



Acta Paulista de Enfermagem
ISSN: 0103-2100
ape@unifesp.br
Escola Paulista de Enfermagem
Brasil

Belentani, Leda Maria; Silva Marcon, Sônia; Pelloso, Sandra Marisa
Sexualidade de puérperas com bebês de risco
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 24, núm. 1, 2011, pp. 107-113
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023869016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Sexualidade de puérperas com bebês de risco*

Sexuality patterns of mothers with high-risk infants

La sexualidad de puérperas con bebés de riesgo

Leda Maria Belentani¹, Sônia Silva Marcon², Sandra Marisa Peloso²

RESUMO

Objetivo: Identificar possíveis alterações na sexualidade de mulheres que experienciaram o puerpério com bebês de risco. **Métodos:** Estudo do tipo coorte realizado com 193 puérperas que tiveram filhos nascidos entre maio e outubro de 2008 e incluídos no Programa de Vigilância ao Recém-nascido de Risco de Maringá-PR. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada em duas visitas domiciliares, aos 45 dias e seis meses pós-parto. **Resultados:** Entre as puérperas participantes 45,8% e 26,3% afirmaram que sua sexualidade estava pior do que antes da gravidez, respectivamente, aos 45 dias e seis meses após o parto. Não foi observada associação estatística entre sexualidade e qualquer variável aos 45 dias, mas o foi aos seis meses, após o parto em relação às intercorrências na gravidez ($p=0,0259$) e convívio com o companheiro ($p=0,0093$). **Conclusão:** Mães de recém-nascidos de risco, em especial, as que apresentaram intercorrência gestacional, necessitam de acompanhamento multidisciplinar e a longo prazo.

Descriptores: Sexualidade; Período pós-parto; Saúde da mulher; Libido

ABSTRACT

Objective: To identify possible changes in the sexuality patterns of women who have high-risk infants in the first six months postpartum. **Methods:** A cohort study of 193 mothers of high-risk infants born between May and October of 2008, who were included in the Newborn Risk Surveillance Program in Maringá (Paraná, Brasil). Data were collected through semi-structured interviews during two home visits (at 45 days and six months postpartum). **Results:** Among these participants, 45.8% and 26.3% indicated that their sexuality patterns were worse than before pregnancy at 45 days and six months after delivery, respectively. There was no association between sexuality patterns and any variable at 45 days; at six months post-delivery, associations with complications in pregnancy ($p = 0.0259$) and living with a partner ($p = 0.0093$) were identified. **Conclusion:** Mothers of high-risk infants, especially those who experienced complications during pregnancy, require multidisciplinary, long-term monitoring of sexuality patterns.

Keywords: Sexuality; Postpartum period; Women's health; Libido

RESUMEN

Objetivo: Identificar posibles alteraciones en la sexualidad de mujeres que experimentaron el puerperio con bebés de riesgo. **Métodos:** Estudio de tipo cohorte realizado con 193 puérperas que tuvieron hijos nacidos entre mayo y octubre del 2008 e incluidos en el Programa de Vigilancia al Recién nacido de Riesgo de Maringá-PR. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista semi-estructurada en dos visitas domiciliarias, a los 45 días y seis meses post parto. **Resultados:** Entre las puérperas participantes el 45,8% y el 26,3% afirmaron que su sexualidad estaba peor que antes del embarazo, a los 45 días y seis meses después del parto, respectivamente. No fue observada la asociación estadística entre sexualidad y cualquier variable a los 45 días, mas sí a los seis meses, después del parto en relación a las intercurrencias en el embarazo ($p=0,0259$) y convivencia con el compañero ($p=0,0093$). **Conclusión:** Madres de recién nacidos de riesgo, en especial, las que presentaron intercurrencia gestacional, necesitan de acompañamiento multidisciplinario y a largo plazo.

Descriptores: Sexualidad; Periodo de posparto; Salud de la mujer.; Libido

* Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Estadual de Maringá - UEM, 2010.

¹ Faculdade Ingá –UNINGÁ - Maringá (PR), Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um período de mudanças para as mulheres, sendo o puerpério um período de ressignificação de si, do próprio corpo, das relações familiares e sociais⁽¹⁾.

Além das alterações físicas, sociais e emocionais, os padrões de sexualidade podem ser alterados no puerpério, gerando muitas vezes desarmonia no relacionamento conjugal. Apesar de não haver uma definição única e absoluta para sexualidade, pode-se dizer que é o traço mais íntimo do ser humano que manifesta-se de maneira diferente entre os sujeitos, de acordo com a realidade e experiências vivenciadas. Pode ser entendida como a busca de prazer e satisfação de desejos, descoberta das sensações sentidas pelo contato ou toque e atração por outras pessoas⁽²⁾.

Alterações no padrão de sexualidade ocorrem porque tanto na gestação como no puerpério a mulher experiencia significativas mudanças hormonais, o que a deixa indisposta para o sexo. Durante a gestação, por exemplo, estudo realizado em Campinas-SP, mostrou que as mulheres podem ter queda de 60%, 50% e 60,7% nos três trimestres, respectivamente, na frequência de relação sexual em razão da perda da libido⁽³⁾. No período puerperal, esta frequência pode ser afetada ainda mais, pelas intercorrências vaginais, horas não dormidas em decorrência dos cuidados com o filho, problemas emocionais, exigências com o bebê, baixa autoestima, mudanças físicas próprias do pós-parto, espera pela liberação médica e o ato de amamentar⁽⁴⁻⁵⁾. Uma revisão literatura mostra que apenas 12%-14% dos casais negam ter problemas sexuais no pós-parto. Se comparado com a sexualidade pré-gestacional, o desejo sexual é significativamente menor durante o primeiro ano, após o parto para 97% das mulheres⁽⁶⁾.

No âmbito da saúde pública, a sexualidade dos indivíduos não constitui prioridade em nossa realidade, e sua abordagem é limitada ao diagnóstico e tratamento de problemas de saúde ginecológica, sendo a mulher atendida individualmente, ou seja, sem a presença do companheiro⁽⁷⁾, provavelmente, porque os profissionais da saúde não valorizam a sexualidade como uma necessidade humana básica. Para isso, essa temática deveria ser mais discutida e abordada na formação dos enfermeiros, contribuindo para minimizar tabus, proporcionar uma visão holística do ser humano e aumentar a valorização à vida sexual dos indivíduos⁽⁸⁾.

A chegada do bebê é um momento muito desejado e, por isso sua vivência ocorre simultaneamente com ansiedade, alterações emocionais e vivenciais. Quando o recém-nascido (RN) é diferente do idealizado (prematuro, baixo peso, com anomalia congênita, entre outros) estes sentimentos potencializam-se, alterando o

processo de adaptação familiar⁽⁹⁾.

Um RN de risco exige maior cuidado por parte dos pais, por ser propício ao adoecimento e necessitar de mais atenção no que se refere ao crescimento e desenvolvimento. Essa dedicação dispensada tem grande influência na rotina do casal e, consequentemente, nos padrões de sexualidade.

Portanto, o puerpério é uma fase crítica para o início e aumento dos problemas sexuais, à medida que há uma diminuição da libido, interesse e atividade sexual. Este fator associado à debilidade emocional e ao estresse pela chegada de um bebê de risco representa um impacto significativo na vida da mulher.

Assim, que a sexualidade contribui para o bem-estar físico e mental dos indivíduos, constituindo, portanto, uma dimensão inseparável da pessoa em todos os momentos, que se manifesta por meio de emoções, fantasias, sentimentos e desejos⁽³⁾, ela precisa ser considerada quando se pretende prestar uma assistência integral ao indivíduo. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi o de identificar alterações na sexualidade de mulheres que experienciaram o puerpério com bebês de risco.

MÉTODOS

Estudo do tipo coorte, realizado com puérperas residentes em Maringá (PR), cujos filhos nasceram no período de 1º de maio a 31 de outubro de 2008 e incluídos no Programa de Vigilância ao Recém-nascido de Risco do município. É parte integrante do projeto “Condições de Vida e Saúde de Bebês de Risco e suas Mães em Maringá-PR, ao longo do primeiro ano de vida” financiado pelo CNPq e desenvolvido por docentes e alunos do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Os critérios para inclusão no Programa de Vigilância do Recém-nascido de Risco do município são: peso ao nascer $\leq 2.500\text{g}$, idade gestacional ≤ 36 semanas, Apgar no 5º minuto de vida ≤ 7 , idade materna ≤ 17 anos, presença de anomalia congênita e outros fatores, como doença da mãe ou condição socioeconômica muito desfavorável.

No período em questão, 348 mães tiveram seus filhos incluídos no referido Programa e 193 delas fizeram parte do estudo, uma vez que 45 mães não aceitaram participar do estudo, 44 não residiam no município e omitiram o fato para facilitar o atendimento no hospital, 49 mudaram sem deixar endereço e em 17 casos o bebê morreu.

Os dados do projeto foram coletados por enfermeiros e alunos de graduação em Enfermagem, supervisionados por docentes ou alunos do mestrado em enfermagem, em seis visitas domiciliares aos 15 e 45 dias, três, seis, nove e 12 meses de vida, por meio de

entrevista e exame físico da criança. Para o presente estudo, foram utilizados dados coletados nas segunda e terceira visitas, ou seja, aos 45 dias e seis meses após o parto.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário do tipo misto constituído de seis partes. A parte três, aborda a saúde da mulher e contém dados relacionados com a caracterização sociodemográfica, história obstétrica e puerperal, incluindo, a sexualidade.

Para análise, os dados foram processados em planilha do Excell e submetidos à análise estatística, sendo utilizado o teste Qui-quadrado de Independência e teste Exato de Fischer, com nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (Parecer nº 451/2008). Todas as mulheres participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Nos dados da Tabela 1 são apresentadas características sóciodemográficas das puérperas estudadas. A média de idade foi de 24,4 anos, com desvio padrão de 7 anos, amplitude mínima de 14 e máximo de 41 anos. Todas se enquadrando, portanto, em idade considerada fértil. A maioria das puérperas era de cor branca e tinha um bom grau de escolaridade (52,6%), ou seja, de 11 a 15 anos de estudo.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das puérperas em relação à sexualidade aos 45 dias e seis meses pós-parto. Maringá-PR, maio a out. de 2008.

Variáveis	n	%	Sexualidade	
			45 dias	
			P	P
Idade (n=193)			0,252	0,308
< 17 anos	52	26,9		
18 a 35	127	65,8		
> 35 anos	14	7,3		
Escola nível (n=192)				
Fundamental incompleto	39	20,3		
Fundamental completo	13	6,8		
Médio incompleto	39	20,3		
Médio completo	70	36,5		
Superior incompleto	5	2,6		
Superior completo	26	13,5		
Cor/ etnia (n=192)			0,302	0,075
Amarela	4	2,1		
Branca	124	64,6		
Negra	18	9,4		
Parda	46	23,9		
Estado civil (n=193)			0,925	0,624
Casada	113	58,6		
Solteira	28	14,5		
União consensual	52	26,9		

Com relação ao estado civil, a maioria (85,9%) possuía companheiro, e mais da metade era casada. Entre as solteiras, 8,3% não tinham nenhum tipo de

Tabela 2 - Puérperas segundo retorno à atividade sexual e em relação à sexualidade aos 45 dias e aos seis meses. Maringá-PR, maio a out. de 2008.

Variáveis	n	%	Sexualidade	
			45 dias	
			P	P
Retorno à atividade sexual (n=192)			0,674	0,602
< de 10 dias	2	1,0		
20 30 dias	19	9,9		
30 42 dias	45	23,5		
> de 42 dias	126	65,6		
Sexualidade aos 45 dias (n=179)			-	-
Melhorou ou está melhorando	13	7,3		
Normal	80	44,7		
Com medo	04	2,2		
Pior que antes	82	45,8		
Sexualidade aos 6 meses (n=167)			-	-
Melhorou ou está melhorando	15	9,0		
Normal	108	64,7		
Pior que antes	44	26,3		

companheiro no momento da pesquisa.

Os dados relativos à alteração da sexualidade e retorno da atividade sexual estão descritos na Tabela 2, em que se observa maior frequência de alteração na sexualidade aos 45 dias do que aos seis meses pós-parto.

Os dados da Tabela 3 mostram a relação das variáveis obstétricas e puerperais com a sexualidade no pós-parto, em que se observa associação positiva apenas das variáveis presença de intercorrência na gestação e convívio com o companheiro e sexualidade aos seis meses pós-parto.

As intercorrências na gestação referida por 45,6%

das mulheres foram, sobretudo doença hipertensiva exclusiva da gravidez, infecções urinárias, problemas placentários, entre outras.

Mais da metade das mulheres relatou a presença de algum incômodo no corpo, afetando a autoestima nas duas visitas. Aos 45 dias, 48,3% delas não estavam satisfeitas com seu abdome; 23,3% estavam incomodadas com as estrias, 18,1% com o peso e 9,5% com as mamas. Aos seis meses, as 109 mães avaliadas mantiveram os mesmos quesitos de insatisfação, inclusive, com uma frequência muito próxima da observada aos 45 dias,

Tabela 3 - Variáveis obstétricas e puerperais em relação à sexualidade aos 45 dias e seis meses. Maringá-PR, maio a out. de 2008.

Variáveis	n	%	Sexualidade	
			45 dias	6 meses
Número de filhos (n=192)				
Um	124	64,6		
Dois	49	25,5		
Três ou mais	19	9,9		
Intercorrência gestacional (n=193)			0,576	0,026
Sim	88	45,6		
Não	105	54,4		
Peso corporal seis meses pós-parto (n=130)			0,376	0,590
Igual ao período pré-gestacional	14	7,3		
Maior que o período pré-gestacional	84	43,5		
Menor que o período pré-gestacional	32	16,6		
Incômodo no corpo			0,389	0,115
Presente aos 45 dias (n=178)	116	65,2		
Presente aos 6 meses (n= 165)	109	66,1		
Amamentação			0,676	0,923
Presente aos 45 dias (n=187)	162	86,6		
Presente aos 6 meses (n=180)	111	61,7		
Convívio com o companheiro aos 45 dias (n=183)			0,051	0,009*
Ótimo	112	58,0		
Bom	61	31,7		
Ruim/péssimo	4	2,0		
Não se aplica	16	8,3		
Tipo de parto (n=193)			0,054	0,673
Vaginal	55	28,5		
Cesárea	138	71,5		
Consultas puerperal até 42 dias (n=189)			0,089	0,583
Sim	119	63,0		
Estado emocional 45 dias (n=171)			0,096	0,085
Equilíbrio emocional (45 d.)	135	79,0		
Indecisa/imprecisa (45 d.)	6	3,5		
Emocionalmente abalada (45 d.)	30	17,5		
Seis meses (n=171)				
Equilíbrio emocional (6 m.)	141	82,5		
Indecisa/imprecisa (6 m.)	4	2,3		
Emocionalmente abalada (6 m.)	26	15,2		

(abdome - 43,1%, estrias - 20,2%, peso - 19,3% e mamas - 8,3%). Apesar disso, não foi observada associação entre sexualidade e incômodo com a aparência física, tanto aos 45 dias, como nos seis meses pós-parto.

DISCUSSÃO

A proporção de mães adolescentes entre as que tiveram seus filhos incluídos no Programa de Vigilância ao RN de Risco foi relativamente alta (26,9%), provavelmente, pelo fato da maternidade na adolescência ser um dos critérios de inclusão no Programa. Para a sociedade, a adolescente geralmente possui uma capacidade subestimada de assumir as responsabilidades e demandas da maternidade⁽¹⁰⁾ em razão de sua menor experiência em cuidados e instabilidade emocional⁽¹¹⁾.

A escolaridade das mães em estudo foi similar às das mães dos 4.177 nascidos vivos no município de Maringá-PR, em 2007, onde 60,7% tinham de 8 a 11 anos de estudo. Contudo, a proporção de mães com 12 ou mais anos de estudo foi menor (24,9%) e as com fundamental incompleto foi maior (13,7%), fatores estes que podem indicar pior nível de escolaridade entre as mães com RN de risco em relação às mães residentes no município e que deram à luz no ano anterior⁽¹²⁾.

Em relação à cor/ etnia, observa-se que entre as mães de RN de risco em estudo, a proporção de negras foi quase quatro vezes maior (9,4%) do que na população de mulheres do Estado do Paraná que é de 2,4%⁽¹³⁾.

No que se refere à sexualidade, observou-se que embora a maioria das puérperas (65,6%) tenha esperado a 6ª semana (42 dias) para reiniciar a atividade sexual, uma porcentagem significativa iniciou-a antes do período recomendado, que é necessário para ocorrer a involução uterina e o retorno da mulher ao estado pré-gestacional⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, especialmente se levarmos em conta que se trata de mães com RN de risco, que exigem maior tempo e disposição para serem cuidados.

Entretanto, o sexo antes da 6ª semana pode ser positivo, se a mulher se sentir mental e fisicamente preparada, já que ele aproxima mais o casal⁽⁵⁾. De fato, se a mulher não apresenta lóquios e as lacerações (episiotomia) estiverem cicatrizadas, não há razão fisiológica para adiar a penetração vaginal, mas o medo da dor, a própria dor e a falta de orientação impedem que o prazer e a atividade sexual retornem ao normal. Sendo assim, é recomendável que o casal encontre e privilegie outras formas de satisfação sexual no puerpério, adotando alternativas ao coito vaginal, como por exemplo, o sexo oral, anal e carinhos íntimos⁽¹⁶⁾.

É interessante observar que o número de mulheres que retornaram à atividade sexual após os 42 dias, é inclusive menor do que o encontrado em um estudo realizado em São Paulo, em que na 6ª semana após o

parto, 87,0% das mulheres ainda não estavam tendo relação sexual, o que justificaram, por ordem de frequência, pelo desejo de começar um método contraceptivo, cansaço e o fato de os cuidados com o bebê constituir prioridade no momento⁽³⁾.

Em estudo realizado na Austrália com companheiros de puérperas na 6ª semana pós-parto, observou-se que 53,3% deles referiram o retorno parcial à atividade sexual e 34,0% ausência total desta atividade⁽⁵⁾.

O retorno à atividade sexual depende em grande parte de orientações a serem oferecidas à puérpera e ao parceiro, com o intuito de diminuir tabus e crenças relacionadas à sexualidade pós-parto⁽¹⁵⁾. No entanto, a literatura tem apontado que apenas cerca de 20% a 30% das puérperas afirmam terem sido orientadas sobre a sexualidade no pós-parto^(3,16). Quando as orientações são realizadas por necessidade de não terem relação sexual antes dos 40-42 dias após o parto e também a respeito da possibilidade de dor e da importância do uso de lubrificantes para amenizá-las⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, identificou-se que a sexualidade entre as puérperas estava mais comprometida aos 45 dias pós-parto (45,8%) do que aos seis meses (26,3%), o que demonstra que o tempo constituiu fator preponderante para a melhoria desse aspecto para a maioria das mulheres, o que provavelmente tem relação com a melhoria nas condições de crescimento e desenvolvimento das crianças nascidas de risco. Em estudo realizado com puerperas, observou-se que a maioria delas referiu ter alcançado o primeiro orgasmo após o parto, só entre o 3º e o 6º mês após o nascimento⁽¹⁷⁾. Vale mencionar que o trauma do parto recente, medo de dores ou de machucar, falta de liberação médica e cansaço pelo cuidado ao RN podem constituir fatores que influenciam a baixa libido nos primeiros 45 dias pós-parto⁽⁷⁾.

Apesar de não ter sido observada correlação estatística entre incômodo corporal e sexualidade, sabe-se que um fator muito importante na perda da libido é a baixa auto-estima corporal. Após o nascimento do filho, uma das primeiras conclusões que a mãe tem é que seu corpo já não é mais o mesmo de antes, surgindo nela um incômodo e insatisfação. Mesmo sabendo que essas modificações são naturais e podem ser transitórias, elas podem influenciar e desencadear uma alteração na sexualidade⁽¹⁸⁾.

A literatura tem apontado que, no pós-parto, as mudanças corporais que mais incomodam são mamas volumosas e pesadas, abdome flácido, peso acima do normal e presença de estrias⁽¹⁸⁾, corroborando com os resultados do presente estudo. Para as mulheres, muitas vezes, por não corresponder ao padrão de beleza física desejada, é motivo de grande insatisfação. Mas, o desejo da volta ao peso anterior da gestação ocorre não só nas puérperas que se sentem incomodadas. Muitas vezes, o emagrecimento, além de questões estéticas, visa à

promoção do bem-estar, saúde e, até mesmo, o desejo de agradar o companheiro⁽¹⁸⁾.

O fato de mais da metade das mulheres amamentar seus filhos até o 6º mês de vida reflete sua percepção sobre a necessidade dos bebês em questão, o que é bastante salutar, pois, para os recém-nascidos de risco, o leite materno é indispensável nos primeiros seis meses de vida da criança, promovendo seu crescimento e desenvolvimento adequado⁽¹⁹⁾.

Não foi observada associação estatística entre amamentação e sexualidade; no entanto, o ato de amamentar ao seio materno também pode exercer influência na sexualidade feminina, em razão de alterações nos sentimentos referentes à autoimagem e/ou na relação com o companheiro, além de refletir as expressões máximas de ser mãe e ser mulher, respectivamente⁽¹⁸⁾. Os principais fatores que propiciam problemas sexuais em mulheres que amamentam, estão relacionados às alterações físicas e hormonais próprias da amamentação, e são dispareunia causada pela secura e estreitamento vaginal, aumento da sensibilidade no mamilo, vazamento de leite durante a relação, diminuição da libido e ciúme do parceiro pelo relacionamento entre mãe e filho⁽²⁰⁾.

A relação entre sexualidade e amamentação é importante em diversas sociedades. Nas entrevistas com mulheres francesas e brasileiras, detectou-se que a determinação da maternidade como sagrada, a erotização que o seio representa, o tabu do incesto (a mulher se culpa por sentir prazer ao amamentar), a ligação da mãe com o bebê, o sono compartilhado (o bebê forma uma barreira física entre os pais) e a baixa da libido feminina pelas alterações hormonais (produção de prolactina) estão ligados com à baixa da sexualidade, podendo comprometer a relação do casal⁽²¹⁾.

Embora o tipo de parto não tenha apresentado associação com a sexualidade no puerpério, o uso indiscriminado de episiotomia em mulheres que realizam parto normal, pode gerar desconforto e dor durante a atividade sexual, alterando os padrões de sexualidade feminina⁽²²⁻²³⁾.

Ao encontrar que 63,0% (119) das mulheres haviam realizado a consulta puerperal, nota-se que não atingiu uma meta adequada e ainda existe tabu ou falta de orientação dos profissionais da saúde. Muitas vezes, a saúde do RN é o foco principal de preocupação no momento, fazendo com que as mães esqueçam de si.

A consulta puerperal é indispensável no conjunto da assistência ao ciclo gravídico puerperal, pois é o momento em que é possível desvincular a saúde da puérpera e do RN, retornando a atenção à saúde da mulher, e não da mãe⁽²⁴⁾. Além de constituir um momento oportuno para evitar e detectar complicações físicas e emocionais, a consulta no puerpério constitui também um momento propício para realizar

orientações sobre contracepção, amamentação, saúde mental, sexualidade, entre outros aspectos.

Em relação à interface entre as intercorrências ocorridas na gestação, nascimento de bebês de risco e a sexualidade, não encontramos na literatura estudos que corroborassem estas associações, porém, em nosso estudo observamos que houve associação estatística aos seis meses entre a sexualidade e intercorrência gestacional ($p=0,009$).

No que se refere às associações estatísticas encontradas seis meses após o parto entre sexualidade e intercorrência gestacional ($p=0,026$) e sexualidade e convívio com o companheiro ($p=0,009$), cabe salientar que não foram encontrados na literatura estudos que corroborassem estes resultados. Mas, considerando que a amostra estudada está constituída por mulheres que são mães de filhos nascidos em condições de risco, pode-se inferir que estas associações estão relacionadas a processos psíquicos experienciados em decorrência do medo de complicações, de limitações físicas da puérpera, de preocupações com o limiar entre a vida e a morte e dificuldades relacionadas com o cuidado do RN.

Neste contexto, o convívio ruim com o companheiro surge como mais uma consequência da experiência vivida, visto que a transição para a maternidade e paternidade induz ou aumenta tensões entre o casal, incluindo alterações na atividade sexual⁽⁵⁾. Por sua vez, o cansaço e a falta de tempo, geram indisposição física e emocional para o exercício sexual e até mesmo para o convívio harmonioso entre o casal^(5,17-18).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito de algumas limitações metodológicas, como o fato de não terem sido as alterações gestacionais experienciadas pelas mães nem os fatores de risco envolvidos nos casos em que foi observada alteração na sexualidade, podemos afirmar que mães de recém-nascidos de risco perceberam alteração em sua sexualidade durante o puerpério e isto é mais frequente aos 45 dias do que seis meses após o parto, demonstrando que a maioria das mulheres experienciou uma adaptação à situação, o que provavelmente esteja relacionado com o desenvolvimento de habilidade e segurança da mãe para cuidar do bebê e também em decorrência da constatação, para grande parte delas de que o bebê apresenta crescimento e desenvolvimento satisfatórios.

Por outro lado, o fato de ter sido identificado associação entre sexualidade e presença de intercorrência gestacional e sexualidade e convívio com o companheiro aos seis meses após o parto, aponta a necessidade de mães de bebês de risco, em especial, aquelas que sofreram algum tipo de intercorrência durante a gestação, serem acompanhadas por equipe multidisciplinar e por período que ultrapasse o puerperal. Isto porque, logo após o

parto pode ser que a mulher ainda não esteja preocupada com o retorno da atividade sexual, pois sua prioridade nesta fase é cuidar do filho, muitas vezes, fragilizado.

Assim, um acompanhamento por um período de tempo que ultrapasse o período puerperal e realizado por profissional que esteja preocupado em oferecer uma assistência integral à mulher e não apenas à mãe, possibilitará que a alteração na sexualidade seja evidenciada e trabalhada de forma adequada. Neste sentido, não se pode deixar de considerar que a sexualidade feminina, geralmente, é alimentada por demonstrações explícitas de amor, carinho, companheirismo e não apenas pela atração física. Assim, se o relacionamento / convívio com o companheiro não for capaz de atender às necessidades emocionais da mulher, que são exacerbadas no puerpério, é provável que ela não se sinta atraída sexualmente pelo parceiro.

Portanto, a presença de intercorrência na gravidez e o nascimento de um bebê considerado de risco indicam ser imperativo a preocupação e a união de esforços, para que estas mulheres recebam uma assistência diferenciada, após o parto. Assim é de grande relevância a atuação do enfermeiro e de outros profissionais em orientações sobre os aspectos

que influenciam a sexualidade e o relacionamento do casal nesse período, auxiliando as mulheres a superarem momentos de fragilidade, sobretudo quando são mães de bebês que exigem maior atenção, como os de risco. Neste sentido, a abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros, não deve focar apenas a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o planejamento familiar, mas, sim, abranger as percepções do corpo, o prazer, o aspecto emocional que envolve a sexualidade, entre outros.

Por fim, é preciso considerar que ainda são escassas as pesquisas, cujos resultados possibilitem aos profissionais de saúde melhor compreenderem a interface entre o processo de gestação/nascimento de um filho em condições de risco e a sexualidade da mulher/mãe, indicando assim um campo fértil para novas investigações. Seus resultados poderão subsidiar a atuação dos profissionais de saúde com vistas a uma assistência que valorize e promova melhor integração da mulher com o parceiro, recém-nascido e o círculo familiar e social, refletindo em seu comportamento e bem-estar, o que inclui sua sexualidade.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa M. Atenção à mulher no pós-parto. In: Mandú ENT, organizadora. Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros em atenção básica. Cuiabá: EDUFMT; 2006.
2. Fávero C. O que é sexualidade? Infoescola [periódico na internet]. 2007 [citado 2010 Ago 10]. Disponível em: <http://www.infoescola.com/sexualidade/o-que-e-sexualidade>.
3. Lazar MCS. Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. Midwifery. 2008;24(1):99-107.
6. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy. 2009;110(7):427-31. Review.
7. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(3):417-26.
8. Brétas JRS, Ohara CVS, Querino ID. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):568-74.
9. Navajas AF, Caniato F. Estimulação precoce/essencial: a interação família e bebê pré-termo (prematuro). Cad Pós-Grad Distúrb Desenv. 2003;3(1):59-62.
10. Silva LA, Nakano AMS, Gomes FA, Stefanello J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. Texto & Contexto Enferm. 2009;18(1):48-56.
11. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell DW. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. J Sch Health. 1998;68(7):271-5.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS . Informações de saúde: estatísticas vitais. Nascidos vivos [internet]. Brasília; 2009 [citado 2009 Jan 2]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades: o Brasil município por município.[citado 2009 Mar 19]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
14. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. 2a ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
15. Rezende J. Obstetrícia. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
16. Antunes EY. A sexualidade da mulher primípara no puerpério [Trabalho de Conclusão de Curso]. Maringá: Centro de Ensino Superior de Maringá; 2005.
17. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res. 1999;47(1):27-49.
18. Abuchaim ESV, Silva IA. Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidad: "dividiéndose entre ser madre y mujer". Ciênc Cuid Saúde. 2006;5(2):220-8.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Convery KM, Spatz DL. Sexuality & breastfeeding: what do you know? MCN Am J Matern Child Nurs. 2009;34(4):218-23.
21. Sandre-Pereira G. Amamentação e sexualidade. Rev Estud Fem. 2003;11(2):467-91.
22. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):197-201.
23. Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(1):45-9.
24. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2004;20(5):1281-9.