainda se tornou mais patente, para dar resposta às necessidades dos casais e profissionais. Considerou-se então que a emergência do tema no percurso formativo do CPLEESMO e PEE foi justificada plenamente no primeiro capítulo, mas também com o decurso do relatório.

A contextualização teórica da vivência da sexualidade do casal durante a amamentação e a intervenção de enfermagem especializada nesta área, tornou-se fundamental possibilitando a total compreensão do fenómeno em estudo, bem como potencializou a formulação da pergunta PI[C]O: **Qual a intervenção do enfermeiro (I), com o casal durante a amamentação (P), para melhorar a sua vivência da sexualidade (O)?**

Desta forma, foi possível iniciar a Revisão Sistemática da Literatura, descrevendo e analisando os quatro estudos que emergiram da pesquisa, em bases de dados científicas, relacionando-os com a PEE SMOG, servindo de base ao desenvolvimento da prática baseada na evidência e permitindo dar resposta ao questionamento inicial.

Constatou-se que as taxas de prevalência do aleitamento materno continuam baixas, tornando-se fundamental investigar as atitudes/crenças dos pais para compreender estes aspetos, uma vez que estas representações culturais são amplamente assumidas como tendo um papel vital a influenciar as escolhas de alimentação infantil, mas poucos estudos têm especificamente explorado esta vertente.

Apurou-se ainda que a amamentação quer da perspetiva masculina como feminina, é sinónimo de atividade sexual, em que amamentar em público provocava muita exposição indesejada, constituindo-se num obstáculo à amamentação. Existem perceções culturais da amamentação como uma atividade sexual, considerando-se neste sentido necessárias mudanças socioculturais, no intuito de criar um ambiente em que as mulheres fiquem habilitadas a amamentar e homens habilitados a apoiá-las.

A evidência também refere que existe controvérsia sobre o aumento do desejo sexual e erotismo durante a amamentação, no entanto, a maioria dos estudos e os mais recentes consideram que as alterações hormonais nesta fase provocam dispareunia, influenciando negativamente a sexualidade. Contudo a função sexual é dependente mais de fatores psicológicos do que orgânicos.

As alterações na função sexual no pós-parto afetam o casal, ao invés de apenas o indivíduo. Torna-se então importante ter em conta esta fase transacional que envolve significativas mudanças físicas, hormonais, psicológicas, sociais e culturais, que influenciam a sexualidade individual, mas também a saúde sexual e relacionamento do casal.

A RSL apresenta ainda a ideia de que é essencial que os casais também reconheçam que a sexualidade inclui uma grande variedade de expressão, não tem que necessariamente incluir somente o coito vaginal.

Da PEE constatou-se que o aconselhamento à mulher/casal baseia-se essencialmente no reinício do coito vaginal a partir das seis semanas pós-parto, não se avaliando a individualidade do casal, fazendo juízos de valor e não tendo em conta a evidência científica, que contraria esta rotulagem para todos os casais e que em termos físicos pode ser possível a partir das duas semanas pós-parto e em termos psicológicos quando o casal se sentir preparado.

Os enfermeiros entendem o sentido amplo que a sexualidade representa e a relação que tem com a amamentação, porém não a abordam ao cuidar da mulher/casal em processo de amamentação. É evidente a partir da literatura publicada sobre o assunto, que os profissionais de saúde não fornecem informações suficientes ao casal sobre a influência que a amamentação tem no seu relacionamento sexual. Mas reconhece-se que é fundamental um trabalho em equipa multidisciplinar na saúde sexual e reprodutiva, para dar uma resposta efetiva e de qualidade.

Foram ainda encontrados dados publicados de que existem vantagens significativas na realização de visita domiciliária realizada por enfermeiros EESMOG no pós-parto, perante a consulta de pós-parto no CS, existindo um maior grau de informação sobre sexualidade, retoma da atividade sexual e contraceção nesta fase, o que valida a PEE.

Propõe-se então que na PEE a intervenção dos enfermeiros, se for detetada a necessidade e pretendido pelos casais, aborde os seguintes pontos: história sexual da mulher e/ou casal, de forma geral; história da mulher sobre o desenvolvimento da mama; o significado erótico da mama para a mulher e/ou casal; a visão estética da mulher sobre a mama antes da amamentação; as fantasias, sentimentos e percepções sobre as mudanças estéticas durante e após a amamentação; sensações da mulher durante a mamada; como a mulher e companheiro pensam a relação entre sexualidade e amamentação e quando é o caso, como decorreram as amamentações anteriores na implicação com a sexualidade. E como orientações antecipatórias: possibilidade de a mulher sentir excitação sexual durante a amamentação e a normalidade desse facto; possibilidade de ejeção de leite durante a excitação sexual e o orgasmo e formas de lidar com o facto; normalidade tanto da diminuição como do aumento de desejo sexual durante a amamentação; diminuição da lubrificação vaginal devido a questões hormonais e não necessariamente a falta de desejo; formas de lidar com a falta de lubrificação vaginal; importância de o casal dialogar abertamente sobre as sensações e sentimentos de cada um e principalmente, sobre a transitoriedade desses fenómenos.

Investigação sobre os efeitos do período pós-parto, no âmbito da sexualidade e amamentação, é necessária para que os enfermeiros adquiram e desenvolvam competências e

desta forma sejam capazes de fornecer informação atualizada e baseada em evidências científicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, Erika de Sá Vieira - **Vivenciando a Amamentação e a Sexualidade na Maternidade: “Dividindo-se entre ser mãe e mulher”**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005. 191 f. Tese de Doutoramento.

AFONSO, Esmeralda - **O Pós Parto: Dificuldades Encontradas pela Mulher e Apoio Encontrado**. Lisboa: Universidade Católica, 2002. 171 f. Dissertação de Mestrado.

ALVES, Maria Graça Cerqueira. - **Factores que influenciam a Sexualidade Feminina depois do Parto**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008. 183 f. Dissertação de Mestrado.

BIA, Florbela Maria Marmou - **A Influência do Parto no Funcionamento Sexual Feminino – Um Estudo Piloto**. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa, 2008. 139 f. Dissertação de Mestrado.

BARDIN, Laurence (2009). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

CRUM, Kelly - Cuidados de Enfermagem no quarto trimestre. In: **Enfermagem na Maternidade** Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1. p. 490-520.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Divisão de Saúde Reprodutiva e Mama Mater - **Registo do Aleitamento Materno | Relatório julho 2010 – junho 2011**. [Em linha]. (2012) [Consult. 2012-03-20]. Disponível em WWW:URL: <http://www.dgs.pt/?cr=21781>

EUROPEAN COMMISSION - **Protecção, promoção, e suporte ao aleitamento materno na Europa : um projecto em acção**. Lisboa: Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés/Comité Português para a UNICEF, 2004.

EUROPEAN COMMISSION, Directorate Public Health and Risk Assessment. **Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)**. [Em linha.] (2008) [Consult. Em 15.01.2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf>

FLORENCIO, Alessandra; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco; CABRAL, Fernanda Beheregaray, COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos, GIRARDON-PERLINI Nara Marilene Oliveira - Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde. **Rev Esc Enferm USP** . [Em linha]. (2012) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/06.pdf>.

FURNIELES-PATERNA, Ester; HOYUELOS-CÁMARA, Haima; MONTIANO-RUIZ, Isabel; PEÑALVER-JULVE, Nieves; FITERA-LAMAS, Laura - Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. **Matronas Profesión**. [Em linha]. (2011) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c0b47133-9f48-41cf-8d65-838a76e72c77%40sessionmgr11&vid=5&hid=19>

GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia (2006). **Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-11-9

HENDERSON, Lesley; MCMILLAN, Brian ; GREEN, Josephine M.; RENFREW; Mary J. - Men and Infant Feeding: Perceptions of Embarrassment, Sexuality, and Social Conduct in White Low-Income British Men. **Birth: Issues in Perinatal Care**. [Em linha]. (2011) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4b15040-90d2-4c70-bc29-58afecba4ef9%40sessionmgr111&vid=5&hid=108>

HYDE, Janet Shibley; DELAMATER, Jonh D.; PLANT, E. Ashby; BYRD, Janis M. - Sexuality during Pregnancy and the Year Postpartum. **The Journal of Family Practice**. New Jersey: Quadrant HealthCom Inc. 47, 4 (1998), p. 305-308.

JOHNSON, Crista E. - Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum. **Journal of Sexual Medicine**. [Em linha]. (2011) [Consult. 2013-03-18]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9>

JUDICIBUS, Margaret; MCCABE, Marita - Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **Journal of sex research**. New York: Routledge. 39, 2 (2002), p. 94-103.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena (2008). **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. ISBN: 96436

MARQUES, Danielle Moreira; LEMOS, Adriana - Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. **Revista de enfermagem UFPE online**. [Em linha]. (2010) [Consult. 06.03.2013].

Disponível

em

WWW:URL:

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/806/pdf\\_50](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/806/pdf_50)

MEIGHAN, Mary Molly – Consecução do Papel Maternal. In: **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 521-541

MELEIS, Afaf Ibrahim (2011). **Theoretical Nursing: Development & Progress**. London: Lippincott. ISBN: 1605472115

MELEIS, Afaf Ibrahim; SAWYER, Linda M.; IM, Eun-Ok; MESSIAS, DeAnne K.; SCHUMACHER, Karen - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. [Em linha]. Nº 23 (2000) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL:  
[http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx)

MELEIS, Afaf Ibrahim; TRANGENSTEIN, Patricia - Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. **Nursing Outlook**. Bethesda: National Institutes of Health. 42 (1994) p. 255-259

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen - Rapid Critical Appraisal of Randomized Controlled Trials (RCTs): An Essential Skill for Evidence-Based Practice (EBP). **Pediatric Nursing**. New Jersey: Anthony J. Jannetti, Inc. 31 (2005) p. 50-52

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó - Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da Sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto Contexto Enfermagem**. [Em linha]. (2006) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a18v15n1.pdf>

NEVES, Joaquim - Contraceção no pós-parto. In: **Medicina Materno-Fetal**. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 972-757-325-8. p. 333-337.

NODIN, Nuno - Saúde sexual e reprodutiva, características e contextos. In: **Psicologia da gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 972-754-235-2. p. 95-125.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem. Tomada de posição**. Lisboa: Conselho Diretivo da OE. [Em linha]. (2006) [Consult. 2013.02.20]. Disponível em WWW:URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26A\\_br2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26A_br2006.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** (Série I - Número 3 ed., Vol. I). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a). 136 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Parecer Nº 03/2010**. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2010b) 6 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 16 p.

PAMPLONA, Vitória; MELO-DE-AGUIAR, Aline – Aspectos psicossociais na lactação. In: **Amamentação – Bases Científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. ISBN 978-85-277-1627-7. p. 182-198.

PEREIRA, Maria Adriana (2006). **Aleitamento Materno Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação - Resultados de um Estudo Experimental**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-21-6

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**. Lisboa, DGS: 2008. 67 p. ISBN 978-972-675-182-3

REGULAMENTO nº 122/2011. "DR II Serie". 35 (2011-02-18) 8648-8653

REGULAMENTO nº 127/2011. "DR II Serie". 35 (2011-02-18) 8662-8666

SALIM, Natália Rejane; ARAÚJO, Natalúcia Matos; GUALDA, Dulce Maria Rosa - Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas - **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo [Em linha]. (2010) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf)

SANDES, Ana Rita; NASCIMENTO, C.; FIGUEIRA, J.; GOUVEIA, R.; VALENTE, S.; MARTINS, S.; CORREIA, S.; ROCHA, E.; SILVA, L. J. - Aleitamento Materno - Prevalência e Factores Condicionantes. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa: Ordem dos Médicos. 20, 3 (2007) p. 193-200.

SANDRE-PEREIRA, Gilza - Amamentação e sexualidade. Florianópolis: **Estudos Feministas**. [Em linha]. Nº 11 (2003) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf>

SERATI, Maurizio; SALVATORE, Stefano; SIESTO, Gabriele; CATTONI, Elena; ZANIRATO, Mara; KHULLAR, Vik; CROMI, Antonella; GHEZZI, Fabio; BOLIS, Pierfrancesco - Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. **Journal of Sexual Medicine**. [Em linha]. (2010) [Consult. 2013-03-18]. Disponível em WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b45eb71f-5d25-4086-b0eb-2c179670b082%40sessionmgr115&hid=9>

SPENCER, Rachael Louise - Research methodologies to investigate the experience of breastfeeding: A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**. Philadelphia: Elsevier Ltd. 45, (2008) p.1823-1830.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção - Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Florianópolis: **Texto e Contexto Enfermagem** [Em linha]. Nº 17 (2008) [Consult. 2013-01-29]. Disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Sexual and Reproductive Health - Core Competencies in Primary Care**. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2011. 64 p.

WILLIAMSON, Moira; MCVEIGH Carol; BAAFI, Mercy - An Australian perspective of fatherhood and sexuality. **Midwifery**. Utrecht: Elsevier Ltd. 24, (2008) p.99-107

VILELAS, José (2009). **Investigação. O processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-6185-57-4

## **ANEXOS**

**ANEXO I - OFICIO A SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA AS ENTREVISTAS AO  
COORDENADOR DA USF**

Exma. Sr. Coordenadora da USF

Nádia Alexandre Velez Grincho, a exercer funções de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar, encontra-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – na Escola Superior de Saúde de Santarém - ESSH.

No âmbito deste último, para a realização de um relatório, na Unidade Curricular – Relatório de Estágio, escolheu como problemática “A vivência da sexualidade da mulher que amamenta”.

Neste sentido, vem pedir a Vossa Excelência que conceda autorização para a realização de uma entrevista a 3 mulheres a amamentar pertencentes a essa USF, após a consulta de saúde infantil dos filhos com mais de 4 meses, no período de 21 a 31 de Janeiro de 2013, no sentido de fundamentar a necessidade de intervenção nesta área.

Grata pela sua atenção,

Pede deferimento

Santarém, 18 de Janeiro de 2013

**ANEXO II - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA AS ENTREVISTAS ÀS MÃES**

## **Pedido de autorização**

Nádia Alexandre Velez Grincho, a exercer funções de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar, encontra-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – na Escola Superior de Saúde de Santarém - ESSH.

No âmbito deste último, para a realização de um relatório, na Unidade Curricular – Relatório de Estágio, escolheu como problemática “A vivência da sexualidade da mulher que amamenta”

Neste sentido, vem pedir a Vossa Excelência que conceda autorização para a realização de uma entrevista gravada e a utilização das informações fornecidas, no sentido de fundamentar a necessidade de investigação nesta área.

As informações fornecidas são indispensáveis para o desenvolvimento do trabalho. Por este motivo e porque a entrevista é totalmente anónima, pede-se desde já que responda com o máximo de sinceridade e sem receios.

Reconhece-se desde já a sua colaboração e espera-se estar a contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área.

Autoriza as informações dadas nesta entrevista para a realização do trabalho:

---

### **ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### **Caracterização das entrevistadas:**

Idade:

Índice obstétrico:

Idade do filho amamentado:

**Questão 1:** Considera que a amamentação interfere de alguma forma na vivência da sua sexualidade? De que forma?

**Questão 2:** O que considera ser necessário para viver a sua sexualidade de forma plena nesta fase da sua vida estando a amamentar? Quais os fatores que facilitam e dificultam?

**Questão 3:** De que forma considera que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica a pode ajudar nesta área?

## **ANEXO IV - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS**

## TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 1

Dia: 24/01/2013

Duração da entrevista: 5 minutos e 24 segundos

### **Caracterização da entrevistada:**

Idade: 30 anos

Índice obstétrico: 1,0,0,1

Idade do filho amamentado: 5 meses e 6 dias (18/08/2012)

### **Questão 1**

**Pesquisador (P):** Considera que a amamentação interfere de alguma forma na vivência da sua sexualidade? De que forma?

**Mãe1 (M1):** Pois, sinceramente acho que não interfere na (+) na amamentação (+).

**P:** Se a amamentação interfere na sua sexualidade...

**M1:** Tou um bocadinho cansada, ainda por cima estou a trabalhar com crianças a esta hora já não estou a funcionar muito bem.

**P:** Pois compreendo perfeitamente. Se acha que de alguma forma a amamentação o facto de estar a amamentar interfere com a sua sexualidade, a sexualidade no seu todo.

**M1:** A nível sexual há sinceramente diferenças, muitas, mas acho que não tem a ver com a amamentação, sinceramente.

**P:** uhm uhm. Por isso é que as questões são muito abertas, é no sentido por exemplo se estar a amamentar interfere com os hábitos da sua sexualidade que tinha anteriormente, é nesse sentido...

**M1:** Eu percebo, mas não.

### **Questão 2:**

**P:** O que considera ser necessário para viver a sua sexualidade de forma plena nesta fase da sua vida estando a amamentar? Quais os fatores que facilitam e dificultam? Mais por ai então...

**M1:** Como acabo por não relacionar a mudança na minha vida sexual à amamentação (+) ahm (+). É assim a rotina do bebé também não nos deixa muito espaço, se calhar por aí também o facto de estar a amamentar, não é...

**P:** Existem autores que dizem, em termos da amamentação, e não querendo estar a influenciar, que o facto de ser a mãe a ter que amamentar que a prende um pouco.

**M1:** Neste sentido sim, ainda por cima ainda tem aquela rotina de mamar de 3 em 3 horas, acabamos por não, mas intuitivamente, nem sequer acabamos por nem pensar nisso. Eu e ele

também, acabamos por estar tão cansados, ele mesmo sem querer acaba por acordar, ainda não conseguimos nesta fase retomar como era.

**P:** Então acha que não há fatores de facilitam ou dificultam... (+)

**M1:** A rotina do bebé é um factor que acaba por dificultar, não é (+) se o bebé dormisse toda a noite consequentemente facilitaria também, até mesmo para estarmos os dois, não só a nível sexual, mas também para estarmos os dois.

**P:** A nível da mama, não lhe faz diferença nenhuma, o facto de estar a amamentar e o toque da mama, como era anteriormente ou agora?

**M1:** Nem sempre mas não sei porquê existem dias que me faz impressão, a sensibilidade. É dias, não sei se é por estar mais sensível, ou ter a ver com a hora que dou mama, mas existem dias que realmente, pronto tenho mais sensibilidade do que outros.

**P:** em relação a toque no mamilo...

**M1:** É por vezes assim, nem sei se esta é a palavra mais correta, mas é assim um bocadinho de repugnância.

**P:** E em relação ao reflexo de ocitocina, da ejeção de leite, quando está na sexualidade, não nota ao nível da mama por estar a amamentar?

**M1:** Não, não

### **Questão 3**

**P:** De que forma considera que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica a pode ajudar nesta área?

**M1:** É assim, o enfermeiro na parte do bebé tem ajudado muito. A nível sexual por acaso não, nunca foi abordado isso, mas também não pensei nisso. Até à data como fui mãe há pouco tempo ainda não senti necessidade de procurar ajuda.

**P:** Mas acha que era importante ser abordado pelo enfermeiro...

**M1:** Eu penso que era importante e talvez mais tarde ter de pedir uma ajuda.

## TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 2

Dia: 24/01/2013

Duração da entrevista: 8 minutos e 50 segundos

### **Caracterização da entrevistada:**

Idade: 38 anos

Índice obstétrico: 1,0,0,1

Idade do filho amamentado: 6 meses e 1 dia (23/07/2012)

### **Questão 1**

**Pesquisador (P):** Considera que a amamentação interfere de alguma forma na vivência da sua sexualidade? De que forma?

**Mãe2 (M2):** Eu acho que não, não interfere, mas é assim, primeiro o meu filho, estar a amamentar, estar com ele, primeiro ele.

**P:** Nem sequer está isso em causa, realmente a amamentação é extremamente importante, ahm

**M2:** Acho que não, se calhar faço menos, (riso) não sei o tempo também é outro. Também dar mama, dói-me a cabeça... Também estou cansada com o trabalho, andar de um lado para o outro, pois chego quero é cuidar dele, pois ele adormece, o primeiro sono é quando ele dorme melhor, eu acabo por me deitar ao pé dele para descansar. O dar de mamar de 3 em 3 horas(+).

**P:** A rotina, porque se fosse biberon podia ser o marido e não tinha que ser a mãe. Isso é a nível da rotina. E por exemplo em termos da amamentação, mas em relação às mamas quando estão cheias, que se torna desconfortável?

**M2:** Isso sim interfere, tenho que tirar.

**P:** Isso interfere de alguma forma na sexualidade, o contacto com o mamilo faz algum desconforto?

**M2:** Isso assim não quero, desculpe lá, quando estou assim, não...

**P:** Então interfere de alguma forma...

**M2:** Isso sim, dessa forma interfere, sim. Também quero o meu bem-estar, estar ali por...por (+) estar a fazer entre aspas.

**P:** Quando pensei neste trabalho é porque a amamentação é extremamente importante, e até sou conselheira em aleitamento materno, isso está em primeiro lugar, mas é o que é que nós podemos fazer para minimizar os desconfortos que surgem com a amamentação, às vezes até basta falar neles, saber que eles existem e ultrapassar de alguma forma. Existem por exemplo posições a nível do ato sexual que não pressionam tanto as mamas, que neste momento é um fator desconfortante...

**M2:** Quando estou assim não faço, sou sincera, (riso) não faço mesmo. Gosto de estar bem, sentir-me bem e não estar a fazer, não que não apeteça.

**P:** E conversa isso com seu marido/companheiro?

**M2:** Não por acaso não, não. Ele também tem assim um horário, chega tarde a casa, sai cedo, no verão conversamos mais, no inverno é assim mais difícil.

**P:** É uma fase de adaptação do casal, tem a ver com a mulher mas também com o casal.

**M2:** Sim com os dois!

**P:** É uma nova fase da vossa vida, não é?

### **Questão 2:**

**P:** O que considera ser necessário para viver a sua sexualidade de forma plena nesta fase da sua vida estando a amamentar? Quais os fatores que facilitam e dificultam?

**M2:** Por exemplo quando nós estamos bem, tudo corre bem. Quando chegamos chateados do trabalho, arranjamos logo um pretexto, aquele stress. É um contra, eu digo assim para ele porque é que temos que estar a falar do trabalho, pois começamos a discutir entre aspas. Tá lá fora, tá lá fora, chegamos aqui, temos o menino, é só o menino e pronto. O trabalho é um contra. Quando damos atenção a ele é cinco estrelas.

**P:** Em termos da amamentação, o que é que podia facilitar ou dificultar?

**M2:** Sei lá, (+) nem sei o que responder.

### **Questão 3**

**P:** De que forma considera que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica a pode ajudar nesta área? Acha que é uma área importante de ser abordada pelo enfermeiro especialista?

**M2:** É assim eu leio muito. Sou capaz, no fim da nossa conversa se ficar com alguma dúvida sou capaz de ir ler, pesquisar, ir ver o que era do que procurar logo diretamente o que era.

**P:** uhm, uhm.

**M2:** Quando tenho duvidas, também pergunto à minha tia que é pediatra ou então também tenho a minha ginecologista, falo com ela também.

**P:** Acha que o enfermeiro, aqui tem enfermeira de saúde materna e obstétrica, acha que era importante que ela abordasse este tema, lhe perguntasse como está a correr a sua sexualidade a ver com a amamentação? Acha que era importante?

**M2:** Acho que era importante, mas não preciso. Com esta enfermeira também tenho à vontade pois fiz com ela o curso de preparação para o parto, também gosto muito dela, se tivesse alguma coisa, também tinha à vontade para falar com ela.

**P:** Não sei se quer dizer mais alguma coisa. Acha que faz sentido falar de sexualidade e amamentação?

**M2:** Acho que faz sentido, há muita gente que não liga, "estou a amamentar, fazemos depois".

**P:** Acha que isso pode ter influência a nível do casal?

**M2:** Deve haver muitos casais que são capaz de ter muita influência. Tenho muitas colegas minhas que é só os filhos, os filhos. Eu apesar de ser o primeiro, dou muita atenção ao meu filho, o meu filho é tudo para mim, mas consigo dividir muito as coisas e tenho colegas minhas que não o fazem.

**P:** É uma área que é mais esquecida, quando nasce o bebê temos outras áreas de interesse e essa acaba por ser mais esquecida por assim dizer e penso ser também importante pelo menos falar nisso, que o casal tenha consciência que é uma área que tem que ser trabalhada.

**M2:** Chego à conclusão que temos que falar, o importante é falar.

**P:** O importante é falar-se sobre isso, arranjar estratégias nos casais para que não haja desconforto e se viva esta fase da melhor maneira.

**ANEXO V - TABELA SÍNTESE DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO  
DECORRENTES DAS ENTREVISTAS**

Tabela – Categorias e unidades de registo das respostas das mulheres a amamentar, sobre a vivência da sua sexualidade e a intervenção dos enfermeiros EESMOG nesta área

Categorias	Unidades de Registo
<b>Sexualidade</b>	<p><b>M1:</b> “A nível sexual há sinceramente diferenças, muitas...”</p> <p><b>M1:</b> “... a rotina do bebé também não nos deixa muito espaço, se calhar por aí também o facto de estar a amamentar...”</p> <p><b>M1:</b> “... ainda não conseguimos nesta fase retomar como era.”</p> <p><b>M1:</b> “... se o bebé dormisse toda a noite consequentemente facilitaria também, até mesmo para estarmos os dois, não só a nível sexual, mas também para estarmos os dois.”</p> <p><b>M2:</b> “Também quero o meu bem-estar, estar ali por (...) estar a fazer...”</p> <p><b>M2:</b> “Gosto de estar bem, sentir-me bem e não estar a fazer, não que não apeteça.”</p>
<b>Sexualidade e Amamentação</b>	<p><b>M1:</b> “Como acabo por não relacionar a mudança na minha vida sexual à amamentação.”</p> <p><b>M1:</b> “... rotina de mamar de 3 em 3 horas, acabamos por não...”</p> <p><b>M2:</b> “Eu acho que não, não interfere, mas é assim, primeiro o meu filho, estar a amamentar, estar com ele, primeiro ele.”</p> <p><b>M2:</b> “Acho que não, se calhar faço menos (...) Também dar mama...”</p> <p><b>M2:</b> “O dar de mamar de 3 em 3 horas.”</p> <p><b>M2:</b> “... há muita gente que não liga, “estou a amamentar, fazemos depois”.”</p> <p><b>M2:</b> “Tenho muitas colegas minhas que é só os filhos, os filhos. Eu apesar de ser o primeiro, dou muita atenção ao meu filho, o meu filho é tudo para mim, mas consigo dividir muito as coisas e tenho colegas minhas que não o fazem.”</p>
<b>Mamas</b>	<p><b>M1:</b> “... existem dias que me faz impressão, a sensibilidade (...) ou ter a ver com a hora que dou mama...”</p> <p><b>M1:</b> “É por vezes (...) um bocadinho de repugnância.”</p> <p><b>M2:</b> “Isso sim interfere, tenho que tirar.” (mamas cheias)</p> <p><b>M2:</b> “Isso assim não quero, desculpe lá, quando estou assim, não...” (mamas cheias)</p>
<b>Enfermagem</b>	<p><b>M1:</b> “A nível sexual por acaso não, nunca foi abordado isso, mas também não pensei nisso. Até à data como fui mãe há pouco tempo ainda não senti necessidade de procurar ajuda.”</p> <p><b>M1:</b> “Eu penso que era importante e talvez mais tarde ter de pedir uma ajuda.”</p> <p><b>M2:</b> “Com esta enfermeira também tenho à vontade pois fiz com ela o curso de preparação para o parto, (...) se tivesse alguma coisa, também tinha à vontade para falar com ela.”</p>

**ANEXO VI - PROTOCOLO DE PESQUISA**

Quadro - Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, para cada descritor

<b>Palavra-chave</b>	<b>Nº de artigos</b>
1 – Breastfeeding	1998
2 – Sexuality	2297
3 – Nurs*	73892

Quadro - Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, resultantes do cruzamento entre descritores

<b>Conjugação de cada palavra-chave com as outras</b>	<b>Nº de artigos</b>
1+2 (Breastfeeding + Sexuality)	11
1+3 (Breastfeeding + Nurs*)	584
2+3 (Sexuality + Nurs*)	383
1+2+3(Breastfeeding + Sexuality+ Nurs*)	5

**ANEXO VII - ARTIGOS ORIGINAIS**

**ANEXO VIII - FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DOS ARTIGOS**

Ficha de leitura – 1º Artigo

<b>Estudo</b>	Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud	
<b>Autor/ Ano/País</b>	Furnieles-Paterna, Ester; Hoyuelos-Cámara, Haima; Montiano-Ruiz, Isabel; Peñalver-Julve, Nieves; Fitera-Lamas, Laura (2011) Espanha	
<b>Participantes</b>	O estudo incluiu mulheres primíparas com alta precoce (primeiras 72 horas) após o nascimento, que tinham sido assistidas no Hospital Universitario La Fe em Valência ou no Hospital Geral de Castellón.	
<b>Objetivos</b>	Avaliar a eficácia, em termos de resultados clínicos e satisfação materna, na visita domiciliária no pós-parto e compará-lo com a consulta realizada no CS.	
<b>Intervenções</b>	<p>Grupo experimental formado por 100 mulheres que receberam a primeira visita pós-parto em casa de uma parteira, com um grupo controle de 100 mulheres que tiveram a primeira consulta pós-parto no CS.</p> <p>No grupo de intervenção, uma parteira fez uma visita pós-parto domiciliária durante as primeiras 48 horas após a alta hospitalar e posteriormente realizou-se o controlo usual no CS. As mulheres do grupo controle apenas efetuaram consulta pós-parto no CS. O CS atribuído foi adequado de acordo com o domicílio da mãe e em todos os casos pertencia a hospitais do Ministério da Saúde, onde foram selecionados as mães. Em ambos os grupos, foi aplicado o protocolo de visita pós-parto, de acordo com o programa de controlo básico da gravidez da Comunidade Valenciana.</p> <p>No momento da captação e da visita pós-parto, foram colhidos dados demográficos (idade, nacionalidade, escolaridade, situação de risco social e situação do emprego da mãe, frequência de curso de preparação para o parto) e clínicos (antecedentes maternos, idade gestacional, tipo de parto e amamentação inicial). Entre 30 e 40 dias após o parto, foi realizada por telefone uma pesquisa que colheu dados sobre a evolução clínica da mãe e do recém-nascido (complicações, utilização de serviços de emergência e outros serviços assistenciais, participação em cursos pós-parto, tipo de aleitamento, duração e motivo para o abandono do tipo LM) e o grau de satisfação da mãe. Para avaliar este segundo aspeto, foi utilizado um questionário. Para evitar viés de observação, uma parteira que não tinha realizado a visita pós-parto conduziu a pesquisa de telefone.</p>	
<b>Resultados e Discussão</b>	<p>A visita domiciliária pós-natal foi associada de maneira independente a um alto grau de satisfação materna com a assistência recebida (OR 10,1; IC de 95%: 3,5-29,3; <math>p &lt; 0,001</math>) e a um grau menor de abandono precoce da amamentação (OR 15,3; IC de 95%: 1,1-205,9; <math>p = 0,039</math>), que foi 6 vezes menos do que o grupo com consulta pós-parto, no centro de saúde (1,1 versus 6,7%; <math>p = 0,034</math>). Grupo de visita domiciliária pós-parto referiram um maior grau de informação sobre sexualidade (67 contra 33%; <math>p &lt; 0,001</math>) e contraceção (63, contra 37%, <math>p &lt; 0,001</math>) no puerpério.</p> <p>Comparada com a consulta no pós-parto no CS, a visita domiciliária foi associada a um maior grau de satisfação e aquisição de conhecimentos da mãe; os achados clínicos de ambos os grupos foram comparáveis, exceto no abandono precoce do aleitamento materno, menor no grupo que recebeu a visita domiciliária pós-natal.</p>	
<b>Nº de Artigo – 1</b>	<b>Nível de Evidência – IV</b>	<b>Tipo de Estudo – prospectivo, comparativo, e Quasi- experimental</b>

Ficha de leitura – 2º Artigo

<b>Estudo</b>	Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum
<b>Autor/ Ano</b>	Johnson; Crista E. (2011) USA
<b>Participantes</b>	Casais
<b>Objetivos</b>	<p>Proceder a uma revisão da literatura sobre os efeitos da gravidez e o período pós-parto na saúde sexual e bem-estar do casal.</p> <p>Evidências da literatura publicada do impacto da gravidez, parto e período pós-parto na função sexual.</p>
<b>Intervenções</b>	<p>Pesquisa na MEDLINE e PubMed de publicações relevantes sobre os efeitos da gravidez e do parto na saúde sexual e função, com particular ênfase para as alterações físicas, hormonais, psicológicas, sociais e culturais que podem ocorrer durante o pré, parto e pós-parto.</p>
<b>Resultados e Discussão</b>	<p>Aleitamento materno está associado a dispareunia pós-parto devido ao baixo estrogénio e progesterona e níveis elevados de prolactina associado a lactação, o que pode causar secura vaginal [106] e pode ser considerada um preditor de adiamento da recuperação da função sexual após o parto [16,59,63,72,113]. No entanto, há dados conflitantes sobre se amamentação aumenta o desejo sexual e erotismo, devido ao aumento de tamanho, sensibilidade e estimulação direta das mamas [130]. Para algumas mulheres, os efeitos naturais da ocitocina pode causar sensações similares ao orgasmo na forma de contrações uterinas intensas [131].</p> <p>Uma análise refere que 50% de mães que amamentam descreveu a amamentação como erótico [2]. Mostrou-se que em 6 semanas, as mulheres que fazem aleitamento artificial, são mais propensas a reiniciar a relação sexual e o grau de dificuldades sexuais diminui [132], enquanto as mulheres que amamentam podem experimentar as características físicas e hormonais da lactação incluindo secura vaginal, dispareunia, maior sensibilidade mamilar, esvaziamento de leite, diminuição da excitação e sentimentos eróticos durante a amamentação [16, 133– 136]. Numa coorte prospectiva de 832 primíparas a amamentar, Avery <i>et al.</i> relataram uma associação entre a duração do aleitamento materno (3-6 meses) e diminuição da excitação e satisfação sexual, em comparação com mulheres que cessou o aleitamento materno no início do período pós-parto (1 mês; Nível II-2)</p> <p>Alterações na função sexual durante a gravidez e o período pós-parto afeta o casal, ao invés de apenas o indivíduo e independentemente da etiologia pode afetar negativamente o parceiro sexual [153]. Reação do parceiro quanto ao processo de nascimento, bem como as alterações nas relações, papéis e estilos de vida causada pela presença de uma criança na família pode ter um impacto na saúde sexual da nova mãe [23,65]. Os parceiros podem ter ciúmes da relação mãe-criança, pois o AM envolve constante estimulação tátil e proximidade, a qual pode ser satisfatória para a mulher que pode não desejar contato adicional pelo parceiro [154].</p> <p>Parceiros do sexo masculino podem ter problemas sexuais antes, durante e após a gravidez. Isto pode implicar a falta de desejo, disfunção erétil e ejaculação precoce, o que pode estar associada com medos gerados por assistir ao parto, paternidade, causando dor na relação sexual [1,155]. Num estudo, Pauleta <i>et al.</i> relataram que 75% das mulheres (N = 188) não consideraram ter havido diminuição do interesse sexual do seu parceiro (nível II-3) [10]. No entanto, a procura sexual pelo parceiro influencia o reinício das relações sexuais pós-parto [156.157].</p> <p>Apesar de medos e mitos sobre a atividade sexual na gravidez e pós-parto manter as interações sexuais de um casal nestes períodos promove a saúde sexual e bem-estar e uma maior profundidade de intimidade.</p> <p>Os clínicos devem procurar envolver-se numa discussão aberta e fornecer orientação antecipatória para o casal nas esperadas mudanças na saúde sexual, como também promover o desenho rigoroso, com estudos baseados em evidências, para elucidar ainda mais a compreensão da função sexual</p>

durante a gravidez e o pós-parto.

Gravidez, parto e período pós-parto é um momento de grande mudança em que o casal se adapta para a nova adição à sua família, bem como as alterações no seu próprio funcionamento sexual. Casais podem não estar cientes de que essas mudanças ocorrem geralmente na maioria das mulheres, ao não receber informações adequadas ou orientação antecipatória sobre essas alterações esperadas dos seus prestadores de cuidados de saúde [2,12,24,56,59,169,170]. Num estudo, menos de 30% das mulheres recebeu informações sobre a função sexual na gravidez dos seus cuidadores [12]. Além disso, as mulheres nem sempre estão confortáveis para referir preocupações sexuais e podem ser reservadas a discuti-las com os seus cuidadores [10,12], mas em vez disso, pode ser mais fácil compartilhar os problemas com amigos [33]. Silêncio por prestadores sobre o tema da função sexual só servirá para manter as mulheres e seus parceiros em ignorância das alterações normais durante a gravidez e o período pós-parto, ou privá-los de soluções para os problemas que podem ser facilmente corrigidas ou pelo menos explicaram [23]. Começar conversas e orientação antecipatória sobre sexualidade durante a gravidez e possíveis alterações pós-parto pode melhorar a função sexual e reduzir o stress, tensão emocional e preocupação sobre as expectativas [23,99, 171–173].

Ao recolher a história do paciente, existem pontos importantes a considerar: uma avaliação da relação sexual; redes de apoio; se a gravidez foi planeada; resultados anteriores da gravidez (ex.aborto); partos anteriores (tipo e presença de trauma); a saúde atual das crianças; contraceção (anterior e atual, bem como planos para o futuro) [1]. Uma abordagem multidisciplinar é o ideal para proporcionar saúde sexual, aconselhamento abrangente de terapia sexual, terapia física, ginecologistas, urologistas e parteiras; na generalidade das realidades dos contextos da prática, isso pode não ser a abordagem mais prática ou económica.

Nestas circunstâncias, os cuidadores devem incorporar aconselhamento específico sobre as mudanças esperadas na saúde sexual das mulheres e seus parceiros, que deve incluir uma discussão do impacto da gravidez, parto e período pós-parto sobre a saúde sexual durante os cuidados pré-natais e pós-parto [48]. Além disso, cuidadores devem reforçar a redução normal da frequência de relações sexuais, bem como diminuição da libido, desejo sexual e orgasmo, que comumente ocorre, particularmente no terceiro trimestre da gravidez e persiste até os primeiros 3-6 meses após o parto [113]. Estas mudanças não precisam ser patologizadas, mas reforçadas em vez disso, como parte de uma sequência normal dos acontecimentos que recupera gradualmente ao longo do tempo. A decisão de retomar a relação sexual após o parto deve ser feita mutuamente entre a mulher e seu parceiro [174]. As diretrizes da AAP/ACOG de cuidado Perinatal (6ª edição) indicam que o momento em que se pode retomar o coito com segurança após o parto é desconhecido, os riscos de hemorragia e infeção são mínimos por 2 semanas após o parto [175]. Os clínicos geralmente recomendam que as mulheres podem considerar retomar relações sexuais 6 semanas após o parto, que é normalmente após a sua primeira consulta pós-parto, que permite tempo suficiente para a cicatrização da sutura vaginal / perineal.

É essencial que os casais também reconheçam que a sexualidade inclui uma grande variedade de expressão, e apesar da atividade sexual ser segura ao longo de uma gravidez saudável, não tem que necessariamente incluir somente o coito vaginal. O não coito também pode ser uma expressão de intimidade emocional, reforçando o bem-estar e a saúde sexual de um casal. Um estudo encontrou a estimulação manual genital como uma forma de atividade sexual, considerada mais excitante e agradável por ambos parceiros pós-parto [136]. Discutir alternativas para o coito e reconhecer a importância de manter a intimidade, pode permitir que os parceiros descubram novas e satisfatórias maneiras de expressar a sexualidade [131]. No pós o parto, devido ao relativamente baixo nível de progesterona, as mulheres e seus parceiros devem usar rotineiramente um lubrificante vaginal quando retomam a relação sexual. Posições sexuais que permitem a

	<p>penetração superficial ou dar à mulher maior controle sobre a profundidade de penetração vaginal (ou seja, mulher-on-top) podem ser benéficas [174]. Casais com preocupações sexuais em curso há vários meses após a gravidez podem beneficiar de discussões com o seu cuidador de saúde a fim de minimizar qualquer impacto negativo na sua qualidade de vida [14]. Enquanto significativos progressos na compreensão dos mecanismos que afetam a função sexual durante a gravidez e o período pós-parto têm sido feitos, a pesquisa futura deve incorporar estudos prospetivos, longitudinais, que incluam comparações com bases de dados. É fundamental para futuras pesquisas estabelecer a alta qualidade com normas rigorosas no funcionamento sexual durante a gravidez e o período pós-parto. Também é necessária mais investigação para avaliar a função sexual masculina durante a gravidez e o papel do parceiro na saúde sexual global de um casal, e o impacto das mudanças sexuais pós-parto na qualidade de vida. Além disso, devem ser feitos esforços para ter em conta que fatores sociais, culturais, e/ou religiosos podem influenciar a incorporação da saúde sexual durante a gravidez e o período pós-parto em diversas populações.</p>	
<p><i>Nº de Artigo –</i> 2</p>	<p><i>Nível de Evidência –</i> I</p>	<p><i>Tipo de Estudo –</i> <b>Revisão Literatura</b></p>

<b>Estudo</b>	Men and Infant Feeding: Perceptions of Embarrassment, Sexuality, and Social Conduct in White Low-Income British Men.	
<b>Autor/ Ano/ País</b>	Henderson, Lesley; McMillan, Brian; Green, Josephine M.; Renfrew, Mary J. (2011) Inglaterra	
<b>Participantes</b>	Os participantes eram homens britânicos brancos, com idade entre 16 e 45 anos e incluía pais, pais expectantes e potenciais pais.	
<b>Objetivos</b>	Os pontos de vista dos pais têm-se mostrado importantes determinantes das decisões de alimentação infantil, mas as percepções dos homens sobre a amamentação e alimentação artificial raramente são exploradas. Resolver esta lacuna e examinar associações culturais e crenças relativas a práticas de alimentação infantis entre os homens.	
<b>Intervenções</b>	<p>Foram realizados cinco grupos com homens com baixo rendimento (n = 28), vivendo em áreas de privação social em Leeds na Inglaterra e áreas de baixo rendimento de Glasgow, oeste da Escócia.</p> <p>Os três primeiros grupos realizados em áreas de baixo rendimento de Glasgow foram a amostra. O grupo 1 foi constituído por pais adolescentes cujos parceiros e amigos utilizaram alimentação de fórmula; Grupo 2 parceiros envolvidos e parentes masculinos ou amigos de mulheres que estavam a amamentar; Grupo 3, pais envolvidos, cujos parceiros amamentaram e/ou utilizaram alimentação de fórmula.</p> <p>Além disso, realizaram-se dois grupos de discussão com homens que vivem em áreas de privação socioeconómica em Leeds. Grupo 4 composto por um pequeno grupo de futuros pais adolescentes, cujas parceiras tinham a intenção de usar alimentação de fórmula; Grupo de 5, casais jovens sem filhos que viviam na mesma área (potenciais pais).</p> <p>As sessões foram convocadas em centros comunitários e casas dos participantes, durando cerca de 60 a 90 minutos e, com permissão, todas foram áudio-gravadas e totalmente transcritas.</p> <p>As transcrições foram lidas por dois dos autores, que marcaram passagens-chave de acordo com temas analíticos.</p>	
<b>Resultados e Discussão</b>	<p>Temas globais relativas à conduta social, constrangimento e sexualidade foram identificados em todos os grupos. Participantes consideraram amamentação como 'natural', mas problemática, considerando o aleitamento artificial, como conveniente e seguro. Participantes sem experiência direta com a amamentação assumiram que esta envolve excessiva exposição pública e atrai atenção indesejada do sexo masculino. Subjacentes a estes medos estavam fortes associações culturais entre mamas e sexualidade e ansiedades sobre o papel apropriado de género.</p> <p>Em algumas comunidades poucas oportunidades podem ocorrer para testemunhar a amamentação e assim continuar a existir a convicção de que a amamentação atrai atenção masculina. Percepção da amamentação como uma atividade sexual e a ênfase dominante das mamas nos meios de comunicação como um objeto sexual pode apresentar obstáculos adicionais à amamentação.</p> <p>Educação pré-natal ou perinatal com homens deve abordar questões não apenas práticas, mas também fornecer conselhos sobre os problemas de sexualidade e masculinidade gerados por questões socioculturais.</p>	
<b>Nº de Artigo –</b> 3	<b>Nível de Evidência –</b> VI	<b>Tipo de Estudo –</b> Qualitativo

<b>Estudo</b>	Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth
<b>Autor/ Ano</b>	Serati, Maurizio; Salvatore, Stefano; Siesto, Gabriele; Cattoni, Elena; Zanirato, Mara; Khullar, Vik; Cromi, Antonella; Ghezzi, Fabio; Bolis, Pierfrancesco (2010) Inglaterra.
<b>Participantes</b>	RSL
<b>Objetivos</b>	Avaliar as evidências disponíveis e definir conhecimentos atuais sobre a função sexual feminina, durante a gravidez e após o parto.
<b>Intervenções</b>	<p>Procurou-se no PubMed por artigos sobre função sexual durante a gravidez e após o parto, publicados a partir de 1960 até 2009, usando as seguintes palavras-chave: “sex/sexuality/sexual intercourse/sexual function/sexual dysfunction” and “pregnancy/cesarean section /puerperium/ postpartum/ delivery/childbirth/lactation/breast-feeding.”</p> <p>Os artigos foram selecionados com base na sua relevância clínica, em termos de: originalidade; projeto de estudo (apenas estudos prospectivos ou retrospectivos. Relato de caso e relatórios curtos foram excluídos); Tamanho da população (estudos incluindo pelo menos 100 pacientes); ferramenta de diagnóstico (todos os estudos que utilizaram questionários validados e apenas os maiores estudos utilizando questionários não validados; período de estudo (os mais recentes estudos); interesse geográfico, social ou religioso.</p> <p>Os artigos mais relevantes (48) foram revistos e incluídos. Destes, 29 eram sobre a função sexual feminina, após o parto.</p>
<b>Resultados e Discussão</b>	<p>Em 2000, num grande estudo prospectivo, Barrett <i>et al.</i> [37] investigaram a função sexual feminina após o parto, com entrevistas, 3 e 6 meses após o nascimento. Amamentar e dispareunia anterior ao parto, foram identificados como preditores estatisticamente significantes de dispareunia aos 6 meses após o parto.</p> <p>Estes resultados também foram confirmados por um estudo realizado por Connolly <i>et al</i> em 2005 [39]. Cento e cinquenta mulheres preencheram um questionário sobre a função sexual às 2, 6, 12 e 24 semanas após o parto. 90% dos participantes declarou a retoma da atividade sexual dentro dos 6 meses após o parto. 30% e 17% das mulheres relataram a persistência de dispareunia em 3 e 6 meses após o parto, respetivamente. No entanto, não foram encontradas associações com o tipo de parto, nem com o uso da episiotomia. Ao contrário, amamentação foi confirmada como o único fator preditivo para a persistência desse sintoma em 6 meses após o parto.</p> <p>No estudo de Pauls <i>et al.</i> [26] não se verificaram associações significativas entre a função sexual e características demográficas dos participantes (idade, paridade), ou com as características do tipo de parto ou com a presença de lesão perineal ou amamentação. Ao contrário, uma redução da sexualidade pode ser afetada pelo agravamento da imagem corporal no puerpério.</p> <p>A partir da revisão da literatura, parece plausível afirmar que a grande maioria dos estudos disponíveis mostrou que a função sexual feminina regista um declínio significativo durante toda a gravidez, especialmente durante o terceiro trimestre. Esta redução não resolve imediatamente após o parto e, em particular, isso é relatado durante os primeiros 3-6 meses após o parto. Depois, há uma recuperação gradual e constante [20,25,26,33,34,39].</p> <p>A função sexual é dependente de muitos mecanismos, associados mais a fatores psicológico do que orgânicos, como sugerido por altas taxas de anorgasmia e perda da libido em 6 meses após o parto [18].</p> <p>Neste tópico, a evidência disponível mostra que a gravidez e o parto determinam um relevante, mesmo que reversível, efeito negativo na sexualidade. Portanto, parece útil, indispensável, dar uma definição adequada do que atualmente se entende por sexualidade "normal" durante a gravidez e após o parto [61].</p> <p>Um declínio da função sexual feminina é descrito nos primeiros 3-6 meses</p>

	<p>após o parto, com uma posterior recuperação gradual. Estudos adicionais, especificamente para entender melhor esta questão, são necessários. Para atingir este objetivo, é recomendável a utilização de questionários validados, a fim de obter resultados reprodutíveis com um maior nível de evidência [62]</p> <p>Amamentação, dispareunia e disfunção do assoalho pélvico pós-parto foram relatadas como possíveis causas para o atraso na retoma do ato sexual após o parto.</p> <p>Casais devem ser informados sobre o declínio da libido, desejo e orgasmo, comumente encontrado durante a gravidez, particularmente no último trimestre e puerpério, que pode levar a redução na frequência das relações sexuais.</p> <p>"Sexo é sim uma força sociológica e cultural mais do que uma mera relação corporal de dois indivíduos"[63], assim, durante os períodos frágil da gravidez e puerpério, um aconselhamento sexual exaustivo e multidisciplinar, fornecido por todos os profissionais envolvidos (ginecologistas, parteiras, psicólogos e sexólogos) pode ser útil para melhorar a saúde sexual dos casais.</p>	
<p><i>Nº de Artigo –</i> 4</p>	<p><i>Nível de Evidência –</i> I</p>	<p><i>Tipo de Estudo –</i> <b>RSL</b></p>