



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VANESSA DA SILVA DOURADO

**SEXUALIDADE DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
ATMOSFERA DE INTERPRETAÇÕES E SIGNIFICADOS**

CUITÉ – PB

2015

VANESSA DA SILVA DOURADO

**SEXUALIDADE DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
ATMOSFERA DE INTERPRETAÇÕES E SIGNIFICADOS**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, *campus* Cuité, PB em cumprimento às exigências curriculares para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Prof. Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

CUITÉ – PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D739s Dourado, Vanessa da Silva.

Sexualidade de gestantes na atenção primária à saúde: uma atmosfera de interpretações e significados. / Vanessa da Silva Dourado. – Curitiba: CES, 2015.

84 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Msc. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho.

1. Gestante - sexualidade. 2. Gestante - fisiologia. 3. Políticas públicas. I. Título.

CDU 618.2

VANESSA DA SILVA DOURADO

**SEXUALIDADE DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
ATMOSFERA DE INTERPRETAÇÕES E SIGNIFICADOS**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

DATA DA APROVAÇÃO: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a. Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a. Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo
Membro Interno
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a. Ms. Amanda Haissa Barros Henriques
Membro Interno
Universidade Federal de Campina Grande

Cuité- PB, 12 de março de 2015.

Dedico...

esta monografia primeiramente à Deus por ter me guiado nessa última etapa do curso, por ter me iluminado nos momentos mais difíceis da minha vida, onde tive que ser persistente e acreditar em meu melhor e chegar até o fim. À minha mãe Nizalda e ao meu pai João Orlando pelo incentivo constante e por apostarem em mim. Aos meus familiares, principalmente ao meu avô Zezinho pelo apoio, carinho e dedicação à mim. À minha orientadora professora Mariana pela dedicação, paciência e compreensão. À mim, pela minha audácia, competência e força de vontade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu pai celestial por me iluminar e me guiar nos momentos mais difíceis que tive que passar para que eu pudesse amadurecer e aprender com a vida. Aprendi que todo conhecimento é válido, nada é em vão. Às vezes até na simplicidade das coisas encontramos muita sabedoria. Eu o agradeço imensamente.

Ao meu pai e minha mãe pelo incentivo, encorajamento, apoio, amor e compreensão constante, semeando e cuidando sempre com carinho de mim para que eu crescesse pessoalmente e profissionalmente nesta batalha da vida. Agradeço por aguentarem a saudade nos grandes períodos que estive ausente. Fico grata pelo esforço e o investimento que depositaram em minha educação e por acreditarem no meu potencial.

Ao meu ilustríssimo avô Zezinho, por me amar incondicionalmente, por ter investido na minha educação durante todo o meu percurso de aprendizagem, me apoiando, me encorajando, acreditando em mim, me fortalecendo com a sua palavra amiga e acolhedora de um grande sábio da vida.

Ao meu querido namorado Welton Bruno pelo carinho, amor, atenção, dedicação, apoio e palavras acolhedoras para que eu sentisse mais confortável durante esse longo caminho percorrido.

À minha querida e esplêndida orientadora Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho pelo empenho e dedicação no seu papel de educadora, mostrando compreensão e acolhimento ao me receber.

Aos meus queridos amigos: Livia Magalhães pelo grande incentivo, amizade, convivência, carinho, força, ajuda e colaboração durante todo o percurso do curso e principalmente nos esclarecimentos das dúvidas desta monografia. Claudinéia Freitas pela amizade, incentivo, convivência e colaboração durante todo o curso. Milena Vasconcelos pela amizade, apoio, convivência e incentivo durante todo o curso. Suzan, Martha, Isabel, Iani, Renata Jales e Eliandro pelo apoio na construção deste TCC. Marcela Barreto pela grande amizade, apoio, conselhos encorajadores para que eu permanecesse na batalha e enfrentasse a distância.

Rógger Gonçalves pela grande amizade fiel e verdadeira, assim como ao seu solidarismo independente das circunstâncias.

Aos meus familiares pelo apoio e encorajamento para que eu permanecesse no curso e enfrentasse a distância.

Às participantes da pesquisa, pela colaboração ao aceitarem participar das entrevistas.

À Enfermeira Aldineide Fernandes A. Mendonça por ceder o espaço para a realização dos questionários.

Ao professor Ms. Leonardo Cavalcante de Araújo Mello pela orientação e acolhimento no projeto de monografia.

Aos colegas de turma e aos novos colegas que tive a oportunidade de conhecê-los e conviver compartilhando sempre alegrias, conhecimentos e boas risadas.

Aos pacientes por depositarem em mim confiança na realização dos procedimentos, contribuindo no meu aperfeiçoamento profissional.

Aos funcionários do Centro de Educação e Saúde – *Campus Cuité* pelo acolhimento.

Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem com os quais tive a oportunidade de atuar ao longo dessa jornada, por depositarem confiança e contribuírem nas trocas de conhecimento.

A todos os professores do Ensino Primário, Fundamental, Médio e do Curso de Enfermagem (CES/UFCG) que contribuíram para a minha formação acadêmica.

À banca examinadora, professoras Amanda Haissa Barros Henriques e Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo pelas contribuições e disponibilidade.

A gestação

*“A certeza de amor incondicional...
A plenitude da luz sem sombras...
A compreensão às vezes incompreendida...
A companhia na solidão infinita...
A alegria incontida mesmo nas lágrimas...
A felicidade multiplicada e infinita...
O meu EU fora de mim...
Permito-me: A perfeição divina oferecida às
mulheres”.*

(André del Roso Guirronda)

RESUMO

DOURADO, Vanessa da Silva. **SEXUALIDADE DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ATMOSFERA DE INTERPRETAÇÕES E SIGNIFICADOS**. 2015. 83 f. Trabalho de conclusão de curso [Bacharelado em Enfermagem]. Universidade Federal de Campina Grande, Cuité 2015.

A sexualidade é influenciada por diferentes contextos, incluindo o cultural, o econômico, o político e o religioso. Dessa forma, esse fenômeno é permeado por diferentes percepções, vivências e significados, especialmente quando se está no período gestacional. Quando se fala em sexo remete-se às características biológicas que definem humanos enquanto mulheres e homens. Contudo, a sexualidade vem ganhando proporções, tomando espaço no meio social, culminando em discussões a favor dos direitos reprodutivos e sexuais. Nesse sentido, buscou-se analisar como as gestantes vivenciam e percebem a sua sexualidade durante o período gravídico. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi iniciada em novembro de 2014. Participaram da pesquisa 13 gestantes, que estiveram realizando efetivamente as consultas oferecidas pelo serviço, sendo seguida devidamente por preceitos éticos propostos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os quais contemplam as pesquisas e testes humanos. Os critérios de inclusão foram: gestantes maiores de dezoito anos e que estavam realizando adequadamente as consultas preconizadas pelo SISPRENATAL. Para a coleta do material empírico, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões subjetivas acerca do significado da sexualidade e as transformações inerentes ao período gravídico. Os resultados foram analisados por meio da técnica de Análise do Conteúdo sugerida por Bardin. Baseada nas respostas das gestantes, foram construídas duas categorias temáticas: Gestação e sexualidade: o sentido que se expressa em uma multiplicidade de dimensões e saúde sexual e sua interface com os direitos reprodutivos. Verificou-se que para algumas mulheres a sexualidade é resumida a uma necessidade fisiológica; para outras envolve sentimentos como carinho, doação e compreensão mútua, envolvendo diretamente o parceiro nesse processo. Identificou-se ainda que a sexualidade na gravidez sofre implicações diversas a partir das transformações orgânicas inerentes à fase gestacional. O presente estudo reforça a importância de haver melhorias e mudanças em todos os setores sociais, no sentido de estimular discussões acerca dessa temática, uma vez que tanto a gravidez, quanto a sexualidade têm sido consideradas assuntos polêmicos, muitas vezes, negligenciados no âmbito familiar e na abordagem de profissionais de saúde. Pressupõe-se então a necessidade de replicação desse estudo nas unidades de saúde para que os profissionais de saúde se avaliem quanto à promoção da saúde sexual no pré-natal e assistam essas mulheres de maneira integral, fundamentando-se cientificamente, possibilitando o aprofundamento e discussão da sexualidade vivenciada no período gestacional, para que as dúvidas, medos, ansios e tabus sejam desconstruídos. Dessa forma, a busca de estratégias, palestras e programas de ação, contribuem diretamente na satisfação da saúde sexual da gestante que além de se preparar para ser mãe, é mulher como as demais e tem desejos e vontades de praticar a sua sexualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade. Gestação. Fisiologia. Políticas Públicas. Direitos Reprodutivos.

ABSTRACT

DOURADO, Vanessa da Silva. **SEXUALITY OF PREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE: AN ATMOSPHERE OF INTERPRETATION AND MEANINGS.** 2015. 83 f. Conclusion work of Composition Bachelor Degree (Nursing) at Federal University of Campina Grande, Cuité 2015.

Sexuality is influenced by different contexts, such as cultural, economic, political and religious ones. Thus, this phenomenon is permeated by different perceptions, experiences and meanings, especially during pregnancy. When it concerns with sex refers to the biological characteristics that define humans as women and men. However, sexuality has increased in proportion, spreading its influence upon social circle, culminating in discussions in favor of reproductive and sexual rights. In this sense, it was analyzed how pregnant women experience and realize their sexuality during the pregnancy period. This is a descriptive study with qualitative approach. Data collection began in November 2014. The participants were 13 pregnant women, who were effectively carrying out consultations offered by the service, followed properly by ethical principles proposed by Resolution No. 466/2012 of the National Health Council, which includes research and tests with humans beings. Inclusion criteria were: pregnant women over eighteen and the ones who were adequately attending the visits recommended by SISPRENATAL. To collect empirical data, a semi-structured interview guide was utilized, with subjective questions about the meaning of sexuality and the changes inherent to the pregnancy period. The results were examined through content analysis technique suggested by Bardin. Based on the answers of pregnant women, two themes were created: pregnancy and sexuality: the meaning that is expressed in a multitude of dimensions and sexual health and its interface with reproductive rights. It was found that some women think sexuality is summarized into a physiological need; others believe it involves feelings as affection, confidence and mutual understanding, with the direct participation of the partner in this process. It was also identified that sexuality in pregnancy undergoes several implications from organic transformations inherent to gestation period. This study reinforces the importance of having improvements and changes in all social sectors, in order to stimulate discussions about this theme, since both pregnancy and sexuality have been considered controversial issues often neglected by the family and health professional approach. Then it is presupposed the need to propagate this study in health care units so that health professionals could assess themselves regarding the promotion of sexual health in the prenatal period and assist these women wholly, with scientific bases, enabling to deepen the discussion about sexuality experienced during pregnancy, so that doubts, fears, anxieties and taboos could be deconstructed. Thus, the search for strategies, lectures and practical programs contribute directly to the satisfaction of sexual health of the pregnant woman who, besides preparing herself to become a mother, is a woman like any other and desires to practice her sexuality.

KEYWORDS: Sexuality. Pregnancy. Physiology. Public Policy. Reproductive Rights.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Apresentação dos objetivos conforme as categorias analíticas	50
--	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** - Profissão das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB, 201446
- Gráfico 2** - Faixa etária das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB para caracterização da pesquisa no período de 2014.....47
- Gráfico 3** - Idade gestacional das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB para caracterização da pesquisa no período de 201448
- Gráfico 4** - Estado civil das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB para caracterização da pesquisa no período de 201449

LISTA DE SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CES - Centro de Educação e Saúde

CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia da Saúde da Família

GH - Hormônio de Crescimento

HCG - Gonadotrofina Coriônica Humana

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

Kg - Kilograma

L/min - Litros por minuto

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

TBG - Globulina Ligadora de Tiroxina

TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSH - Hormônio Estimulante da Tireoide

T4L - Tiroxina Livre

T3L - Tri-iodotironina Livre

T3 - Triiodotironina

T4 - Tiroxina

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 A gestação e suas múltiplas nuances.....	21
3.2 Sexualidade e gestação: ressignificando conceitos ao longo dos tempos.....	25
3.3 Políticas públicas e os direitos reprodutivos da mulher.....	32
4 MÉTODO	41
4.1 Tipo de pesquisa.....	41
4.2 Cenário e local do estudo.....	41
4.3 População e amostra.....	41
4.4 Instrumentos para coleta de dados	42
4.5 Coleta de dados	42
4.6 Análise do material empírico.....	43
4.7 Aspectos éticos.....	43
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	46
5.1 Caracterização dos sujeitos participantes.....	46
5.2 Gestação e Sexualidade: o sentido que se expressa em uma multiplicidade de dimensões.....	50
5.3 Saúde sexual e sua interface com os direitos reprodutivos: desvelando o saber de gestantes.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	77
APÊNDICE A- Instrumento para coleta do material empírico.....	77
APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCL).....	78
ANEXOS	82
ANEXO A- Termo de compromisso do (s) pesquisador (es).....	82
ANEXO B- Carta de anuência.....	83

1 Introdução



Fonte: Internet, 2015.

O percurso sexual feminino pode ser associado à sua etapa na vida reprodutiva, uma vez que durante a infância, nos primeiros anos de vida, a menina descobre seu papel feminino, e já mais adiante, na adolescência, sua sexualidade é despertada para o desejo sexual. Nos anos seguintes, tais experiências são vivenciadas mais intensamente, visto que o número de parceiros pode sofrer maiores variações e a mulher geralmente passa a reconhecer seus desejos, suas preferências, aceitar seus tabus e, fundamentalmente sua imagem na sociedade. Nessa etapa, os objetivos de vida normalmente evoluem rumo a uma parceria conjugal fixa na decisão de gerar uma criança, o que influenciará nas mudanças de papéis e na vida sexual do casal gravídico (FOUCAULT, 1984).

Nesse sentido, Araújo et al. (2012) enfatiza que a mulher se depara com modificações biológicas e psicológicas desde a gravidez até o puerpério, marcando direta e indiretamente sua concepção acerca da sexualidade. Para o casal, a vivência da gravidez gera uma diversidade de adaptações, abrangendo todos os sentidos, de forma física, emocional, existencial e também sexual. A necessidade de ter que se adaptar não reflete apenas na mulher, mas no homem, pois a partir do momento que a figura feminina experimenta o período gestacional, vive também um processo de desenvolvimento que conduzirá a várias transformações nas dimensões biopsicossociais.

Nas palavras do dicionário Aurélio (2010), o significado da “sexualidade” remete ao conjunto de caracteres especiais, sendo externos ou internos, determinados pelo sexo do indivíduo, podendo ser considerado como uma qualidade sexual. Quando se fala em sexualidade, normalmente vem à tona o ato sexual propriamente dito, não contemplando a diversidade de fatores que perpassam o corpo e a mente.

A sexualidade é influenciada por diferentes contextos, incluindo o cultural, o econômico, o político e o religioso. Dessa forma, esse fenômeno é permeado por diferentes percepções, vivências e significados, especialmente quando se está no período gestacional. Nessa dimensão, cabe incluir sexo, afetividade, carinho, prazer, amor, gestos, comunicação, reprodução, toque e intimidade, envolvendo também os valores e as normas morais que cada cultura elabora acerca do comportamento sexual. Quando se fala em sexo, remete-se às características biológicas que definem humanos enquanto mulheres e homens. Contudo, a sexualidade vem ganhando proporções, tomando espaço no meio social, culminando em discussões a favor dos direitos reprodutivos e sexuais (FIGUEIRÓ, 2012).

Nesse processo, é fundamental que o fenômeno da sexualidade na gestação seja tema discutido e relevante para as ações em saúde, especialmente para aqueles que atuam na ESF. Esses sujeitos, devem implementar um cuidado holístico e resolutivo em sua assistência pré-

natal, onde todas as dúvidas, os medos e tabus que envolvem essa problemática devem ser considerados.

A sexualidade depende de como a mulher se percebe, se avalia e se valoriza. Muitas vezes é preciso que se estabeleça uma aliança com o parceiro, permeada na aproximação, no carinho, na proteção e na afetividade. A autoestima feminina contribui diretamente na representação de sua imagem, o que influencia globalmente sua vida. Além de questões existenciais, a mulher experimenta ainda diversas alterações hormonais e anatômicas, podendo se enxergar e ser vista de modo diferente, o que pode precipitar conflitos existenciais e sociais (DAMASCENO, 2011).

Neste âmbito de atenção, a sexualidade na gestação deve ser entendido como um aspecto de caráter relevante e importante, uma vez que a mulher vivencia um momento delicado, permeado muitas vezes por dúvidas e incertezas. Saber conhecer o corpo, as alterações fisiológicas, os desejos, as limitações, assim como os fatores sociais, culturais e religiosos que a envolvem é uma maneira de lidar e expressar a sua sexualidade, principalmente quando a mulher possui o suporte e o amparo do companheiro.

Desse modo, destaca-se a necessidade de se verificar como as mulheres atendidas na ESF vivenciam e percebem a sexualidade no período gravídico, bem como, qual o conhecimento que essas mulheres possuem no que se refere às políticas públicas de saúde sexual e os direitos reprodutivos, sendo essas informações indispensáveis para um melhor entendimento frente à atmosfera de significados atribuídos à sexualidade.

É pertinente enfatizar que a motivação para o desenvolvimento da pesquisa, advém das dúvidas de gestantes observadas durante a disciplina Estágio Supervisionado em Enfermagem I, sendo realizados acompanhamentos e atendimentos na USF, oportunidade na qual, pode-se constatar que a mulher grávida vivencia momentos sutis e decisivos, acompanhados de dúvidas e imprevisibilidades frente às diversas repercussões do período gestacional, já que nem sempre recebe o amparo devido da equipe de saúde.

Não obstante à conscientização das gestantes acerca dessas transformações, o presente estudo ao trazer consigo um caráter social e científico, subsidia oportunidades de esclarecimentos para a comunidade acadêmica, para os profissionais que atuam nesse âmbito do cuidado, além de trabalhar questões que muitas vezes são negligenciadas quando se trata das abordagens voltadas à sexualidade na gestação. Reafirma-se então, a importância dessa investigação em tela, na medida em que se contempla um corpo de ideias e percepções desses sujeitos, de modo a desmistificar tabus e medos, buscando proporcionar novas possibilidades de se vivenciar e discutir com maior naturalidade a temática da sexualidade.

Entretanto, Reisdorfer (2010) afirma que a abordagem na atenção primária sobre sexualidade na gestação é atual. Os profissionais da saúde não falavam a respeito e conseqüentemente, as mulheres se intimidavam para tratar desse tema nos atendimentos.

Logo, pressupõe-se que a desatenção dos profissionais de saúde na implantação de estratégias na assistência de pré-natal voltadas à sexualidade da mulher no período gestacional que não seja estabelecida metas realistas e não valorizadas no progresso da gestante, poderá levar à percepção da gravidez como um fardo, caracterizados por medos, dúvidas e anseios. Embora seja considerado um programa de pré-natal desafiador, a equipe multiprofissional deverá estar preparada para prestar esse suporte. Nesse intuito, recomenda-se que as ações oportunizem a abertura para a discussão, amparo, encorajamento e identificação dos aspectos positivos de suas experiências a partir do monitoramento de declarações da gestante para que as suas necessidades individuais sejam atendidas (MACOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Nesse prisma, o presente estudo foi conduzido pelas seguintes questões norteadoras: Como é compreendida a vivência da sexualidade da mulher durante o período gravídico? Qual a percepção das gestantes acerca da sexualidade na gestação? Como a gravidez e a sexualidade são vistas frente às modificações corporais, sob o ponto de vista das gestantes? Qual o conhecimento das gestantes acerca das políticas públicas de saúde sexual e dos direitos reprodutivos?

2 Objetivos



Fonte: Internet, 2015.

2.1 Objetivo geral:

- ✓ Analisar como as gestantes vivenciam sua sexualidade durante o período gravídico.

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Revelar o significado da sexualidade sob o ponto de vista de gestantes;
- ✓ Descrever a interpretação de gestantes no que se refere às modificações corporais e sua sexualidade;
- ✓ Evidenciar a visão de gestantes acerca das políticas públicas de saúde sexual e dos direitos reprodutivos.

3 Revisão de Literatura



Fonte: Internet, 2015.

3.1 A gestação e suas múltiplas nuances

A gestação é constituída por um processo conflituoso que precisa de uma resposta adaptativa de quem vivencia esta etapa. O ciclo gravídico demanda novas formas de equilíbrio diante das mudanças inerentes a esta fase. Tais mudanças se dão devido aos ritmos metabólicos e hormonais e ao processo de integração de uma nova imagem corporal. Essa gama de alterações ocorridas têm repercussões tanto na dimensão física, quanto na emocional da mulher (ARAÚJO et al., 2012).

Sendo assim, Freitas, Ramos e Magalhães (2003) afirmam que dentre as alterações gestacionais ocorridas na mulher, destacam-se as emocionais, caracterizadas por oscilações de sentimentos, que repercutem nas relações familiares e no júbilo dos casais e dos filhos. Tanto as alterações fisiológicas como as emocionais, se tornam significantes quando agregadas à gestação.

Há uma série de reações fisiológicas que ocorrem na tentativa de adaptação da gestante e do novo conceito, tanto internamente, sendo imperceptíveis quanto externamente, sendo possível de visualizar-las. Diante disso, a gravidez é marcada por um estado de tensão e expectativas, frente ao novo papel da mulher que agora prepara-se para se tornar mãe (GONÇALVES CAMACHO et al., 2010).

O desenvolvimento feminino se baseia em fases que partem da infância até a velhice, sendo muitas vezes idealizada pela mulher ao longo desse ciclo a vontade de gestar um ser, fase que se caracteriza por um conjunto de fenômenos fisiológicos, demarcando a gravidez no processo de evolução para a criação de uma nova vida, sendo este momento um dos mais importantes e esperados (COSTA et al., 2012).

Logo, Camacho, Vargens e Progianti (2010), explanam que na vida conjugal, a gravidez se torna um evento diferenciado, tendo a mulher que se adequar física e emocionalmente. Nesse sentido, o homem também tenta adaptar-se à espera do filho e às mudanças hormonais e corporais da mulher.

Dessa forma, pode-se perceber que durante a gravidez, as modificações são fenômenos significativos que o ser humano passa a experimentar. São complexas as alterações que perpassam socialmente e psiquicamente a vida do casal e dos familiares, porém não caracterizam circunstâncias patológicas. Contudo, algumas mulheres vivenciam tais adaptações de maneira mais desagradável, o que repercute intensamente em suas vidas e na de seus familiares, podendo inclusive originar experiências de tensão no período evolutivo dessas futuras nutrizes (COSTA et al., 2012).

Considerando a diversidade de modificações ocorridas no organismo feminino, o período gestacional compreende nove meses sendo marcado por maior produção de estrogênios e progesterona e por redução das gonadotrofinas. Há também relação entre as glândulas que produzem adrenalina, com os ovários e com a placenta. São percebidas também alterações a nível capilar e cutâneo. Entretanto, as mais evidentes são o aumento do volume abdominal e dos seios (CIRNE, 2009).

Todas as reações e modificações do período gravídico irão ajudar a mulher a adaptar-se à nova condição, a manter sua saúde e se preparar para o nascimento do filho. Dentre as principais alterações orgânicas que ocorrem nesse período, destacam-se: a produção hormonal acrescida, o aumento do volume sanguíneo e das reservas maternas de gordura, a adaptação das funções pulmonares, gastrointestinal, renal e hepática e o preparo das mamas para a lactação (NEME, 2006).

Conforme Rezende e Montenegro (2012) asseguram, o período gravídico é dividido em três fases ou em três trimestres, havendo grandes modificações hormonais nas primeiras doze semanas, correspondente ao primeiro trimestre, sendo caracterizado por mal-estar, náuseas matinais, cansaço e sensibilidade nos seios. No segundo trimestre há uma mudança corporal relacionada ao equilíbrio e adaptação às novas alterações. Já no terceiro trimestre, prevalecerá o crescimento fetal.

No primeiro trimestre, os sinais e sintomas supracitados não acontecem da mesma maneira para todas as mulheres, visto que dependerá das reações de cada organismo, podendo ser sutis ou marcantes, apesar de serem essenciais e normais, podendo ser desconfortáveis e até mesmo causar receio (GONÇALVES CAMACHO et al., 2010; BARCHINSKI, 2010).

Sendo assim, com intuito de criar um ambiente ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, inicia-se a partir da primeira semana de gestação uma série de modificações que perduram continuamente até o fim do período gravídico. Já as alterações fisiológicas observadas na grávida decorrem de alterações sistêmicas e nos órgãos genitais, sendo que as modificações sistêmicas serão gradativas, proporcionando o indispensável às solicitações metabólicas, à formação dos tecidos e à constituição de reservas para a vida neonatal. As alterações locais serão imediatas, permitindo o desenvolvimento, proteção e oportuna expulsão do feto quando este estiver maduro (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Nesse prisma, quando a mulher assume a posição em decúbito, apresenta dispneia, devido à pressão do útero gravídico contra a veia cava inferior, reduzindo o retorno venoso ao coração, provocando alteração na função normal deste órgão. Logo, o aparecimento desses

sintomas, requer mudanças no estilo de vida, de modo que a prevenção e alívio dos sintomas são importantes na consulta de pré-natal (AGUIAR et al., 2013).

Nesse contexto, aconselha-se para a melhora da dispneia, explicar a sua normalidade nessa fase, preferencialmente no último trimestre, como também elevar a cabeceira do leito e deitar em decúbito lateral esquerdo para promover o deslocamento da veia cava inferior.

Neme (2006) afirma que nas modificações sistêmicas há interação de fatores como as alterações hormonais mediadas pelo colágeno e no músculo involuntário, aumento do fluxo sanguíneo para o útero e rins e aumento e deslocamento do útero de acordo com o crescimento fetal. Dessa maneira, o ganho de peso no fim da gravidez projeta a coluna lombossacral e as articulações sacroilíacas.

Assim, as alterações gerais e locais que ocorrem durante a prenhez estão entre as mais significantes que o corpo humano pode sofrer, começando mesmo antes que a mulher perceba estar grávida (BARCHINSKI, 2010).

A mulher pode ainda não sentir grandes mudanças no primeiro trimestre, diferentemente das alterações ocorridas no segundo. Porém, já no segundo trimestre, a maioria pode sentir uma melhora significativa na disposição e no aumento da libido, já que a gravidez se encontra mais estabilizada. Porém no terceiro trimestre, pode haver retorno da indisposição, devido ao inchaço das pernas, pés e respiração dificultosa, como também a preocupação com o parto, fatores estes propícios ao esfriamento da relação (GONÇALVES CAMACHO et al., 2010).

O mesmo autor destaca ainda que ocorre aumento no consumo de oxigênio em 20% e 15% na taxa do metabolismo materno devido ao acréscimo de 40 a 50% do volume respiratório que aumenta de 7,5 L/min para 10,5 L/min, modificações ocorridas devido à ação da progesterona, fazendo com que a permeabilidade das vias aéreas seja aumentada e a resistência pulmonar diminuída.

Verifica-se, portanto que há crescimento do ritmo cardíaco e respiratório à medida que o oxigênio terá que ser transportado para o feto com o dióxido de carbono para ser liberado. Ocorre extensão uterina, comprimindo a bexiga, aumentando o desejo de urinar (CIERNE, 2009).

Durante o segundo trimestre, que começa a partir da 13^a semana até a 28^a, ocorre retardamento do esvaziamento gástrico gerado pela redução das secreções gástricas, em decorrência do relaxamento da musculatura do trato gastrointestinal, ocasionando a diminuição de evacuações. Ocorre também, com a persistência do refluxo do esôfago a pirose torna-se frequente, devido ao relaxamento do esfíncter na região do fundo do estômago. Já a

parestesia nos seios, tornando-os doloridos. Há acréscimo de pigmentação na pele, principalmente em áreas já pigmentadas como sardas, manchas e mamilos. As gengivas poderão se tornar esponjosas frente a atuação crescente dos hormônios (CIRNE, 2009).

No terceiro trimestre, a partir da 29^a semana, a taxa de ventilação crescerá cerca de 40%, ultrapassando 7 litros de ar por minuto da mulher não gestante para 10 litros por minuto, ao passo em que o consumo cresce apenas 20%. O crescimento fetal pressionará as costelas, devido ao crescimento fetal, predispondo assim a sensibilidade das vias respiratórias e falta de ar. Em decorrência da modificação do centro de gravidade e por um ligeiro relaxamento das articulações pélvicas podem ocorrer também dores nas costas e os mamilos podem secretar colostro. É perceptível ainda o aumento na frequência e vontade de urinar (SANTOS, 2009).

De acordo com Gazaneo e Oliveira (2012), na gravidez, ocorrerão variáveis biomecânicas que influenciarão no equilíbrio e locomoção, mudanças que se relacionam ao ganho de peso, proporcionadas pelo aumento de até 6 Kg do útero até o final da gestação, gerando uma protrusão abdominal, o deslocamento superior do diafragma, mudanças compensatórias na coluna vertebral e rotação pélvica, provocando lombalgia. Entretanto, logo após o parto, as mulheres assumem as condições corporais anteriores à gestação (COSTA et al., 2012).

Nesse contexto, a lombalgia é comum no último trimestre da gestação, havendo sobrecarga dos músculos lombares e posteriores da coxa, podendo levar a picos de insônia, incômodo, fadiga, incapacidade motora e até mesmo a depressão, devido às alterações de humor em função das dores. Desse modo, aconselha-se uma correção na postura ao sentar e ao levantar, uso de calçados baixos e confortáveis, repouso por oito horas mínimas, colchão confortável e aplicação de calor no local (AGUIAR, et al., 2013).

A distribuição do peso dependerá dos tecidos afetados a cada trimestre, sendo predominante nos primeiro e segundo, o aumento do volume abdominal e do tecido adiposo, juntamente com acréscimo de volume sanguíneo. Já a partir do terceiro, prevalecerá o aumento do volume do líquido amniótico e do feto. Porém, outras alterações como a embebição gravídica, ocasionada pela retenção de água nos ligamentos e articulações, terão relação com a postura, assim como o aumento da mobilidade da articulação sacro-ílica e da sínfise púbica, provocando aumento dos níveis séricos do hormônio relaxina (GAZANEO; OLIVEIRA, 2012).

Nesse contexto, Neme (2006) explica que ocorre inchaço das células de gordura, visto que a mulher tem uma tendência maior para acumular líquidos, com o objetivo de estocar

reservas de energia para a mãe, principalmente para o período de amamentação. No pós-parto, a prolactina assumirá o papel efetivo na produção de leite.

A fisiologia tireoidiana também sofre algumas modificações durante a gestação devido ao aumento do estrogênio resultante de uma elevação na globulina ligadora de tiroxina (TBG), o que reduz a taxa dos hormônios tireoidianos livres séricos e excita o eixo hipotálamo-hipofisário-tireoidianos. Já os níveis de tri-iodotironina total (T3) e tiroxina total (T4), resultados da elevação e redução da taxa de degradação periférica da TBG, tornam-se aumentados desde o início da gestação. A TBG se manterá inalterada até o final da gestação, atingindo um platô com 20 semanas de gestação (BÁRTHOLO; MONTEIRO; TRAJANO, 2014).

Logo, os níveis de T3 e T4 se elevam no primeiro trimestre da gestação como consequência da presença da gonadotrofina coriônica humana (HCG) e do aumento da TBG, resultando na queda do hormônio estimulante da tireoide (TSH). Assim, as frações séricas livres de tiroxina livre (T4L) e tri-iodotironina livre (T3L) continuarão nos limites da normalidade durante a gestação. Contudo, os baixos níveis séricos de TSH com T4 normal no começo não remetem a anormalidades na função tireoidiana (BÁRTHOLO; MONTEIRO; TRAJANO, 2014).

Logo, essas novas mudanças contemplam mecanismos de adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em um breve intervalo de tempo gestacional, ligando desde então à circulação sistêmica e uterina, ao metabolismo e às demandas nutricionais do corpo, que em cascata refletem-se em outros sistemas orgânicos (NEME, 2006).

Nesse sentido, todas as alterações anatomofisiológicas, ocorridas na gravidez, podem acarretar dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade em relação ao exercício da sexualidade da gestante. Prontamente, exercitar a sexualidade na gestação faz parte do processo de adaptação da mulher ao universo gestacional, envolvendo fatores que perpassam valores culturais, sociais e pessoais.

3.2 Sexualidade e gestação: ressignificando conceitos ao longo dos tempos

O termo sexualidade surgiu no século XIX, marcando diferentes conceitos além de um remanejamento de vocabulário, pode ser considerado como uma qualidade sexual, soma do impulso sexual e envolve todos os aspectos da personalidade e comunicação, como o diálogo, o afeto, o amor e os interesses em comum (GAZOLA; MACHADO, 2012).

O uso dessa palavra se estabelece em relação a outros fenômenos, como o desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos, instauração de um conjunto de regras apoiadas em instituições religiosas, judiciais, pedagógicas e médicas e também em mudanças no modo pelo qual indivíduos são levados a dar sentido e valor a sua conduta, desejos, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos (FOUCAULT, 1998).

No percurso do desenvolvimento da sociedade, a sexualidade foi marcada por intensas mudanças influenciadas por percepções e pensamentos que nortearam diferentes entendimentos surgidos a partir de diversos contextos culturais, econômicos, políticos e religiosos. Logo se torna impossível falar em sexualidade sem lembrar a herança cultural herdada dos antepassados, incluindo os aspectos morais determinantes em cada época e os padrões de sexualidade que eram considerados normais (GAZOLA; MACHADO, 2012).

Souza (2011) relata que frente ao interesse em pesquisar temáticas relacionadas ao sexo, surge a sexologia, ciência criada por Charles Kinsey, no ano de 1894, se tornando contribuinte para novas descobertas e conhecimentos sobre reprodução, gênero e sexo, sendo o palco para a influência da revolução sexual em 1960 nos Estados Unidos.

Assim, durante o percurso da história da humanidade, o campo do prazer, os desejos e sentimentos foram reprimidos, principalmente quando se tratava de mulheres, que normalmente eram coibidas neste aspecto. Elas apenas tinham direito de ser mães, procriadoras, donas de casa e avós, satisfazendo os desejos sexuais masculinos (SOUZA, 2011).

A sexualidade era interpretada como encontro do prazer entre os órgãos sexuais femininos e masculinos. A vivência da sexualidade era reconhecida pela prática sexual, sendo alvo de repressões na sociedade. A mulher era discriminada socialmente se expressasse a sua sexualidade, restringindo-se ao espaço doméstico, enquanto os homens eram pressionados para exercer a sua masculinidade em ambientes públicos (MORAIS, 2011).

Dessa forma, a sexualidade feminina não detinha destaque social e importância, uma vez que era controlada pela população masculina, sendo as mulheres submetidas a casarem virgens, não possuindo arbítrio para os assuntos que abordassem essa realidade, tanto no que tange à intimidade, quanto ao meio e comportamento social (FOUCAULT, 1998).

De acordo com os achados egípcios, Guedes (2010) afirma que a mulher exercia os mesmos direitos que o homem, com exceção de não poder servir ao exército. A mulher egípcia podia ser letrada e exercer profissões, ao contrário da situação das mulheres de outras civilizações. Já o casamento era tido como um pacto social, no qual o casal estaria em aprovação somente se os filhos fossem gerados. Porém tanto no Egito, quanto na Babilônia,

os atos sexuais entre pessoas eram institucionalizados no domínio da prostituição sagrada, não sendo compreendidos como práticas sexuais mundanas. Algumas leis existentes indicavam formas de interdição e condenação quando pessoas do mesmo sexo eram identificadas como praticantes desses atos.

Conforme o mesmo autor supracitado, a mulher não casava necessariamente por ternura ou por sensualidade, o matrimônio era antecipado com um pretendente escolhido pelo pai e a união exigia fins reprodutivos, devido à necessidade de produção de herdeiros frente aos altos índices de mortalidade infantil e às perdas nas guerras. A poligamia era aceita, assim como, o concubinato. A mulher era propriedade do homem, com quem satisfazia seus prazeres sensuais.

Na perspectiva de Foucault (1984), a formalização do casamento existia para quem possuía terras na era vitoriana. Para unir posses e ampliar os patrimônios, os pais casavam os seus filhos. A partir desse momento histórico, os valores da burguesia foram emergindo, demonstrando, assim, que a grandeza da sociedade estava marcada pela produção e pelo trabalho. Frente a isso, a Igreja começa a estimular o sexo objetivando a procriação, pois o capitalismo necessitava de filhos e seguidores.

Logo, com o surgimento do cristianismo, surge a castidade como símbolo máximo, para apagar da história o liberalismo sexual romano. Na era medieval, o corpo era pecado e a sexualidade das pessoas deveria ser controlada e contida. Eram feitas analogias à bíblia sagrada, a José como casto, Eva, a pecadora, Maria como virgem, assexuada e Jesus, o homem livre dos pecados humanos (CANDIDO DA SILVA; MEDEIROS, 2014).

Já no final do século VII, todos os comportamentos sexuais passaram a ser proibidos. Sexo era o próprio demônio e deveria ser punido e o que impulsionava o pecado deveria ser queimado. Esse ato tortuoso iniciou-se na Igreja, visto que o Estado era submisso às crenças religiosas (FOUCAULT, 1984).

De acordo com Candido da Silva e Medeiros (2014), existia um paralelo na Idade Média entre o universo masculino e feminino, onde se percebia desde os seus resquícios históricos, a autonomia masculina, marcada por suas ações, testemunhos e até mesmo nos textos literários. Em contrapartida, as mulheres demonstravam os seus sentimentos desde o desprezo ao amor exacerbado.

Conforme os teólogos da Baixa Idade Média, se a mulher quisesse fazer sexo, era preciso solicitar ao marido de maneira discreta o seu desejo. Era dever do esposo perceber a sua vontade silenciosa, a partir de gestos e expressões faciais. Porém, se o marido não percebesse o ato não seria consumado e a mulher se via impedida de protestar. No caso do

marido, a situação era diferente, pois ele deveria exigir explicitamente seus direitos e se a mulher repudiasse o sexo, havia a intervenção do confessor, o qual agia como orientador sexual e juiz neste caso (CARVALHO; LEMOS; CERQUEIRA, 2010).

Nesse âmbito, Souza (2011) destaca a realização da categorização das luxúrias, a classificação das transgressões e a sistematização dos pecados carniais, a exemplo, da masturbação, sendo abordada a partir do século XV pelos manuais confessionais e tratados penitenciais. O orgasmo solitário aborrecia os teólogos, pois não possuía finalidade procriativa, tornando-se satisfação do desejo sexual. Contudo, apesar de ser considerado pecado grave, as penitências eram brandas. Sobravam poucos dias para o sexo, que paradoxalmente se tornava uma obrigação.

Assim, Guedes (2010) descreve que os códigos canônicos estabeleciam a posição sexual a ser seguida, sendo admitido que somente o homem devesse ficar sobre a mulher, durante o coito, para expressar sua superioridade masculina, não sendo permitido o ato contrário. A Igreja não teve pudores ao determinar que os fiéis exibissem sua vida sexual, exigindo que tudo fosse dito minuciosamente. Tudo precisava ser vasculhado, os confessores procuravam sinais dos prazeres da "carne" nos pensamentos, sonhos, imagens e representações, pois o desejo poderia estar oculto, sendo o fiel obrigado a responder honestamente.

A sodomia nos séculos XIII e XIV ganhou destaque nas confissões, significando um símbolo do descontrole sexual e ato contrário à natureza. A referida prática tinha significados amplos, representando os coitos anais e orais e as relações entre pessoas do mesmo sexo, especialmente entre homens. Na Idade Média, as penas eram mais rigorosas para os homens sodomitas que para as mulheres. Na lista de classificação das luxúrias, a sodomia foi se tornando o pecado da "carne" por excelência. Além disso, no século XII, as penitências eram leves, porém entre os séculos XIII e XIV, as condenações passaram a ser muito violentas. Os sodomitas eram castrados ou condenados à morte na fogueira (DANTAS, 2010).

Com base nos relatos de Candido da Silva e Medeiros (2014) nos séculos XVII e XVIII, a sensualidade misturava-se com a santidade nas mulheres internadas nos mosteiros por diversos motivos, além dos seus interesses religiosos no Brasil e em Portugal. As razões de serem levadas ao convento eram, por serem sedutoras, vulgares, ousadas sexualmente, desobedientes e insubmissas. Os mosteiros ainda recebiam moças ameaçadas pela possibilidade de entregar-se a uma paixão, sendo “prevenidas” dos pecados da "carne", neste caso, convivia no mesmo ambiente as meninas virgens e mulheres sensuais, moças recatadas e amantes apaixonadas, estabelecendo paralelos entre a castidade e a luxúria.

Já por volta do século XVIII, o amor romântico se tornou o ideal de casamento, o erotismo expulsou a tradição de procriação, colocando à prova a duração do casamento, acontecendo por livre escolha, onde os propósitos econômicos e psicológicos do casal passaram a serem objetivos centrais. Nesse contexto, o amor cortês surge no século XIX, onde pela primeira vez na história, o homem respeitava a mulher, havendo uma sublimação ao sexo pelo respeito e amor (FOUCAULT, 1984).

Sobremaneira, a sexualidade era a temática mais predominante, desde os diários íntimos, nas obras autobiográficas, nas pregações religiosas, nas confissões dos fiéis, nos hospitais psiquiátricos, nas conferências médicas, nos processos penais, nas consultas clínicas, nas aulas dos professores e até nos tratados científicos. A medicina, a pedagogia, a psicologia e a justiça penal, juntas desenvolveram aparelhos discursivos sobre o sexo, realizando pesquisas, exigiam a revelação da intimidade, organizaram prontuários, faziam registros, produziam diagnósticos e criaram diferentes formas de tratamento (DANTAS, 2010).

Os estudos de Foucault (1998), afirmam que Sigmund Freud percebeu nos relatos de suas pacientes que apesar das repressões sexuais, a natureza carnal das mulheres mantinha-se preservada, postulando que tanto os homens como as mulheres são capazes de se excitarem sexualmente, sendo semelhantes frente aos estímulos. Apesar disso, as suas teses psicanalíticas foram vigorosamente combatidas. No século XIX foram divulgadas campanhas de educação sexual por médicos, clérigos e pedagogos, disparando medo para gerar repúdio ao sexo, alertando os indivíduos para o perigo da vida sexual.

Nessa perspectiva, Muribeca (2013) acredita que eram notórias as dificuldades para que a sexualidade fosse aceita, pois se tornava difícil conviver com uma esposa excessivamente sentimentalista e com um esposo extremamente frio. Com isso, o efeito de unir os casais foi inverso, sendo necessária para solucionar este problema, outra caracterização para o amor, a exemplo da maternidade e da paternidade. Dessa forma, a mulher ganha um lugar social de destaque, de mãe higiênica, ligada à família e à maternidade, tornando-se passiva e ingênua, desfocando-se dos prazeres do corpo e do gozo do sexo.

Porém a sexualidade não deixa de estar ligada ao corpo, pois é através dele que ela se manifesta, sendo algo que foi construído socialmente. Com a relação à prática da sexualidade durante o período gravídico, esta por sua, é influenciada pelas modificações anatômicas, fisiológicas e psicológicas que a mulher passa durante este período (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010; SALIM, ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Ainda de acordo com os autores supracitados, o sexo durante a gravidez é um tema delicado para os casais, pois apesar da mulher sentir que algo de fato foi modificado, não se

encontra à vontade para discutir sobre o assunto. Nessa perspectiva, esse tema não se limita apenas ao ato sexual, pois há outras maneiras de expressar amor, proteção e carinho entre o casal, visto que a mulher gestante encontra-se mais sensível psicologicamente durante este período.

A vivência da sexualidade, tema restrito ao sexo, seguiu por séculos a hegemonia social, servindo como suporte para os meios de saúde poder controlar a subjetividade das pessoas através da sexologia, da educação sexual e das práticas de cuidado com o corpo (MORAIS 2011).

Nesse paralelo, o mesmo autor afirma que a sexualidade é geralmente considerada enquanto sinonímia de relação genital entre os sexos, envolvendo sentimentos, excitações e atividades que proporcionam prazer, assim como a simbolização do desejo, indo além da sexualidade, não sendo restrito totalmente à atividade sexual. Nesse âmbito, as mulheres perceberam que essa prática deve estar presente na relação afetiva do casal, envolvendo o diálogo, a compreensão mútua, companheirismo, amor e respeito.

Para Zucco e Minayo (2009), é do próprio gênero feminino a conexão do sexo ao sentimento de amor, que mantém um significado cultural que complementa os corpos em uma relação entre o casal, o qual se baseia no agrado à vida gestacional concebida pelo matrimônio.

O sexo e a sexualidade caminham em direção a busca do prazer, pois mesmo a mulher estando grávida e o seu corpo alterado, possui desejos e necessidades. Existindo uma boa comunicação, uma relação de respeito e confiança, é possível encontrar encorajamento e alternativas aos desconfortos característicos desse evento, a exemplo de posições adaptativas que possam garantir a sexualidade prazerosa do casal, visto que o desejo sexual é algo que depende da interação dos parceiros. Da mesma maneira, é importante que a mulher se sinta amada e atraente, que a sua autoestima seja exercida, independentemente de qualquer fator extrínseco ou intrínseco, adaptando-se assim à nova realidade, para que a sua sexualidade e o bem-estar sejam garantidos (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Para Sarmiento e Setúbal (2012) é possível observar uma maior interação e prazer na vida conjugal quando há liberdade de expressão da sexualidade e de práticas sexuais durante a gestação. No entanto, nos primeiros meses, os enjoos, cansaços, náuseas, dores nos seios e preocupações corriqueiras podem colaborar para reduzir o contentamento e o desejo sexual da mulher.

Essas alterações são permeadas por tabus e conceitos originados na antiguidade, onde não era aconselhável ter relações sexuais nessa fase da vida. Dessa forma, inúmeras

dúvidas e angústias foram geradas, inquietações estas relacionadas a fatores culturais fortemente influenciáveis que se entrecruzam no emocional das gestantes, principalmente frente ao medo do desconhecido (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Dessa maneira, os mitos, as ações imaginárias, as questões religiosas e socioculturais, interferiam na vida do casal e ainda são passíveis de ser encontrados na atualidade. Os mitos se relacionam com a visão de impureza e fragilidade do corpo feminino, visto como fonte de poluição, e quando ligados à gestação, tornava a gestante insegura ao exercer sua sexualidade na gravidez (SOIFER, 1992).

Existe ainda na sociedade a ideia de que durante a gravidez o desejo sexual masculino e feminino seja modificado e inibido. Logo, a gravidez pode desafiar conflitos latentes, podendo constituir-se enquanto um teste de maturidade emocional para os cônjuges. Assim, novos papéis serão definidos, os sentimentos de maternidade e paternidade surgirão, podendo ocupar a relação existente de homem-mulher, interferindo no desejo sexual. Portanto, a libido da mulher varia, dependendo de fatores como condições psicológicas e do grau de aceitação da gravidez, além da capacidade de se sentir amada e valorizada pelo parceiro (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Em oposição, Sarmiento e Setúbal (2012) referem que algumas mulheres vêm liberar sua sexualidade mais espontaneamente quando grávidas, sentindo pela primeira vez o pleno orgasmo. Contudo, se o casal não se sente à vontade, outras maneiras poderão ser experimentadas, lançando mão da criatividade para a descoberta de novas fontes de prazer e satisfação mútua. Em alguns casos a figura masculina pode sentir-se surpreendida diante do comportamento de suas companheiras, acreditando que determinado comportamento não condiz com a imagem culturalmente idealizada da figura materna, associando-a à figura da própria mãe, assumindo um forte componente incestuoso à relação do casal.

Todavia, destaca-se que a sexualidade na gestação pode trazer benefícios significativos para o casal, pois a relação sexual durante esse período colabora para a manutenção do tônus da região pélvica, privilegiando o parto e mantendo a capacidade da mulher sentir prazer, além de contribuir para o relaxamento e satisfação da mãe. Porém, apesar das vantagens do ato, o mesmo pode sofrer interrupções quando representa uma ameaça de aborto, sangramento, vazamento de líquido e quando há histórico de parto prematuro, infecções, dores e dilatação do útero (SOIFER, 1992).

O período de aparição dos fatores condicionantes deste ato (modificações anatômicas, fisiológicas e psicológicas), variam de gestante para gestante, com relação as alterações corporais (aumento do peso, do abdome e das mamas), Costa et., al (2012)

observou em seu estudo que essas ocorrem de forma significativa no segundo e terceiro trimestre.

No segundo trimestre, de acordo com Neme (2006), grande parte das mulheres relata aumento da disposição e da energia em decorrência das elevadas taxas do hormônio de crescimento (GH) e do aumento da libido.

Além disso, Lima (2013) enfatiza que a vagina fica mais sensível frente à vascularização regional aumentada, precisamente no sexto mês de gravidez, havendo um volume de sangue 50% maior que o normal circulando no organismo materno, o que estimula uma lubrificação adicional, fator este favorecido pela intensa atividade glandular. Ocorre ainda um aumento na espessura da mucosa vaginal, facilitando a penetração o que propicia um melhor relaxamento feminino. Devido ao desconforto ocasionado pelo crescimento abdominal, a posição recomendada e aceita é a lateralizada, com a barriga apoiada em um travesseiro, dando um maior suporte corporal, além de auxiliar no controle do ato em si.

Neme (2006) destaca que no terceiro trimestre, ocorre um aumento da interferência de fatores orgânicos e da ansiedade em relação ao parto, o que provoca indisposição frente à compressão da caixa torácica a partir do crescimento do abdome, aumentando o desconforto e o edema nas regiões periféricas. Tais constituintes, associados à preocupação com o momento do parto, além da minimização da libido, costumam fragilizar outra vez o envolvimento do casal.

Para Macola, Vale e Carmona (2010), o momento da gestação é propício para o autoconhecimento e descobertas da mãe sobre si e o seu novo papel. Dessa forma, os profissionais de saúde deverão compreender e atentar para os sentimentos que abarcam a gestante, os quais influenciarão de forma direta o binômio mãe/filho. Recomenda-se que as ações oportunizem a abertura para a discussão, amparo, encorajamento e identificação dos aspectos positivos de suas experiências a partir do monitoramento de declarações da gestante para que as suas necessidades individuais sejam atendidas.

Ademais, durante a assistência pré-natal, se torna imprescindível a implantação de estratégias que estabeleçam metas realistas, valorizando cada progresso da gestante, como medos, dúvidas e anseios, levando à percepção da gravidez como um acontecimento único e significativo, não relacionado a um fardo. Embora seja considerado um programa de pré-natal desafiador, a equipe multiprofissional deverá estar preparada para prestar esse suporte. Assim, o grau de autoestima da gestante é identificado na literatura como um dos aspectos importantes para a conexão com o marido e o filho. Dessa maneira, o acompanhamento pré-

natal oportunizará essa investigação, assim como as intervenções cabíveis (MACOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Nessa perspectiva, acredita-se que seja importante compreender como as mulheres exercem e vivenciam sua sexualidade durante o período gestacional para que possam sentir-se seguras e confiantes durante o avançar desse ciclo evolutivo, considerando também o entendimento dessas gestantes na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

3.3 Políticas públicas e os direitos reprodutivos da mulher

A situação social das mulheres é marcada historicamente pelo domínio do poder masculino, o que persiste no mundo moderno, mesmo diante dos avanços alcançados socialmente. Identifica-se que a igualdade entre os sexos ainda não foi efetivamente alcançada, uma vez que inúmeras mulheres não possuem autonomia para assumir o controle de suas vidas e do próprio corpo, estabelecendo na maioria das vezes, deveres e papéis de submissão com os companheiros, tornando as suas necessidades e o direito de negação irrespeitáveis (ANJOS, et al., 2013).

Nesse contexto, o mesmo autor afirma que foi necessária a intervenção do estado para a criação de políticas públicas que atuassem nas necessidades específicas e na ampliação do escopo social e político da mulher, com intuito de contornar o quadro histórico e cultural, para que os direitos sexuais e reprodutivos fossem assegurados. Desse modo, mesmo diante das garantias estabelecidas pelo Estado após a implantação de políticas públicas que incluem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, o acesso aos serviços e ações de saúde de qualidade infelizmente não acontece de maneira efetiva no Brasil.

Diante desse contexto, a salvaguarda sexual e reprodutiva representam conjuntos de direitos que têm como base os princípios de universalidade, indivisibilidade e interdependência. Todos interligados, mesmo que compreendidos de maneira diferente. Frente ao reconhecimento por parte dos direitos humanos, a sexualidade e a reprodução humana necessitam de normas jurídicas para a sua promoção e implementação (VIOTTI, 1995).

Os direitos reprodutivos referem-se ao conjunto de normas e leis relacionadas à autonomia de homens e mulheres para tomarem a decisão de ter ou não filhos, a quantidade e quando desejam reproduzir, utilizando-se da autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual (CARVALHO; DE SOUSA CARVALHO, 2012).

A igualdade e a liberdade no campo da vida reprodutiva garantem a ancoragem no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e

responsavelmente sobre o número de filhos, como também ter o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o direito de tomar decisões sobre a reprodução (BRASIL, 2005a).

Desse modo, a interferência do Estado deve-se à necessidade de não discriminação, pela não coerção e não violência. Já o conceito de direitos sexuais refere-se a um conjunto de leis que dizem respeito à liberdade sexual, autonomia, integridade, segurança, privacidade, prazer, escolhas livres e isentas de pressões, informação e exercício às formas de expressão sexual, o que se entende tratar a sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática (BRASIL, 2005).

De acordo com Lemos (2014) muitos desses direitos já se encontram legitimados por leis específicas e por jurisprudências, porém ainda há resistência de grupos religiosos. Nessa perspectiva, os direitos sexuais são inseridos nos direitos reprodutivos como se fossem complementos, devido ao não reconhecimento de uma parte da sociedade, podendo ser compreendidos também enquanto estratégia para o desenvolvimento de políticas.

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, baseada na especificidade biológica e no papel social da mulher mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais membros da família. A primeira iniciativa governamental no sentido de oferecer serviços na área da reprodução foram os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, contemplando a prevenção da gestação de alto risco. Tais programas, foram vigorosamente criticados pelo movimento feminista brasileiro, devido ao acesso a alguns cuidados de saúde ser somente no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011).

Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, o planejamento familiar passou a ser defendido dentro do contexto da saúde integral da mulher. O movimento revelava as desigualdades estabelecidas entre homens e mulheres, a exemplo dos problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (BRASIL, 2011).

Dessa forma, Costa et al. (2012) afirma que o MS publicou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres. Tal Programa propõe atender a saúde da mulher durante seu ciclo vital, trabalhando todos os aspectos de sua saúde, como a prevenção do câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar, tratamento para

infertilidade, atenção ao pré-natal, parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, doenças ocupacionais e mentais.

Entretanto, foi formulada em 2003 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) a partir da observação da necessidade de se introduzir pressupostos na promoção da saúde nas políticas. Assim, os princípios e diretrizes dessa nova criação foram discutidos em parceria com inúmeros segmentos da sociedade. Diferentemente da criação das políticas anteriores, ela abrange as necessidades das mulheres brasileiras, para que os índices de morbidade e de mortalidade aconteçam por causas preveníveis e evitáveis (BOGORNI; SEHNEM, 2011).

Apesar de ter dado pouca ênfase à responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade, as questões da reprodução foram bem representadas, dando importância para a elaboração da Constituição Federal de 1988, representando o compromisso do poder público com as questões reprodutivas (COSTA et al., 2012).

A Constituição de 1988 traçou um marco igualitário para homens e mulheres, avançando nas políticas públicas, que influencia a formulação de ações de prevenção, promoção e proteção à saúde da mulher. Nos anos 90, grandes acontecimentos foram importantes para fundamentar a plataforma dos direitos humanos com os movimentos de mulheres, o que os reafirmou de maneira transnacional (BRASIL, 2004).

A criação e incorporação do PAISM representa um importante avanço para as políticas de saúde, sobretudo no que se refere às histórias de desigualdades de poder entre homens e mulheres, dificuldades essas que geram forte impacto nas condições de saúde e fecundidade, sendo as questões de gênero um dos determinantes a ser considerado na formulação de propostas (BRASIL, 2008).

Nesse âmbito, com a finalidade de controlar o crescimento populacional e o desenvolvimento econômico, surgiu a teoria do Malthusianismo, criada por Tomas Robert Malthus (demógrafo inglês), cuja visão dominante enfatizava o crescimento populacional ampliando-se a uma progressão geométrica, enquanto o crescimento da oferta de alimentos em progressão aritmética, de acordo com o aumento populacional. Esta teoria ganhou destaque e atenção voltada para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, responsabilizando as famílias numerosas por sua própria pobreza, sendo estas impostas a abstinência sexual e medidas coercitivas, influenciando assim, o pensamento demográfico, o qual ganhou força nos anos de 1950 até o final do século XX (NEGRÃO, 2012).

Entretanto, de acordo com Negirão (2012), apesar de vários autores considerarem a neutralidade do Estado brasileiro na implantação da teoria, instituições internacionais atuaram

no Brasil nas décadas de 70 e 80, realizando procedimentos de esterilização nas mulheres, práticas estas investigadas no Congresso Nacional em 1992, antecedendo assim a Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo, onde foram discutidos novos conceitos e pactuações.

Com a queda generalizada da fecundidade no mundo, surge uma mudança de paradigma, considerando o planejamento familiar na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Logo, devido às questões relativas à reprodução como parte da pauta mais ampla de direitos humanos, tais prerrogativas se mostraram importantes para a efetivação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994 (CARVALHO; DE SOUSA CARVALHO, 2012).

Camarano (2013) afirma que a CIPD teve como objetivo trabalhar a queda das taxas de crescimento populacional e a estabilização da população mundial em níveis compatíveis com os recursos do planeta, não contemplando os direitos reprodutivos em si, mas o empoderamento da mulher. Vários aspectos como envelhecimento, migração internacional, juventude, sobremortalidade masculina e fecundidade abaixo dos níveis de reposição, não receberam atenção devida na CIPD.

Nesse contexto, foi realizada a primeira Conferência Regional de População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe em agosto de 2013, a qual priorizou o envelhecimento populacional, representando assim, um grande progresso e inúmeras reflexões, sendo elaborado um documento para subsidiar o documento final, chamado de Cairo+20 (CEPAL, 2013).

Mediante a comunidade internacional da CIPD, foram elencadas três metas a serem alcançadas até o ano de 2015, sendo, a redução da mortalidade infantil e materna, o acesso à educação para meninas e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, além da inclusão do planejamento familiar - Lei n.º 9.263/1996 (ALVES, 2014).

A Lei do Planejamento Familiar dispõe sobre as ações de anticoncepção, devendo esta ser garantida a todas as mulheres e homens em idade fértil, adultos(as) e adolescentes, que optarem por utilizar métodos e meios para o controle de sua fecundidade (BRASIL, 2005).

Em parceria estabelecida entre Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres em 2005, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi lançada a Política Nacional de Planejamento Familiar, fortalecendo a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, incluindo nesta política a prática da vasectomia na Política Nacional de Cirurgias Eletivas e credenciamento de novos serviços nos hospitais públicos para a realização de laqueadura, juntamente com o credenciamento do Programa Farmácia

Popular em farmácias e drogarias com preços subsidiados pelo Ministério da Saúde. É importante destacar ainda a implementação da presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto nos hospitais públicos e em convênio com o SUS (BRASIL, 2008).

Alves (2014) afirma que os direitos humanos femininos são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social nos âmbitos nacional, regional e internacional, a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional. O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder controlar sua fecundidade, são características fundamentais de programas relacionados à população e ao desenvolvimento.

Nesse prisma, Mattar e Diniz (2012) afirmam que os movimentos feministas encaram questões desafiadoras, a exemplo da efetivação dos direitos reprodutivos que já são garantidos por leis e a ampliação e inserção da educação sexual, acessibilidade à informação, recursos contraceptivos, pré-natal, parto, pós-parto, licença-maternidade, creche e educação infantil. A maternidade foi e ainda é desde o seu contexto sociocultural um parâmetro imposto e forçado na sociedade a ser assumida, sendo vista ainda como a principal função social da mulher, tendo esta que exercê-la independente dos fins.

Os mesmos autores asseveram que no relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a maternidade garantida é aquela em que há o respeito aos direitos primordiais da pessoa humana, relacionada aos parâmetros mínimos de direitos humanos, que vinculam saúde e proteção à maternidade. Entre eles, destacam-se o direito à vida; direito à liberdade e segurança pessoal; direito à não discriminação da mulher; direito à saúde e direito à proteção na maternidade.

Sendo assim, como parte integral dos direitos humanos providos na IV Conferência Mundial da Mulher realizada em Beijing, Pequim em 1995, as recomendações do documento estão direcionadas com vistas a sensibilizar a mulher acerca de sua autonomia de acordo com o local em que vivem, sendo apoiadas pelo princípio de justiça e dos direitos humanos, para a promoção do desenvolvimento sustentável e igualitário em todas as nações, mesmo existindo a desigualdade de gênero (LEMOS, 2014).

Mattar e Diniz (2012) ressaltam que o conceito de saúde e de direitos reprodutivos surgiu para acrescentar às políticas populacionais, fundamentadas a partir das Conferências das Nações Unidas em 1994 e da reiteração da IV Conferência Internacional sobre a Mulher

em 1995. A visibilidade internacional, integrada aos direitos humanos, abrangeram o exercício e a vivência da sexualidade sem constrangimentos, como também a maternidade voluntária e a contracepção individual.

Falando-se dos direitos das mulheres, especificamente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva, cabe enfatizar que o planejamento familiar, inserido na Estratégias de Saúde da Família (ESF), necessita realizar ações voltadas à saúde integral da mulher, não restringindo-a a seu papel social de procriação, mas abrangendo a prevenção da gravidez indesejada, que, por conseguinte, poderá levar ao aborto induzido (ANJOS et al., 2013).

Diante de tais entendimentos, verifica-se que a saúde integral da mulher se resumia a dois campos: um no plano das reivindicações políticas, envolvendo demandas sobre o Estado, como a discriminação, acesso aos métodos contraceptivos e legalização do aborto e no segundo; o plano do atendimento médico, com reivindicações na mudança na qualidade da relação médico-paciente, pré-natal, parto com qualidade e acesso à informação nas consultas sobre anatomia e procedimentos médicos. Em seguida, foi adotado pela OMS em 1988, o debate sobre saúde integral, evoluindo o conceito para “saúde reprodutiva” (ÁVILA, 2003).

Entretanto, as mulheres ainda lutam pelo reconhecimento legal da autonomia sexual e reprodutiva, visto que sem as políticas públicas, os avanços efetivos são limitados. Nesse contexto, cabe citar o abortamento provocado, que representa uma das principais causas de mortalidade materna no mundo. Em alguns países, já existe a legalização, porém no Brasil envolvem aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais, os quais comprometem a autonomia da mulher sobre o seu corpo (BRASIL, 2011a).

Nesse prisma, outras variáveis como raça/etnia e pobreza, agravam ainda mais as desigualdades, necessitando de formulação, implementação e de avaliação das estratégias de intervenção governamental na área. Com isso, para garantir um melhor atendimento às mulheres, o Ministério da Saúde incluiu o quesito raça/cor no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) prestado pelos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS e no Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). No caso das mulheres indígenas, foi criado um grupo intra-setorial com a participação destas, implantando atenção integral à saúde com o apoio de gestores municipais e estaduais (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, verifica-se a importância que a assistência pré-natal passa a assumir frente à saúde materna e neonatal. Assegurar uma assistência apropriada significa prevenir, diagnosticar e tratar os acontecimentos indesejáveis na gestação, além de nortear para evitar

problemas específicos do parto, garantindo cuidados imediatos ao recém-nascido (SCHERER; CUPPINI; PÉRICO, 2010).

Cabe destacar ainda a importância de uma assistência holística, capaz de considerar no planejamento familiar quesitos importantes como o acesso à informação no que se refere aos métodos contraceptivos e as técnicas disponíveis para concepção e anticoncepção seguras, para que não se coloque em risco a vida e a saúde das pessoas que as utilizarem (BRASIL, 2005).

Ante o exposto, verifica-se, portanto, que a política nacional voltada às mulheres é constituída pelos princípios de igualdade, respeito à diversidade, autonomia, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação do controle social, assegurando o cumprimento de tais propostas na sua integralidade e equidade de gênero, raça e etnia para que desse modo, a mulher possa obter o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2008).

4 Método



Fonte: Internet, 2015.

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. De acordo com Pinto (2010, p. 21) os estudos exploratórios “limitam-se a definir objetivos e buscar maiores informações e ideias novas sobre o tema em questão, buscando familiarizar-se com ele”.

A abordagem qualitativa contempla uma perspectiva caracterizada por sentidos, significados, motivações e aspirações no que se referem às crenças, comportamentos e atitudes, sendo as relações humanas um dos componentes centrais em consonância com o objeto de estudo (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2010).

Nesse contexto, esta pesquisa relaciona-se à abordagem qualitativa e ao enfoque exploratório-descritivo por buscar o conhecimento e descrever a essência e as características do objeto estudado, que neste caso é a sexualidade frente à dinâmica gestacional, seus impactos e reflexos na vida da mulher grávida, além das circunstâncias implicadas nesse processo e as impressões dessas mulheres frente às políticas sexuais e de direitos reprodutivos.

4.2 Cenário e local do estudo

O estudo foi desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Cuité, PB, especificamente na USF Raimunda Domingues de Moura. A escolha pelo cenário da pesquisa partiu pelo maior quantitativo de gestantes em acompanhamento no Pré-Natal no período de realização da pesquisa.

O referido município encontra-se localizado na microrregião do Curimataú Ocidental, apresentando uma área de 741. 840 km cujo bioma predominante é a caatinga e sua economia é voltada principalmente para a prestação de serviços. Logo, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, Cuité apresenta uma população de 19.978 habitantes.

4.3 População e amostra

Fizeram parte do estudo, gestantes usuárias do SUS, cadastradas no SISPRENATAL na área de abrangência da USF Raimunda Domingues de Moura do município de Cuité-PB.

Participaram da pesquisa 13 gestantes, que estiveram realizando efetivamente as consultas oferecidas pelo serviço.

Participaram desse estudo, gestantes residentes na área de abrangência da USF Raimunda Domingues de Moura, maiores de dezoito anos, que realizaram adequadamente as consultas preconizadas pelo SISPRENATAL. Foram excluídos do estudo as gestantes cadastradas no Sistema de Pré-Natal de outras USF's; que pariram antes do período de coleta do material empírico; que abandonaram o acompanhamento e consultas do Pré-Natal durante o período de realização das entrevistas; que se recusaram em participar do estudo.

A partir desses critérios, a amostra foi composta por 13 gestantes.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta do material empírico, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A), contendo questões subjetivas acerca da vivência da sexualidade da mulher durante a gestação e seus conhecimentos frente às políticas públicas de saúde sexual e dos direitos reprodutivos, além de dados de caracterização dos sujeitos, a saber: idade, estado civil e semanas de gestação.

O roteiro de entrevista semiestruturado é composto pela elaboração de questões cujas respostas previstas poderão ser fechadas ou abertas. Logo, compõem protocolos verbais que consistem em registros escritos e gravados em áudio. Podem ser ainda registrados os movimentos corporais e atitudes para explicar determinados acontecimentos no ambiente de coleta de dados. As escolhas desses tipos de instrumentos proporcionaram uma maior liberdade nas respostas por parte dos entrevistados (XAVIER, 2010).

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2014

Para que a investigação fosse iniciada houve um contato da pesquisadora com a coordenadora da ESF do município de Cuité, informando-a sobre o estudo e solicitando autorização para realização desta pesquisa, bem como, para a utilização formal do nome da instituição no relatório final. Para a execução das entrevistas, os encontros foram marcados obedecendo a melhor opção para as colaboradoras, priorizando um ambiente que fornecesse privacidade e comodidade à gestante.

Assim, para facilitar o processo de obtenção das narrativas, as perguntas e respostas foram gravadas com o auxílio de um aparelho de telefonia móvel (celular), garantindo-se prioritariamente o sigilo dos participantes. As perguntas permitiam um relato espontâneo, capaz de gerar elementos suficientes para a pesquisadora transcrevê-los e interpreta-los posteriormente. Foi utilizado ainda o caderno de campo, instrumento onde a pesquisadora registrava suas impressões e achados durante o contato com os sujeitos da pesquisa e a realização das entrevistas.

O caderno de campo é uma ferramenta fundamental para o andamento e êxito de uma investigação científica, visto que deve conter anotações e apontamentos detalhados de simbologias, informações, observações e reflexões que podem surgir durante a pesquisa (BURGESS, 2001).

4.7 Análise do material empírico

Para a análise do material empírico, foi utilizada a técnica de Análise do Conteúdo (AC) sugerida por Bardin (2009), entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, tratando as informações provenientes das falas dos sujeitos investigados sobre determinado assunto, de modo que seja possível centralizar as ideias e categorizá-las tematicamente.

A técnica de análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: 1) pré-análise – onde são desenvolvidas operações preparatórias para a análise propriamente dita, como escolha dos documentos a serem analisados ou definição do *corpus*; 2) exploração do material ou codificação - processo no qual os dados brutos serão transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico, colocando em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples ou mais complexa como a análise fatorial (BARDIN, 2009).

4.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi realizada com base nos preceitos éticos propostos pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contempla as pesquisas e testes envolvendo seres humanos. De acordo com as exigências da referida Resolução,

preconizou-se a obrigatoriedade das participantes ou representantes das mesmas, estarem devidamente esclarecidas sobre os procedimentos adotados durante a pesquisa e os possíveis riscos e benefícios (BRASIL, 2012).

Frente à necessidade do sigilo e baseando-se na Resolução 466/12, verifica-se que existem riscos inerentes às pesquisas que envolvem seres humanos podendo ser eles imediatos ou tardios e, portanto, a presente pesquisa poderia apresentar o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo relacionado ao conteúdo apreendido. Entretanto, para que não acontecesse tal fato, a pesquisadora adotou os cuidados necessários para evita-los, através da preservação da privacidade das entrevistadas pela garantia do anonimato por meio do uso de siglas; pelo uso exclusivo das informações colhidas apenas para a execução do projeto em questão, e pelo agendamento das entrevistas com as colaboradoras conforme a disponibilidade das mesmas, respeitando todos os quesitos constantes na referida Resolução e suas complementares na execução deste estudo.

Logo, as informações inerentes à pesquisa foram descritas no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TLCE) (APÊNDICE B), o qual discerniu e esclareceu o sujeito da pesquisa, podendo ele tomar livre decisão de forma justa e sem constrangimentos acerca de sua participação, levando em conta sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa da fala, livre e esclarecida sem que houvesse qualquer prejuízo para ambos.

Anterior à realização da pesquisa, as participantes foram esclarecidas acerca do objetivo da mesma e da possibilidade de que poderiam retirar-se desta em qualquer fase de sua realização sem que sofressem danos de qualquer natureza. Tendo esclarecido tais questões, foi solicitada a assinatura do TCLE em duas vias, visto que uma ficou com a pesquisadora e outra com a colaboradora. Cabe enfatizar que visando caracterizar os sujeitos, foi atribuída a sigla “E” (Entrevistada) seguida da ordem sequencial da entrevista.

5 Análise e Discussão do Material Empírico

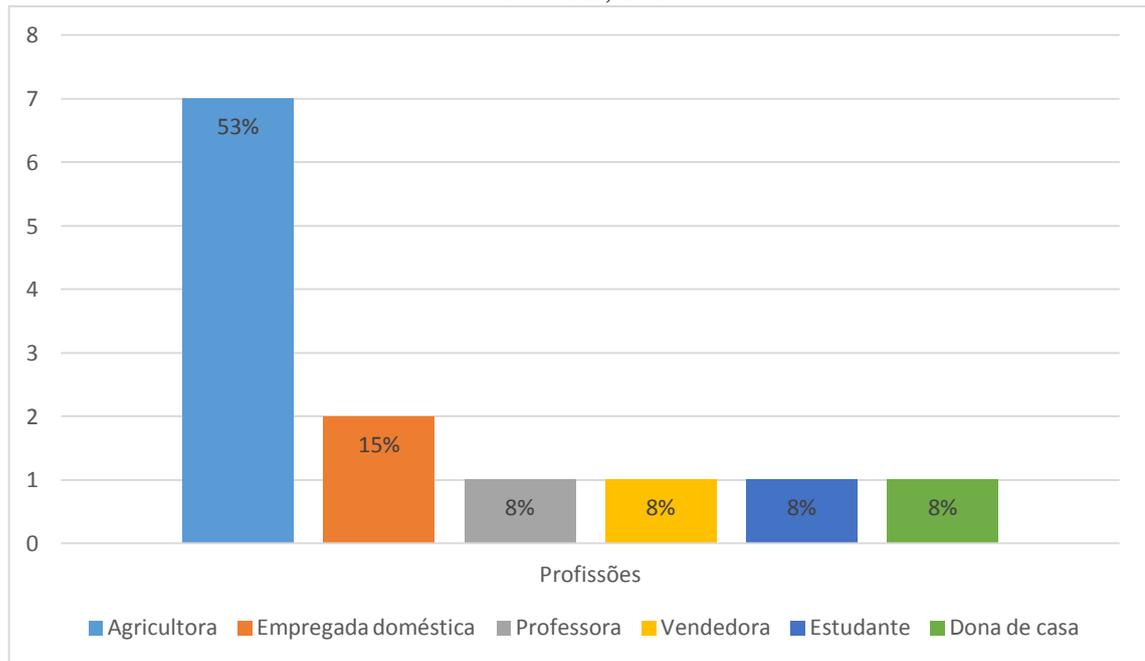


Fonte: Internet, 2015.

5.1 Caracterização das participantes

A seguir serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação, organizados em tópicos envolvendo a caracterização das participantes e as categorias analíticas construídas a partir dos objetivos propostos.

Gráfico 1 - Profissão das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB, 2014.

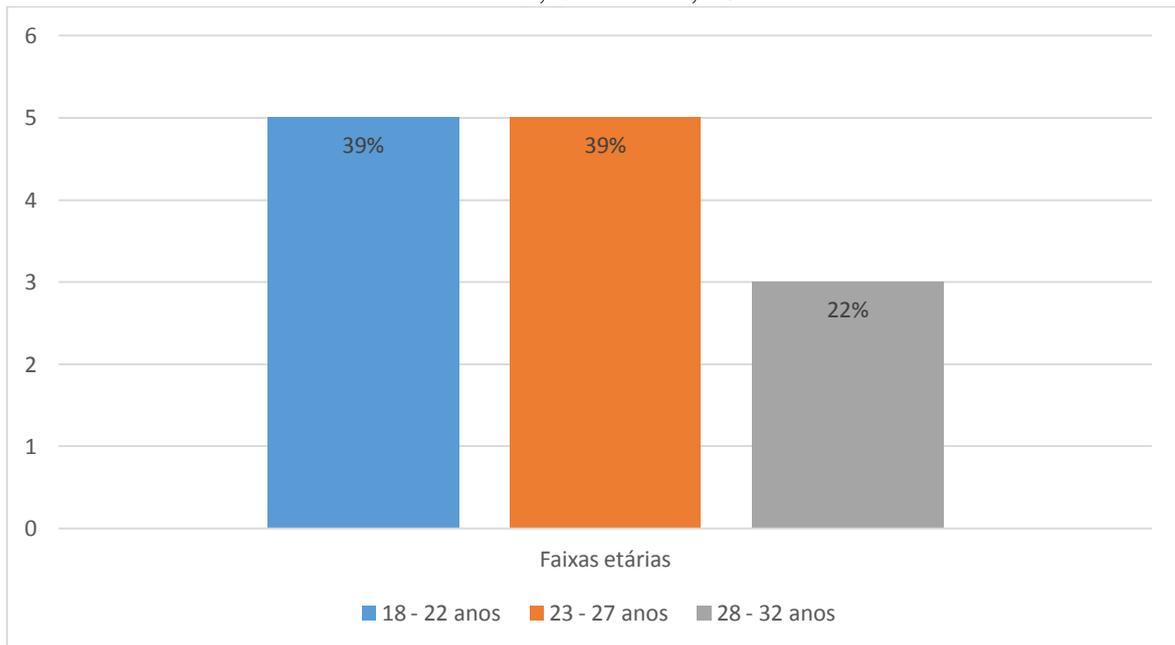


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Verifica-se que o maior número de gestantes entrevistadas (53%) tem a agricultura como profissão. Tal característica pode ser justificada pelo povoamento da zona rural de Cuité, cujo meio de produção é o trabalho manual e agrícola no campo e pelo fato de aproximadamente 42% da população cuiteense habitar a zona rural deste município (BRASIL, 2005b).

Corroborando com as informações trazidas no gráfico, constata-se que principal atividade econômica da referida cidade é a agropecuária. Na agricultura destacam-se a produção de sisal, algodão, mandioca, feijão e milho. Na pecuária sobressai-se a criação de bovinos, caprinos e ovinos (BRASIL, 2005b).

Gráfico 2 – Faixa etária das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB, 2014.



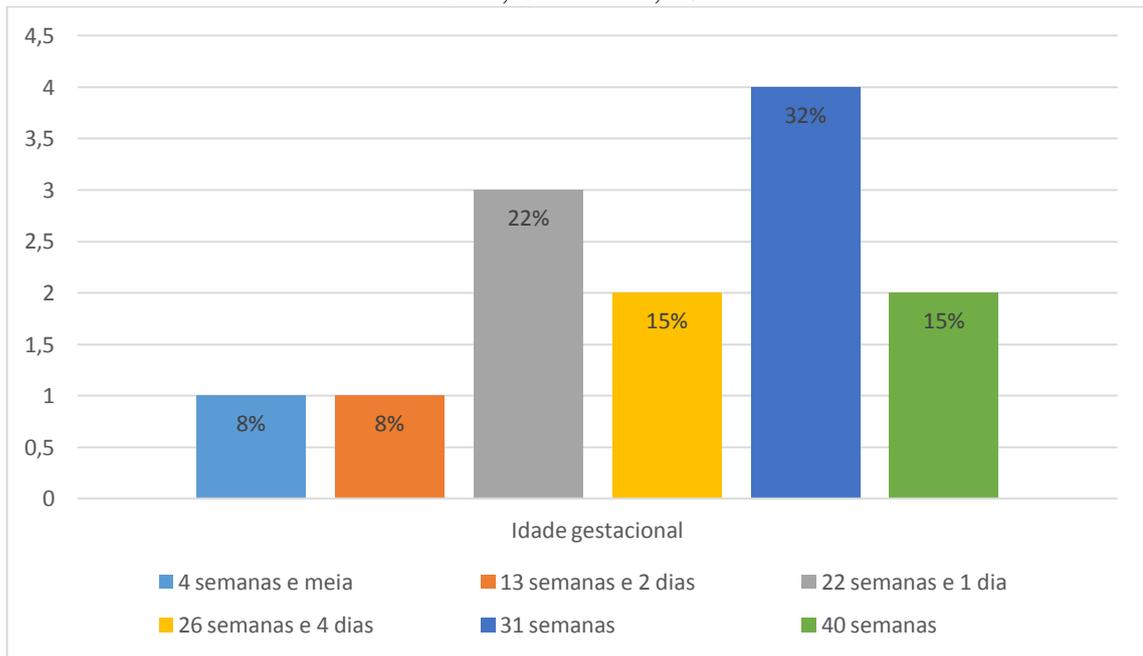
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No presente estudo a idade das gestantes variou de 18 a 32 anos, demonstrando que a faixa etária de maior proporção se encontra no período de 18 a 27 anos, tendo em vista que a opção por tornar-se mãe se deu majoritariamente na fase jovem e na fase adulta.

Contrário ao que consta no gráfico 2, os estudos de Carolan et al (2011) revelam que em inúmeros países tem se verificado uma elevação significativa na frequência de mulheres gestantes com idade superior a 34 anos e redução de mulheres grávidas com menos de 20 anos.

De acordo com Santos et al (2009), na realidade brasileira os nascimentos procedentes de mulheres com 35 anos ou mais aumentaram de 7,95% do total de nascidos vivos em 1996 para 9,55% em 2006. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referentes ao ano de 2005 revelam que mulheres com 35 anos ou mais tiveram 279.190 filhos nascidos vivos, enquanto em 2010 este quantitativo foi 299.183, ou seja, um aumento de aproximadamente 7,2%.

Gráfico 3 – Idade gestacional de mulheres acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB, 2014.



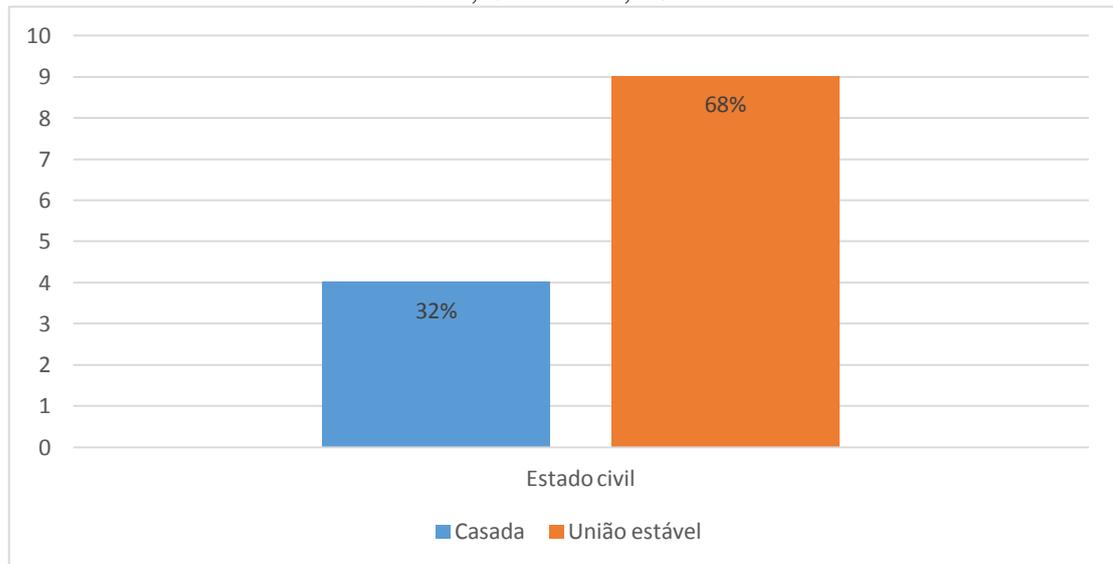
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A partir do gráfico 3, constata-se que o período gestacional das mulheres entrevistadas variou amplamente entre os três trimestres do ciclo gravídico, situando-se entre 4 e 40 semanas, sendo que 32% das participantes encontravam-se com 31 semanas, ou seja, no terceiro trimestre da gestação e 22% com 22 semanas e um dia.

Os estudos de Vieira et al (2012) expressam que apesar do avanço da gravidez, mulheres podem manter uma relação sexual no terceiro trimestre da gestação, desde que a gestante sinta-se confortável para o desempenho do ato.

Já os achados de Barbosa et al (2011) destacam que durante o terceiro trimestre, a prática sexual torna-se quase inexistente, devido ao cansaço que as alterações gravídicas provocam nas mulheres, como cansaço, fadiga, insônia, aumento das contrações uterinas e aumento abdominal.

Gráfico 4 – Estado civil das gestantes acompanhadas na USF Raimunda Domingues de Moura, Cuité - PB, 2014 – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014

No que se refere ao estado civil, 68% das entrevistadas mantêm uma relação estável enquanto que 32% são casadas, logo identifica-se que não houve solteiras entre as participantes do estudo.

Nesse contexto, cabe citar o estudo de Belarmino et al (2009) ao revelar que 60% das grávidas eram casadas ou viviam em união estável. Os mesmos afirmam que quando se trata de gravidez e maternidade, a precocidade das uniões conjugais é importante, mesmo que em residências separadas.

Evidências apontam que a gestação evolui mais adequadamente quando o cônjuge compartilha daquele momento. Essa constatação ocorreu como resultado das comparações encontradas em pesquisa realizada envolvendo 198 gestantes com o objetivo de analisar se sua qualidade de vida varia no primeiro, segundo e terceiro trimestres (MAGALHÃES et al., 2006).

Quando se descobre que a gestante é “mãe solteira”, sentimentos de mágoa, rancor e arrependimento são exaltados por elas, afetando negativamente suas concepções acerca da sexualidade e comportamentos em consequência da confusão emocional e do anseio que a maioria das mulheres tem de compartilhar a gravidez com um companheiro e/ou marido (REZENDE; SOUZA, 2012).

O quadro a seguir apresenta os objetivos propostos inicialmente e as categorias analíticas elaboradas a partir das falas das entrevistadas. Após as entrevistas coletadas, foram delineadas duas categorias: “*Gestação e Sexualidade: o sentido que se expressa em uma multiplicidade de dimensões*” e “*Saúde Sexual e sua interface com os Direitos Reprodutivos: desvelando o saber de gestantes*”.

Quadro 1 - Apresentação dos objetivos conforme as categorias analíticas

Objetivos específicos	Categorias temáticas
1- Revelar o significado da sexualidade sob o ponto de vista de gestantes;	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação e Sexualidade: o sentido que se expressa em uma multiplicidade de dimensões.
2- Descrever a interpretação de gestantes no que se refere às modificações corporais e sua sexualidade;	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação e Sexualidade: o sentido que se expressa em uma multiplicidade de dimensões.
3- Descrever a visão de gestantes acerca das políticas públicas de saúde sexual e dos direitos reprodutivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Sexual e sua interface com os Direitos Reprodutivos: desvelando o saber de gestantes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2 Gestação e Sexualidade: o sentido que se expressa em uma multiplicidade de dimensões

A sexualidade é uma temática que envolve dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, as quais são interdependentes e inter-relacionadas. Os aspectos culturais e sociais de uma determinada região e/ou geração podem influenciar, de modo positivo ou negativo, tanto a sua compreensão, quanto a vivência da sexualidade da mulher na gravidez (MOTA; MOUTTA; CAIXEIRO BRANDÃO, 2009, VIANA et. al., 2013).

Nessa perspectiva, as participantes da pesquisa trouxeram respostas significativas quando lançada a seguinte pergunta: “**O que você entende por sexualidade?**”

“Pra mim, sexualidade compreende desde o momento de aproximação, de companheirismo até chegar às vias de fato [...] A sexualidade, prevenções, tudo que envolve realmente essa questão de homem e mulher” (E1).

“Falar de sexualidade é dizer que tem casais que envolve amor [...] Tem outros que não. Eu tenho! Porque tem que ser os dois juntos [...] O companheirismo também[...].” (E4).

“Sexualidade acho que envolve prazer, atração, amor entre os dois, acho que é isso [...]” (E5).

É evidente a presença e a importância da sexualidade no cotidiano do ser humano e como ela é interpretada a partir de diferentes concepções, mostrando seus efeitos e o seu significado de maneira positiva em uma relação. E1 aponta a sexualidade como uma interação entre corpos que se aproximam no intuito da prática sexual. As falas de E4 e E5 estão ligadas ao amor, a importância de ter esse sentimento em uma relação amorosa, entretanto E4 afirma que há casais que praticam a sexualidade sem nenhum envolvimento amoroso.

Araújo et al. (2012) acredita que múltiplos significados podem ser atribuídos à sexualidade, a qual inclui as socializações experimentadas ao longo da vida, que podem exercer papel fundamental nas formas de interpretar e vivenciar a sexualidade, indo além da dimensão biológica, já que as percepções são continuamente reelaboradas na vida de cada indivíduo e na história das sociedades.

Para Barros e Paulino (2008) a relação sexual é uma manifestação de troca de prazer, alegria, carinho e afeto que envolve desde expressões íntimas às emoções mais profundas.

Nessa perspectiva, Melo e Santana (2014) afirmam que o ato sexual parte do contato mais íntimo entre as pessoas, indo além da experiência física e biológica. É uma forma de demonstração de afeto, conhecimento e orgasmo, predominando as formas de sentimentos, emoções e valores. A relação se completa quando o afeto está presente entre o casal.

Falar de sexualidade é tratar de uma dimensão inerente ao ser humano que envolve o gênero, a orientação sexual, o envolvimento emocional, o erotismo, o amor e a reprodução. A expressão da sexualidade envolve a história, o corpo e a cultura, sendo demonstrada nas formas de pensamentos, nas fantasias, desejos e crenças. No entanto, verifica-se que muitas vezes é compreendida apenas em seu aspecto sexual enquanto ação e ato em si (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009).

Desse modo, devido às heranças culturais, nem sempre a sexualidade é tratada abertamente no convívio social ou no convívio familiar. As falas abaixo corroboram para esse contexto:

“Desde pequeninha a minha mãe não tocava nesse assunto, era restrito. Se eu queria falar desse assunto, tinha que falar com as minhas tias, porque minha mãe dizia: não pode fazer, não pode fazer assim, não pode e pronto, era só o que ela falava. Eu acho que era um jeito dela me deixar longe desse assunto” (E12).

O assunto sexualidade era insuficientemente debatido nos meios sociais, restringindo-se ao conhecimento e exercício da prática, como caracterizado por E8. A educação sexual era pouco abordada nas bases familiares e por vezes até reprimida. Algumas famílias não adentravam no assunto por receio de despertar a curiosidade para o sexo, conforme apresentado por E12.

As temáticas relacionadas à sexualidade eram coibidas e censuradas e o assunto era moderadamente tratado no que se referia às formas de pensamentos ou qualquer outra atribuição de significado sobre o conteúdo (ROSÁRIO et al., 2013).

Conforme assegura a fala abaixo:

“Pra mim mesmo é só intimidade, sentimento. Eu acho que é só isso [...] Pra ser sincera eu entrei nessa coisa aí de primeira viagem. Sem saber, sem ninguém ensinar [...] foi de cara [...] e até hoje assim eu aprendo comigo porque conhecimento mesmo, eu não tive [...]” (E8).

No esteio doméstico, a sexualidade poderia ser maciçamente discutida a partir de orientações e esclarecimentos de dúvidas, minimizando angústias, tabus e preconceitos por parte dos filhos e seus entes. Entretanto, em determinadas circunstâncias a família se omite e se exime da responsabilidade, transferindo-a para as escolas, cujo ambiente se torna apropriado para a elucidação de dúvidas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, enfatizando o exercício desta, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o uso de métodos contraceptivos (HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009).

Para Melo e Santana (2014) o diálogo entre pais e filhos é insuficiente por estar ancorado em posturas tradicionais, conservadoras e repressoras devido ao receio e a falta de informações adequadas na abordagem do tema. Não obstante, a abertura familiar tem importância para o binômio pai/filho na explanação do assunto, pois a base da orientação sexual deve surgir prioritariamente de casa e posteriormente do ambiente educacional, onde a função é educativa e socializadora.

Por outro lado, a mãe deve possuir iniciativa e sabedoria ao preparar a filha para receber as transformações corporais e ao mesmo tempo aconselha-la para a prevenção de riscos que a sexualidade pode acarretar (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Dessa maneira, ao ser lançada a pergunta: **“Em sua opinião, como você vivencia a sua sexualidade?”**, as usuárias trouxeram sentimentos de valores, como carinho, amor e intimidade, relacionados à questão amorosa que a sexualidade propõe, conforme retratam as falas abaixo:

“Acho que envolve você conhecer a pessoa, não tá dizendo que é só sexo. É o modo como a pessoa lhe trata, o carinho, o jeito [...] pra mim, sexualidade não se trata só de sexo. Compreende a questão amorosa.” (E7).

“Prazer [...] Envolve prazer, sentimentos [...] pra mim vai das pessoas, mas particularmente envolve prazer, sentimento, todo um conjunto [...] é todo esse aparato, então pra mim envolve o amor, aquele que você vai com vontade, com afinco! É você ter certeza do que você quer, é ter certeza do que você está fazendo” (E13).

“Eu vejo a sexualidade como uma questão de prazer e uma necessidade. E para uns envolve sentimentos e às vezes é por atração” (E11).

O relato da entrevistada E7 demonstra que sua vivência com a sexualidade vai além do sexo, sendo expressada por sentimentos e carinho enquanto fatores essenciais em uma relação. A participante E13 descreve a sexualidade a partir de compromisso e responsabilidade, envolvendo um conjunto de sensações como prazer, sentimentos e amor. O relato de E11 aponta a sexualidade voltada ao prazer entre corpos e na perspectiva de uma necessidade orgânica, destacando que para algumas pessoas não envolve afetividade, mas apenas o ato em si.

Nesse contexto, destaca-se que a sexualidade não se restringe ao ato sexual especificamente. Ela é representada por amor e carinho, sendo vista em um contexto de entrega do corpo e no respeito, não atrelada exclusivamente à consumação do desejo carnal. O experimento da vivência da sexualidade no período gestacional pode ser prazeroso com a libido aflorada a partir de formas sexuais adaptativas. O prazer e o desejo vão depender do envolvimento dos parceiros e das interpretações que fazem dessa situação, repercutindo nos seus aspectos psíquicos (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Barros et al. (2009) entende a sexualidade como a união de características que interagem trazendo satisfação física, psíquica e emocional, sendo a principal maneira de

expressar amor e satisfazer as necessidades humanas básicas no sentido da busca pelo prazer e da procriação

Para Zilles (2009) a sexualidade é o conjunto da existência humana, é uma linguagem indescritível, onde a ternura expressa reconhecimento e personalização mútua, pois se estabelece na reciprocidade subjetiva entre homem e mulher.

A sexualidade tem significados diferentes quando se trata de gêneros. Para as mulheres, se relaciona ao sentimento, por serem consideradas emotivas, atribuindo valor ao sentimento em uma relação. Enquanto para os homens se resume ao prazer e necessidade constante de ter relações sexuais, manifestando um maior desejo sexual, independentemente da existência de sentimento. Nesse entendimento, o sexo e o amor aparecem como opostos um do outro em uma relação. Assim sendo, identifica-se que a sexualidade é uma forma de sentir e proporcionar prazer, envolvendo o desejo físico, o conhecimento do próprio corpo e do parceiro, a satisfação da vontade do outro, além das expressões de sentimento, carinho e afeto (MARQUES, 2009).

Nesse íterim, quando lançada a pergunta: **“Você acha que a gestação e as mudanças que a acompanham influenciam seus comportamentos e impressões acerca da sexualidade? Se positivo, de que maneira?”**, as gestantes apresentaram as seguintes colocações:

“Pra mim a gestação não mudou nada, sei que não vai acontecer nada. Vou parar porque estou grávida e vou deixar de fazer sexo? De jeito nenhum! Porque não faz mal. O médico disse que não tem nada a ver, que não afeta nada na criança” (E1).

“Agora eu me sinto bem mais incomodada, a gente se sente bem mais cansada, então têm vários fatores que fazem que a gente diminua o ritmo da sexualidade durante a gestação” (E2).

“Eu percebi que agora sinto muita dor no pé da barriga [...] então faz sete meses que eu não tenho relação” (E3).

Verifica-se que para E1 o fator gravídico não influencia na rotina do casal, uma vez que o sexo se mantém ao saberem que não traz implicações negativas para o desenvolvimento fetal. É necessário compreender que os cônjuges podem manter uma prática sexual durante a gravidez, adaptando-se às mudanças físicas da mulher, respeitando seus medos e buscando soluções, o que não traz prejuízos ao conceito, conforme relatou a mesma participante mencionada acima. Entretanto não são todas as mulheres que se sentem à vontade para essa

prática, visto que manifestam desconfortos como cansaço, indisposição e dor, conforme asseguram os relatos de E2 e E3.

O processo gravídico por ser um momento peculiar e permeado de transformações, pode representar um momento de crise para muitos casais, exigindo uma maior adaptação por parte de quem vivencia esse processo, tendo em vista que tais modificações trazem repercussões diversas (ARAÚJO et al., 2012).

É imprescindível manter hábitos de higiene e priorizar o conforto, além de utilizar-se do diálogo para que sejam expressos métodos alternativos e criativos na busca de prazer. Percebe-se então que o sexo é possível e indicado, sendo fundamental atentar para as várias reações corporais e psicológicas que contribuem para uma melhor qualidade e enfrentamento das dificuldades vivenciadas na gravidez (VIANA et al., 2013).

Para Camacho, Vargens e Progianti (2010) a intimidade do casal poderá ser comprometida em virtude do abdômen da mulher grávida associada às práticas sexuais. Sendo assim, é importante entender como a mulher se percebe nessa fase, cabendo assumir uma maior flexibilidade e compreensão na busca de posições adaptativas e prazerosas para ambos.

Ainda considerando as diversas mudanças de ajustamento percebidas pelas mulheres na fase de prenhez, as falas abaixo trouxeram as seguintes impressões:

“Eu acho que a gente fica mais cansada, emotiva, assim pelo jeito da barriga. Fica mais incomodada, eu sinto [...] O marido também, eu acho bem diferente, né? Não é muito bom, tudo tem dificuldades por causa da barriga, aí não dá nem vontade” (E4).

“Percebi que agora não dá mais pra namorar. Até os oito meses eu conseguia, depois parei porque não tinha mais posição e também para não me prejudicar, porque como estou muito pesada, aí fica mais difícil” (E6).

“Diminuiu minha vontade de fazer tudo, principalmente sexo, porque tem dias que você se sente muito cansada, só dá vontade de deitar e dormir [...] aí para você não tem a mínima importância” (E9).

No que tange às transformações gravídicas corporais, ficou evidente nos relatos das participantes E4, E6 e E9 que o corpo da mulher sofre diversas transformações para se adaptar a uma nova vida. Os processos predominantemente citados são: náuseas, tonturas, ansiedades, ganho de peso, desconforto quanto à posição ideal, falta de ar e alterações emocionais, fatores esses determinantes para a diminuição da libido na prática sexual.

As transformações ocorridas na gestação causarão grande impacto na vida familiar, profissional e sexual da mulher. Já o desejo sexual poderá estar diminuído em algumas situações, principalmente no início do processo gestacional, a depender da preferência do companheiro, o que por vezes gera desestímulo para a sua libido (MOTA; MOUTTA; CAIXEIRO-BRANDÃO, 2009).

Para Reisdorfer (2010) as funções e sensações sexuais dos casais durante a gestação são peculiares e pessoais, de modo que não se tem um padrão. Para alguns a gestação pode ser o auge da integração sexual, outros, podem se mostrar indiferentes a algum tipo de modificação, ou ainda provarem a diminuição da libido. Logo, a sexualidade dependerá do bom convívio entre o casal, da maturidade, da cultura e do respeito à gravidez.

Durante a gestação alguns desconfortos podem se fazer presentes, a exemplo da dor abdominal, perineal, articular, muscular, nos mamilos, nos membros superiores, no dorso e no ato da eliminação intestinal, podendo influenciar na autoimagem da mulher (BAZAGLIA MARTINS; RIBEIRO; GERALDES SOLER, 2011). Os trechos abaixo corroboram diretamente com tais afirmações:

“Eu percebi que estou mais pesada, sei lá, deve ser pelo cansaço também. Antes eu tinha uma cintura e de repente minha cintura virou uma bola. Nenhuma roupa cabe mais, estou me achando uma melancia” (E11)!

“Estou me achando linda! Fico o tempo inteiro me olhando no espelho. Fico mexendo, fazendo carinho. Eu estou me sentindo a mulher mais realizada desse universo” (E13).

Nesse âmbito, para algumas mulheres a gravidez desperta baixa autoestima de acordo com o crescimento abdominal e o aumento de peso, podendo estar associada a uma diminuição da feminilidade por camuflar as curvas, conforme cita E11. Já a participante E13 demonstrou entusiasmo e uma boa aceitação frente ao fato de estar grávida e às mudanças que o processo gravídico impõe, revelando os aspectos positivos de uma gestação.

Araújo et al. (2012) destaca em seu estudo que algumas mulheres têm sua autoimagem e autoestima comprometidas, podendo refletir no pós-parto, além de sofrerem também com mudanças comportamentais e no papel da maternidade.

Sendo assim, Maia e Ribeiro (2010) acreditam que se o ato sexual estiver relacionado exclusivamente à necessidade de perfeição estética e corporal, qualquer outra manifestação

sexual que não seguir esse padrão, poderá tornar a sexualidade divergente, patológica ou sem necessidade, se tornando necessária apenas quando esta for vinculada à procriação.

Logo, verifica-se que a sexualidade feminina durante o período gestacional está fundamentalmente relacionada à autoestima e, conseqüentemente, à afetividade, visto que o modo como a grávida se percebe, se avalia e se valoriza nessa fase, repercute no modo de se sentir amada e atraente, colaborando para o despertar do seu desejo sexual (REISDORFER, 2010).

Destarte, com a gama de mudanças ocorridas na gravidez, as impressões acerca desse período se manifestam a partir das alterações corporais, preconceitos por parte da mulher e do parceiro e de familiares, além da assistência e carência de amparo por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal, visto que a mulher se depara com o processo de aceitação do feto, de tornar-se mãe, além do reajustamento do casal e da aceitação social da gravidez. Nesse paradigma, o medo de prejudicar o feto durante a relação sexual, a baixa autoestima e outras questões, deveriam ser fortemente discutidas pelos casais antes da gravidez a fim de ressignificar ideias e conceitos (DA SILVA FRANÇA et al., 2014).

Diante de tais aspectos e valores, a mulher moderna lida com a sua sexualidade, desempenhando o seu papel reprodutivo. Porém, apesar das inúmeras conquistas femininas, muitas mulheres ainda desconhecem a sua sexualidade, principalmente no que tange ao período gestacional, podendo se deparar com dúvidas disparadoras de preconceitos e sentimentos negativos acerca desse momento (VIANA, et al. 2013).

5.3 Saúde sexual e sua interface com os direitos reprodutivos: desvelando o saber de gestantes.

Na atualidade, é perceptível a transformação que a sociedade vem vivenciando, seja no mercado de trabalho, onde a mulher tem sido cada vez mais aceita e disputada, embora discriminada algumas vezes; seja na base familiar, onde tem assumido função de líder enquanto desempenha papel de mãe, esposa, administradora, cuidadora e provedora do lar, conciliando a necessidade de manter uma relação saudável e amorosa com o parceiro, além dos filhos (BACK et al., 2012).

Sabe-se que o papel materno da mulher foi se construído ao longo dos tempos de modo gradativo e crucial, fazendo com que a figura feminina assumisse uma multiplicidade de funções sociais. Entretanto, tais atributos têm sido questionados ao passo em que vêm se modificando e influenciando as decisões que as mulheres têm tomado. A mulher

contemporânea vem lutando para se estabelecer não apenas no campo profissional, mas no âmbito afetivo e familiar, tornando-se cada vez mais consciente acerca de seu arbítrio e direito reprodutivo (RECANELLO; PEGORER, 2012).

Desse modo, partindo da referida discussão e considerando a realidade de mulheres gestantes e seu o conhecimento acerca do papel feminino na sociedade, foi lançada a seguinte pergunta: **“Você já ouviu falar ou tem algum conhecimento acerca dos programas e políticas públicas que garantem a sexualidade e os direitos reprodutivos da mulher?”**. As respostas expressaram uma diversidade de significados conforme asseguram as narrativas abaixo:

“Hoje a mulher faz mais coisas do que um homem. A mulher antigamente não fazia nada, só o homem. A gente está dominando tudo [...] A mulher está dominando tudo no Brasil” (E1).

“A mulher era tratada como uma escrava [...] Hoje em dia a gente é mais independente, já ganha o nosso dinheiro. Está muito bom assim, que mude mais coisas daqui para a frente” (E5).

“Eu vejo que as coisas hoje são bem diferentes de antigamente. Antes a mulher só servia pra ter filho. A mulher hoje trabalha ganhando o seu próprio dinheiro, às vezes até mais que o próprio marido” (E9).

No que diz respeito à percepção das mulheres entrevistadas frente aos direitos reprodutivos, todas as usuárias mostraram possuir algum conhecimento em relação às mudanças ocorridas nos papéis sociais femininos, expressando a equiparação das mulheres ao homem, revelando a obsolescência do pensamento, de que a mulher assume prioritariamente, função de cuidadora fragilizada e procriadora, ideias contíguas aos depoimentos de E1, E5 e E9.

Ao longo da história, percebe-se que a figura feminina é mais pressionada e controlada socialmente em relação ao homem, sendo estas características justificadas, muitas vezes, pelo poder patriarcal. O caminho das mulheres é marcado pela discriminação, diferenças sexuais, imposição hierárquica e de poder masculino que prevalece sobre a mulher (TORRES et al., 2013).

A mulher brasileira no final do século XX ganhou espaço público e profissional, permanecendo em evidência nos setores públicos e privados. Tanto os homens, quanto as mulheres, vem conquistando espaço social, o que gera incômodo para aqueles frente à perda de oportunidades no mercado de trabalho para o sexo oposto (RAIMUNDO, 2011).

De acordo com Figueiró (2009), a mulher moderna se detém à carreira profissional, se recusando à dependência financeira do pai ou do companheiro. Ela ocupa grande parte dos empregos ofertados, desqualificando a ideologia marcada pela mulher enquanto uma perfeita dona de casa. Esse estereótipo da mulher ser esposa, restrita às atividades domésticas e a tarefa de ser mãe, perdeu espaço na contemporaneidade. As ideias abaixo confirmam esse entendimento:

“A mulher vem ganhando o seu espaço, inteligência, às vezes tem umas que são mais inteligentes que os homens, porque eles são mais ignorantes e elas conseguem tudo. Hoje tudo evoluiu, os direitos são quase iguais. Antigamente a mulher tinha que ficar em casa” (E11).

“Antes a mulher só podia ficar com o marido e pronto e hoje a gente tem a nossa escolha, se a gente quer, bem, se não quer, bem também! É uma escolha entre os parceiros porque antes era só deles, se eles queriam fazer sexo, tinha e pronto! Antes se perdesse a virgindade sem ser casada não era mais da família, foi-se [...] agora não” (E12).

“Hoje eu vejo que só engravida e pega doenças quem quer! Porque tem como evitar, só se a pessoa for muito “fraca do juízo”, mas tem ai disponível muitas opções para se conscientizar e não deixar isso acontecer” (E13).

As gestantes E11 e E12 apontam em suas colocações a importância da conquista dos direitos femininos e sexuais, ressaltando a possibilidade de escolherem livremente os seus parceiros, assim como a decisão de praticar o ato sexual e procriar. Já E13 aponta a disponibilidade de métodos contraceptivos que existem atualmente para a prevenção contra às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Contudo, a realização pessoal e sexual feminina não era cogitada, a mulher era preparada para ter filhos numerosos, cuidar da casa, dos filhos e do marido, realizando-o de maneira sexual e pessoal. O casamento e a procriação atualmente se tornaram planos secundários na vida das mulheres por esses representarem uma carga maior de responsabilidade e preocupação, sendo realizados futuramente com estabilidade financeira para garantir ao filho segurança e conforto (RAIMUNDO, 2011).

Logo, ficam evidentes as mudanças advindas a partir do movimento feminista e a diminuição do poder masculino perante as mulheres. Contribuem as falas abaixo:

“A gente vê que as mulheres passaram a reivindicar, porque era uma burocracia antes pra mulher entrar em algum tipo de serviço” (E8).

“Antigamente as mulheres ficavam só em casa e os maridos tinham que trabalhar para cuidar dos filhos, aí hoje a gente é livre para trabalhar fora, ter ou não ter os nossos filhos” (E12).

“A gente vê que as coisas mudaram. A mulher trabalha hoje ganhando o seu próprio dinheiro, às vezes até mais que o próprio marido e decide quando e com quem quer engravidar” (E9).

Identifica-se que muito se alcançou frente à conquista dos direitos sexuais e reprodutivos, porém ainda há muito a ser feito com o objetivo de atribuir às mulheres novos papéis não coercitivos, funções essas que sejam resguardadas no tocante a todos os setores sociais, seja na educação, segurança, política e sobretudo, no campo da saúde.

As ideias de Levy (2009) reafirmam tais avanços ao destacarem que no período colonial, a mulher possuía uma postura passiva na escolha de seu cônjuge, uma vez que essa escolha partia do poder do pai. Nessa época, a Igreja controlava os princípios morais da sociedade, havendo grande valorização da virgindade e honra feminina. A partir do progresso da industrialização, dos meios de comunicação, tecnologia, urbanização, a influência da família sobre as decisões perante a mulher foi diminuída, garantindo liberdade às escolhas individuais

Nesse prisma, a igualdade na atividade sexual se tornou a maior conquista feminina diante da individualidade da separação da relação sexual e da procriação, possibilitando a mulher à escolha do momento ideal para tornar-se mãe a partir do uso do contraceptivo, podendo ela se nivelar ao homem em relação a ter uma vida sexual ativa (SERRATO, 2010).

Magalhães et al. (2011) defendem que o controle da fecundidade pode estar diretamente atrelado à prática do poder feminino sobre seu corpo, determinando o momento biológico da procriação. Para algumas mulheres o fato de não ter filhos é uma decisão que muitas vezes a deixa relativamente confortável e isenta de riscos e dificuldades que a vida materna pode lhe proporcionar.

Diante desse pensamento, com o direito das mulheres na tomada de decisões para ter filhos, elas escolhem o momento ideal para se tornar mãe, contribuem as falas abaixo:

“Antigamente a mulher era muito submissa ao homem. Hoje muita coisa mudou mesmo, é bem diferente hoje em dia. Hoje me planejo como quero” (E3).

“Hoje tudo evoluiu... os direitos são quase iguais. Hoje em dia tanto faz você ser uma diretora de um hospital ou de uma empresa

qualquer que todo homem vai te respeitar. Sempre gostei da minha liberdade e eu quem decido quando quero ter filho e cuido da minha saúde” (E11).

Para Viana et al. (2013) a mulher moderna conquistou o direito sobre sua saúde sexual e reprodutiva na sociedade atual, assumindo o seu papel reprodutivo e a melhor maneira de exercer sua sexualidade. Ao mesmo tempo, com essa nova liderança, a mulher se depara com várias tarefas concomitantemente, podendo se sobrecarregar, se assemelhando aos deveres masculinos no mundo social.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância que a APS assume nesse processo, ampliando a comunicação e a interlocução com suas usuárias, para que possam discernir, refletir e agir de maneira consciente, deliberando acerca de suas próprias escolhas. É necessário portanto, que a mulher seja estimulada a exercer sua cidadania, reivindicando seus direitos, julgando possibilidades e buscando adotar práticas e atitudes benéficas acerca da complexa decisão de gerar um filho.

Verifica-se desse modo, que a investidura nos direitos sexuais e reprodutivos femininos representa uma ponte para a melhoria na qualidade de vida de mulheres, destacando a importância de práticas efetivas em saúde como estratégias de aprendizado onde elas se conscientizam, se apropriam de informações e as utilizam em favor de sua saúde sexual e reprodutiva (MAGALHÃES et al., 2011).

6 Considerações Finais



Fonte: Internet, 2015.

O presente estudo constatou que a sexualidade da mulher no período gestacional tem um significado amplo. O seu entendimento se associa aos sentimentos e sensações de afeto, carinho, amor, compreensão, sendo uma troca entre os corpos e não se restringindo ao ato sexual propriamente dito, mas envolvendo um aparato que torna a mulher segura em suas relações amorosas. Entretanto, para algumas participantes da pesquisa, a sexualidade é resumida uma necessidade fisiológica do corpo humano.

Falar sobre esse tema não é uma tarefa fácil, visto que é influenciado por fatores psicológicos, fisiológicos e socioculturais e nem sempre as bases familiares estão preparadas para abordarem esse assunto, seja por receio em despertar a curiosidade e a prática posteriormente ou simplesmente por não saberem discutir o assunto devido à escassez de habilidades e/ou informações, dependendo do nível socioeconômico e de questões culturais.

Tal contexto torna-se mais complexo quando associado à gestação. Pois, para a maioria das mulheres, o fator gravídico influencia negativamente na sua vida sexual. Não pelo simples fato de estar grávida e envolvida com o processo de tornar-se mãe, mas pelas modificações corporais sofridas.

Pode-se observar que essas alterações podem influenciar na libido da mulher, pois não só o seu corpo se modifica, como também os seus hormônios e pensamentos para o abrigo do novo conceito. No entanto, a atividade sexual na gestação poderá sofrer outras transformações, como diminuição da frequência do desejo sexual e da satisfação. Porém há quem diga que o seu desejo não oscilará enquanto grávida, não prejudicando o bebê, mas sim facilitará na hora do parto, o que não afetará no poder de proporcionar prazer.

Logo, é imprescindível afirmar que a mulher não sentirá falta do seu corpo anterior e da cintura definida. Entretanto, é importante que as mulheres se adaptem às novas mudanças, pois a nova habituação é necessária para que não acarrete um problema futuro na sua auto-imagem corporal. Assim, mostra-se que quando a decisão de gestar uma criança parte da aceitação do casal, as chances de ter auto estima baixa são imensuráveis, pois quando há um comprometimento do casal, essas questões se tornam secundárias, sendo a maior prioridade do momento a espera do novo ser que virá a caminho.

Pode-se verificar também o conhecimento das mulheres acerca das políticas públicas e da saúde sexual e reprodutiva, foi positiva, mostrando que tais medidas contribuiriam de maneira significativa para que as mulheres conseguissem conquistar os espaços almejados. Várias mudanças e sacrifícios ocorreram para que as mulheres conseguissem respeito na sociedade, principalmente diminuir o poder masculino que exercia sobre as suas vidas.

As lutas e reivindicações foram importantes para a inserção da mulher no mercado de trabalho e equiparação salarial. A prática sexual antes do casamento, condenada por muitos, passa se apresentar de maneira mais natural; o direito de fazer escolhas e principalmente tomar decisões, como a de requerer um divórcio, quando o casamento não é mais viável para ambos são questões que tem se tornado realidade. A suposta prioridade da maternidade se tornou secundária para muitas, podendo a mulher escolher entre ter ou não filhos a partir do uso de métodos contraceptivos.

Identifica-se, portanto, que a pesquisa atingiu os propostos, revelando o significado da sexualidade sob o ponto de vista de gestantes, cujas contribuições se mostraram satisfatórias ao associarem a sexualidade como prática sexual e amorosa em suas vidas. Em se tratando da descrição e interpretação dessas mulheres no que se refere às modificações corporais e sua sexualidade, foi evidenciado que dependendo da fase gravídica, a prática da sexualidade não é posta em exercício, devido às limitações da própria gravidez e do crescimento uterino. A respeito da visão das gestantes acerca das políticas públicas de saúde sexual e dos direitos reprodutivos, destaca-se que apontaram posicionamentos relevantes frente à conquista de um novo papel social feminino.

Assim, o presente estudo reforça a importância de haver melhorias e mudanças em todos os setores sociais, no sentido de estimular discussões acerca dessa temática, uma vez que tanto a gravidez, quanto a sexualidade têm sido consideradas assuntos polêmicos muitas vezes negligenciados no âmbito familiar e na abordagem de profissionais de saúde.

Pressupõe-se então a necessidade de replicação desse estudo nas unidades de saúde para que os profissionais de saúde se avaliem quanto à promoção da saúde sexual no pré-natal e assistam essas mulheres de maneira integral, fundamentando-se cientificamente, possibilitando o aprofundamento e discussão da sexualidade vivenciada no período gestacional, para que as dúvidas, medos, anseios e tabus sejam desconstruídos. Dessa forma, a busca de estratégias, palestras e programas de ação, contribuem diretamente na satisfação da saúde sexual da gestante que além de se preparar para ser mãe, é mulher como as demais e tem desejos e vontades de praticar a sua sexualidade.

Entretanto, algumas dificuldades foram encontradas para a confecção da pesquisa, como a insuficiência de artigos científicos que abordassem a questão da sexualidade e suas sensações para as gestantes e a dificuldade de operacionalização das entrevistas frente à complexidade de expressão das gestantes a partir de comportamentos introspectivos e de insegurança no tocante à abordagem da temática.

Nesse contexto, o estudo em tela possibilitou um maior conhecimento e aprofundamento acerca da vivência da sexualidade na gestação, contribuindo para o engrandecimento e amadurecimento pessoal da pesquisadora a partir da abertura proporcionada, onde as mulheres relatavam suas experiências ao contribuir com informações enriquecedoras que permitiram compreendê-las de acordo com as suas limitações e possibilidades, aprendizados estes que serão assimilados e propagados em sua prática profissional.

Portanto, acredita-se que este estudo possa contribuir para gerar novas reflexões acerca do tema trabalhado, permitindo a abertura do campo para novas pesquisas, além da importância de se conscientizar e incentivar profissionais de saúde, casais e especialmente as gestantes para o ofício da sexualidade enquanto elemento inerente à vida de todo ser humano e que necessita, portanto, ser considerado na sua complexidade subjetiva.

Referências



Fonte: Internet, 2015.

AGUIAR, R. S. et al. Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Rev. Cogitare enferm.** [online]. vol.18, n.3, p. 527-531, 2013. ISSN 1414-8536. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33567/21065>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ALVES, J. E. D. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 219-230, Jun. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2014. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000100013>>

ANJOS, K. F. et al . Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Rev. Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 504-515, set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2014.

ARAUJO, N. M. et al . Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 552-558, Jun 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2013. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300004>>.

AURÉIO, B. de H. F. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4 ed. p.2120 : POSITIVO- DIDÁTICOS; 2009.

AVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 09 de setembro de 2011.

BACK, C. et. al. O papel das mulheres na sociedade: diferentes formas de submissão. **Rev. Eventos Pedagógicos**, v. 3, n.2, p. 328-336, 2012. Disponível em: <http://juara.unemat.br/Administracao/ARTIGOSDIVERSOS/O_PAPEL_DAS_MULHERES_NA_SOCIEDADE.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BARBOSA, B. N. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 464-473. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10407/10648>>. Acesso em: 10 Mar. 2015.

BARCHINSKI, M. C. **Avaliação do consumo alimentar de gestantes adolescentes de um serviço de saúde do município de Criciúma, SC**. 2010. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Nutrição). Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Criciúma, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/155/Marina%20Cechinel%20Barchinski.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa (PT): Edições 70, 2009.

BARROS, C; PAULINO, W. **O Corpo Humano**: Ciências. 3ª ed. Ática, 2008.

BARROS, L. M. F. et. al. Atividade sexual da mulher na gravidez. **Rev. Universitário/UFMA**, v. 7, p. 20-22, 2009. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_7_3_SET_DEZ_2006.pdf#page=20>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BÁRTHOLO, B. B. G. R.; MONTEIRO, D. L. M; TRAJANO, A. J. B. Hipertireoidismo na gestação. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 3, p. 72-79, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12131/9984>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BAZAGLIA MARTINS, A.; RIBEIRO, J.; GERALDES SOLER, Z. A. Propuesta de ejercicios físicos en el posparto: Un enfoque en la actuación del enfermero obstetra. **Rev. Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 29, n. 1, p. 40-46, março 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2015

BELARMINO, G. O. et. al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul Enferm**. Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 169-75. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 24 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../atencao_humanizada_abortamento.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 07 Mar. 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 3. ed. 237 p. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2008. Disponível em: <portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf> Acesso em: 15 dez.2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**– Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf
Acesso em: 08 Mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005a. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf> Acesso em: 03 mar. 2014.

_____. Ministério de Minas e Energia. **Secretaria de Geologia, Mineração e Transformação Mineral**. 2005 b. Disponível em:
<<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CUIT066.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2015.

_____. Presidência da República. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Anais da Conferência - Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2004. 164 p. (Série Documentos). Disponível em: <
http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0932095E3A/integra_publicacoes_bandeira.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

BOGORNI, L.; SEHNEM, G. Dutra. A evolução das políticas públicas voltadas à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 1, 2011. Disponível em: <
<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/2737>>. Acesso em: 10 mar 2015.

REPRODUTIVOS, 20 a 31 de julho de 2009, Salvador-BA. **Anais...** Salvador: p. 1-6, 2009.

BURGESS, R. **A Pesquisa de Terreno: uma introdução**. Oeiras. Celta Editora, 2001.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M da C.; PROGIANTI, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 18, n. 1, p. 32-7, 2010. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a06.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2014.

CAMARANO, A. A. Perspectivas para Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 603-608, dez. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982013000200014>.

CAROLAN, M. et al. Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria. **Austrália Birth**, Austrália, v.38, n.1, p. 24-29. 2011.

CARVALHO, J. O.; LEMOS, A. L.; CERQUEIRA, J. C. Produção Bibliográfica acerca dos Direitos Humanos Sexuais e Reprodutivos na Atenção à Saúde e sua Relação com a Enfermagem. **Rev. de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 3, p. 2175-5361, 2010. Disponível em: <
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/651/pdf_53>. Acesso em: 22 jan. 2015.

CARVALHO, J. de M. S. M.; DE SOUSA CARVALHO, V. Direitos Humanos e Autonomia da Vontade da Mulher: A Liberdade Sexual e Reprodutiva e a Problemática do Aborto. **Rev. Direito e Desenvolvimento**, v.3, n.6, p.82-110, 2012. Disponível em: <<https://unipe.br/periodicos/index.php/direitoedesenvolvimento/article/view/67/68>> Acesso em: 11 dez. 2014.

CEPAL. **Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo**. Documentos de trabajo. Montevideu, p. 1-32, 2013. Disponível em: <http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/9/50709/2013-596-montevideo_consensus_pyd.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

CIRNE, S. de L. **Humanizar para saúde gestacional; papel do Fisioterapeuta**. 2009. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia). Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro/RJ, 2009.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/377/pdf>> Acesso em: 10 dez. 2014.

DAMASCENO, A. K. C. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 jul/set;13(3): -p.464-73. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a12.pdf>> Acesso em: 05 dez. 2014.

DANTAS, B. S. A. Sexualidade, cristianismo e poder. **Rev. Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 700-728, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em : 05 jan. 2014.

DA SILVA FRANÇA, M. M. A. et al. Sexualidade na Gestação: Percepção Masculina no Hospital São Luiz de Cáceres–MT. **Rev. Gestão e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 47-54, 2014. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/621>>. Acesso em 17 dez. 2014.

DESLANDES, S. F.; GOMES R.; MINAYO M. C. (organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

FIGUEIRÓ, M. N. D. Educação Sexual: como ensinar no espaço da escola. **Rev. Linhas**. v.7 p. 141-171, 2009. Disponível em: <www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1323/1132>. Acesso em: 05 dez. 2014.

FREITAS, F. C. S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed editora; 2003.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v.1.

_____. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1998.

GAZANEO, M. M.; OLIVEIRA, L. F. de. Alterações posturais durante a gestação. **Rev. Brasileira de atividade física & saúde**, v. 3, n. 2, p. 13-21, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1079/1262>>. Acesso em: 3 dez. 2014.

GAZOLA, E. A.; MACHADO, F. C. Um estudo sobre sexualidade: história, contribuições freudianas e plasticidade do objeto das pulsões sexuais. **Rev. Tavola Online**. p. 1-9. Julho de 2012. Disponível em: <<http://nucleotavola.com.br/revista/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/um-estudo-sobre-sexualidade-historia-contribuicoes-freudianas-e-plasticidade-do-objeto-das-pulsoes-sexuais.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

GUEDES, D. D. Revisão Histórica e Psicossocial das Ideologias Sexuais e suas Expressões. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 10, n. 2, p. 447- 493, jun. 2010 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2014.

GONCALVES CAMACHO, K. et al . Vivenciando Repercussões e Transformações de uma Gestação: Perspectivas de Gestantes. **Rev. Cienc. enferm.**, Concepción , v. 16, n. 2, p. 115-125, agosto 2010 .Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2014. <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200012> >.

HOFFMANN, A. C. O. da S. ; ZAMPIERI, M. de F. M. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. **Rev. de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 2, n. 1, p. 56-69, 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/34/59>> Acesso em: 21 dez. 2014.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Rev. Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p.244-246, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200244&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>.

LEVY, M. S. F. A escolha do cônjuge. **Rev. bras. Est. Pop.**, v. 26, n. 1, p. 117-133, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n1/v26n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

LIMA, M. Nove sintomas que você vai amar na gravidez. **Rev. Crescer**. v. 4, n. 3, Mar.2013. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Vida-de-gravida/noticia/2013/03/9-sintomas-da-gravidez-que-voce-vaiaamar.html>>. Acesso em: 19 out. 2014.

MACOLA, L.; VALE, I. N. do; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.570-577, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>>.

- MAGALHÃES, R. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2415- 2424, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- MAGALHÃES, D. R. B. et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. In: ALVES FILHO, N. et al. (Orgs.). **Perinatologia básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 16, n. 2, p. 159-176, Agos. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.
- MARQUES, A. C. Os homens não são iguais e todas as mulheres não são iguais: representações dos jovens sobre sexualidade. **Centro de investigação e estudos de sociologia, e-Working Paper nº**, v. 76, n. p. 1-28, 2009. Disponível em: <<http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP76Marques.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Rev. Interface–Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-119, 2012.
- MELO, A. S. A. F.; SANTANA, J. S. da S. Sexualidade: Concepções, valores e condutas entre universitários de biologia de UEFs. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 149, 2014. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/998/pdf_296>. Acesso em: 21 jan. 2015.
- MORAIS, F. R. C. **Interface da sexualidade no processo de parturição: perspectiva de mulheres**. 2011. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2011. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2544>. Acesso em: 11 jan. 2014.
- MOTA, C. P.; MOUTTA, R. J. O.; CAIXEIRO-BRANDÃO, S. M. O. A sexualidade do casal no processo gravídico-puerperal: um olhar da saúde obstétrica no mundo contemporâneo. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES. EDUCAÇÃO, SAÚDE, MOVIMENTOS SOCIAIS, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 20 a 31 de julho de 2009, Salvador-BA. **Anais...** Salvador: p. 1-6, 2009. Disponível em: <<http://www.ses.uneb.br/anais/A%20SEXUALIDADE%20DO%20CASAL%20NO%20PROCESSO%20GRAV%20C%28DDICO-PUERPERAL%20%20UM%20O.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- MURIBECA, M. M. M. Da problemática sedução da histeria à enigmática sedução do feminino em Freud. **Rev. Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 39, p.76-79, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 07 jan. 2014.

NEGRÃO, T. Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl. 1, p. 164-176, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/48778/52854>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

NEME B. **Obstetrícia básica**. 3a ed. 1406 p. São Paulo: SAVIER; 2006.

OLIVEIRA, G. C. de; CAMPOS, C. H. de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres- direitos, políticas e desafios**. Brasília: CFEMEA:IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Sa%FAde%20reprodutiva%20das%20mulheres.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

PINTO, A. F. C. M. **Metodologia Do Trabalho Científico**: planejamento, estrutura e apresentação de trabalhos acadêmicos, segundo as normas da ABNT. Belo Horizonte: 2010. Disponível em: <<http://www.iceg.pucminas.br/ApostilaMetdologiaCientificaAdministracao.pdf>> . Acesso em: 15 Mar. 2014.

RAIMUNDO, P. B. **Sexualidade com ênfase na gravidez na adolescência**. 2011. 38 f. Monografia de especialização (Especialização em Saúde para professores de ensino fundamental e médio). Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/35276/PATRICIA%20BAHLS%20RAIMUNDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 dez. de 2014.

RECANELLO, L. D.; PEGORER, M. A. S. **Os direitos sexuais e reprodutivos e a legislação consumerista: da responsabilidade civil no fornecimento de métodos contraceptivos**. p.1-21, 2012. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d81f9c1be2e08964>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo inFormação**, v.16, n.16, p.45-69. 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3852/3476>>. Acesso em: 10 mar 2015.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

REISDORFER, E. As alterações no desejo sexual durante o período gestacional: um estudo na atenção primária. **Rev. Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p.129-136, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/400>> . Acesso em: 19 dez. 2014.

ROSÁRIO, P. R. do et al. **Comportamentos sexuais de risco: procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa, 2013. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5011/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20>-

%20Comportamentos%20Sexuais%20de%20Risco%2cProcura%20de%20sen.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 dez. 2014.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latinoam Enferm**, v. 18, n. 4, p. 01-08, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf>. Acesso em: 22 de jan. 2015.

SANTOS, A. C. G. dos. **Tratamento Fisioterapêutico de Lombalgia durante o Período Gestacional**. 61 f. 2009.[Graduação em Fisioterapia].Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium. Lins/SP, 2009.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.7, p.326-334. 2009.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, p.01-08, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1260/1235>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SCHERER, F.; CUPPINI, G.; PÉRICO, E. Relação entre cuidado pré-natal, fatores maternos e peso da criança ao nascer. **Rev. ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 367-374, 2010. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2282/1770>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

SERRATO, A. C. O corpo e a sexualidade na cama de procusto: valores e desafios na contemporaneidade. **Rev. Pistis Praxis**, v. 2, n. 1, p.145-172, 2010. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pistis?dd1=3552&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CANDIDO DA SILVA, A.; MEDEIROS, M. M. de. Sexualidade e a História da Mulher na Idade Média: A Representação do Corpo Feminino no Período Medieval nos Séculos X a XII. **Rev. Eletrônica História em Reflexão**, v. 7, n. 14, p. 1-16, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/view/2946/1635>> Acesso em: 22 dez. 2014.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**: Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.

SOUZA, M. F. de. **Percepção da evolução da sexualidade feminina na contemporaneidade**. 2011, 46f. Trabalho em Conclusão de Curso (Psicologia). Faculdade do Vale do Ipojuca- FAVIP, Caruaru, 2011. Disponível em: <<repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/547/1/PERCEPÇÃO+DA+EVOLUÇÃO+DA+SEXUALIDADE+FEMININA+NA+CONTEMPORANEIDADE..pdf>>. Acesso: em 22 dez. 2014.

TORRES, M. C. C. et al. Gênero, sexualidade e atividade física: uma leitura sobre masculinidades e feminilidades (re) construídas à luz do envelhecer. **Rev. Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 1, p. 9-21, 2013. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/2442>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

VIANA, D. F. et al. Vivência da sexualidade feminina no período gestacional: à luz da história oral temática/Experience of the female sexuality in the gestational period: under the perspective of the oral thematic history DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v12i1. 10691. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 88-95, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10691/pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

VIEIRA, T. C. B. et al. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 485-487. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar 2015.

VIOTTI, M. L. R. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-pequim.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2014.

XAVIER, A. C. **Como fazer e apresentar trabalhos científicos em eventos acadêmicos: [ciências humanas e sociais aplicadas: artigo, resumo, resenha, monografia, tese, dissertação, tcc, projeto, slide]**/ Antonio Xavier; ilustrações, Karla Vidal. Recife: Réspel, 2010.

ZILLES, U. Visão cristã da sexualidade humana. **Rev. Teocomunicação–Revista da Teologia da PUCRS**, v. 39, n. 3, p. 336-350. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/teo/article/view/7693/5476>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

ZUCCO, L. P.; MINAYO, M. C. S. Sexualidade feminina em revista(s). **Rev. Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 9-21, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2014.

Apêndices



Fonte: Internet, 2015.

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta do Material Empírico

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Nome: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Semanas de gestação: _____

1. O que você entende por sexualidade?
2. Em sua opinião, como você vivencia a sua sexualidade?
3. Você acha que a gestação e as mudanças que a acompanham influenciam seus comportamentos e impressões acerca da sexualidade? Se positivo, de que maneira?
4. Você já ouviu falar ou tem algum conhecimento acerca dos programas e políticas públicas que garantem a sexualidade e os direitos reprodutivos da mulher?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

ESTUDO: Sexualidade de gestantes na atenção primária: uma atmosfera de interpretações e significados

Eu,, atuante na profissão de, residente e domiciliado em, portador da Cédula de identidade RG, e inscrito no CPF/MF, nascido(a) em ___/___/___, estou sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: *sexualidade de gestantes na atenção primária: uma atmosfera de interpretações e significados*, que tem como pesquisadora responsável: **Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho**, professora orientadora e **Vanessa da Silva Dourado**, orientanda. A mesma será desenvolvida Unidade de Saúde da Família Raimunda Domingues de Moura situada no município de Cuité/PB, tendo em vista os seguintes objetivos: Geral - Analisar como as gestantes vivenciam sua sexualidade durante o período gravídico e Específicos - Revelar o significado da sexualidade sob o ponto de vista de gestantes; Descrever a interpretação de gestantes no que se refere às modificações corporais e sua sexualidade e Descrever a visão de gestantes acerca das políticas públicas de saúde sexual e dos direitos reprodutivos. E se justifica, pois é fundamental destinar um olhar diferenciado e especial a essa clientela, visto que a abordagem da sexualidade não se dá exclusivamente por aspectos físicos e biológicos, mas por meio de um *continuum* que envolve bem-estar, cidadania, direitos e outras características sociais que permeiam e constroem a personalidade e o mundo subjetivo dessas mulheres.

Tomando-se por base a Resolução 466/12, todas as pesquisas que envolvem seres humanos envolvem riscos, sejam eles imediatos ou tardios, dessa forma a pesquisa em tela tem o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. No entanto, a pesquisadora adotará todos os cuidados necessários para evitar tais situações, como: preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados, garantindo-lhes o anonimato e atribuindo-lhes pseudônimos; as informações serão utilizadas exclusivamente para a execução do projeto em questão; as entrevistas com os colaboradores serão previamente agendadas conforme disponibilidade do participante

respeitando-se todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto. Quanto aos possíveis benefícios: ao término dessa pesquisa espera-se fornecer subsídios e achados para identificar e fortalecer práticas enquanto ferramentas terapêuticas a serem implementadas na Atenção Primária em Saúde de modo a impulsionar discussões e a disseminação de conhecimentos em diversos contextos na perspectiva de operar melhorias na qualidade de vida de gestantes. Oferecerá ainda suporte científico para outras investigações que possam sedimentar novos vieses epistemológicos rumo a um olhar diferenciado no que tange a esse período significativo na vida da mulher.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e ética, conforme preconizado na resolução 466/12, revelando os resultados sempre que solicitados pelo participante ou pela Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité (local este selecionado enquanto cenário da pesquisa) e ao término da investigação.

Ainda considerando a resolução 466/12, destaca-se que o pesquisador responsável conhece e respeita devidamente as exigências constantes nos itens IV.3 e IV.4 da referida resolução, conforme se expressa nos esclarecimentos que seguem.

Foi-me esclarecido que:

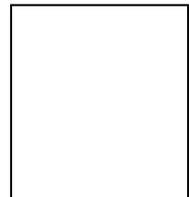
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo placebo, visto que não haverá procedimentos terapêuticos neste trabalho científico.
- Minha participação é voluntária e não remunerada.
- Poderei me recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto sem necessidade de justificativa, não havendo penalização ou prejuízo para mim.
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, inclusive após sua finalização.
- A qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Serei acompanhado e informado adequadamente quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento e minha colaboração com o estudo.
- Serei comunicado acerca dos procedimentos aos quais serei submetido: entrevista semiestruturada, onde me serão direcionadas algumas perguntas e questionamentos.
- Poderei também me recusar a responder qualquer pergunta, caso ache necessário.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho assegurando assim a minha privacidade neste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer

- em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável. Entretanto, quando da existência de dispêndio de minha parte, serei ressarcido devidamente ou em casos de danos decorrentes de minha participação, serei indenizado adequadamente pelo aluno pesquisador (orientando);
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento poderei contar com a equipe científica no número: (83) 8719-3134 e com o respectivo e-mail: mary_albernaz@hotmail.com.
 - Foi me repassado que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande HUAC/UFCG, bem como denúncias. Telefone: 2101-5545
 - Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse, e a outra com o pesquisador responsável. Todas as folhas serão rubricadas por mim e pelo pesquisador, apondo as assinaturas na última folha.
 - Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Cuité, _____ de _____, de _____.

Participante

Testemunha (caso seja analfabeto)



Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora/Pesquisadora

Vanessa Dourado da Silva
Orientanda

Anexos



Fonte: Internet, 2015.

Termo de Compromisso do(s) Pesquisador(es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientador da pesquisa intitulada “**Sexualidade de gestantes na atenção primária: uma atmosfera de interpretações e significados**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

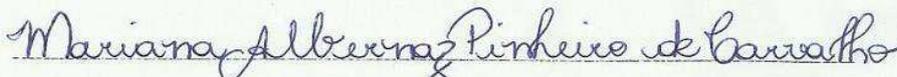
Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 19 de novembro de 2014.



Vanessa da Silva Dourado

Autora da Pesquisa



Mariana Albermaz Pinheiro de Carvalho

Orientadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
CAMPUS CUITÉ
Sítio Olho D'Água da Bica, S/N,
CEP: 58175-000, Tel: (83)3372-1900

DECLARAÇÃO

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti, coordenadora da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cuité, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "**Sexualidade de gestantes na atenção primária: uma atmosfera de interpretações e significados**", que será realizada nas Unidades de Saúde da Família da referida cidade, previsivelmente no mês de janeiro de 2015, tendo como orientadora a professora Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho e orientanda Vanessa da Silva Dourado acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Cuité, 01 de Dezembro de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB

Sr^a Joseane da Rocha Dantas Calvalcante
(Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família – Cuité/PB)