



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual em mulheres grávidas**

**Sara Isabel Nunes Moreira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Henrique Marques Pereira

**Covilhã, Junho de 2017**

# Dedicatória

*Dedico este trabalho aos meus pais, L. & R., e a todas as gestantes que me ajudaram a desenvolvê-lo. Este trabalho existe por vocês.*

# Agradecimentos

Com a conclusão desta etapa, é inevitável que surja a necessidade de agradecer a certas pessoas. Embora as palavras não sejam suficientes para agradecer a ajuda, o apoio, o companheirismo e a presença dedicada, quero expressar o meu profundo agradecimento a cada um de vocês.

- Ao Professor Doutor Henrique Pereira, pelas horas de partilha incondicional de conhecimentos e pela fantástica orientação que me deu. Obrigado por todas as vezes que acalmou a minha ansiedade, por todas as vezes que me motivou ainda mais e, acima de tudo, por me ter ajudado a levar esta dissertação a bom porto! O seu entusiasmo, paciência e incentivo não serão esquecidos.
- A todos os professores do Departamento de Psicologia e Educação, em especial à Professora Doutora Paula Carvalho e à Professora Doutora Cláudia Silva. Ao longo de 5 anos, partilharam comigo o vosso conhecimento e eu só posso estar grata por me terem dado a oportunidade de aprender com vocês.
- Ao Centro Hospitalar Tondela-Viseu, na pessoa do Dr. Nogueira Martins e da Dra. Renata, a par do corpo de enfermagem, pela ajuda prestada na recolha da amostra: Enfermeira Esperança, Enfermeira Anabela, Enfermeira Diana e Enfermeira Margarida. O meu obrigado por tantas vezes conseguirem um gabinete e por tantas outras vezes que encaminhavam as gestantes até mim.
- Aos amigos que o percurso académico colocou no meu caminho, especialmente à Patrícia P., à Quelita, à Cátia, ao Bruno e à Gi. Merecem os maiores sucessos, pessoais e profissionais e eu só posso agradecer as horas de qualidade que passámos juntos! Job, Pires, Sónia, Fabii, Joana A., todos vocês me enchem o coração.
- À Ana, pelas horas passadas na formatação e pelos 5 anos de gargalhadas que me ofereceu, sem pedir nada em troca. À Patrícia, pelo sorriso que harmonizava até os dias mais cinzentos.
- Aos meus pais, Luís e Rosa, que pese embora todas as dificuldades se recusaram a desistir de mim e da possibilidade de me proporcionar um futuro mais risonho. Obrigado pelo apoio incondicional e pelas palavras ternurentas a quilómetros de distância. São vocês os responsáveis pela conclusão desta etapa na minha vida. Espero que sintam por mim um orgulho semelhante ao que tenho por vocês.
- À mana Lúcia por todos os abraços e à mana Dina por todos os incentivos. São as irmãs de sonho de qualquer irmã mais nova. Obrigado por me ensinarem o que é o amor e a perseverança. Rui, Nuno, obrigado pela motivação constante! Gonçalo, Beatriz, os vossos sorrisos são os mais lindos e vocês são os meninos dos meus olhos. A todos vocês, obrigado, eu amo-vos tanto!
- À família que nunca me deixou cair: Tixa, Ju, avó, madrinha e padrinho. O vosso amparo foi imprescindível para que eu pudesse chegar aqui e não podia estar mais grata por serem tão meus. Obrigado.

- Ao Fábio, por me fazer perceber que sou capaz de lidar com a adversidade. Por me reforçar o foco, por me mostrar que a distância não é sinónimo de ausência. Obrigado por construíres uma história comigo.

# Resumo

Esta dissertação é apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. O tema de estudo escolhido foi a Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual em mulheres grávidas, analisando variáveis como os níveis de funcionamento e satisfação, os trimestres de gravidez, a idade das gestantes, a condição de primípara ou não primípara, a existência de apoio psicológico e também a existência de doença mental. A dissertação foi delineada num formato de artigo, pelo que se segue pelas normas de redação do mesmo. Esta dissertação reflete a aquisição de competências do ponto de vista metodológico, como a pesquisa de informação, competências avançadas de investigação e ainda competências de redação de um artigo.

**Palavras-Chave:** satisfação sexual; funcionamento sexual; sensibilidade; gravidez

# Índice

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 1 - Introdução .....                                               | 1  |
| Capítulo 2 - Artigo Científico .....                                        | 2  |
| Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual em mulheres grávidas ..... | 2  |
| Método .....                                                                | 7  |
| Resultados .....                                                            | 13 |
| Discussão dos Resultados .....                                              | 20 |
| Capítulo 3 - Discussão Geral .....                                          | 24 |
| Referências Bibliográficas .....                                            | 26 |
| Anexo Teórico .....                                                         | 29 |
| Sexualidade, Gravidez e Sensibilidade .....                                 | 29 |
| Referências Bibliográficas .....                                            | 41 |
| Anexos .....                                                                | 43 |
| Anexo 1 - Questionário de Sensibilidade .....                               | 44 |
| Anexo 2 - Questionário de Funcionamento Sexual (MGH - SFQ) .....            | 46 |
| Anexo 3 - Questionário de Satisfação Sexual (MGH - SFQ) .....               | 47 |
| Anexo 4 - Questionário Sociodemográfico .....                               | 48 |

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Principais características das mulheres sensíveis relativamente à sexualidade

Tabela 2 - Características sociodemográficas (n=131)

Tabela 3 - Confiabilidade dos instrumentos

Tabela 4 - Resultados para a avaliação das componentes da variável Funcionamento Sexual

Tabela 5 - Resultados para a comparação da Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual entre os trimestres da gravidez

Tabela 6 - Resultados para a comparação da Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual entre gestantes primíparas e não primíparas

Tabela 7 - Resultados para a comparação da Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual quanto à idade das gestantes

Tabela 8 - Resultados para a comparação da Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual quanto à existência de apoio psicológico

Tabela 9 - Resultados para a comparação da Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual quanto à existência de doença mental

Tabela 10 - Modelo de Regressão Hierárquica para a predição da satisfação sexual

Tabela 11 - Tarefas desenvolvimentais específicas na transição para a maternidade

## Lista de Acrónimos

|         |                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|
| UBI     | Universidade da Beira Interior                                           |
| CHTV    | Centro Hospitalar Tondela Viseu                                          |
| MGH-SFQ | <i>Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire</i> |
| IMG     | Interrupção Médica da Gravidez                                           |

# Lista de Anexos

Anexo 1 - Questionário de Sensibilidade

Anexo 2 - Questionário de Funcionamento Sexual (MGH-SFQ)

Anexo 3 - Questionário de Satisfação Sexual (MGH-SFQ)

Anexo 4 - Questionário Sociodemográfico

# Capítulo 1 - Introdução

A presente dissertação é fruto do culminar do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. O tema escolhido para o estudo foi a Sensibilidade<sup>1</sup>, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual em mulheres grávidas. A dissertação foi delineada num formato de artigo, pelo que seguirá por essas mesmas diretrizes.

O tema da dissertação insere-se num projeto relativo à Sexualidade e Gravidez. O período de gravidez é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas que exigem adaptação a uma variedade de transformações, as quais implicarão uma reestruturação obrigatória na rede de relações conjugais, familiares e sociais. Estas mesmas adaptações podem exercer uma influência direta ou indireta na vivência da sexualidade. Por isso, pretende-se estudar as variáveis individuais, relacionais e clínicas que contribuem para uma melhor compreensão das alterações que ocorrem nesta fase. Mais especificamente (1) avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual; (2) comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez; (3) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e gestantes não primíparas; (4) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes; (5) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico; (6) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental e (7) observar a relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual.

O artigo inicia-se com uma revisão do estado da arte, seguindo-se uma descrição do método de investigação, onde se especificam participantes, instrumentos e procedimentos. Prossegue-se com a apresentação e discussão dos resultados, que será efetuada através do *software* estatístico IBM SPSS *Statistics*, versão 23. Segue-se a conclusão e a listagem de referências bibliográficas utilizadas.

Poderá ainda ser consultado o Anexo Teórico, cujo objetivo é complementar a informação acerca do tema, tendo-se aprofundado os seguintes temas: sexualidade, sexo na gravidez, gravidez, tarefas desenvolvimentais da gravidez, psicopatologia da gravidez e do puerpério e sensibilidade. Poderão também ser consultadas as respetivas referências bibliográficas.

---

<sup>1</sup> Utiliza-se o vocábulo sensibilidade ao longo da presente dissertação uma vez que se entendeu como sinónimo de sensibilidade de processamento sensorial.

## **Capítulo 2 - Artigo Científico**

Este capítulo é apresentado em formato de artigo científico, em conformidade a alínea b) do art.18 do Regulamento do 2º ciclo de Estudos Conducente ao grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

### **Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual em mulheres grávidas**

## Resumo

O objetivo geral desta investigação foi avaliar os níveis de sensibilidade, funcionamento sexual e satisfação sexual em mulheres grávidas. Trata-se de um estudo quantitativo, com uma tipologia descritiva, comparativa e preditiva, uma vez que pretende comparar e descrever o comportamento das variáveis em estudo, bem como estimar a relação preditiva entre as variáveis. A média de idades é de 31.32 anos (D.P.= 6.50). Foi criado um protocolo de investigação que contemplou um questionário sociodemográfico construído para o efeito deste estudo, o Questionário *Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) (satisfação sexual:  $\alpha = .81$ ; funcionamento sexual:  $\alpha = .94$ ) e a Escala de Sensibilidade - *High Sensibility Person Scale* ( $\alpha = .93$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação da sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto aos trimestres de gravidez ( $p = .091$ ;  $p = .236$ ;  $p = .077$ ), gestantes primíparas e não primíparas ( $p = .511$ ;  $p = .068$ ;  $p = .591$ ) e idade das gestantes ( $p = .298$ ;  $p = .978$ ;  $p = .439$ ). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável sensibilidade quanto à existência de apoio psicológico ( $p = .001$ ). Na relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual encontrou-se um bom valor preditivo ( $R^2 = .224$ ;  $R^2 = .254$ ). Conclui-se assim que a sensibilidade constitui um importante mediador do funcionamento sexual em mulheres grávidas.

## Palavras - Chave

Sensibilidade; funcionamento sexual; satisfação sexual; gravidez.

# Abstract

The overall objective of this investigation was to evaluate the levels of sensitivity, sexual functioning and sexual satisfaction in pregnant women. This is a quantitative, descriptive, comparative and predictive study because it intends to compare and describe assessment of variables, as well as estimate the predictive relationship between them. The mean age was 31.32 (SD=6.50). It was created an research protocol, which contain several instruments: a sociodemographic questionnaire, the *Massachussets General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) (sexual satisfaction:  $\alpha = .81$ ; sexual functioning:  $\alpha = .94$  ) and the *High Sensibility Person Scale* ( $\alpha = .93$ ). There was no statistically significant differences in comparison of sensitivity, sexual functioning and sexual satisfaction for the trimesters of pregnancy ( $p = .091$ ;  $p = .236$ ;  $p = .077$ ) and pregnant women's age ( $p = .298$ ;  $p = .978$ ;  $p = .439$ ). We found statistically significant differences in sensitivity regarding the existence of psychological support ( $p = .001$ ). On the predictive relation between sensitivity and sexual functioning we found a good predictive value ( $R^2 = .224$ ;  $R^2 = .254$ ). We can conclude that sensitivity is an important mediator of sexual functioning among pregnant women.

# Keywords

Sensibility; sexual functioning; sexual satisfaction; pregnancy.

## Estado da arte

*“Muitas das grávidas vivem a sexualidade como uma necessidade acrescida de ternura, de carinho e de sensualidade, procurando sobretudo o mimo e o abraço caloroso do companheiro”*  
- Portelinha, 2003, p. 24

A gravidez é considerada um dos períodos mais complexos na vida da mulher, pois durante a gravidez, o funcionamento sexual feminino, a sexualidade e a satisfação sexual alteram-se. A vida sexual durante este período é afetada por crenças acerca da sexualidade, bem como por mudanças físicas e emocionais. A possível reação do parceiro à gravidez, a ideia de se tornar pai, as normas culturais, os fatores económicos e o papel e identidade sexual da mulher são agentes que também podem condicionar a sexualidade durante a gravidez (Gokyildiz & Beji, 2005).

Diferentes aspetos do funcionamento sexual são conhecidos por estarem em associação com a satisfação na relação, especialmente a satisfação sexual. A satisfação sexual é frequentemente vista como um indicador de qualidade da relação romântica (Vranes & Sunjic, 2014). Podemos, portanto, considerar a satisfação sexual como a análise e julgamento de cada uma das pessoas na relação acerca do seu comportamento sexual, relativo ao que ele/ela considera que será prazeroso (Pourakbaran & Yazdi, 2015).

Durante o período da gravidez, a relação sexual dos casais e o funcionamento sexual pode ser afetado por diversas razões, nomeadamente dor abdominal, coito doloroso ou ainda perda da imagem corporal atrativa - na perspetiva da mulher (Bartellas et al., 2000). Os motivos mais apontados são: cansaço e náusea (Trutnovsky, Haas, Lang & Petru, 2006), crenças culturais, mitos e tabus acerca do comportamento sexual durante a gravidez - como e.g. magoar o bebé (Aslan et al., 2005), relações sexuais dolorosas e secura vaginal, a par da baixa lubrificação mesmo quando adequadamente estimulada (Witting et al., 2008; Pourakbaran & Yazdi, 2015), perda de interesse e diminuição do desejo sexual (Witting et al., 2008; Lee, Lin, Wan & Liang, 2010) dificuldade em atingir o orgasmo (Pourakbaran & Yazdi, 2015) e mudança na imagem corporal da mulher (Vranes & Sunjic, 2014). No que concerne à imagem corporal, a literatura caracteriza-a como a perceção e as atitudes de uma pessoa acerca dos seus atributos físicos (Cash & Fleming, 2002), pelo que as mudanças na imagem corporal podem ser percebidas de diferentes formas pelas mulheres grávidas (Vranes & Sunjic, 2014). A diminuição do desejo, frequência e satisfação sexual da mulher durante a gravidez parecem ser uma realidade e vários autores debruçaram o seu interesse sobre a temática.

O tempo de gravidez parece afirmar-se como um fator contributivo para o funcionamento sexual, tendo em conta que parece existir uma diferença entre o primeiro e o terceiro trimestres, pois aponta-se que no terceiro trimestre apresentam níveis de funcionamento sexual mais elevados do que no primeiro (Abouzari-Gazafroodi et al., 2015). Para Vranes e Sunjic (2014), é plausível a existência de uma ligeira descida no interesse e atividade sexual no primeiro trimestre, provavelmente motivada pelas mudanças de início da gravidez, como a má-

disposição matinal, náuseas e fadiga. Já anteriormente, em 1966, Masters e Johnson reportavam esta mesma diminuição. O segundo trimestre da gravidez é apontado como bastante variável (von Sydow, 1990). Este autor tende a considerar um aumento do interesse sexual no segundo trimestre, que pode ser explicado pelo aumento do fluxo sanguíneo na área pélvica, ideia também defendida por Masters e Johnson (1966), que defendiam este mesmo aumento. No terceiro trimestre, Masters e Johnson (1966) referiram um declínio na satisfação e funcionamento sexual, que Vranes e Sunjic (2014) explicaram com a fadiga, bem como com a diminuição no gosto sexual. Abouzari-Gazafroodi et al., (2015) defenderam que a atividade sexual teve um ligeiro aumento, porque os casais foram esclarecidos acerca do benefício para o bem-estar do feto, facilitando também o trabalho de parto e o parto em si.

Tal como foi anteriormente referido, as alterações subjacentes à gravidez afetam a experiência e o funcionamento sexual. Todavia, estas mesmas mudanças poderão também afetar o modo como as mulheres processam sensorialmente os estímulos à sua volta, mais ou menos sensivelmente. Neste sentido, entende-se a sensibilidade como um traço personalístico caracterizado pela existência tanto de sensibilidade interna como pela sensibilidade externa aos estímulos, incluindo interpretações sociais e emocionais (Jagiellowicz et al., 2011). Para Aron e Aron (1997) a sensibilidade é um traço genético base encontrado em cerca de 20% da população e que envolve um profundo processo cognitivo de estimulação (Mesulam, 1998). As pessoas altamente sensíveis têm a capacidade de perceber estímulos de baixa intensidade, quer sejam do ambiente, do corpo ou da cognição e tendem a processar e a responder num limiar mais baixo de informação e a detetar melhor as diferenças no ambiente (Soons, Brouwers & Tomic, 2010). Além disso, as pessoas sensíveis estão mais alerta e mais conscientes das sensações emocionais associadas a estímulos de baixa intensidade (Rothbart & Evans, 2007). A sensibilidade está, assim, associada com uma alta reatividade emocional (Aron et al., 2012). Mais ainda, as pessoas altamente sensíveis caracterizam-se pela presença de atividade cognitiva espontânea na forma de pensamentos e/ou imagens que não têm qualquer ligação com o ambiente físico da pessoa (Rothbart & Evans, 2007). Em primeiro lugar, as pessoas sensíveis - quando comparadas com as não sensíveis - sofrem frequentemente de stress e ansiedade em situações sociais com bastantes pessoas. Em segundo lugar, podem ter um menor nível de auto-aceitação bem como atitudes negativas e resistência face a situações lotadas e/ou sociais (Aron, 1996).

Pese embora o que foi dito, e apesar de não existirem muitos estudos sistemáticos acerca da sensibilidade em mulheres grávidas, Aron (1999) sistematizou um conjunto de preocupações e características que podem ser verificadas na tabela que se segue.

Tabela 1

*Principais características das mulheres sensíveis relativamente à sexualidade (Aron, 1999)*

Principais preocupações/características

- 
- Preocupações com doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez antes de entrar num relacionamento sexual
  - Necessidade de sentir amor pelo parceiro para que possa disfrutar do sexo, não o fazendo com alguém que não ama
  - Não pretende ter parceiros, mesmo que não esteja num relacionamento
  - Não é capaz de fazer sexo levemente
  - Menor propensão a sentimentos de tristeza, susto ou medo e maior propensão a sentir-se amada
  - Prefere não se envolver numa grande variedade de atividades sexuais
  - Não possui fantasias sexuais aquando de uma relação sexual
  - Não possui fantasias sexuais românticas
  - Não possui fantasias em que outra(s) pessoa(s) a domine(m)
  - Existência de menos parceiros sexuais ao longo da vida
  - Início tardio das relações sexuais
- 

Tendo em conta o sistematizado na tabela em epígrafe, torna-se pertinente estudar as relações entre o funcionamento sexual, satisfação sexual e a sensibilidade, de forma a tornar mais explícitas estas variáveis, surgindo a necessidade de realizar esta investigação. Os objetivos desta investigação são: (1) avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual, (2) comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez (3) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e gestantes não primíparas, (4) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes, (5) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico, (6) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental e (7) observar a relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual. Esta investigação adquire importância e é muito relevante, não só pela pertinência do tema mas também para preencher lacunas existentes na literatura científica nacional e internacional. Além disso, a investigação com gestantes é pioneira e, portanto, reveste-se de um carácter inovador.

## **Método**

A presente investigação procurou desenvolver procedimentos metodológicos que permitissem avaliar, comparar e prever os níveis de sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual, procedendo à comparação entre diversas variáveis importantes.

Este estudo é quantitativo, com uma tipologia descritiva, comparativa e preditiva, uma vez que pretende comparar e descrever o comportamento das variáveis em estudo, bem como predizê-lo.

### Participantes

A amostra desta investigação é constituída por um total de 131 participantes, que apresenta uma média de idades de 31,32 anos (DP=6,50), sendo que todas as participantes são do sexo feminino. Quanto às habilitações literárias das participantes, observou-se que a maioria destas têm o 12º ano (48,1%) e residem numa zona geográfica pequena<sup>2</sup> (60,3%). No que concerne ao estado civil das participantes, a maioria é casada (56,5%), tem um tempo médio de relação de 4 anos (9,9%) e residem acompanhadas (97,7%), normalmente com o cônjuge/companheiro. Relativamente à situação profissional, 87 das participantes trabalha a tempo inteiro (66,4%). Da amostra total, 20 participantes encontram-se no 1º trimestre de gestação (15,3%), 28 gestantes no 2º trimestre (20,6%) e 83 gestantes no 3º trimestre (64,1%). No que ao planeamento da gravidez diz respeito, 93 mulheres (71,0%) referem que a gravidez foi planeada e desejada pelo casal. Desta amostra, 50 mulheres afirmam ter 1 filho vivo (38,2%) e, relativamente ao número de gravidezes anteriores, a maioria das mulheres não esteve ainda grávida (n=50, 38,2%) e 27,5% das mulheres (n=36) teve já uma gravidez prévia. A perceção de apoio durante a gravidez recai sobre o cônjuge/companheiro, dado que cerca de 45,8% das gestantes o afirma, seguindo-se com a mesma percentagem (6,9%, n=9) o apoio conjunto de cônjuge/companheiro, pai e mãe e ainda o apoio conjunto de cônjuge, mãe e médico. No que concerne à existência de acontecimentos de vida responsáveis pelo aparecimento/agravamento de ansiedade e/ou tristeza, 77 gestantes (58,8%) afirmam que esses sentimentos não aparecerem nem agravaram e 13,7% relatam outros motivos para o surgimento/agravamento da ansiedade e/ou tristeza (IMG, ecografia morfológica...). Quanto à ajuda psicológica recebida ao longo da vida, 74% das gestantes afirma que não recebeu ajuda psicológica e, dos 22% que receberam, a maioria recorreu a esse apoio por depressão.

A caracterização da amostra poderá ser consultada na tabela que se segue.

Tabela 2  
*Características sócio-demográficas (n=131)*

|                    | Variável       | n            | %     | Média | DP   |  |
|--------------------|----------------|--------------|-------|-------|------|--|
| Idade              |                |              |       | 31.32 | 6.50 |  |
|                    | Escolaridade   | 4º ano       | 1     | 0.8%  |      |  |
|                    |                | 9º ano       | 24    | 18.3% |      |  |
|                    |                | 12º ano      | 63    | 48.1% |      |  |
|                    |                | Licenciatura | 32    | 24.4% |      |  |
|                    |                | Mestrado     | 11    | 8.4%  |      |  |
| Zona de residência | Urbano Pequeno | 79           | 60.3% |       |      |  |

<sup>2</sup> Considera-se para o efeito a marca de 50 000 habitantes

|                             |                                           |     |       |       |
|-----------------------------|-------------------------------------------|-----|-------|-------|
|                             | Urbano Grande                             | 52  | 39.7% |       |
| Estado Civil                | Solteira                                  | 13  | 9.9%  |       |
|                             | Casada                                    | 74  | 56.5% |       |
| Tempo de relação (em anos)  | Unida de facto                            | 44  | 33.6% |       |
|                             | 1                                         | 11  | 10%   |       |
|                             | 2                                         | 10  | 9.1%  |       |
|                             | 3                                         | 9   | 8.2%  |       |
|                             | 4                                         | 13  | 11.8% |       |
|                             | 5                                         | 7   | 6.4%  |       |
|                             | 6                                         | 5   | 4.5%  |       |
|                             | 7                                         | 8   | 7.3%  |       |
|                             | 8                                         | 10  | 9.1%  |       |
|                             | 9                                         | 10  | 9.1%  |       |
|                             | 10                                        | 10  | 9.1%  |       |
|                             | 11                                        | 3   | 2.7%  |       |
|                             | 12                                        | 5   | 4.5%  |       |
|                             | 13                                        | 1   | 0.9%  |       |
|                             | 15                                        | 2   | 1.8%  |       |
|                             | 16                                        | 3   | 2.7%  |       |
|                             | 17                                        | 1   | 0.9%  |       |
|                             | 20                                        | 2   | 1.5%  |       |
|                             | Reside sozinha                            | Sim | 2     | 1.5%  |
|                             |                                           | Não | 128   | 99.2% |
| Situação profissional       | Estudante                                 | 5   | 3.8%  |       |
|                             | Doméstica                                 | 6   | 4.6%  |       |
|                             | Emprego a tempo inteiro                   | 87  | 66.9% |       |
|                             | Emprego a <i>part-time</i>                | 6   | 4.6%  |       |
|                             | Desempregada                              | 23  | 17.7% |       |
|                             | Outra                                     | 3   | 2.3%  |       |
| Trimestres de gravidez      | 1º trimestre                              | 20  | 15.3% |       |
|                             | 2º trimestre                              | 28  | 20.6% |       |
|                             | 3º trimestre                              | 83  | 64.1% |       |
| Planeamento da gravidez     | Planeada/desejada                         | 93  | 73.2% |       |
|                             | Não planeada mas aceite por ambos os pais | 34  | 26.8% |       |
| Nº de gravidezes anteriores | 0                                         | 50  | 44.2% |       |
|                             | 1                                         | 36  | 31.9% |       |
|                             | 2                                         | 19  | 16.8% |       |
|                             | 3                                         | 5   | 4.4%  |       |
|                             | 4                                         | 3   | 2.7%  |       |
| Gravidez antecedida por     | Abortos Espontâneos                       | 11  | 9.4%  |       |
|                             | Recurso a tratamento de fertilidade       | 1   | 0.9%  |       |
|                             | Dificuldade em engravidar                 | 6   | 5.1%  |       |
|                             | Normal                                    | 94  | 80.3% |       |
|                             | Outros                                    | 5   | 4.3%  |       |
| Apoiador                    | Cônjuge/companheiro                       | 60  | 47.2% |       |
|                             | Cônjuge/companheiro e mãe                 | 8   | 6.3%  |       |

|                                          |                                                                        |     |       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| Acontecimento de vida durante a gravidez | Cônjuge/companheiro, mãe e pai                                         | 9   | 7.1%  |
|                                          | Cônjuge/companheiro, mãe, pai, amigos, médico que acompanha a gravidez | 10  | 7.9%  |
|                                          | Divórcio/separação                                                     | 2   | 1.6%  |
|                                          | Morte de familiares/pessoas próximas                                   | 8   | 6.6%  |
|                                          | Perda de emprego                                                       | 1   | 0.8%  |
|                                          | Mudança de emprego                                                     | 6   | 4.9%  |
|                                          | Mudança de residência                                                  | 9   | 7.4%  |
|                                          | Não apareceu/agravou a sintomatologia                                  | 77  | 63.1% |
|                                          | Outros                                                                 | 19  | 14.8% |
|                                          | Obtenção de ajuda psicológica                                          | Sim | 29    |
| Não                                      |                                                                        | 97  | 77%   |
| Motivos da ajuda psicológica             | Depressão                                                              | 13  | 12%   |
|                                          | Adaptação Escolar                                                      | 1   | 0.8%  |
|                                          | Ansiedade                                                              | 4   | 3.2%  |
|                                          | Ataques de Pânico                                                      | 1   | 0.8%  |
|                                          | Bulimia                                                                | 1   | 0.8%  |
|                                          | Depressão Pós-Parto                                                    | 2   | 1.6%  |
|                                          | Morte da avó materna                                                   | 1   | 0.8%  |
|                                          | Abusos sexuais                                                         | 1   | 0.8%  |

## Instrumentos

Para este estudo, foi criado um protocolo de investigação que contemplou um questionário sociodemográfico (confrontar anexo 4) construído para o efeito deste estudo, o Questionário *Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) (confrontar anexos 2 e 3) (Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2012) e a Escala de Sensibilidade - *High Sensibility Person Scale* (confrontar anexo 1) (Aron & Aron, 1997).

O questionário sociodemográfico contemplou questões que permitiram recolher informações pertinentes para proceder a uma caracterização geral da amostra, nomeadamente: a idade, a escolaridade, o estado civil, a profissão, o estatuto sócio-económico, o trimestre de gravidez, o número de gravidezes anteriores, entre outros.

O MGH-SFQ é um questionário de autorresposta breve que avalia o funcionamento sexual, permitindo identificar problemas nas diferentes fases da resposta sexual. Este questionário é formado por 5 itens: interesse sexual, capacidade de excitação, capacidade para conseguir o orgasmo, capacidade para conseguir manter a ereção (apenas para homens) e satisfação sexual global. Pelo facto de ter um reduzido número de itens, este questionário torna-se uma mais valia na prática clínica. A escala de resposta é uma escala tipo likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “ Totalmente ausente”, 2 corresponde a “Marcadamente diminuída”, 3 corresponde a “Quase normal”, 4 corresponde a “Normal”, 5 corresponde a “Algo acima do normal”, 6 corresponde a “Marcadamente acima do normal” e 7 corresponde a “Completamente acima do normal” (Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2012). Existe uma validação psicométrica portuguesa desta escala, aferida por Pereira (2017). Tendo sido testada

a fiabilidade e confiabilidade desta escala, obteve-se um alfa de Cronbach de .94 (Pereira, 2017), o que pode classificar-se como excelente (Marôco, 2013).

A Escala de Sensibilidade foi desenvolvida por Elaine Aron, em 1997. Esta escala contempla 27 itens e mede a Sensibilidade, que representa a reatividade fisiológica aos estímulos do ambiente. Considera-se este construto como uma característica unidimensional que é caracterizada por uma sensibilidade aumentada ao processamento de informação sensorial externa (e.g., luz, ruído) e interna (dor, fome). Esta escala, com o título original de *Highly Sensitive Person Scale* apresenta uma escala de resposta de 7 pontos, em que 1 corresponde a “Nada”, 2 corresponde a “Muito pouco”, 3 corresponde a “Um pouco”, 4 corresponde a “Moderadamente”, 5 corresponde a “Algo mais”, 6 corresponde a “Bastante” e 7 corresponde a “Extremamente” (Aron, 1997).

Esta Escala foi desenhada a partir de diversas entrevistas, das quais derivaram características que se repetiam sistematicamente (Aron et al., 2010) e através das quais foi possível construir as questões que compõem o teste.

### **Confiabilidade dos instrumentos**

Relativamente às três escalas utilizadas, foi realizada uma análise de confiabilidade (através do Alpha de Cronbach), podendo constatar que todos os instrumentos utilizados obtiveram um Alfa adequado, como podemos ver de forma individual os resultados na tabela 3.

Tabela 3

#### *Confiabilidade dos instrumentos*

| <b>Instrumentos</b>                         | <b>Alfa de Cronbach (<math>\alpha</math>)</b> | <b>Confiabilidade</b> |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| MGH - Satisfação Sexual                     | 0.81                                          | Muito Bom             |
| MGH - Funcionamento Sexual                  | 0.94                                          | Excelente             |
| HSPS - <i>Highly Sensitive Person Scale</i> | 0.93                                          | Excelente             |

### **Procedimentos**

Após a aprovação do estudo pela comissão de curso do 2º ciclo de Psicologia da UBI quanto aos aspetos científicos e éticos, procedeu-se à realização do pré-teste dos questionários (4 participantes), pelo que foram alteradas algumas palavras para que a leitura fosse mais compreensível. Posteriormente, depois de assegurada a correta compreensão das instruções e dos itens dos questionários, iniciou-se um processo de disseminação de um link construído para o efeito da investigação numa conta do Google Drive © através das redes sociais, de contactos eletrónicos e ainda através da inscrição em alguns fóruns, nomeadamente acerca de sexualidade e ainda de gravidez, de forma a conseguir participantes para a amostra. O link esteve disponível entre 29 de novembro de 2016 e 16 de fevereiro de 2017. Em paralelo, foi submetida a proposta do estudo à comissão científica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., para que fosse possível proceder à recolha presencial. A proposta foi aceite no dia 16

de dezembro de 2016 pela comissão de ética do Hospital, pelo que se iniciou a recolha presencial no dia 26 de dezembro de 2016 e terminou a 09 de fevereiro de 2017.

Foram tidos em conta todos os princípios éticos e deontológicos da pesquisa tradicional em psicologia ao longo de todo o estudo, solicitando o consentimento informado aos participantes e assegurando-lhes que todos os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins do mesmo, garantindo o anonimato e a confidencialidade de todos. Aos participantes que assim o desejassem, foi garantida a possibilidade de lhes devolver os resultados obtidos.

Por último, os dados foram introduzidos no *software* informático IBM® SPSS® Statistics (versão 23) e precedeu-se à concretização de diversos procedimentos estatísticos.

## Resultados

Tendo em conta os objetivos fixados para esta investigação - (1) avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual, (2) comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez (3) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e gestantes não primíparas, (4) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes, (5) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico, (6) comparar as diferenças entre a sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental e (7) avaliar a relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual - procedeu-se à realização da análise dos dados, apresentando-se em seguida os respetivos resultados de acordo com cada objetivo traçado.

### **Objetivo 1:** *avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual*

Para se poder avaliar a Sensibilidade, realizou-se o cálculo da mediana teórica, de modo a obter-se um ponto de corte (Mdn=108). Desta forma, foi possível avaliar que 42% da amostra (n=35) apresenta o traço de Sensibilidade. Relativamente à variável Funcionamento Sexual, o ponto de corte foi de 21 (Mdn=21), pelo que cerca de 24.8% das mulheres afirma ter um bom funcionamento sexual. No que à Satisfação Sexual diz respeito, o ponto de corte foi de 36 (Mdn=36) pelo que 90.3% das mulheres se revela satisfeita sexualmente.

Olhando especificamente para as componentes do funcionamento sexual, pode observar-se que existem 5 componentes a analisar. Pode observar-se que para cada uma das cinco componentes, a maioria das mulheres (53.2%) classificam o seu funcionamento sexual como normal. Os resultados apresentam-se na tabela que se segue.

Tabela 4  
*Resultados para a Avaliação das componentes da variável Funcionamento Sexual*

| Componente da variável            | Classificação                 | n  | %     | M da componente | D.P. da componente |
|-----------------------------------|-------------------------------|----|-------|-----------------|--------------------|
| Interesse Sexual                  | Totalmente ausente            | 8  | 6.4%  |                 |                    |
|                                   | Marcadamente Diminuída        | 18 | 13.7% |                 |                    |
|                                   | Quase Normal                  | 13 | 10.3% |                 |                    |
|                                   | Normal                        | 67 | 53.2% | 3.683           | 1.325              |
|                                   | Algo acima do normal          | 9  | 7.1%  |                 |                    |
|                                   | Marcadamente acima do normal  | 8  | 6.3%  |                 |                    |
|                                   | Completamente acima do normal | 3  | 2.4%  |                 |                    |
| Capacidade para obter estimulação | Totalmente ausente            | 11 | 8.7%  |                 |                    |
|                                   | Marcadamente diminuída        | 15 | 11.9% |                 |                    |
|                                   | Quase Normal                  | 20 | 15.3% |                 |                    |

|                                |                               |       |       |       |       |       |       |
|--------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Capacidade para obter orgasmos | Normal                        | 64    | 50.8% | 3.548 | 1.318 |       |       |
|                                | Algo acima do normal          | 9     | 7.1%  |       |       |       |       |
|                                | Marcadamente acima do normal  | 3     | 2.4%  |       |       |       |       |
|                                | Completamente acima do normal | 4     | 3.2%  |       |       |       |       |
|                                | Totalmente ausente            | 10    | 7.9%  |       |       |       |       |
|                                | Marcadamente diminuída        | 17    | 13.5% |       |       |       |       |
|                                | Quase normal                  | 20    | 15.4% |       |       |       |       |
|                                | Normal                        | 61    | 48.4% |       |       | 3.548 | 1.306 |
|                                | Algo acima do normal          | 11    | 8.7%  |       |       |       |       |
|                                | Marcadamente acima do normal  | 4     | 3.2%  |       |       |       |       |
| Completamente acima do normal  | 3                             | 2.4%  |       |       |       |       |       |
| Totalmente ausente             | 9                             | 7.2%  |       |       |       |       |       |
| Marcadamente diminuída         | 14                            | 11.2% |       |       |       |       |       |
| Quase normal                   | 19                            | 15.2% |       |       |       |       |       |
| Normal                         | 65                            | 52%   | 3.632 | 1.273 |       |       |       |
| Algo acima do normal           | 9                             | 7.2%  |       |       |       |       |       |
| Marcadamente acima do normal   | 7                             | 5.6%  |       |       |       |       |       |
| Completamente acima do normal  | 2                             | 1.6%  |       |       |       |       |       |
| Totalmente ausente             | 7                             | 5.6%  |       |       |       |       |       |
| Marcadamente diminuída         | 9                             | 7.1%  |       |       |       |       |       |
| Quase normal                   | 15                            | 11.9% |       |       |       |       |       |
| Normal                         | 68                            | 54%   |       |       | 3.897 | 1.264 |       |
| Algo acima do normal           | 16                            | 12.7% |       |       |       |       |       |
| Marcadamente acima do normal   | 7                             | 5.6%  |       |       |       |       |       |
| Completamente acima do normal  | 4                             | 3.2%  |       |       |       |       |       |

**Objetivo 2:** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez*

Para que se pudesse responder ao segundo objetivo desta investigação, procedeu-se à realização de uma ANOVA (após terem sido garantidas as condições de normalidade das distribuições) a fim de poder comparar as três variáveis tendo em conta os diferentes trimestres de gestação. Tal como nos indica o valor do  $p$ , é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas na comparação dos trimestres de gravidez, quer a nível da sensibilidade  $F(2)= 2.478$ ;  $p=.091$  quer a nível do funcionamento sexual  $F 2=1.461$ ;  $p=.236$  ou ainda a nível da satisfação sexual  $F (2)= 2.631$ ;  $p=.077$ . Ainda que os resultados não sejam

significativos, é possível verificar que as gestantes do primeiro trimestre apresentam níveis de sensibilidade considerados válidos, enquanto que as gestantes dos outros trimestres não apresentam. Quanto ao funcionamento sexual, também as gestantes do primeiro trimestre parecem ter um bom funcionamento sexual. Os resultados podem ser consultados na tabela 5.

Tabela 5

*Resultados para a Comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual entre os trimestres de gravidez*

| Variável                                                               | Trimestre | n  | M      | D.P.  | F     | P    |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|----|--------|-------|-------|------|
| Sensibilidade                                                          | 1º        | 12 | 112.50 | 19.99 |       |      |
|                                                                        | 2º        | 18 | 91.83  | 28.01 | 2.478 | .091 |
|                                                                        | 3º        | 45 | 94.33  | 28.46 |       |      |
| Funcionamento Sexual                                                   | 1º        | 20 | 20.40  | 4.36  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 18.60  | 4.49  | 1.461 | .236 |
|                                                                        | 3º        | 72 | 17.95  | 6.34  |       |      |
| Satisfação Sexual                                                      | 1º        | 20 | 48.95  | 7.27  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 49.56  | 7.90  | 2.631 | .077 |
|                                                                        | 3º        | 68 | 44.54  | 12.42 |       |      |
| Funcionamento Sexual - Interesse Sexual                                | 1º        | 20 | 4.15   | 0.93  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 3.60   | 1.08  | 1.438 | .242 |
|                                                                        | 3º        | 73 | 3.63   | 1.40  |       |      |
| Funcionamento Sexual - Capacidade para obter estimulação               | 1º        | 20 | 3.95   | 0.95  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 3.60   | 1.15  | 1.438 | .299 |
|                                                                        | 3º        | 73 | 3.45   | 1.37  |       |      |
| Funcionamento Sexual - capacidade para obter orgasmos                  | 1º        | 20 | 4.00   | 1.08  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 3.72   | 1.06  | 1.421 | .246 |
|                                                                        | 3º        | 73 | 3.48   | 1.38  |       |      |
| Funcionamento Sexual - capacidade para atingir e manter a lubrificação | 1º        | 20 | 4.10   | 1.03  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 3.60   | 0.82  | 1.376 | .257 |
|                                                                        | 3º        | 72 | 3.60   | 1.39  |       |      |
| Funcionamento Sexual - Satisfação sexual global                        | 1º        | 20 | 4.20   | 0.83  |       |      |
|                                                                        | 2º        | 25 | 4.08   | 1.00  | 1.035 | .358 |
|                                                                        | 3º        | 73 | 3.81   | 1.37  |       |      |

\* $<.05$ ; \*\* $<.001$

**Objetivo 3 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e não primíparas*

Decidiu-se também fazer uma comparação das variáveis relativamente ao facto de as mulheres serem primíparas ou não. A significância da diferença entre a condição de primípara e não primípara foi avaliada com um teste *t-student* para amostras independentes (após terem sido garantidas as condições de normalidade das distribuições). As diferenças não foram

estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) em nenhuma das variáveis: Sensibilidade:  $p = .511$ ; Funcionamento Sexual  $t(105) = 1.842$ ;  $p = .068$ ; Satisfação Sexual  $t(101) = 0.539$ ;  $p = .591$ . Todavia, foram encontradas diferenças quanto ao interesse sexual ( $t(4) = 4.365$ ;  $p = .003$ ) e ainda quanto à capacidade para obter estimulação ( $t(4) = 3.222$ ;  $p = .016$ ). Os resultados podem ser consultados na tabela 6. Na mesma coluna, encontram-se os resultados obtidos através do teste *t-student* para a condição primípara e não primípara e os resultados obtidos através do teste ANOVA para o número de gravidezes prévias.

Tabela 6

*Resultados para a comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual entre gestantes primíparas e não primíparas*

| Variável                          | Condição             | n  | M       | D.P.   | t(gl)       | p/F  |
|-----------------------------------|----------------------|----|---------|--------|-------------|------|
| Sensibilidade                     | Primípara            | 32 | 98.25   | 23.28  |             |      |
|                                   | Não Primípara        | 40 | 102.375 | 28.508 | -0.661 (70) | .511 |
| Funcionamento Sexual              | Primípara            | 47 | 19.66   | 5.51   |             |      |
|                                   | Não Primípara        | 60 | 17.500  | 6.939  | 1.842 (105) | .168 |
| Satisfação Sexual                 | Primípara            | 47 | 46.87   | 10.78  |             |      |
|                                   | Não Primípara        | 56 | 45.643  | 12.109 | 0.539 (101) | .729 |
| Interesse Sexual                  | Primípara            | 47 | 4.043   | 1.301  |             |      |
|                                   | 1 gravidez prévia    | 35 | 3.400   | 1.035  |             |      |
|                                   | 2 gravidezes prévias | 18 | 3.056   | 1.514  |             |      |
|                                   | 3 gravidezes prévias | 5  | 4.200   | 1.789  |             |      |
|                                   | 4 gravidezes prévias | 3  | 5.667   | 1.528  | 4.365 (4)   | .003 |
| Capacidade para obter estimulação | Primípara            | 47 | 3.872   | 1.312  |             |      |
|                                   | 1 gravidez prévia    | 35 | 3.286   | 1.045  |             |      |
|                                   | 2 gravidezes prévias | 18 | 2.944   | 1.474  |             |      |
|                                   | 3 gravidezes prévias | 5  | 4.200   | 2.168  |             |      |
|                                   | 4 gravidezes prévias | 3  | 5.000   | 1.732  | 3.222 (4)   | .016 |
| Capacidade para obter orgasmos    | Primípara            | 47 | 3.830   | 1.274  |             |      |
|                                   | 1 gravidez prévia    | 35 | 3.400   | 1.006  |             |      |

|                                                 |                      |       |       |       |           |      |
|-------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|-------|-----------|------|
| Capacidade para atingir e manter a lubrificação | 2 gravidezes prévias | 18    | 3.056 | 1.697 | 3.608 (4) | .090 |
|                                                 | 3 gravidezes prévias | 5     | 4.200 | 2.168 |           |      |
|                                                 | 4 gravidezes prévias | 3     | 4.667 | 1.155 |           |      |
|                                                 | Primípara            | 47    | 3.894 | 1.220 |           |      |
| Satisfação geral                                | 1 gravidez prévia    | 34    | 3.441 | 1.050 |           |      |
|                                                 | 2 gravidezes prévias | 18    | 3.111 | 1.605 | 3.848 (4) | .056 |
|                                                 | 3 gravidezes prévias | 5     | 4.400 | 1.187 |           |      |
|                                                 | 4 gravidezes prévias | 3     | 4.667 | 1.155 |           |      |
|                                                 | Primípara            | 47    | 4.021 | 1.360 |           |      |
|                                                 | 1 gravidez prévia    | 35    | 3.743 | 1.010 |           |      |
|                                                 | 2 gravidezes prévias | 18    | 3.500 | 1.543 | 2.629 (4) | .195 |
|                                                 | 3 gravidezes prévias | 5     | 4.600 | 1.187 |           |      |
| 4 gravidezes prévias                            | 3                    | 5.000 | 1.000 |       |           |      |

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$

**Objetivo 4 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes*

Mostrou-se também pertinente realizar uma comparação das variáveis tendo em conta a idade, pelo que se procedeu à divisão das participantes em dois grupos. A divisão foi realizada tendo em conta a média de idades das participantes (31.32 anos de idade). Assim, o primeiro grupo contempla as participantes até aos 31 anos de idade [Grupo 1] e o segundo grupo contempla as participantes que têm 31 anos e/ou mais [Grupo 2]. Mais uma vez não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ). Sensibilidade:  $t(80) = -1.048$ ;  $p = .298$ ; Funcionamento Sexual:  $t(122) = -0.027$ ; Satisfação Sexual:  $t(118) =$ ;  $p = .439$ . Os resultados podem ser consultados na tabela 7.

Tabela 7

*Resultados para a Comparação dos níveis Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual quanto à idade das gestantes*

| Variável             | Idade   | n  | M       | D.P.   | t      | p    |
|----------------------|---------|----|---------|--------|--------|------|
| Sensibilidade        | Grupo 1 | 47 | 96.043  | 30.620 | -1.048 | .298 |
|                      | Grupo 2 | 35 | 102.771 | 26.014 | -1.074 |      |
| Funcionamento Sexual | Grupo 1 | 63 | 18.365  | 5.898  | -0.027 | .978 |
|                      | Grupo 2 | 61 | 18.393  | 5.757  | -0.027 |      |
| Satisfação Sexual    | Grupo 1 | 62 | 46.726  | 11.263 | 0.776  | .439 |
|                      | Grupo 2 | 58 | 45.103  | 11.623 | 0.776  |      |

\*<.05; \*\*<.001

**Objetivo 5 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico*

A significância da diferença entre a existência de apoio psicológico ou não existência de apoio psicológico foi avaliada com o teste *t*-student para amostras independentes. Assim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) com a variável sensibilidade  $t(76)= 3.386$ ,  $p=.001$ . Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p>0.05$ ) com a variável Funcionamento Sexual -  $t(118)=0.228$ ;  $p=0.820$  nem com a variável Satisfação Sexual .  $t(114)=0.068$ ;  $p=0.946$ . Os resultados podem ser consultados na tabela que se segue.

Tabela 8

*Resultados para a Comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual quanto à existência de apoio psicológico*

| Variável             | Acompanhamento Psicológico | n  | M       | D.P.   | t     | p     |
|----------------------|----------------------------|----|---------|--------|-------|-------|
| Sensibilidade        | Sim                        | 20 | 114.550 | 25.378 | 3.386 | .001* |
|                      | Não                        | 58 | 91.500  | 26.532 | 3.462 |       |
| Funcionamento Sexual | Sim                        | 29 | 18.551  | 4.932  | 0.228 | .820  |
|                      | Não                        | 91 | 18.263  | 6.207  | 0.256 |       |
| Satisfação Sexual    | Sim                        | 27 | 46.148  | 9.586  | 0.068 | .946  |
|                      | Não                        | 89 | 45.978  | 11.881 | 0.076 |       |

\*<.05; \*\*<.001

**Objetivo 6 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental*

A significância da diferença entre a existência de doença mental ou não existência de doença mental foi avaliada com o teste *t*-student para amostras independentes. Assim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p<0.05$ ) com a variável sensibilidade  $t(81)= 2.354$ ,

$p=.021$ . Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p>0.05$ ) com a variável Funcionamento Sexual -  $t(123)=0.228$ ;  $p=.730$  nem com a variável Satisfação Sexual  $t(119)=0.511$ ;  $p=.610$ . Podem encontrar-se os resultados na tabela 9.

Tabela 9  
*Resultados para a Comparação dos níveis de Sensibilidade, Funcionamento e Satisfação Sexual quanto à existência de doença mental*

| Variável             | Existência de doença mental | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>D.P.</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|----------------------|-----------------------------|----------|----------|-------------|----------|----------|
| Sensibilidade        | Sim                         | 23       | 110.391  | 26.431      | 2.354    | .021*    |
|                      | Não                         | 60       | 94.300   | 28.385      |          |          |
| Funcionamento Sexual | Sim                         | 31       | 18.613   | 4.780       | 0.346    | .730     |
|                      | Não                         | 94       | 18.192   | 6.189       |          |          |
| Satisfação Sexual    | Sim                         | 29       | 46.862   | 8.704       | 0.511    | .610     |
|                      | Não                         | 92       | 45.620   | 12.122      |          |          |

\* $<.05$ ; \*\* $<.001$

**Objetivo 7: relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual**

Para se responder a este objetivo de investigação procedeu-se à realização de uma regressão múltipla hierárquica, por forma a testar o valor preditivo do funcionamento sexual e da sensibilidade na satisfação sexual. Conforme se pode observar na tabela 10, o modelo de regressão demonstra que o funcionamento sexual explica 22% da satisfação sexual, estando fortemente correlacionado ( $B=0.473$ ), aumentando para 25% quando se acrescenta a sensibilidade como preditor, ainda que não esteja fortemente correlacionado.

Tabela 10

*Modelo de regressão hierárquica para a predição da satisfação sexual*

| Preditor             | $R^2$ | <i>B</i> | <i>p</i> |
|----------------------|-------|----------|----------|
| Passo 1              | .224  |          | .000     |
| Funcionamento Sexual |       | .473     | .000     |
| Passo 2              | .254  |          | .000     |
| Funcionamento Sexual |       | .491     | .000     |
| Sensibilidade        |       | .174     | .093     |

## Discussão dos Resultados

Tendo em conta os objetivos do estudo, e após a descrição dos resultados, é de todo pertinente e necessária a sua discussão. A discussão dos resultados será realizada pela ordem de apresentação dos objetivos, definida desde o início da presente investigação.

A amostra que foi constituída é normativa e mostrou ser homogénea, já que a maioria das gestantes tem uma escolaridade média (12º ano), reside num meio urbano pequeno (até cerca de 50 000 habitantes), tem suporte social e familiar e exerce funções a tempo inteiro, o que nos permite inferir um nível socioeconómico razoável. Desta amostra de 131 gestantes, 38% afirmam ser primíparas. A gravidez foi, na sua maioria, planeada e/ou desejada. A maioria da amostra, cerca de 58.8%, relata não ter sentido o aparecimento/agravamento de ansiedade/tristeza e 74% afirma nunca ter recebido apoio psicológico. Todavia, 22% da amostra recebeu apoio psicológico, a maioria por depressão.

### **Objetivo 1:** *avaliar os níveis de funcionamento e satisfação sexual*

Após a realização das estatísticas necessárias para a avaliação, chegou-se a conclusão que estes resultados são contraditórios com os encontrados na literatura. No que à variável Sensibilidade diz respeito, e pese embora esta variável não estivesse descrita no objetivo, achou-se pertinente analisá-la também. Os níveis de sensibilidade obtidos eram expectáveis, uma vez que apenas 15% a 20% da população mundial apresenta este traço (Aron & Aron, 1997) e, no nosso estudo, 42% da amostra refere ser sensível. Mesmo não existindo diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ), provavelmente a sensibilidade parece contribuir para um maior funcionamento sexual. Relativamente aos níveis de funcionamento sexual apresentados nesta amostra, pode verificar-se que são níveis moderadamente elevados, pelo que se pode considerar que as mulheres grávidas desta amostra apresentam um funcionamento sexual adequado. Estes resultados são semelhantes aos de Vilarinho (2010). No que à Satisfação Sexual diz respeito, os níveis apresentados pelas gestantes são também positivos, isto é, adequados. Estes resultados são corroborados por outros estudos (Vranes & Sunjic, 2014; Pourakbaran & Yazdi, 2015), e podem justificar-se com diversos motivos, tais como: satisfação com a relação, comunicação positiva, proximidade entre o casal, inexistência de filhos ou ainda as mulheres estarem casadas à poucos anos.

### **Objetivo 2:** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre os trimestres de gravidez*

Os resultados obtidos neste estudo não são completamente congruentes com os encontrados na literatura, na medida em que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) quer no funcionamento ( $p = .236$ ) quer na satisfação sexual ( $p = .077$ ). Tais resultados podem dever-se ao facto da amostra percecionar apoio por parte do seu médico assistente e, por isso, informar-se junto dele, deixando de responder a tabus e crenças culturais. Outros motivos podem ser o facto da gestante estar satisfeita com as suas formas corporais, não havendo

portanto insatisfação quanto às transformações físicas da gravidez nem percepção de insatisfação conjugal. No estudo de Aydin et al. (2015), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) que apontassem para uma diferença no funcionamento e satisfação sexual, o que corrobora o presente estudo. Todavia, como nos mostram os estudos de Vranes e Sunjic (2014) e Gokylidiz e Beji (2005), existem oscilações na progressão da gestação, sendo esta descida mais significativa no terceiro trimestre. Também Abouzari-Gazafroodi et al. (2015) mostraram no seu estudo que a maioria das gestantes pontuam abaixo da média no funcionamento sexual, apontando para as preocupações sexuais - preocupações com o feto e dispareunia - como fatores que justificam esta pontuação.

**Objetivo 3** : *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual entre gestantes primíparas e não primíparas*

Os resultados obtidos para este objetivo ( $p = .280$ ;  $p = .168$ ;  $p = .729$ ) são ambíguos, tal como os resultados existentes na literatura. Na nossa amostra, a média do tempo de relação é de cerca de 4 anos e a duração e estabilidade da relação podem fazer com que, quer as gestantes primíparas, quer as gestantes não primíparas tenham um bom funcionamento e satisfação sexual. Também o facto da gravidez ter sido, na maioria da amostra, planeada e aceite, pode motivar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ). Ao contrário do que se encontrou no nosso estudo, os estudos de Greenblatt (1983) e Witting et al. (2008) postularam a existência de diferenças significativas, especialmente porque as mulheres não primíparas apresentam menos problemas orgásticos e, conseqüentemente, maior satisfação sexual. Por seu turno, Çayan et al. (2004) e Pourakbaran e Yazdi (2015) estabeleceram que mulheres primíparas, ainda sem filhos, obtêm melhores níveis de satisfação sexual quando comparadas com mulheres não primíparas. O mesmo se verifica quanto ao funcionamento sexual. No seu estudo, associaram ainda a satisfação marital em gestantes primíparas, obtendo valores de funcionamento e satisfação sexual ainda maiores.

No nosso estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) quanto ao interesse sexual na variável do funcionamento, quando comparadas as gestantes primíparas com as gestantes que já tinham estado grávidas ( $p = .003$ ). Estas diferenças levam-nos a inferir que fatores como a qualidade da relação com o companheiro e o valor do sexo podem contribuir para estes resultados. Este resultado é convergente com o estudo de Basson et al. (2004) e de Vilarinho (2010), que justificam as diferenças com a possível preocupação com os cuidados relativos à maternidade e ao cuidar, maior disponibilidade para usufruir de experiências sexuais, mudanças corporais após a gravidez e insatisfação com a imagem corporal. Vranes e Sunjic (2014) referem no seu estudo que a satisfação sexual mostra uma correlação baixa mas positiva relativamente à imagem corporal.

Também a componente da capacidade para obter estimulação - segunda componente do funcionamento sexual - apresentou diferenças estatisticamente significativas ( $p = .016$ ), o que significa que múltiplas gravidezes interferem na vida sexual da gestante. Tal facto poderá

provavelmente ser explicado pela exposição contínua a ciclos de gravidez e ainda pelo descair do útero após a gravidez, o que faz com que a mulher esteja mais disponível para obter prazer.

**Objetivo 4 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes*

Neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) no funcionamento e satisfação sexual quanto à idade das gestantes ( $p = .978$ ;  $p = .439$ ). Os nossos resultados não vão ao encontro da maioria dos estudos realizados, como o de Carvalho e Nobre (2010), Vilarinho (2010) e Luftey et al. (2009), em que as mulheres mais novas - até cerca dos 25 anos - apresentam maior funcionamento e satisfação sexual do que as mais velhas. Todavia, e a par dos nossos resultados, o funcionamento e satisfação sexual alcançam níveis bastantes satisfatórios em mulheres mais velhas, que se podem justificar pela diminuição da dispareunia e diminuição de problemas orgásticos, como nos estudos de Laumann et al (1999). Os nossos resultados podem ainda ser justificados por algumas características particulares da nossa amostra, nomeadamente uma relação amorosa duradoura e o planeamento e aceitação da gravidez independentemente da faixa etária em que se encontram.

**Objetivo 5 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de apoio psicológico*

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ( $p > .05$ ) no que concerne ao funcionamento ( $p = .820$ ) e à satisfação sexual ( $p = .946$ ). Todavia, foram encontradas diferenças significativas no que concerne à Sensibilidade ( $p = .001$ ). Assim, verifica-se que as gestantes que referem já ter usufruído de apoio psicológico - o que nos permite supor indiretamente problemas de saúde mental - apresentam-se com níveis de Sensibilidade elevada, o que pode dever-se ao facto de estarem mais suscetíveis à exposição de stressores. Podemos também considerar que, provavelmente, estas gestantes enquadram-se num perfil de maior vulnerabilidade, sentindo-se mais expostas e, por isso, mais atreitas à busca de apoio psicológico, objetivando o alcance de um *coping* adaptativo. Os nossos resultados podem também ser suportados pelo estudo de Smolewska, McCabe e Woody (2005) que, embora não tenham efetuado o seu estudo em mulheres grávidas, postularam que as pessoas com o traço personalístico de Sensibilidade se sentem mais facilmente sobrecarregadas por estímulos externos do que pessoas que não tenham este traço.

**Objetivo 6 :** *comparar diferenças na sensibilidade, funcionamento e satisfação sexual quanto à existência de doença mental*

Em semelhança ao objetivo anterior, também aqui não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Funcionamento ( $p = .228$ ) e satisfação sexual ( $p = .730$ ). O estudo de De Judicibus e McCabe (2002) corrobora estes resultados. Pese embora o facto de, na sua amostra, as mulheres não estarem grávidas, estes autores apontaram que a depressão é um preditor importante para a redução da satisfação sexual. Também Vilarinho

(2010) suporta os mesmos resultados deste estudo. Por seu turno, a Sensibilidade apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=.021$ ), o que nos leva a ponderar que as pessoas sensíveis respondem mais fortemente a estímulos, como nos mostram Jagiellowiz, Aron e Aron (2016).

**Objetivo 7: *relação preditiva entre a sensibilidade e o funcionamento sexual***

O modelo de regressão múltipla hierárquica permitiu estimar a percentagem de variância preditiva de satisfação sexual nas gestantes. Assim, na primeira etapa, calculou-se o valor preditivo com a variável funcionamento sexual obtendo-se um total de 22%, o que permite perceber que existe um bom funcionamento sexual. Ao acrescentar a variável sensibilidade, o poder explicativo aumentou para 25%. Assim, verifica-se que o modelo hierárquico melhorou o seu poder explicativo em cerca de 3% quando se acrescentou a variável Sensibilidade. Verificou-se portanto que a grande percentagem explicativa da satisfação sexual é o funcionamento sexual, todavia a Sensibilidade contribuiu também, ainda que de forma mais discreta, para a sua predição. Devido à falta de estudos nesta área, não foi possível comparar os resultados deste estudo. No entanto, este resultado permite abrir uma área de investigação por explorar, sendo necessários mais estudos para aprofundar esta relação.

Este estudo não está isento de limitações. Algumas delas foram: a) a amostra recolhida foi por conveniência, o que não permite que se proceda à generalização destes resultados; b) os questionários foram preenchidos em salas de espera, corredores e gabinetes do CHTV, o que pode ter conduzido ao efeito de desejabilidade social; a temática abordada, que pode ser sensível ou ainda considerada tabu para algumas pessoas, possivelmente pela cultura sexofóbica em que se encontram inseridas; d) a pouca bibliografia alusiva à Sensibilidade, o que obrigou a um estudo mais exaustivo para compreender e clarificar este conceito; e) o enviesamento inerente à amostra recolhida online; f) efeito voluntário, dado que uma pequena parte da amostra foi recolhida na internet.

## Capítulo 3 - Discussão Geral

### Reflexão Final

Findo o processo de recolha de dados, pesquisa de informação e tratamento e discussão dos mesmos é agora pertinente tecer algumas considerações finais.

Quando se escolhe a sexualidade como tema de investigação, tem que existir a noção da necessidade de um investimento e comprometimento totais, quer a nível pessoal, quer a nível da própria investigação. Conjugando a sexualidade na gravidez, é imperativo o cuidado na abordagem à temática. Nesta investigação, foram tidos em conta diversos aspetos que se consideraram pertinentes estudar. É consensual que a sexualidade ainda se constitui como um tema tabu e a sexualidade na gravidez não dispõe de muitos estudos que possam ajudar as gestantes a obter informação e a esclarecer dúvidas. A sensibilidade, por seu turno, é um traço personalístico que conta com uma escassa linha de investigação e estudos científicos. A sensibilidade associada à gravidez não está ainda estudada, pelo que este estudo é pioneiro quanto à temática.

Neste sentido, considera-se que o contributo deste estudo é vasto a vários níveis: a) intervenção psicológica, deixando antever a necessidade e pertinência de intervenção psicológica precoce; b) manutenção de um bom funcionamento sexual, esbatendo mitos e estereótipos que podem levar a baixos níveis de funcionamento e satisfação sexual; c) enriquecimento bibliográfico acerca da sexualidade; d) avanço científico na área da sensibilidade, dada a falta de literatura e estudos existentes; e) estudo de variáveis que a maioria poderá considerar da esfera íntima e, portanto, de difícil comunicação.

À semelhança de outros estudos, também este viu a sua execução e os seus resultados limitados por algumas questões, que futuramente se poderão colmatar: a) a amostra recolhida foi por conveniência, o que não permite que se proceda à generalização destes resultados; b) os questionários foram preenchidos em salas de espera, corredores e gabinetes do CHTV, o que pode ter conduzido ao efeito de deseabilidade social; a temática abordada, que pode ser sensível ou ainda considerada tabu para algumas pessoas, possivelmente pela cultura sexofóbica em que se encontram inseridas; d) a pouca bibliografia alusiva à Sensibilidade, o que obrigou a um estudo mais exaustivo para compreender e clarificar este conceito; e) o enviesamento inerente à amostra recolhida online; f) efeito voluntário, dado que uma pequena parte da amostra foi recolhida na internet. Todavia, estas limitações trazem benefícios para investigações futuras, podendo ser parte integrante num novo projeto.

### Implicações para estudos futuros

Para que se possa realizar um estudo com esta tipologia, é importante conseguir recolher uma amostra maior. É também pertinente que, futuramente, sejam estudadas as variáveis Sensibilidade, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual de forma aprofundada, explorando os

seus significados e as suas implicações, contribuindo assim para a investigação psicológica desta área.

### **Conclusões gerais**

Redigir uma dissertação é um processo que engloba dedicação e empenho e, por isso, é inevitável a aquisição de competências, a par da validação e sistematização de aptidões previamente adquiridas. Assim, o envolvimento em todo o processo permitiu que fossem validadas competências de pesquisa de informação e de gestão bibliográfica. Foram também desenvolvidas competências avançadas de investigação, de métodos estatísticos básicos e avançados e ainda de redação de um artigo. Dada a escolha do tema, foram também aprofundados os conhecimentos relativos às teorias já existentes. O desenvolvimento e aquisição destas competências vão ao encontro do que está previsto no Diploma Europeu do Psicólogo (EFPA, 2013).

## Referências Bibliográficas

- Abouzari-Gazafroodi, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P. & Montazeri, A. (2015). Demographic and obstetric facts affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reproductive Health, 12* (72), 1-5.
- Aron, E. (1996). *The highly sensitive person: How to thrive when the world overwhelms you*. New York: Carol Publishing Group.
- Aron, E., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 345-368.
- Aron, E. (1999). Reflection on Research: Results of the first temperament and sexuality survey. Consultado em 3 de novembro de 2016 em: [http://www.hsperson.com/pages/cz\\_art4.htm](http://www.hsperson.com/pages/cz_art4.htm)
- Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E., Markus, H. & Gabrieli, J. (2010). Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 5*, 219-226.
- Aslan, G, Aslan, D., Kizilyar, A., Psahi, C., Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research, 17*, 154-157.
- Aydin, M., Cayonu, M., Irkilata, L., Atilla, M & Kendirci, M. (2015) Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Sexual Dysfunction and Infertility, 12* (5), 2339-2344.
- Bartellas, E., Crane, J., Daley, M. Bennet, K & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107*, 964-968
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., et al (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine, 1* (1), 24-34.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Sexual desire in women: An integrative approach regarding psychological, medical, and relationship dimensions. *Journal of Sexual Medicine, 7*(5), 1807-1815.
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis, 72*(1), 52-57.
- Cash, T. & Fleming, E. (2002). The impact of body image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 455-160.
- De Judicibus, M., & McCabe, M. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research, 39*, 94-103.
- EFPA - European Federation of Psychologist Association (2013). EuroPsy - the European Certificate in Psychology. Bruxelas.
- Greenblatt, C. (1983). The salience of sexuality in the early years of marriage. *Journal of Marriage and the Family, 45*, 289-300.

- Gokyildiz, S. & Beji, N. (2005). The effect of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 201-215.
- Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T. & Weng, X. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive Affective Neuroscience*, 6, 38-47.
- Jagiellowicz, J., Aron, A. & Aron, E. (2016). Relationship between the temperamento trait of sensory processing sensitivity and emotional reactivity. *Social Behavior and Personality*, 44 (2), 185-200
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 537-544.
- Lee, J., Lin, C., Wan, G. & Liang, C. (2010). Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 408-420
- Lutfey, K., Link, C., Rosen, R., Wiegel, M., & McKinlay, J. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 514-527.
- Marôco, J. (2013). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ªEd.). Lisboa: Report Number.
- Masters, W. & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Mesulam, M. (1998). From Sensation to Cognition. *Brain*, 121, 1013-1052.
- Pereira, H. (2017). Validação Psicométrica Portuguesa do MGH. *Revista Portuguesa de Andrologia* (Accepted).
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pourakbaran, E. & Yazdi, S. (2015). A study of sexual functioning and marital satisfaction in women with and without history of labor. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17 (4), 202-208.
- Rothbart, M. & Evans, D. (2007) Developing a model for adult temperament. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 868-888.
- Sierra, J., Vallejo-Medina, Santos-Iglesias, P. & Fernández, M. (2012). Validación del *Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria*, 44 (9), 516-526.
- Soons, I., Brouwers, A. & Tomic, W. (2010). An experimental study of the psychological impact of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on highly sensitive person. *Europe's Journal of Psychology*, 4, 148-169.
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., Petru, E. (2006). Womens perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46, 282-287.
- Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina - integração do afeto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Vranes, S. & Sunjic, M. (2014). Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *Journal of Sex Research*, 51 (5), 532-541.

- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49.
- Witting, K., Santtila, P., Alanlo, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Pahlen, B., Varjonen, M., Álgars, M. & Sandnabba, K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 89-106.

# Anexo Teórico

## Sexualidade, Gravidez e Sensibilidade

### Sexualidade

*Sex has no history. It is a natural fact, grounded in the functioning of the body, and, such as, lies outside of history culture. Sexuality, by contrast, does not properly refer to some aspect or attribute of bodies. Unlike sex, sexuality is a cultural production: it represents the appropriation of the human body and of its physiological capacities by an ideological discourse. Sexuality is not a somatic fact, it is a cultural effect.”*

*- David Halperin, 1989, p.257*

A palavra sexualidade surge frequentemente associada ao sexo, todavia não se limita a tal: poder-se-á considerar-se a dimensão da identidade básica, que se manifesta no nosso estilo de vida, nos papéis sexuais sociais e na forma de expressar os afetos. Trata-se de um processo ativo e dinâmico de ser, que influencia o nosso pensamento, a nossa autoimagem, o nosso corpo, as nossas escolhas e as nossas preferências (Pereira, Leal & Marôco, 2009).

Historicamente, de acordo com Foucault (1980), há duas maneiras de ver a sexualidade. A primeira, própria da época do Império Romano, China, Japão e Índia, onde o sexo era encarado como uma arte erótica e uma experiência especial em nada suja ou vergonhosa. Era algo de que se guardava segredo, apenas porque se perderia o seu poder e o seu prazer se se falasse nisso. A segunda forma de ver a sexualidade, própria da sociedade ocidental, reporta-se ao oposto da arte erótica: a confissão. Não se trata de uma confissão cristã mas sim de uma necessidade urgente em falar sobre o assunto. Cresceu uma forte preocupação com a procura da verdade acerca da sexualidade, uma verdade que deveria ser confessada, caso contrário seria como se não existisse. Por seu turno, Katachadourian (1979) sugeriu que quando se fala de sexualidade e dos seus significados, devem ser tidas em conta duas categorias principais: a que divide organicamente homens e mulheres, a par das qualidades que os distinguem; e o comportamento erótico. Com a evolução acerca da temática, torna-se quase impossível distinguir os aspetos sexuais dos não-sexuais, por isso, há 3 ideias básicas sobre as quais deverá assentar a compreensão da sexualidade humana (Martín & Sánchez, 1997): a) a sexualidade é algo inerente ao nosso ser; b) existe uma mútua e contínua inter-relação entre os aspetos sexuais e os aspetos não-sexuais; c) a sexualidade está mediatizada por tudo o que somos enquanto pessoas o que, por sua vez, influencia o modo como pensamos e agimos.

Do ponto de vista fisiológico, a herança biológica dirige o curso dos processos biofisiológicos de desenvolvimento sexual, o que favorece uma grande variabilidade na expressão sexual, mas também contribui para a ativação sexual dos indivíduos, nomeadamente a atração sexual (Pereira, Leal & Marôco, 2009). Do ponto de vista afetivo, deve ter-se em conta que o comportamento sexual, as fantasias e os pensamentos sexuais produzem um impacto emocional

no indivíduo. Este pode sentir-se envergonhado, culpado, relaxado ou com prazer. Quer sejam positivas ou negativas, estas reações afetivas afetarão seguramente a vivência sexual (Martín & Sánchez, 1997). Do ponto de vista cognitivo, os indivíduos constroem um conhecimento e uma interpretação da realidade que terão um papel determinante nas suas vidas sexuais (Fisher, 1986).

Na espécie humana, o desejo sexual e a reatividade sexual estão presentes ao longo de todos os ciclos de vida. Uma das funções mais importantes que a sexualidade exerce na nossa espécie é a busca de prazer, nomeadamente um prazer de natureza excitante e orgásmica, a par do prazer de proporcionar prazer. Outra função importante da sexualidade é o aspeto relacional, já que a busca sexual se traduz numa procura de outros e de tomada de contacto com eles. Neste contexto, pode converter-se numa forma privilegiada de expressar carinho, afeto ou amor, o que tem também consequências ao nível da promoção de valores culturais fundamentalmente instrumentais que valorizam o bem-estar e a saúde física e psíquica dos indivíduos (Pereira, Leal & Marôco, 2009).

### **Sexo durante a gravidez**

*“A identificação da sexualidade com a reprodução deu também origem a outras crendices secundárias. Uma delas é que a mulher grávida não tem desejo sexual”*

*- Cavalcanti & Cavalcanti, 1996, p.293*

Muitos homens e mulheres mostram-se preocupados acerca da segurança para a mulher e para o bebé, ou até mesmo se é aconselhável ou não ter relações sexuais enquanto a mulher está grávida, particularmente durante os últimos estágios da gravidez (Hyde & Delamater, 2011). O padrão mais comum parece ser o declínio na frequência de relações sexuais durante o primeiro trimestre, variações no segundo semestre e um declínio acentuado no terceiro trimestre (Bogren, 1991).

No primeiro trimestre, os primeiros sinais de gravidez são o aumento de volume e a rigidez do peito, o que muitas vezes torna desconfortável e até mesmo doloroso o toque do companheiro. As hormonas produzidas nesta etapa são responsáveis por tensão vaginal, o que provoca uma penetração difícil e dolorosa. Nesta fase temos náuseas, vômitos e cansaço, o que pode alterar a sexualidade do casal. Também a intolerância aos cheiros pode conduzir à intolerância ao odor do marido (Portelinha, 2003). No segundo trimestre, os autores referem que as mulheres passam por uma etapa mais calma, mais cómoda e mais confortável, o que faz com que as gestantes experienciem uma melhoria na relação sexual e se sintam mais felizes e seguras (Cruz, 2012). Durante os últimos estágios da gravidez, as formas corporais da mulher alteram bastante (Hyde & Delamater, 2011), tornando-se o trimestre mais variável entre mulheres: em algumas, o interesse pela sexualidade aumenta e, noutros casos, nota-se uma diminuição relativa ao segundo trimestre. Alguns dos aspetos que mais podem influenciar negativamente a sexualidade são o aumento do abdómen, o aumento de peso, a azia, dores musculares e ainda saída de colostro após o orgasmo. Todavia, é possível que a vivência da sexualidade seja

positiva, uma vez que a tensão sexual se vai mantendo aumentada, o que faz com que haja uma maior lubrificação vaginal e, conseqüentemente, facilita as relações sexuais e prolonga o orgasmo (Masters & Johnson, 1966). A maior parte das mulheres grávidas continuam a ter relações sexuais (Reamy & White, 1987).

*“A disposição do casal para manter relações sexuais durante a gestação, as necessidades afetivas de provas de amor e prazer sexual, as performances conseguidas e mesmo os eventuais riscos são considerados muito diversamente, respondendo a padrões individuais e alterando-se ao longo da gravidez.”*

*- Portelinha, 2003, p.23*

## Gravidez

*“Pregnancy is a complicated period, with physical and emotional changes that combine with cultural, social, and emotional effects that influence women’s sexual life and sexuality”*

- Hogan, 1980, p.202

O período que corresponde à gravidez tem sido ao longo dos séculos alvo de estudo e interesse (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006). A gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas (Canavarro, 2001). A parentalidade é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafetiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do seu filho (Bayle, 2005). A forma de olhar a parentalidade, o papel materno e paterno tem-se modificado com o tempo. O projeto da criança desenvolve-se num contexto triangular entre a mãe, o pai e a criança.

Ser pai é fonte de preocupação, sobretudo quando este se questiona sobre a forma como vai exercer o seu papel de pai. Com os métodos recentes de acompanhamento da gestação, o pai prepara-se hoje de uma forma diferente para a paternidade. Durante a gravidez, pode elaborar a “existência” do bebé. A vinculação entre a criança e o pai, leva este último a situar-se em planos diferentes: enquanto pai e enquanto homem, sendo um modelo paterno e exercendo uma influência direta logo após o nascimento. Atualmente, os pais envolvem-se mais neste processo interativo, aprendendo a descodificar cedo os sinais do bebé (Bayle, 2005). Para Hurstel (1985 cit in Bayle, 2005), *“a paternidade são os cuidados que um homem dá ao seu filho, ainda pequeno”* (pág. 85). A parentalidade configura-se assim como um processo onde figura um projeto de vida a longo prazo ou mesmo vitalício, também ele sujeito a mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental, que envolve a necessidade de prestação de cuidados e dádivas de afeto necessárias para que a criança possa realizar um desenvolvimento ótimo da suas capacidades, dentro e fora da família (Cowan & Cowan, 1995).

A gravidez é um processo pelo qual a mulher dá vida a um ser. A sua confirmação, sobretudo quando foi desejada pelos pais, leva-os a sentimentos de plenitude e de onipotência. No decorrer da gravidez, a mulher vai estando atenta ao que se passa dentro dela, bem como às alterações na sua imagem, que vão surgindo com o passar da gravidez. No primeiro trimestre, as mudanças físicas vão confirmar-lhe o seu novo estado. Antes de mais, tem de aceitar dentro de si um ser estranho, incorporar o feto, aceitar a mudança e deformação do seu corpo, o incómodo físico quando atinge um certo volume (Rubin, 1984; Bayle, 2005).

Os pais vão ser invadidos por um sentimento de responsabilidade, vão apoderar-se deste novo papel, que vai crescendo a pouco e pouco. Os sentimentos de ambivalência podem-se amplificar, se porventura há complicações nesta gravidez com náuseas, vômitos, mal-estar matinal, pânico, irritabilidade, agressividade quando imagina as dificuldades das novas responsabilidades. A nível conjugal há uma transformação relacional. A mulher pode sentir-se menos disponível para com o homem, e o homem pode não ter a maturidade suficiente para

apoiar a mulher nesta altura. A nível sexual pode haver também alterações devido às mudanças fisiológicas e corporais. Durante este trimestre há sentimentos de felicidade, mas pode haver também sentimentos de estranheza e insegurança na mulher. Entre o quarto e o sexto mês surge o segundo trimestre que é um período de “repouso”. O estado desconfortável, como os enjoos e o risco de aborto desaparece. Nesta altura a mulher começa a sentir as manifestações do bebé (da 18.<sup>a</sup> à 22.<sup>a</sup> semana), e ela acorda do sentimento fusional com ele. A mulher pode partilhar com o homem os movimentos do bebé, ajudando-o a tomar consciência do seu novo estatuto e ao mesmo tempo apoiando. O terceiro trimestre vai ser marcado fundamentalmente por desejos contraditórios. Receio do parto e das suas consequências, desejo de encontro com o bebé real que pode não coincidir com o bebé imaginário, receio de dificuldades de adaptação com o nascimento e, ao mesmo tempo, guardar o bebé, ou libertar-se do volume desproporcionado que atingiu a nível corporal (Canavarro, 2001; Bayle, 2005).

### **Tarefas desenvolvimentais**

A gravidez, o nascimento e o puerpério são períodos vitais que além de estabelecerem o desenvolvimento do novo ser, desencadeiam a estruturação do vínculo entre a mãe e o filho, e mais em geral, entre o novo ser e os seus progenitores (Fernandez & Cabaco, 2004). Tornar-se mãe ou pai é uma transição particularmente crítica, não só pelo seu carácter permanente, mas também pelas implicações que o ajustamento face a ela conseguido terá sobre a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança, dos pais e da família (Elek, Hudson & Bouffard, 2003). Numa perspetiva desenvolvimental, o impacto associado ao processo de transição para a maternidade caracteriza-se primeiro na vivência de uma crise específica e, segundo, na necessidade de realizar um certo número de tarefas de desenvolvimento igualmente características (Canavarro, 2001). A vivência de uma crise específica resulta do facto de, ao longo de 40 semanas de gravidez, a mulher ter de efetuar adaptações e mudanças diversas à sua nova condição corporal, psicológica, familiar e social. Uma vez que são mudanças, acabam por implicar stress. O stress surge quando existe discrepância entre o que a pessoa pensa que lhe é exigido e as competências que acredita possuir para lidar com a exigência (Vaz Serra, 1999).

As tarefas de desenvolvimento pressupõem que a grávida vai ter ainda de desenvolver e integrar diversas competências e conhecimentos fundamentais para efetuar uma transição segura para a maternidade. Estas adaptações psicológicas, quando integradas num conjunto de tarefas, permitem que a mulher aceite que traz dentro de si outro ser, que em relação a si é potencialmente diferente e autónomo e do qual terá de vir a separar-se (Justo, 1990).

Tabela 11

*Tarefas desenvolvimentais específicas na transição para a maternidade (de acordo com Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Colman & Colman, 1994)*

| GRAVIDEZ                     |                                                          | PUERPÉRIO                                                               |
|------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tarefa 1: Aceitar a gravidez | Tarefa 2: aceitar a realidade do feto                    |                                                                         |
|                              | Tarefa 3: reavaliar e reestruturar a relação com os pais |                                                                         |
|                              |                                                          | Tarefa 4: reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro  |
|                              |                                                          | Tarefa 5: aceitar o bebé como pessoa separada                           |
|                              |                                                          | Tarefa 6: reavaliar e reestruturar a sua própria identidade             |
|                              |                                                          | Tarefa 7: reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s) |
| 1º trimestre                 | 2º trimestre                                             | 3º trimestre                                                            |

*Nota.* Adaptado de Canavarro, 2001.

Canavarro (2001) refere que “há tarefas que se prolongam para lá do período considerado, outras cujo início não coincide necessariamente com o princípio do período em causa e ainda pelo facto do timing na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher” (p.37).

A primeira tarefa - Aceitar a gravidez - pressupõe a aceitação por parte da mulher de que ela está efectivamente grávida. Esta aceitação permite que a mulher possa passar pelas restantes tarefas de desenvolvimento, bem como as mudanças que a gravidez exige. Assim, a mulher grávida irá possivelmente passar por alterações como os hábitos de vida, preparar o seu organismo e a sua família para a chegada do novo ser (Justo, 1990). Também nesta primeira fase, é frequente a mulher envolver-se em períodos de auto-reflexão, relativamente às transformações do seu corpo, equacionando as mudanças que vai experienciar na sua aparência física (Justo, 1990). Podemos ainda frisar as angústias e preocupações subjacentes ao desenrolar da gravidez, por isso, dada a condição da mulher, é normativo que esta apresente reacções emocionais frequentes e de maior dimensão que o habitual. Estas mudanças podem oscilar entre um extremo de humor ao outro, em pequenos períodos de tempo (Colman & Colman, 1994).

A segunda tarefa - Aceitar a realidade do feto - caracteriza-se pelo facto de ser uma tarefa adaptativa. Nesta altura, podem surgir enjoos, vômitos e o risco de aborto é uma realidade

para a qual as mães devem estar alerta (Bayle, 2005). Numa fase inicial, a relação entre o bebê e a mãe concebe-se no plano da fantasia, uma vez que a mãe começa por conceber o bebê como parte de si própria. Gradualmente, a autonomia do feto começa a ser percebida pela percepção cada vez maior das modificações da imagem corporal e da presença do feto (Canavarro, 2001).

A terceira tarefa, ainda situada no segundo trimestre, pretende que seja reavaliada a relação com os pais. Esta tarefa está intimamente relacionada com a anterior, enquanto o feto está a tornar-se real e a ser conceptualizado como um bebê real, a mãe terá de reavaliar e recapitular a relação passada e presente com os seus pais, para que consiga encontrar um novo equilíbrio (Colman & Colman, 1994). O processo de reavaliação e reestruturação com os pais terá de ocorrer em dois tempos distintos: no passado e no presente (Canavarro, 2001). Começando pelo passado, é fundamental que, com a chegada do novo membro, a grávida inicie o processo de identificação materna, tentando encontrar exemplos de como se comportar e como se preparar para a chegada do novo bebê (Colman & Colman, 1994). Relativamente ao presente, o bebê surge como um elemento unificador das gerações, servindo para estabelecer laços e fortalecer os que já existem. Pretende-se uma maior aproximação entre pais/avós e filhos/pais; os filhos passam a assumir o papel de pais e os pais passam a assumir o papel de avós. O suporte prestado pelos avós, se concedido de forma adequada, torna-se um fator protetor de adaptação dos pais à nova tarefa que se impõe (Canavarro & Pedrosa, 2005). Além disso, o bebê pode de algum modo permitir também que os avós recuperem um papel e função relevante de educadores e prestadores de cuidados, que foram perdendo com a autonomização crescente dos filhos. Assim, o nascimento de uma criança possibilita o desenvolvimento de novos papéis, funções e laços de parentesco.

A quarta tarefa refere-se à reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro. Esta tarefa, tal como as restantes, exige flexibilização e adaptação aos novos papéis e funções, envolve lidar com as novas questões no relacionamento com o cônjuge/companheiro (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006). Esta época surge como um período de risco mas também de oportunidades. O casal deixa de ser “casal” a dois, para passar a ser uma família. A gravidez e a maternidade assinalam a transição da conjugalidade para a parentalidade (Relvas & Lourenço, 2001).

A quinta tarefa pretende a aceitação do bebê como pessoa separada. Nesta tarefa, salienta-se o momento em que a grávida começa a antecipar o processo pelo qual se vai desligar da gravidez e que se concretiza no momento do parto (Justo, 1990). Ao longo da gravidez, a mulher sabe que o seu estado vai culminar com o nascimento do bebê, mas é sobretudo no final da gravidez que a sua preocupação e preparação se focam no trabalho de parto, no parto e no bebê (Colman & Colman, 1994). Há medida que o parto se aproxima, as mulheres expressam ambivalência entre a excitação de ter o filho e terminar a gravidez e o desejo de impedir o acontecimento (Mendes, 2002 cit in Carvalho, Simões & Loureiro, 2006).

A tarefa seguinte, integrar a identidade parental, pressupõe a confrontação da mulher com grandes alterações na sua vida: as noites sem dormir, o choro de uma criança em casa e pouco

tempo disponível para si, que exigem adaptações e reestruturações nos seus relacionamentos e rotinas. Uma das maiores exigências que se impõem ao casal nesta fase é conseguir responder eficazmente aos seus novos papéis e funções enquanto pai e mãe, não negligenciando a relação conjugal (Relvas & Lourenço, 2001). Enquanto que algumas mulheres sentem que a experiência da maternidade é descontínua com a sua identidade anterior, outras sentem-se extremamente bem no seu novo papel de mãe, sentindo que ser mãe e pai é o preenchimento da vida que a pessoa sempre esperou (Canavarro, 2001).

A sétima e última tarefa, proposta por Maria Cristina Canavarro, foca-se na reestruturação e reavaliação da relação com o(s) outro(s) filho(s). A tarefa de assumir a identidade paterna para incluir um novo filho, pode ser mais exigente, pois envolve uma maior complexificação do sistema familiar, implicando a consequente redefinição de papéis e tarefas (Canavarro & Pedrosa, 2005). Os sentimentos sobre a paternidade podem gerar elevados níveis de ansiedade, não só naqueles que vão ser pais pela primeira vez mas também nos pais experientes que já conhecem as exigências e tarefas que se colocam (Colman & Colman, 1994).

### **Psicopatologia associada à maternidade e ao puerpério**

Torna-se necessário compreender que a incidência de perturbações psicopatológicas pode ser muito elevada durante a gravidez e muitas das perturbações que surgem no período da gravidez podem manter-se no período do puerpério.

Durante nove meses a mulher prepara-se para ser mãe, imaginando o seu papel, as tarefas necessárias à prestação de cuidados para o seu bem-estar e a forma como se vai envolver afetivamente com o seu bebé. A ansiedade aumenta com a aproximação do parto e receios de perda podem manifestar-se, assim como a incógnita do seu estado de saúde, com eventuais sentimentos de culpabilização. Se a ansiedade é demasiado grande, pode haver maiores dificuldades a nível do parto (Bayle, 2005)

A ansiedade é uma das alterações emocionais que surge frequentemente na gravidez (Falcone et al, 2005 cit in Figueiredo, 2005). Os principais fatores de risco para o surgimento de ansiedade na gravidez referem-se a uma menor perceção de controlo sobre a situação, atitudes negativas perante a gravidez, baixos níveis de suporte social, fraco apoio conjugal e um maior número de acontecimentos negativos durante a gravidez. Consequentemente, existirão um maior número de queixas somáticas durante a gravidez, o trabalho de parto será mais prolongado, existe um maior risco e parto prematuro, a probabilidade de complicações médicas é maior e acaba por existir uma relação de fraca qualidade na interação mãe-bebé (Figueiredo, 2001). A gravidez com um índice elevado de ansiedade pode assim ter repercussões na criança e apresentar-se sob a forma de alterações comportamentais que se traduzem por hiperatividade, nervosismo, falta de segurança (Bayle, 2005).

A depressão na gravidez abarca alguns fatores de risco, como a história anterior de depressão, as condições sociodemográficas desfavoráveis, os baixos níveis de suporte social, o baixo grau de satisfação conjugal e ainda o facto da gravidez poder não ter sido planeada ou desejada.

Associada à depressão, podem surgir um maior número de queixas somáticas durante a gravidez, um pior estado geral de saúde, menos cuidado de saúde pré-natais e um maior consumo de substâncias. As principais consequências que podem advir da depressão na gravidez são, acima de tudo, complicações obstétricas e neonatais, como e.g.; peso do bebé mais baixo à nascença, padrões desorganizados de o sono dos bebés, níveis mais elevados de norepinefrina e cortisol nos bebés, níveis mais baixos de dopamina e serotonina nos bebés, crianças com maior irritabilidade, níveis mais baixos de atividade e ainda menos vocalizações em expressões faciais negativas. Mães com depressão durante a gravidez poderão tornar-se mães menos espontâneas e sensíveis, que acabam por utilizar a punição física com mais frequência e reduzam os cuidados perinatais (Figueiredo, 2005).

Relativamente às perturbações psicopatológicas da maternidade, após o parto existem mudanças a vários níveis: a) conjugal: surge o papel parental, passando-se de uma relação de díade para uma tríade; b) biológico, a maior mudança é a alteração hormonal, com a descida de estrogénio e progesterona; c) familiar: dá-se a existência de novos papéis, novas funções e criação de laços. Acaba por acontecer um salto geracional e por vezes a mulher sente-se isolada e sem apoio social, uma vez que as pessoas podem não estar preparadas para esse mesmo salto geracional; d) psicológico: mudança relativa à identidade pessoal, incluindo em si uma identidade materna (Perren et al., 2005 cit in Carvalho, Loureiro & Simões, 2006). Posto isto, é possível que aconteçam reações comuns de humor depressivo - como o *blues* pós-parto -, reações depressivas - depressão pós parto - e ainda reações psicóticas severas - como a psicose puerperal.

O *blues* pós parto não é considerado um quadro clínico, todavia surge em consequência das alterações emocionais associadas ao parto - reajustes hormonais (descida de estrogénios e progesterona nos primeiros dias após o parto), que provocam uma brusca desestabilização do metabolismo neuronal seguido de alterações a nível dos neuromediadores (Figueiredo, 2001). Segundo a APA (1994), o *blues* pós-parto afeta cerca de 70% das mulheres durante os primeiros dez dias após o parto. Os sintomas característicos são a disforia, labilidade de humor, choro, irritabilidade, ansiedade, insónia e baixa ou perda de apetite (Santos, 1998).

A depressão pós-parto apresenta bastantes sintomas característicos: humor depressivo, tristeza, choro incontroável, sentimentos de inutilidade, ansiedade ou mesmo ataques de pânico, sentimentos de culpabilização, perda de energia e sentimentos de exaustão, discurso lento e lentificação dos movimentos ou agitação motora, anedonia, sentimentos de irritabilidade, perda ou aumento de apetite, diminuição da concentração e da capacidade de tomar decisões, dificuldades em dormir, sentimentos de desespero e de inadequação, labilidade emocional, pensamentos acerca da morte e ideações suicidas (Milgrom et al., 1999). A psicose puerperal é uma perturbação psicopatológica grave, com início nas primeiras três semanas pós-parto e pode ocorrer de 1 em 500 a 1 em 1000 partos, aparentado ser mais comum em mulheres primíparas. A idade média é de 25-30 anos (APA, 1994). Esta patologia parece ter um início aparentemente brusco e é diversas vezes antecedido por sintomas que recordam o *blues* pós-parto. Os sintomas característicos mais predominantes dão-se a vários níveis: a)

ansiedade - sentimento de estranheza e despersonalização; b) perturbações da consciência - confusão, desorientação espacial e temporal; c) perturbações de humor - variam ao longo do dia, entre momentos depressivos e estados de excitação quase maníacos; d) delírio - a problemática delirante é normalmente centrada no nascimento e na relação com a criança, por vezes com negação da própria gravidez e do nascimento da mesma (Bayle & Martinet, 2008). Em suma, é necessário que exista uma vigilância pré-natal, para que se possam identificar as mulheres que apresentem fatores de risco de desenvolvimento de estados emocionais negativos e a definição de intervenções facilitadoras, que permitam minimizar o aparecimento de sintomas psicopatológicos e contribuir para que a mulher grávida efetue uma melhor adaptação à maternidade.

*“A pregnancy is a natural period with physical and emotional changes that affect a woman’s quality of life”*

*- Johnson, 2011. p.204*

## Sensibilidade

*“(...) sensitivity is an individual difference characteristic in adults (... “)*

*- Aron, Aron & Davies, 2004, p.181*

A sensibilidade é um traço personalístico caracterizado quer pela sensibilidade a estímulos internos quer externos (Aron et al., 2010). O conceito de sensibilidade adota a visão da biologia de que a maioria das espécies tem evoluído em tipos de personalidade (Jagiellowicz et al., 2011). Aron e Aron (1997) postularam que a sensibilidade é um construto unidimensional, composto por sensações consistentemente intercorrelacionadas e aparentemente heterogéneas, como aquelas com forte input sensorial: cafeína, fome, dor e estados de humor. As pessoas com características relacionadas à sensibilidade são caracterizadas por um estilo de resposta reflexiva (Patterson et al., 1987 cit in Aron & Aron, 1997). Além disso, estas pessoas relatam ter vidas internas ricas e complexas e têm a particularidade de notar subtilezas no seu ambiente envolvente (Aron e Aron, 1997), o que sugere que estas processam estímulos de forma mais elaborada e/ou prestam mais atenção aos estímulos (Jagiellowicz et al., 2011).

A medida padronizada para medir a sensibilidade é a Escala de Pessoas Altamente Sensíveis - *Highly Sensitive Person Scale* -, desenvolvida por Elaine e Arthur Aron (1997). Esta escala, composta por 27 itens, demonstrou ter uma relação forte, convergente e discriminante relativamente a outras medidas relevantes, e tem sido associada a diferenças na ativação cerebral da atenção e em regiões secundárias perceptivas (Acevedo et al., 2014 cit in Aron et al., 2015). Algumas pesquisas sugerem que existe uma variação na sensibilidade do Sistema de Inibição comportamental (BIS) e do Sistema de Ativação Sensorial (BAS). O BAS, que está associado com a via ascendente dopaminérgica e o *loop* cortico-estriado-pálido-talâmico (De Pascalis, Fiore & Sparita, 1996 cit in Smolewska, McCabe & Woody, 2006), é a fonte do comportamento dirigido ao objetivo, sentimentos positivos e respostas aos sinais envolventes (Corr, 2002). O BIS, que consiste no sistema septohipocampal, nos seus aferentes monoaminérgicos do tronco encefálico e na projeção neocortical do lobo frontal, associa-se à sensibilidade, à punição e à novidade (Gray, 1991 cit in Smolewska, McCabe & Woody, 2006). As diversas teorias acerca do traço sensibilidade providenciam-nos uma nova forma de entender as variações da personalidade humana. A sensibilidade é inata - num certo grau- em casos em que o comportamento se relaciona com traços como a introversão, neuroticismo, vergonha e inibição comportamental. (Aron et al., 2010).

### Relação entre sensibilidade e personalidade

#### Neuroticismo

Segundo Aron e Aron (1997), a sensibilidade é frequentemente confundida com Neuroticismo. A principal razão para esta confusão reside na noção de que as pessoas sensíveis reagem aos estímulos de uma maneira cautelosa, o que pode conduzir ao evitamento. Uma vez que as

peças altamente sensíveis são mais conscientes do ambiente que os rodeia, pode considerar-se que estas sejam mais emocionais e mais propensas a preocupações (Smolewska, McCabe, & Woody, 2006).

A sensibilidade, como medido pela Escala de Pessoas Altamente Sensíveis, é, portanto, um construto dissociável do neuroticismo. Em adição ao facto da sensibilidade ser uma parte única e importante da personalidade, Arthur e Elaine Aron argumentaram que esta pode potencialmente ser a diátese para psicopatologia, particularmente em formas neuróticas (Smolewska, McCabe & Woody, 2006).

### **Introversão e Extroversão**

Por processamento sensorial referimo-nos não ao sentido orgânico *per se* mas a algo que ocorre como informação sensorial e é transmitida para ou processada no cérebro. Aron e Aron (1997) postularam que a sensibilidade está relacionada com a introversão, embora seja distinguível. Pese embora a espera de uma associação negativa entre as pessoas altamente sensíveis e a extroversão, a associação entre as duas variáveis é realmente fraca, pelo que parecem existir baixos níveis relacionais de extroversão. As pessoas introvertidas têm uma maior consciência de estímulos subtis, são mais vigilantes e têm grande sensibilidade à reatividade (Stelmack, 1990 cit in Aron et al., 2010). A introversão tem sido relacionada à reflexividade, definida como um estilo de resposta lento e preciso (Kagan et al., 1964 cit in Aron, Aron & Davies, 2004) e um processo cognitivo contemplativo (Patterson et al., 1987 cit in Jagiellowicz et al., 2016). Comparados aos extrovertidos, os introvertidos respondem mais lentamente, o que sugere uma preferência por um processamento mais elaborado dos estímulos. (Jagiellowicz et al., 2011). Acima de tudo, Aron e Aron (1997) fizeram notar que existem diferenças entre extrovertidos e introvertidos, tais como o tronco cerebral auditivo mais rápido nos potenciais evocados, sensibilidade reativa em tarefas de deteção de sinais e limiares de dor mais baixos, a par do facto das pessoas introvertidas serem mais sensíveis a estimulação física quando comparados a pessoas extrovertidas (Aron, Aron & Davies, 2004). Acresce ainda o facto de, em tarefas complexas, altos níveis de distração colocarem à prova o desempenho de pessoas introvertidas. Por exemplo, pessoas introvertidas estão mais conscientes de estímulos subtis, são mais atencionalmente vigilantes (Koelega, 1992 cit in Aron, Aron & Davies, 2004), têm maior sensibilidade à reatividade (Stelmack, 1990 Aron et al., 2010) e apresentam um estilo cognitivo refletivo (Patterson e Newman, 1993 cit in Aron et al., 2010).

### **Abertura à experiência**

O único fator personalístico, além do Neuroticismo, que está moderadamente associado com as pessoas altamente sensíveis é a abertura à experiência. DeYoung, Peterson e Higgins (2002) sugerem que a abertura à experiência pode estar associada com a função do sistema central dopaminérgico, que medeia o comportamento de abordagem, o afeto positivo e a sensibilidade do incentivo à recompensa (Panksepp, 1999 cit in Smolewska, McCabe & Woody, 2006).

## Referências Bibliográficas

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition, test revision)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Aron, E. & Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (2), 145-168.
- Aron, E., Aron, A. & Davies, K. (2004). Adult Shyness: the interaction of temperamental sensitivity and an adverse childhood environment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 181-187.
- Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E., Markus, H & Gabrielli, J. (2010). Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Social Cognitive Affective Neuroscience*, 5, 219-226.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal (3ª Ed.) *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bayle, F. & Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bogran, L. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 35-45.
- Carvalho, A., Loureiro, M. & Simões, M. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 5(2), 39-49.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade - compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal (3ª Ed.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. 225-256. Lisboa: Fim de Século.
- Cavalcanti, R. & Cavalcanti, M. (1996). *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. São Paulo: Rocca.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Corr, P. (2002) Gray's reinforcement sensitivity theory: tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 33, 511-532
- Cowen, C. & Cowen, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they need and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-123.
- Cruz, M. (2012). *Vivências da sexualidade durante a gravidez*. Trabalho de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa.
- DeYoung, C., Peterson, J. & Higgins, D. (2002). Higher-order factors of the big five predict conformity: Are there neuroses of health? *Personality and Individual Differences*, 33, 533-55.
- Elek, S., Hudson, D. & Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-57.

- Fernandez, L. & Cabaco, A. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: Implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M.C.Canavarro (2ª Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 161-188. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: quais as consequências para a mãe e o bebé? In I. Leal (3ª Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, 23-47. Lisboa: Fim de Século.
- Fisher, H. (1994). The nature of Romantic Love. *The Journal of NIH Research*, 6 (4), 59-64.
- Foucault, M. (1980). *The history of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*. New York: Vintage Books.
- Halperin, D. (1989). Is there a history of sexuality? *History and Theory*, 28(3), 257-275.
- Hyde, J. & Demalater, J. (2011). *Understanding Human Sexuality*. New York: McGraw-Hill.
- Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T. & Weng, X. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive Affective Neuroscience*, 6, 38-47.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (8), 31-1376.
- Katchadourian, H. (1979). *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Martín, A. & Sánchez, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidade*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Milgrom, J., Martin, P. & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. New York: John Wiley & Sons.
- Pereira, H., Leal, I. & Marôco, J. (2009). *Psicologia da Identidade Sexual*. Covilhã: Serviços Gráficos da Universidade da Beira Interior.
- Reamy, K. & White, S. (1987). Sexuality in the puerperium: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 171-179.
- Relvas, A. & Lourenço, R. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (2ª Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rubin, R. (1984). *Maternal Identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Santos, M. (1998). Perturbações Psíquicas na gravidez e puerpério. *Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 61-69.
- Smolewska, K., McCabe, S. & Woody, E. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and Big-Five. *Personality and Individual Differences*, 40, 1269-1279.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.

# Anexos

## Anexo 1 - Questionário de Sensibilidade

Em seguida encontram-se algumas características que lhe podem, ou não, dizer respeito. Por favor, assinale na escala a seguir, a posição que melhor expressa a sua opinião em relação a si mesmo(a) e assinale-a. Não existem respostas certas, nem erradas.

|               |   |
|---------------|---|
| Nada          | 1 |
| Muito pouco   | 2 |
| Um pouco      | 3 |
| Moderadamente | 4 |
| Algo mais     | 5 |
| Bastante      | 6 |
| Extremamente  | 7 |

|                                                                                                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Sente-se facilmente sobrecarregado(a) por estímulos sensoriais fortes?                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Dá por si a estar ciente das subtilezas existentes no ambiente à sua volta?                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| O estado de humor das outras pessoas afetam-no(a)?                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| Tem tendência para ser mais sensível à dor?                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| Sente a necessidade de, num dia atarefado, se retirar para a cama ou para um quarto escuro ou outro lugar onde possa ter privacidade e alívio desses estímulos? |   |   |   |   |   |   |   |
| É particularmente sensível aos efeitos da cafeína?                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| Sente-se facilmente sobrecarregado(a) por coisa como: luzes brilhantes, tecidos grosseiros/ásperos ou sirenes?                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| Tem uma vida interior rica e complexa?                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Sente-se desconfortável com o barulho?                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Sente-se profundamente tocado(a) pela arte ou pela música?                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| O seu sistema nervoso por vezes sente-se tão desgastado que dá por si a sair fora de si mesmo(a)?                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| É consciencioso?                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| Assusta-se facilmente?                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Fica abalado(a) quando tem muito para fazer num curto espaço de tempo?                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |

|                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Quando as pessoas se sentem desconfortáveis num certo ambiente físico, sabe que fazer para torna-lo mais confortável (ex: mudar a luz ou as cadeiras)? |  |  |  |  |  |  |  |
| Fica irritado(a) quando as pessoas tentam com que faça muitas coisas ao mesmo tempo?                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Esforça-se para evitar cometer erros ou esquecer-se das coisas?                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |
| Faz questão de evitar ver filmes ou programas de televisão violentos?                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fica desagradavelmente excitado(a) quando está muita coisa a acontecer à sua volta?                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |
| Ficar com fome cria uma reação forte em si, atrapalhando a sua concentração ou o seu estado de humor?                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| As mudanças na sua vida mexem consigo?                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| Repara a desfruta de aromas finos ou delicados, sabores, sons ou obras de arte?                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |
| Acha desagradável ter muitas coisas a acontecer ao mesmo tempo?                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |
| É para si prioritário organizar a sua vida de modo a evitar situações aborrecidas ou pesadas?                                                          |  |  |  |  |  |  |  |
| Sente-se incomodado(a) por estímulos intensos como barulhos ou cenas caóticas?                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| Quando tem que competir ou ser observado(a) ao desempenhar uma tarefa, fica tão nervoso(a) ou trémulo(a) que faz a tarefa pior?                        |  |  |  |  |  |  |  |
| Quando era criança, os seus pais ou educadores viam-no(a) como sensível ou tímido(a)?                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |

## Anexo 2 - Questionário de Funcionamento Sexual (MGH - SFQ)

Por favor, responda a todas as perguntas assinalando a resposta correta ou a resposta que lhe parece mais adequada no seu caso (Considere como “normal” o período da sua vida, quando esteve mais satisfeito com o seu funcionamento sexual).

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Totalmente ausente            | 1 |
| Marcadamente diminuída        | 2 |
| Quase normal                  | 3 |
| Normal                        | 4 |
| Algo acima do normal          | 5 |
| Marcadamente acima do normal  | 6 |
| Completamente acima do normal | 7 |

|                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Como esteve o seu interesse sexual?                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| Como esteve a sua capacidade para obter estimulação ou excitação sexual?                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| Como esteve a sua capacidade para obter orgasmos?                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| Como foi a sua capacidade para atingir e manter uma ereção (se for homem) ou uma lubrificação (se for mulher)? |   |   |   |   |   |   |   |
| Em geral, como é a sua satisfação com a sua vida sexual?                                                       |   |   |   |   |   |   |   |

### Anexo 3 - Questionário de Satisfação Sexual (MGH - SFQ)

Pensando na sua vida sexual nos últimos 6 meses, por favor quantifique a sua satisfação com os seguintes aspetos:

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Totalmente insatisfeito(a)            | 1 |
| Insatisfeito(a)                       | 2 |
| Nem insatisfeito(a) nem satisfeito(a) | 3 |
| Satisfeito                            | 4 |
| Totalmente satisfeito(a)              | 5 |

|                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| A qualidade dos meus orgasmos.                                                |   |   |   |   |   |
| A minha capacidade de “me deixar ir” e de me render ao prazer durante o sexo. |   |   |   |   |   |
| A maneira como reajo sexualmente ao(à) meu(minha) parceiro(a).                |   |   |   |   |   |
| O funcionamento sexual do meu corpo.                                          |   |   |   |   |   |
| O meu estado de humor depois da atividade sexual.                             |   |   |   |   |   |
| O prazer que dou ao ao(à) meu(minha) parceiro(a).                             |   |   |   |   |   |
| O equilíbrio entre o que dou e o que recebo no sexo.                          |   |   |   |   |   |
| A abertura emocional do(da) meu(minha) parceiro(a) durante o sexo.            |   |   |   |   |   |
| A capacidade do(da) meu(minha) parceiro(a) atingir o orgasmo.                 |   |   |   |   |   |
| A criatividade sexual do(da) meu(minha) parceiro(a).                          |   |   |   |   |   |
| A variedade das minhas atividades sexuais.                                    |   |   |   |   |   |
| A frequência da minha atividade sexual.                                       |   |   |   |   |   |

## Anexo 4 - Questionário Sociodemográfico

### - Informação geral

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Nacionalidade:  portuguesa  outra – qual? \_\_\_\_\_
3. Habilitações literárias:  até ao 4ºano  
 9º ano  
 12ºano  
 licenciatura  
 mestrado  
 doutoramento
4. Local de residência (concelho): \_\_\_\_\_

### - Informação relativa à situação familiar

6. Estado civil: solteiro  casado  união de facto  divorciado  viúvo
7. Se escolheu a opção casado ou união de facto, refira há quanto tempo mantém essa relação: \_\_\_\_\_ano(s)
8. Reside sozinho? sim  não
9. Se respondeu não, que outros elementos fazem parte do agregado familiar?  
Cônjuge/companheiro  Filho(s)  Pais e/ou sogros  Outros  \_\_\_\_\_

### - Informação relativa à situação profissional

11. Situação profissional:  estudante  
 domestico/a  
 emprego a tempo inteiro (*full-time*)  
 emprego em regime de tempo parcial (*part-time*)  
 desempregado/a – Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 reformado/a – Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 outra situação – Qual? \_\_\_\_\_
12. Qual a sua profissão/ocupação profissional atual ou a última que teve?  
\_\_\_\_\_

### - Informação relativa à Gravidez

13. Qual o tempo de Gravidez? \_\_\_\_\_ meses ou \_\_\_\_\_ semanas
14. Planeamento da Gravidez:  
 Planeada/Desejada

- Não planeada mas aceite por ambos os pais
- Não planeada e não aceite por ambos os pais
- Não planeada e não aceite por um dos pais (especifique se o pai ou a mãe) Qual? \_\_\_\_\_

11. Número de filhos vivos \_\_\_\_\_. Número de Gravidezes anteriores \_\_\_\_\_.

12. A Gravidez atual foi antecedida por:

- Abortos espontâneos
- Recurso a tratamentos para a infertilidade
- Dificuldade em engravidar. Tempo \_\_\_\_\_.
- Normal
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

13. Durante a gravidez quem são as pessoas que mais a têm apoiado:

- cônjuge/companheiro
- Mãe
- Pai
- Amigo(s)
- Médico que acompanha a gravidez
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

14. Durante a gravidez houve algum acontecimento de vida que possa referir como responsável pelo aparecimento/agravamento de ansiedade e/ou tristeza:

- Divórcio/Separação
- Morte de familiares/pessoas próximas
- Perda de emprego
- Mudança de emprego
- Mudança de residência
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

15. Necessitou de alguma ajuda ou de efetuar algum tratamento psicológico/psiquiátrico ao longo da sua vida?  não  sim – Qual o motivo? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**Muito obrigado pela sua colaboração!**