

IMPACTO DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE FEMININA

Orientandas: **Nayra Barbato, Thaís Alves**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Marins Silva

Unidade: **Escola de Enfermagem**

Coorientadora: Pamela Vicente Nakazone

RESUMO DO PROJETO

Introdução: O tema sexualidade, principalmente a sexualidade feminina, teve sua discussão ampliada ao meio acadêmico somente após a revolução feminista. Ainda que os conceitos de saúde sexual e reprodutiva tenham sido definidos há duas décadas, grande parte das ações profissionais contemplam somente a saúde reprodutiva. No ciclo gravídico-puerperal, período marcado por diversas transformações e permeado pela sexualidade, a falta de acolhimento e orientação sobre a sexualidade é ainda mais evidente, impactando diretamente na qualidade de vida das mulheres. Tendo em vista que os enfermeiros devem ser capazes de assistir integralmente ao ser-humano e a necessidade de aproximar estudantes à temática, propõe-se esse estudo. **Objetivo:** Compreender como a gestação, parto e puerpério podem interferir na sexualidade feminina. **Método:** Estudo qualitativo descritivo, com método da história oral temática. A população foi composta por 10 puérperas, maiores de 18 anos e residentes no município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por estudantes de enfermagem previamente treinadas, entre os meses de janeiro a junho 2021. Em razão da pandemia do novo coronavírus, as mulheres foram recrutadas pela rede social *Facebook* e as entrevistas realizadas e gravadas pelo aplicativo *Google Meet*. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os dados foram analisados por meio da proposta de Bardin, emergindo 5 categorias temáticas. **Resultados e discussão:** a categoria *Sexualidade na gravidez: percepções e sentimentos*, evidenciou a mudança na vivência da sexualidade durante a gestação, relacionada ao medo, flutuação da libido e do humor, e relação com o próprio corpo. A categoria *Parto: experiência e seus reflexos íntimos* demonstrou essa experiência intensa e transformadora na vida de uma mulher, com sentimentos antagônicos permeando o processo de parto e experiência positiva ao estar acompanhada dos parceiros sexuais. A categoria *Sexualidade no puerpério: adaptando-se a um novo papel* ilustrou a mudança brusca na vivência da sexualidade por essas mulheres, por vezes compartilhada com seus parceiros e outras como conflito na relação. A categoria *Escuta: quem se preocupa com a sexualidade de mulheres-mães?* demonstrou que raramente as mulheres se sentem confortáveis em conversar com os profissionais da saúde, já que não tiveram abertura para esse diálogo durante o pré-natal. E a categoria *Desdobramentos: o que as mulheres esperam e precisam?* demonstrou a interferência da mudança de papel social na gestação, parto e pós-parto como limitantes para o exercício de sua plena sexualidade e como pretendem dedicar-se ao que querem experienciar intimamente a partir de agora. **Considerações finais:** A gestação, parto e puerpério pareceram interferir de forma importante na sexualidade feminina, geralmente

desfavorável. As participantes demonstraram em seus relatos a necessidade de apoio biopsicossocial frente às diversas transformações, para cuidar de sua saúde em toda a sua complexidade. Com isso, é essencial que os profissionais, em especial o enfermeiro, promovam um ambiente propício para o acolhimento, orientação e suporte à sexualidade, de forma positiva, saudável e integral.

Palavras-chave: Sexualidade; Gravidez; Parto; Período pós-parto; Enfermagem de Atenção Primária.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi uma das grandes conquistas do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, tornando-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, por ser um dos únicos a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. É pautado na concepção de saúde como direito. Apesar do conceito de unicidade, possui diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (Brasil, 2002).

Pensando na integralidade à saúde como uma das norteadoras das políticas, da rede de atenção e do cuidado, pressupõe-se a interação dialógica e democrática dos sujeitos envolvidos na elaboração de respostas capazes de abranger as diferenças nas necessidades em saúde (Assis et al., 2015; Pinheiro et al., 2007). O profissional enfermeiro se destaca nesse sentido, sendo qualificado para atender diversas demandas visto a sua formação voltada ao cuidado integral do ser-humano, educação em saúde e habilidades na articulação do cuidado multiprofissional (Assis et al., 2015; Fernandes e Backes, 2010; Machado et al., 2007).

Apesar da sexualidade ser intrínseca à existência do ser-humano (Hoogan, 1985 *apud* Araújo et al., 2005) o tema sexualidade ainda é pouco abordado tanto na prática assistencial quanto na formação de profissionais enfermeiros. Considerada por muito tempo um tema perigoso no meio acadêmico, teve sua discussão impulsionada a partir do movimento feminista (Vance, 1995).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sexualidade é “... *um aspecto central do ser humano ao longo da vida abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é*

experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais” (2006).

Essa definição surgiu bom tempo depois de acadêmicas ativistas do movimento feminista iniciarem a reflexão acerca do tema. Pouco a pouco revolucionaram o pensamento, auxiliadas pelo interesse estatal em controlar a sexualidade, não só do ponto de vista reprodutivo/natalidade, mas principalmente pelo controle da epidemia do HIV/AIDS (Paiva et al., 2010). Forçou-se um diálogo interdisciplinar e médicos e cientistas começaram a se envolver e tornarem-se atores importantes nos discursos reguladores (Vance, 1995). Portanto, as relações com o Estado e o governo, também questionadas pela luta feminista, exigiu a implementação de políticas públicas. (Diniz, 2016; Rocha, 2016).

Os conceitos de saúde sexual, reprodutiva e direitos reprodutivos foram claramente definidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (United Nations, 1994), realizada em Cairo, Egito. Saúde sexual e reprodutiva significa que os indivíduos devem ter uma vida sexual prazerosa e segura, através de informações sobre a sexualidade e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a liberdade para decidirem se querem ter filhos, quando e com que frequência, através do acesso à informação e aos métodos contraceptivos.

No Brasil, a Constituição da República estabelece no Artigo 226 e a Lei Federal nº 9.263 de 1996, que regulamenta este Artigo, estabelece que as instâncias gestoras de Sistema Único de Saúde, em todos os níveis, devem garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda

a rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte integrante das demais ações que compõe a assistência integral à saúde.

Contudo, mais de 20 anos depois, as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva têm foco quase exclusivo na saúde reprodutiva. Um estudo acerca do despreparo do profissional enfermeiro para abordar temas relacionados à sexualidade, aponta que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou confortáveis em lidar com o tema (Silva, 2017). Outro, destaca que os profissionais enfermeiros têm sido formados para lidar com os aspectos físicos e emocionais da doença, mas não com o desenvolvimento psicosssexual dos seres humanos, não oferecendo subsídios suficientes para o enfermeiro atuar nessa área (Melo e Carvalho, 2005). Um terceiro estudo, que questiona a sexualidade invisível ou oculta na enfermagem, também retrata o problema como produto da formação, não só acadêmica, mas clínica (no dia a dia da profissão). Reforça, inclusive, que questões sobre sexualidade são responsabilidade de todos os enfermeiros, uma vez que está presente em todas as áreas de atuação, embora as pessoas se neguem a percebê-la (Ressel e Gualda, 2004).

Se o tema sexualidade tem sido cercado de preconceitos pessoais, religiosos ou culturais – e de alguma forma negligenciada na assistência à saúde – a sexualidade feminina, principalmente no ciclo gravídico-puerperal, foi ainda mais esquecida. A gravidez e puerpério são marcados por inúmeras transformações bioquímicas, funcionais, anatômicas e emocionais, todas capazes de interferir no comportamento sexual da maioria das mulheres (Bortoletti et al, 2007; Camacho et al., 2010).

Essa reflexão sobre sexualidade na gestação, parto e puerpério, evidencia a problemática a ser enfrentada e a necessidade de progresso no conhecimento para viabilizar uma assistência de fato integral, que dê a devida atenção à saúde sexual e à sexualidade.

1.1 Justificativa

Na base de dados *Scielo*, cruzando os descritores “sexualidade e gestação”, foram encontrados 31 artigos em língua portuguesa. Após a leitura dos títulos, apenas oito tinham esse tema como questão central, sendo apenas um destes de abordagem qualitativa. Com os descritores “sexualidade e parto”, foram encontrados 26 artigos em português, sendo apenas um artigo de fato relacionando os dois temas, de abordagem qualitativa. Por último, com os descritores “sexualidade e puerpério”, foram encontrados seis artigos, e somente um de abordagem qualitativa.

Apesar da crescente preocupação com o tema sexualidade no período gestacional e puerperal, a literatura ainda é escassa e se concentra majoritariamente nos conceitos biológicos da gravidez e sexualidade. Ainda se faz necessário explorar os aspectos subjetivos da questão.

O ciclo gravídico-puerperal é apenas uma das oportunidades para abordar o tema sexualidade. É urgente e fundamental que ampliemos a discussão sobre sexualidade feminina, inclusive no meio acadêmico e científico, de forma respeitosa e democrática, para estimular e legitimar a busca de uma experiência positiva.

Nesse sentido, propõe-se esse estudo, buscando compreender a percepção de puérperas a respeito da vivência de sua sexualidade na gestação, parto e pós-parto. Esse trabalho torna-se relevante para o campo à medida que proporciona a aproximação de estudantes, centrado nas necessidades individuais das mulheres e pautado em evidências científicas. Além de subsidiar na formação dos profissionais, poderá contribuir na produção de evidência e aprimorar a prática de profissionais na atenção à saúde, garantindo o direito de gestantes, parturientes e puérperas à saúde sexual e melhorando sua qualidade de vida.

2 OBJETIVO

Compreender como a gestação, parto e puerpério podem interferir na sexualidade feminina.

3 MÉTODO

Estudo qualitativo descritivo, com método da história oral temática.

Nos métodos qualitativos, as questões de pesquisa incluem o fenômeno e a população estudada, sem quantificar valores. Preocupa-se, portanto, em compreender e explicar aspectos sociais que não podem ser quantificados, tal qual a experiência humana como é vivida (Gerhardt e Silveira, 2009; Polit, 2011).

Na história oral temática, a partir de um assunto específico e preestabelecido, busca-se o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido. Ela tem características bem diferentes da história oral de vida, pois detalhes da vida pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central (Meihy, 2002).

A história oral temática busca a verdade de quem presenciou um acontecimento ou tenha alguma versão discutível ou contestatória dele. Dessa maneira, permite que o pesquisador compreenda melhor a experiência de vida de um indivíduo em determinado momento de sua vida (Meihy 2002; Fontana, 1994). Esperava-se que esse método permitisse que as mulheres discutissem livremente sobre sua sexualidade no período da gravidez e do pós-parto.

3.1 População e amostra

A população do estudo foi composta por puérperas, participantes de grupos fechados sobre gestação, parto e puerpério da rede social *Facebook*.

Para a captação de participantes para a coleta de dados, foram selecionados grupos fechados da rede social utilizando a expressão “gestação e pós-parto”, direcionados a gestantes e puérperas. Após a primeira busca dos grupos fechados, as pesquisadoras solicitaram autorização às administradoras para obter acesso ao conteúdo do grupo. Após aprovação, com acesso às discussões, foram escolhidos os grupos que compreenderam discussões relacionadas, direta ou indiretamente, à sexualidade. Para a captação das participantes, foi realizada uma postagem explicando brevemente sobre a pesquisa, solicitando às mulheres que tinham interesse em participar do estudo, se manifestassem respondendo à publicação ou entrassem em contato via mensagem privada com as pesquisadoras. De acordo com a manifestação de interesse e disponibilidade das participantes, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após sua leitura, ciência e devolução assinada às pesquisadoras, foi agendado um encontro *online*, através do aplicativo *Google Meet* para a realização da entrevista por videoconferência gravada.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), o puerpério começa entre uma e duas horas após a saída da placenta e tem seu fim indeterminado, uma vez que enquanto a mulher amamentar ela vai continuar sofrendo alterações da gestação. Pela baixa manifestação de interesse em participação no estudo, mesmo após meses de divulgação para a captação dessas mulheres, optou-se por não restringir o período de pós-parto. Portanto, todas as mulheres que se consideraram puérperas (e sob influência das alterações da gestação) foram aceitas para a pesquisa.

Aceitaram participar do estudo 11 mulheres. Entretanto, uma foi excluída da análise por ter participado de formação específica sobre sexualidade feminina, o que interferiu nas

respostas à pesquisa. Portanto, a amostra do estudo correspondeu a 10 mulheres que se consideravam puérperas, independentemente do tempo de pós-parto.

3.2 Cenário do estudo

Frente à pandemia do novo coronavírus, e às recomendações de isolamento social propostas pela Organização Mundial da Saúde na tentativa de conter sua transmissão (Brasil, 2020; OMS, 2020), o cenário da pesquisa foi composto pelo ambiente *online* de videoconferência do aplicativo *Google Meet*. Apesar de ser uma entrevista *online*, foi recomendado à participante escolher um local tranquilo e reservado para garantir o máximo de privacidade durante a entrevista.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro a junho de 2021. Para ela, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composta por duas partes. Sendo a primeira parte por questões objetivas de caracterização (Idade; Estado civil; Escolaridade; Cor autodeclarada; Atividade remunerada; Gestação planejada; Número de gestações anteriores e número de filhos; Tipo de parto; Tempo de pós-parto; intercorrências na gestação, parto ou pós-parto) e a segunda com uma questão disparadora: “Conte-me como foi a vivência da sua sexualidade na gestação e no puerpério” e com tópicos introduzidos no decorrer da entrevista, que tiveram a finalidade de flexibilizar e melhor explorar os questionamentos (vide Apêndice). Inicialmente, ainda por mensagem online (*Messenger* do *Facebook*) as participantes foram esclarecidas acerca dos objetivos, motivos e benefícios do estudo, e convidadas a participar do mesmo. Mediante manifestação de interesse, foi enviado por e-mail o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As participantes assinaram os termos e devolveram às pesquisadoras escaneadas ou por foto. As participantes foram

orientadas a guardar ambas as vias do TCLE assinada para o possível recolhimento, via correios, do documento após o período de isolamento social para a prevenção do coronavírus, sem nenhum custo. O som e a imagem da entrevista foram gravados através do próprio aplicativo *Google Meet*, para resguardar a participante caso queira rever alguma informação. A coleta foi realizada conforme a disponibilidade das participantes e as entrevistas realizadas até a saturação teórica, obtida quando os dados coletados não alteram a compreensão do fenômeno e o acréscimo de novas informações não é mais necessário (Nascimento et al. 2018). A duração média das entrevistas foi de 40 minutos.

3.4 Análise de dados

Para análise dos resultados, foi utilizada a técnica de Bardin (2009). Na primeira etapa, denominada de pré-análise, as entrevistas foram transcritas em formato Word. Em seguida, realizou-se a leitura flutuante e identificação das unidades de significação ou códigos. Nesta fase, foram destacadas as falas, com diferentes cores. A seguir, foi feita a organização para exploração do material por meio da categorização temática, realizadas por duas pesquisadoras e validada por uma terceira. Por fim, as falas foram reagrupadas em classes ou categorias temáticas para análise e discussão junto à literatura.

3.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Parecer nº: 4.303.594 CAAE: 35407620.1.0000.5392).

As participantes deram aceite do TCLE após leitura, devolvendo os termos assinados. Todas foram esclarecidas sobre o propósito do estudo, assim como os possíveis riscos e benefícios de sua participação. As entrevistadas também foram informadas de que sua

participação no estudo não teria benefícios diretos ou compensações financeiras, mas que poderia contribuir na produção de evidências e no cuidado especializado à sexualidade das mulheres durante sua gestação e puerpério, com potencial para atingir diversas realidades de assistência a esse público no Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, são apresentados os dados socioeconômicos das participantes do estudo, formando a caracterização do grupo, e na sequência, as cinco categorias temáticas, que emergiram de 13 categorias e 21 códigos, após análise de conteúdo dos relatos das puérperas. Para preservar a identidade das participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de plantas aromáticas.

4.1 Caracterização das participantes

Aceitaram participar do estudo 11 mulheres. Entretanto, uma foi excluída da análise por ter participado de formação específica sobre a sexualidade feminina, o que interferiu nas respostas à pesquisa. Portanto, a amostra correspondeu a 10 mulheres que se consideravam puérperas, independentemente do tempo de pós-parto.

Em relação aos dados socioeconômicos, a idade das 10 mulheres que compuseram a amostra variou de 20 a 36 anos. Duas delas se declararam pardas e 8 brancas. Quanto ao estado civil, quatro referiram ser solteiras, uma com união estável e cinco casadas. Quanto à escolaridade, duas possuíam ensino médio completo, quatro ensino superior incompleto em curso, três com ensino superior completo e uma com pós-graduação completa. Nove mulheres exerciam atividade remunerada e uma não.

Sobre dados obstétricos, nove mulheres só haviam experienciado uma gestação, enquanto uma delas havia sofrido perda gestacional prévia. Todas tinham apenas um filho.

Quatro delas tiveram gestação planejada, enquanto seis não planejaram. Quatro foram submetidas à cesariana, uma à parto vaginal instrumental e cinco experienciaram parto normal (duas delas referindo parto humanizado). O período de pós-parto variou entre 1 e 24 meses. Sobre intercorrências na gravidez, três referiram ter tido complicações na gravidez (Ruptura prematura de membranas ovulares pré-termo, infecção de trato urinário de repetição e pré-eclâmpsia). Três referiram complicações no puerpério (duas com dificuldade na amamentação e uma com depressão pós-parto, não tendo amamentado).

4.2 Categorias Temáticas

4.2.1 Sexualidade na gravidez: percepções e sentimentos

Essa categoria apontou que a sexualidade parece sofrer grande impacto durante o período gestacional. Isso esteve relacionado a diferentes fatores, como: o medo de causar alguma complicação à gravidez ou ao bebê, a flutuação da libido, a oscilação de humor e a relação com o próprio corpo.

“Durante a gravidez a gente fica, no começo a gente fica com medo né, de fazer alguma coisa, de acontecer algo com o bebê”. (Alecrim)

“Depois que eu tive descolamento, eu fiquei com mais receio (...) Eu posso até contar com os dedos quantos atos sexuais a gente teve, de relação, acho que foi um ou dois, justamente por isso, que eu fiquei com muito medo de acontecer algo pior”. (Bergamota)

“Como a gente perdeu um bebê em 2019, tudo tava com muito cuidado, então a gente nem cogitou isso, entendeu? Por medo de acontecer alguma coisa”. (Gerânio)

“Perdi completamente a libido”. (Jasmim)

“Notei períodos diferentes, assim, da gestação. Um pouco de aumento de libido, mas ao mesmo tempo, um aumento de desconforto” (Neroli)

“Era um fogo que eu não sabia o que acontecia” (Erva Doce)

“Acho que altos e baixos. Uma hora você acha que você está linda, barriguda, depois você acha: “meu deus, eu to enorme”. (Gerânio)

“Acho que foi mais em questão da minha autoestima, com o meu corpo, a mudança que ele foi tendo”. (Eucalipto)

“Em relação ao meu corpo eu senti que eu tive muitas estrias, eu tive queda da minha autoestima, eu engordei muito, eu me senti muito mal no começo. Até eu começar a me acostumar”. (Alecrim)

“Eu fiquei feliz, eu tava muito feliz, muito radiante, me sentindo poderosa. Meu cabelo tava lindo, minha pele maravilhosa, minha unha, tudo assim tava maravilhoso, sabe?” (Erva Doce)

Percebe-se que, apesar de algumas gestantes apresentarem elevação da libido e da autoestima, essa não foi uma regra. Ainda que não tenham sido citados nas entrevistas, as gestantes podem experienciar outros sintomas durante as atividades sexuais, como maior sensibilidade nas mamas, presença de contrações de Braxton-Hicks ou sangramento fisiológico discreto após a penetração.

Assim como no atual estudo, Vieira (2012) já havia observado que mulheres grávidas e suas parcerias de fato preocupam-se que a atividade sexual possa trazer efeitos negativos à mulher ou ao feto. Eles também estão em consonância com os resultados de Queiros et al. (2011), o qual pareceu associar a diminuição da atividade sexual na gravidez e fadiga, desconforto físico, preocupação com o bem-estar fetal, crenças culturais e religiosas e antecedentes obstétricos desfavoráveis. O trabalho de Fernández-Sola et al. (2018) ressalta

que esse conjunto de fatores ou preocupações se configuram como falsas crenças, decorrentes da falta de abordagem holística e aconselhamento sexual limitado ao longo do pré-natal

Com as diversas mudanças físicas e psíquicas na gravidez, as mulheres mencionaram a descoberta de novas formas de relacionar-se sexualmente, seja com seus parceiros ou consigo mesmas.

“Na gestação eu tive muito mais vontade de me masturbar. Eu nunca tinha feito isso antes e na gestação eu tive vontade!” (Baunilha)

“Nós não tínhamos tanta posição, a barriga atrapalhava um pouquinho, a gente fazia umas manobras. Mas tinha vez que não rolava, então a gente tentava de outra forma”. (Erva Doce)

“A gente teve uma rotina assim bem instável, eu acho, e no finalzinho, né? Aquela barriga gigantesca, que tem todo um jeitinho, então você vai adequando o que é mais confortável”. (Rosa)

“A gente teve que descobrir uma nova forma de se relacionar (...) Descobri outras formas de entender que a sexualidade não é só o ato”. (Neroli)

A pesquisa de Fernández-Sola et al. (2018) traz também a reflexão de que a abordagem à sexualidade na gravidez deve ser muito mais ampla que o ato sexual por si só e reforçando a importância do casal adotar práticas adaptadas às mudanças físicas e emocionais que ocorrem nesse período.

4.2.2 Parto: experiência e repercussões íntimas

Essa categoria demonstrou o que a experiência do nascimento de um filho é algo intenso e transformador na vida de uma mulher, com sentimentos antagônicos permeando o processo de parto (desde o medo até intensa alegria). Quase a totalidade das entrevistadas

referiu experiências de parto positivas, independente da via de nascimento e, também, o impacto positivo que tais experiências tiveram em suas vidas.

“Foi incrível, foi incrível. É uma experiência que só você estando lá para saber, só a mãe estando lá para ver. O sentimento é uma coisa, sabe, inexplicável. Você imagina isso a sua gestação inteira, na hora H é completamente diferente.” (Alecrim)

“Boa, foi uma experiência boa.” (Erva doce)

“Estava com muito medo, eu estava com medo de laceração, estava com muita dor mas eu queria passar logo por isso e acabar logo né? (...) hoje, olhando para minha experiência, o parto foi uma experiência incrível e transformadora”. (Neroli)

“Desde muito nova eu gostei da ideia do parto humanizado, eu comecei a estudar (...) Eu estava tão confiante do meu corpo, de mim mesma, da minha filha, eu sabia parir e ela sabia nascer e eu estava numa confiança tão boa que eu me apeguei na mão de Deus.” (Limão)

“Eu desejei o parto normal, mas ele acabou ficando transverso (...) acabou que eu tive que ir pra cesárea. Mas assim, foi incrível. Foi com a médica que eu queria, no hospital que eu queria, da forma que eu queria, fui muito bem acolhida. Tudo que eu planejei, assim, de ficar com o bebê, ter contato na primeira hora, de colocar no peito, de acolher mesmo”. (Bergamota)

“Foi tensa, foi terrível, nossa assim, eu sofri pra caramba (...) eu consegui dilatar os dez dedos, aí depois eu fazia força, fazia força e não conseguia, (...). Aí, como era a residente que estava fazendo meu parto, a professora falou: “Ah, eu acho que é melhor cortar ela”. Aí me cortaram. Aí acho que conseguiram mais passagem para o bebê sair.” (Eucalipto)

“Marquei uma cesárea para o dia que minha filha nasceu, mas eu acabei indo pro hospital e optei pela indução do parto. Então eu fiquei na banheira até 8 dedos de dilatação, daí fui para a bola, a mesa... Graças a Deus meu parto foi rápido.” (Jasmim)

“Eu acho que se o parto não fosse da forma que eu esperava, no mínimo respeitosa, que se não tivesse sido algo respeitoso, eu acho que eu poderia estar muito mais abalada, muito mais frustrada, muito mais agoniada com o meu corpo, em como me sinto hoje em relação a minha sexualidade. Mas como eu tive respeito, respeitaram o meu tempo, respeitaram o meu momento, respeitaram tudo no meu parto, então eu creio que sim, influencia eu ter tido um parto respeitoso, humanizado, da forma que eu esperava. Porque caso o contrário, eu acho que eu continuaria tendo isto em minha mente, me martirizando”.
(Limão)

Por meio da fala das participantes, a via de parto não pareceu interferir na satisfação com a experiência de nascimento de seus bebês. Aparentemente, a única participante que relatou experiência negativa, não recebeu uma assistência respeitosa e integral durante seu trabalho de parto e parto. Embora o parto normal tenha natureza sexual, tendo em vista as respostas hormonais e comportamentais envolvidas, como muito bem investigado e elucidado por estudiosos da humanização do parto e nascimento (Buckley, 2005; Odent, 2002a; Odent, 2002b), a sexualidade chega a ser considerada como um elo perdido por determinada autora (Luz, 2018), já que o modelo tecnocrático hegemônico de assistência, mal a reconhece ou opta por não falar por não falar a respeito (Carneiro, 2013). Luz (2018) também reconhece o parto como evento sexual e extremamente empoderador, capaz não só de interferir na sexualidade, mas na vida das mulheres como um todo.

Levando em conta a sexualidade, outras pesquisas, incluindo uma revisão sistemática e meta-análise, também não associaram a vida de parto (cesárea x normal) ou a presença de

trauma perineal com disfunções sexuais no puerpério. Apesar disso, Faisal-Cury et al. (2015), identificou importante queda na função sexual em relação ao período prévio à gestação. Handelzalts et al. (2018), por sua vez, concluiu que os fatores psicológicos associados ao parto podem ser muito importantes para a compreensão da sexualidade no pós-parto.

Todas as participantes estavam acompanhadas de seus atuais ou prévios parceiros sexuais (separados ao longo da gravidez, mas que participaram do parto por serem pais dos bebês), durante o trabalho de parto e parto. A maioria das mulheres que estiveram com seus atuais parceiros, relataram o quanto foi positiva a presença deles.

“Dá uma segurança né, de saber que, ainda mais em época de pandemia, que ninguém, eu optei por ser aquela tela sabe, então não podia por conta da pandemia. Então ter ele do meu lado foi muito bom, porque eu precisava de alguém conhecido para me dar segurança. (Gerânio)

“Ah, foi ótimo, porque eu senti que eu estava segura do lado dele, que ele tava lá me acompanhando, passando pela mesma situação que a minha, o mesmo sentimento que o meu, então foi uma coisa conjunta” (Alecrim)

“Acho que foi essencial, assim. A presença dele foi incrível. Ele foi super presente e super me apoiou o tempo todo. E acho que sem ele não ia ter conseguido”. (Neroli)

“Foi muito especial. Acho que a gente dividiu a maior emoção da vida”. (Rosa)

A presença de acompanhante no trabalho de parto e parto é um direito de todas as mulheres (Brasil, 2005). A sua relevância, já está muito bem descrita na literatura (Bohren et al., 2017; Kobayashi et al., 2017; Hodnett et al., 2011; Sapkota et al., 2013), como importante fator para redução de analgesia, melhor progressão no trabalho de parto e principalmente para o aumento da satisfação materna com o parto. Os relatos das participantes deste estudo convergem para isso.

As participantes que estiveram com seus ex-parceiros, entretanto, manifestaram o desejo por outra companhia. Para uma delas, inclusive, essa presença foi muito desagradável.

“Eu não queria, porque a gente estava numa fase muito ruim, né? Eu queria que a minha mãe assistisse meu parto (...) mas aí a minha mãe ficou com dó dele e ligou pra ele, né? Falou que não é todo dia que você tem um filho, pra ele não perder isso. Mas foi tranquilo, ele me ajudou”. (Eucalipto)

“Ai, foi horrível, porque a gente já não estava junto. Na verdade eu queria que minha mãe ficasse lá comigo. Ele não ficou, assim, me dando força, me dando apoio. Quando eu completei a dilatação completa, ele ficou mais perto de mim e me ajudou a fazer força, mas, assim, até chegar nesse processo mesmo, eu fui sozinha mesmo. Ele estava lá presente, mas só o corpo.” Jasmim

Esse desconforto em ser acompanhada pelo ex-parceiro, pode não só estar relacionado à falta de preparo dele para prestar suporte durante o trabalho de parto, mas à própria hipótese do parto como um evento sexual (Davis-Floyd, 2001; Luz, 2018). Faz parte da fisiologia do parto a secreção de ocitocina endógena, hormônio associado às sensações de prazer e bem-estar, e de endorfinas para sua progressão natural. Nesse sentido, podemos inferir o quão desfavorável pode ser a presença de pessoas indesejadas nesse contexto para a fisiologia do parto.

4.2.3 Sexualidade no puerpério: adaptando-se a um novo papel

Essa categoria ilustrou a mudança brusca na vivência da sexualidade por essas mulheres no pós-parto. Elas relataram as diversas dificuldades para manifestar sua sexualidade, como o cansaço excessivo, a falta de tempo e a disponibilidade para cuidar de

um bebê, além da dor no pós-parto e a relação negativa com o corpo recém-parido e que amamenta.

“Não tem nenhuma (sexualidade)”. (Eucalipto)

“Acho que nem tem sexualidade, eu nem sei dizer. Eu fiquei muito cansada, nem parei pra pensar nisso, acho que não existiu meu lado sexual, só existiu meu lado mãe cansada, preocupada.” (Gerânio)

“Horível. Tenho nem tempo de pensar nisso. Não tenho mais tempo, não temos rede de apoio, somos só nós dois e ele tá trabalhando em casa”. (Neroli)

“Eu não tenho, não sinto prazer, até tentei me tocar outras vezes mas também não consegui” (Jasmim)

“Agora eu tô um pouco chateada, agora nesse momento, com as estrias, com a flacidez na barriga”. (Baunilha)

“Eu estou mais incomodada com o meu corpo agora, do que durante a gravidez (Eucalipto)

“Complicada, viu? Eu não emagreci o que eu queria (...) a gente se cobra muito, porque parece que quando a gente tem filho, a gente não fica tão atraente, e essa questão do peso sempre foi muito importante pra mim, (...) e agora eu não emagreci (...) fico com a autoestima baixa”. (Gerânio)

“Acho que se chegasse ao ponto de eu me relacionar sexualmente com alguém, eu ficaria morrendo de medo de do nada vazar leite e a pessoa se incomodar, não consigo nem imaginar a situação, qual seria a minha reação, mas acho que isso ia me envergonhar de certa forma”. (Limão)

“Tanto ele quanto eu, ele também não gostava de chegar muito perto do peito”.
(Baunilha)

“Eu tive uma laceração extensa, foi parto instrumental. Fiquei com muita fibrose, com muita dor”. (Baunilha)

“É cansativo, a gente fica cheia de dor no corpo, então assim não sobra muito tempo, nem pra pensar e nem pra fazer, né, porque às vezes a gente tenta, aí quando você está lá tentando a criança acorda, então é bem difícil”. (Erva Doce)

“Eu também tava com muito medo, né, do meu períneo. Eu estava preocupada ainda com a recuperação dele. Então até uns quatro ou cinco meses, não estava ainda cem por cento e eu também não tava nem com cabeça, né?” (Neroli)

Poucas participantes trouxeram a compreensão e parceria dos companheiros nesse processo do pós-parto. A maioria relatou algum grau de desentendimento e que a questão da sexualidade também pareceu ser mais um motivo de entrave no diálogo do casal no puerpério.

“Ele me acolheu mais, mais carinhoso ainda, mais cuidadoso ainda, sabe?”.
(Bergamota)

“Ter ela (bebê) acaba deixando a gente mais distante, né? (...) A gente ainda está tentando se alinhar. Tem que ter uma flexibilidade tanto do meu lado, quanto do dele, né?”
(Erva Doce)

“Acho que pós-parto com a falta de comunicação mesmo, de proximidade entre eu e ele, foi ocorrendo um distanciamento entre eu e ele, porque também não tínhamos mais vontade de ficar perto um do outro”. (Limão)

“Eu acho até que faltou um pouco de acolhimento, de compreensão, na verdade”.
(Jasmim)

“Mudou totalmente, depois que a bebê nasceu. A gente não estava tão bem, acabou ficando um pouco mais delicado porque, a mãe não dorme, o pai não dorme, alimentação toda bagunçada.” (Rosa)

“Nosso diálogo ficou muito comprometido. (...) Hoje a gente não se dialoga com calma, com tranquilidade. Parece que o que eu falo e ele não entende, eu falo A e ele entende B e aí a briga começa”. (Neroli)

Assim como nesta pesquisa, Siqueira et al. (2019), também encontrou relação entre o medo da dor, preocupações com os cuidados com o bebê e insegurança com o próprio corpo como fatores que impactaram na sexualidade feminina após o parto. Adicionalmente, o receio de uma nova gravidez também se relacionou à retomada das atividades sexuais, o que não apareceu nos relatos das participantes do presente estudo. Vários autores também relacionaram a fadiga, exaustão e a reestruturação da dinâmica familiar com o bebê como obstáculos para a retomada das atividades sexuais (Bender et al., 2018; Hipp et al., 2012; Lowdermilk & Perry, 2008; Vetorazzi, 2013), e inclusive como fator de risco para ansiedade e depressão puerperal.

Algumas mulheres também relataram sofrer com dor durante as relações sexuais por traumas perineais durante o parto. Já está bem documentado na literatura que traumas perineais, em especial a episiotomia, relacionam-se à dispaurenia no pós-parto (Holanda et al., 2014; Lurie et al., 2020; Vetorazzi, 2013). Mas dois estudos recentes, incluindo uma revisão sistemática e meta-análise, nos alertam de que, independente da via de parto ou trauma perineal, as puérperas irão experienciar algum grau de dispaurenia (Manresa et al. 2019; Spaich et al., 2020). Isso reforça a importância da orientação qualificada à mulher e sua parceria para a retomada das atividades sexuais de forma saudável e positiva.

Nos relatos das participantes desta pesquisa, a relação com o corpo no pós-parto também emergiu como elemento que comprometeu a sexualidade. Salim et al. (2010), reforça a sexualidade como evento multidimensional, que de fato está integrada a todo esse novo processo que a mulher vivencia no pós-parto, seja em relação consigo mesma, com seu próprio corpo e feminilidade ou com o contato com o parceiro.

No que diz respeito à amamentação, ainda há divergências na literatura. Alguns autores identificaram a amamentação como fator para o adiamento na retomada das atividades sexuais do casal (Rowland et al., 2005), enquanto outros não encontraram diferença significativa nesse tempo entre mulheres que amamentaram ou não (Alp Yılmaz et al., 2019) e outros trazem a hipótese da amamentação como importante evento sexual para a mulher (Perlman, 2019). Vale a pena frisar a reflexão feita por Iaconelli (2017), do quanto a sexualidade, em nossa cultura, é deprimida. Mesmo o parto e a amamentação tratando-se de eventos sexuais, consideramos maternidade e erotismo inconciliáveis. A amostragem da presente pesquisa não é o bastante para associar quantitativamente a amamentação com a atividade ou satisfação sexual. Mas os relatos de algumas participantes trouxeram certo embaraço em relação à mama nas práticas sexuais. Nesse mesmo sentido, Pissolato (2016) identificou que a ejeção de leite durante ou após a relação sexual pode resultar em sentimentos de constrangimento, desconforto ou aversão para o casal, ou para a mulher ou o parceiro.

Siqueira et al. (2019) traz o diálogo com o companheiro como sendo fundamental para a manutenção da relação, a necessidade de diversos ajustes para a retomada gradativa para a retomada da intimidade. Um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica também relacionou a comunicação, a proximidade emocional com o parceiro e a forma como ele demonstrou consideração à puérpera como papéis importantes na relação sexual, uma vez que

as mulheres apresentaram grande necessidade de intimidade física e emocional, estarem próximas deles e serem apreciadas (Bender et al., 2018).

4.2.4 Escuta: quem se lembra da sexualidade de mulheres-mães?

Essa categoria demonstrou que a maioria das mulheres se sentem confortáveis em compartilhar sobre a sexualidade com outras mulheres. Algumas participantes relataram se sentirem à vontade para falar com seus parceiros, mas outras manifestaram não ter essa oportunidade.

“Com amiga, com mãe, irmã, com a minha mãe”. (Gerânio)

“Tem a minha amiga, que é minha best desde o colégio” (Rosa)

“Eu tenho a minha comadre, ela é uma pessoa que sim, a gente sempre conversou sobre isso”. (Limão)

“Converso com minhas amigas, com meu parceiro”. (Baunilha)

“Eu tenho muita intimidade com a minha prima (...) converso super naturalmente com ela, com o meu parceiro, né, e acredito que com a minha irmã também, eu me sinto bem confortável para falar sobre”. (Alecrim)

“Eu tenho muita intimidade com a minha prima (...) converso super naturalmente com ela, com o meu parceiro, né. E acredito que com a minha irmã também, eu me sinto bem confortável para falar sobre. (Alecrim)

“Muito difícil (Conversar com o parceiro sobre sexualidade). Já chegamos a conversar sobre isso, mas não é uma cobrança entre a gente, sabe? Mas eu acho necessário, acho que a gente deveria sim conversar”. (Erva Doce)

Quando questionadas se haviam se o tema sexualidade havia sido abordado por algum profissional de saúde durante a gravidez, algumas relataram que tiveram essa oportunidade de

fala com psicólogos ou fisioterapeutas - ou seja, profissionais que não estão usualmente inseridos na assistência pré-natal. Algumas mulheres atendidas em casa de parto (Casa Angela), modelo de cuidado liderado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, também pareceram ter essa diálogo contemplado, mas vale lembrar que este não é modelo mais comum de cuidado à gestação no Brasil. Poucas referiram a oportunidade com os profissionais médicos, e pelo o que uma das participantes relatou, o assunto foi direcionado à quando seria o período recomendado para a retomada da atividade sexual..

“Não (o assunto sexualidade não foi abordado por nenhum profissional)”. (Alecrim, Erva Doce, Gerânio, Rosa)

“Eu acho que ninguém tocou muito nesse assunto, não”. (Baunilha)

“Foi abordado sim, por fisioterapeuta”. (Neroli)

*“Converso sobre isso com a minha terapeuta e com a minha enfermeira obstetra”.
(Jasmin)*

“Fazendo acompanhamento com psicólogo” (Limão)

“Só foi abordado lá na Casinha Angela (local que deu à luz) tive todas as minhas dúvidas sanadas”. (Limão)

“Sim, quando eu tava fazendo acompanhamento pela Casa Angela”. (Erva Doce)

“Pelas parteiras (enfermeiras obstetras) que atenderam meu parto”. (Neroli)

“Não. Só na consulta do pós-parto, né, que foi depois de 7 dias que o bebê nasceu, que eu fui e a gineco que me falou, a gineco que me falou que eu não podia, que tinha que ficar de quarentena”. (Eucalipto)

A falta de atenção e cuidado aos aspectos da sexualidade humana pelos profissionais da saúde não é novidade e vem sendo tema de pesquisas nas últimas décadas (Ressel e

Gualda, 2002; Melo e Carvalho, 2005; Silva, 2017). Se cuidar da sexualidade humana como um todo parece ser um desafio na área da saúde, a sexualidade de mulheres-mães é ainda mais negligenciada e deprimida - justamente pela dissociação cultural de deserotização da maternidade (Iaconelli, 2017).

Um estudo realizado com residentes médicos evidenciou que a falha está de fato na formação acadêmica. Embora 70% dos participantes tenham declarado que perguntas sobre saúde sexual deveriam fazer parte da anamnese de todas as gestantes atendidas, menos de 20% dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia faziam perguntas a respeito, menos de um quarto sentia-se completamente seguro para responder às perguntas sobre sexualidade e 71% declararam não ter conhecimentos específicos sobre disfunções sexuais (Vieira et al., 2012).

As consultas de pré-natal se configuram como um momento oportuno para desmistificar o assunto sexualidade, pois além do levantamento de qualquer problema capaz de interferir na saúde da gestante, possibilita a escuta ativa, a educação em saúde e criação de vínculo (Brasil, 2013; Rios e Vieira, 2007).

O comportamento dos profissionais reflete no comportamento dos usuários, que sentem confortáveis em esclarecer questões relacionadas à sexualidade, o que pode ser inferido também pelos relatos das participantes do presente estudo. Barret et al. (2000), identificou que apenas 18% das mulheres referem ter recebido alguma informação sobre as mudanças na função sexual pós-parto, apesar de 70% terem sido esclarecidas sobre o momento em que poderiam retomar as relações sexuais.

Resultados de estudos qualitativos, apontam para a importância do aconselhamento à mulher nas consultas de pré-natal e pós-parto na atenção básica, com escuta ativa, respeito e abordagem integral e holística, visto que déficits nesse aconselhamento, impactam negativamente na vivência da sexualidade das mulheres nesse momento de vida. Sugerem,

também, a realização de mais estudos a respeito da sexualidade da mulher nesse período, para que seja possível ter uma compreensão mais ampliada, intervir oportuna e efetivamente, assegurar condições para que as mulheres se sintam livres para se expressar e encontrar soluções compartilhadas para as dificuldades (Fernández-Sola et al., 2018; Salim et al., 2010). Nas categorias temáticas deste trabalho, discutidas anteriormente, percebemos a convergência com os achados desses artigos, o quanto as falsas crenças e as próprias modificações inerentes ao ciclo gravidez-parto-puerpério precisam ser acolhidas e esclarecidas. Os profissionais da saúde, em especial enfermeiros, devem se preocupar com a saúde sexual de forma integral e não somente com orientações de contracepção ou o tempo recomendado para a retomada das atividades sexuais.

Para Garcia e Lisboa (2012), a capacitação de profissionais enfermeiros para o atendimento das questões inerentes à sexualidade, deve envolver o repensar constante da prática de atendimento, associada à educação permanente em saúde, de forma a evitar que elas sejam reduzidas a aspectos puramente biológicos e inclua as percepções do corpo, prazer, valores afetivos e valores emergentes à sexualidade na contemporaneidade.

Outros autores reforçam que ao fornecer informações baseadas em evidências sobre mudanças normais no comportamento sexual e discutindo questões de intimidade, há imenso potencial de contribuição para a sexualidade no puerpério de forma segura, saudável e prazerosa (Bender et al., 2018; Fernández-Sola et al., 2018)

4.2.5 Desdobramentos: o que as mulheres esperam e precisam?

Essa categoria evidenciou a interferência do processo de gestação, parto e pós-parto na sexualidade. Emergiu nos discursos das participantes a mudança do papel social como limitante para o exercício de sua plena sexualidade, seja consigo mesma, com o parceiro e,

para as solteiras, na busca de novos parceiros sexuais. Mais uma vez, trouxeram a importância de uma rede de apoio para conseguirem cuidar de sua sexualidade.

“Olha, eu senti que teve mudança em relação a mim, em relação a tudo. A forma como eu vejo antes a gente pensa na forma como nosso corpo, depois da gravidez a gente vê o nosso corpo de outra forma sabe, mudou a minha visão em relação a isso.” (Alecrim)

“A mulher depois que ela tem filho ela se esquece um pouco né, ela foca muito no filho e acaba se deixando de lado. Minha filha vem em primeiro lugar, antes de qualquer outra coisa na vida, vem minha filha. Mas eu também não posso esquecer de mim”. (Erva Doce)

“Inconscientemente a gente se anula, a gente fica com medo, com receio. Então gostaria que isso não fosse um problema, não que seja, mas é algo que te faz pensar antes de agir, sabe? (...) Isso faz com que eu queira me cuidar mais, na verdade, e olhar mais pra mim né? Como mulher, independente de ser mãe ou não uma mulher.” (Jasmim)

“Eu acho que não me sinto tão segura como eu era antes. Você fica um pouquinho acima do peso, mesmo que você perde peso, fica um pouquinho na barriga. Acho que a questão da estima, da segurança, da confiança da mulher, assim acho que um déficit, não importante, mas sim existe, um pouquinho, né.” (Rosa)

“Acho que sim, porque, vai por exemplo, você quer sair mais sensual, mais bonita, hoje em dia não pode usar aquele decote, uma saia curta, que você fala “pô sou mãe né”. É estranho explicar, não sei nem como explicar, mas...” (Gerânio)

“Porque antes de parir, eu sentia que eu tinha menos, como posso dizer, menos receio, menos vergonha mesmo, de demonstrar o desejo, de demonstrar o tesão, e hoje, sendo mãe eu fico muito mais guardada.” (Limão)

“Eu queria talvez ter mais tempo pra pensar nisso. A gente tem muita coisa pra fazer. (...) ter uma rotina mais tranquila, menos coisas pra pensar, pra fazer, porque eu realmente acho isso um bloqueio pras mulheres. Esse tanto de tarefas, esse tanto de coisas, dá uma gelada na libido”. (Baunilha)

“O ruim é quando não tem uma rede de apoio, né? Acho que é muito importante, quando não deve ter, é muito mais complicado.” (Jasmim)

A transição normativa da parentalidade implica, por si só, em consideráveis mudanças no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior, e essa reorganização é extremamente estressante. (Silva e Figueiredo, 2005). Nesse sentido, é fundamental o apoio de toda a sociedade para amparar as necessidades da nova mãe e da família em expansão.

As participantes trouxeram em seus relatos a necessidade de apoio biopsicossocial frente às diversas transformações do ciclo gravídico-puerperal para cuidar e exercer sua sexualidade de forma positiva. A entrevista pareceu dar espaço para uma reflexão que muitas delas não tinham tido até então, como o aprendizado com a experiência nesse período e o que pretendem experienciar a partir de agora.

“Acho que tudo isso junto vem influenciado positivamente para eu conseguir expressar minha sexualidade da melhor maneira possível, acho que só tem melhorado”. (Baunilha)

“Hoje eu me sinto muito melhor com o meu corpo.” (Alecrim)

“Eu respeito meu corpo da forma que ele está, porque eu sei que eu pari, que eu tive uma filha, meu corpo é maravilhoso por ter gerado uma vida”. (Limão)

“Eu me sinto mais mulher, assim, mais fortalecida. Eu me sinto mais empoderada mesmo, mais dona de mim, o que sexualmente falando, assim, me dá mais conforto e segurança”. (Jasmin)

“Eu acho que a visão sobre tudo, não sei se é mais responsabilidade, tipo a gente começa a ver as coisas de outra forma. E eu notei muito, tanto que eu estou sozinha (solteira). (...) Eu mudei muito a minha cabeça, e eu falei que não queria mais isso pra mim. (...) Desde que a neném nasceu, eu sinto que eu estou muito mais apegada aos meus sentimentos, eu consigo olhar mais para mim”. (Limão)

“Eu mudaria talvez o meu ponto de vista de ser um pouco insegura quanto ao meu corpo, naturalmente, mas de ter mais confiança em mim porque, não tentar valorizar tanto só a questão física. De tentar demonstrar os valores que são realmente os que ficam, como pessoa com caráter, como mãe, como mulher, como estudante, como, a gente se transforma depois que o filho nasce, as prioridades mudam e a gente começa a enxergar de outra forma muitas coisas. Então eu acredito talvez deixar um pouquinho de lado essa questão de estética e focar realmente, no que realmente é vitalício”. (Rosa)

“Queria ter mais pontos de conversa, roda, encontros pra discutir essa questão da sexualidade”. (Baunilha)

Santos et al. (2021) traça um paralelo entre parto humanizado e maior autoconfiança após. As mulheres se mostraram ainda mais conscientes da capacidade e poder que possuem, o que promoveu autoconhecimento, amor-próprio e empoderamento. Mesmo nem todas as participantes da presente pesquisa terem experienciado partos normais, elas se mostraram satisfeitas com suas experiências, pelo tratamento respeitoso recebido, e destacaram o quanto se sentem fortalecidas e como sua autopercepção e valores mudaram positivamente.

Ao buscar na literatura sobre educação em saúde e sexualidade, ou grupos/rodas de conversa sobre a temática, não foram encontrados resultados. Isso reforça ainda mais o quanto a sexualidade ainda é um tabu para a nossa população e na assistência à saúde. Com os relatos das participantes deste estudo, percebemos que as angústias, dúvidas, dificuldades e

percepções sobre a sexualidade na gravidez e pós-parto se assemelham muito, mas que sem essa rede social e profissional de apoio, elas podem se sentir solitárias e desamparadas nesse sentido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados deste trabalho, a gestação, parto e puerpério pareceram interferir de forma importante na sexualidade feminina, geralmente de forma desfavorável. O ciclo gravídico-puerperal e a transição da parentalidade, implicam em mudanças substanciais para a mulher e todos ao seu redor, impactando direta e indiretamente na sexualidade vivenciada por ela.

As participantes demonstraram em seus relatos, a falta de informações fornecidas por profissionais da saúde frente a vivência da sexualidade durante a gestação, parto e pós-parto. Reflexo de tabus socioculturais acerca do tema, como a dissociação da maternidade e erotismo, bem como a falta de capacitação sobre este tema na formação acadêmica dos profissionais de saúde, impactam na diminuição da qualidade de vida das mulheres e famílias.

Os discursos das participantes trouxeram o quanto é necessário o apoio biopsicossocial frente às diversas transformações desse período, para cuidar de sua saúde como um todo e exercer sua sexualidade de forma positiva.

É urgente que possamos superar esse desafio, e que a gestação, parto e pós-parto sejam reconhecidos e respeitados como eventos multidimensionais - e sexuais. Os profissionais de saúde, de forma multidisciplinar, devem se engajar para contemplar as necessidades individuais de mulheres e suas parcerias de forma integral. A enfermagem tem papel essencial para a construção de novas evidências e para uma abordagem diferenciada,

capaz de superar barreiras atuais, e garantir uma assistência que abranja todas as complexidades da saúde da mulher, incluindo todos os aspectos da sexualidade.

6 REFERÊNCIAS

1. Alp Yılmaz F, Şener Taplak A, Polat S. Breastfeeding and Sexual Activity and Sexual Quality in Postpartum Women. *Breastfeed Med.* 2019 Oct;14(8):587-591. doi: 10.1089/bfm.2018.0249. Epub 2019 Jul 12. PMID: 31298557.
2. Alves DA, Alves BSS, Santana WJ, Moreira FTLS, Oliveira DR, Albuquerque GA. Percepção masculina sobre atividade sexual no período gestacional. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 31(2): 1-9, abr./jun., 2018.
3. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajiahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Health Sci.* 2017 Sep;17(3):623-631. doi: 10.4314/ahs.v17i3.4. PMID: 29085389; PMCID: PMC5656191.
4. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):333-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>.
5. Assunção MRS, Dias IHP, Costa ACB, Godinho MLC, Freitas PS, Calheiros CAP. A sexualidade feminina na consulta de enfermagem: potencialidades e limites. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM Santa Maria, RS*, v. 10, e68, p. 1-18, 2020
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
7. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107:186–95.
8. Bender SS, Sveinsdóttir E, Fridfinnsdóttir H. "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery.* 2018 Jul;62:14-19. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.009. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29627594.
9. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
10. Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J NM, Santana RM, Mattar R, editors. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole; 2007. p. 132-8.

11. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
12. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Capítulo I Do Planejamento Familiar. Brasília, 1996.
13. Brasil. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde brasileiro. Brasília; 2002.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde anuncia orientações para evitar a disseminação do coronavírus. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46540-saude-anuncia-orientacoes-par-a-evitar-a-disseminacao-do-coronavirus>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
17. Buckley SJ. Gentle birth. Gentle mothering. Brisbane: One Moon Press, 2005.
18. Camacho KG, Vargens OMC, Progiante JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia Y Enfermeria* XVI (2): 115-125, 2010.
19. Carneiro R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8):2369-2378, 2013.
20. Diniz CSG. Em entrevista cedida ao programa de televisão "Café filosófico". TV Cultura, 2016.
21. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med*. 2015 May;12(5):1212-20. doi: 10.1111/jsm.12883. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25856338.

22. Fan D, Li S, Wang W, Tian G, Liu L, Wu S, Guo X, Liu Z. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec 6;17(1):408. doi: 10.1186/s12884-017-1583-2. PMID: 29212464; PMCID: PMC5719940.
23. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400011&lng=en&nrm=iso>.
24. Fernández-Sola C, Huankara-Kana D, Granero-Molina J, Carmona-Samper E, López Rodríguez MM, Hernández-Padilla JM. Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):305-12.
25. Fontana A, Frey JH. Interviewing: the art of science. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994. p.361-76.
26. Garcia ORZ, Lisboa LCS. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *SciELO Brasil*. Florianópolis - SC, set. 2012
27. Garcia TR. Sexualidade Humana: Conhecimento Necessário à Formação do Enfermeiro. *Acta Paul. Enf. São Paulo*, V. 6, n.1/4, p. 39-42, jan/dez. 1993.
28. Gerhardt TE, Silveira DT. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre-RS: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <https://goo.gl/FvhjpC>.
29. Handelzalts JE, Levy S, Peled Y, Yadid L, Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 Apr;297(4):927-932. doi: 10.1007/s00404-018-4693-9. Epub 2018 Feb 1. PMID: 29392439.
30. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med*. 2012 Sep;9(9):2330-41. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x. Epub 2012 Jun 6. PMID: 22672428.
31. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011; (2):CD003766. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>.

32. Holanda JBL, Abuchaim ES, Coca KP, Abrão AC. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2014, v. 27(6): 573-578. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>.
33. Hoogan R. Human sexuality; a nursing perspective. 2.ed. Appleton-Century Crofts: Connecticut; 1985. *Apud* Araújo EC de, Coler MS, Nóbrega MML da. Jean Watson's nursing theory focused on sexuality human. *Online braz j nurs* [internet]. 2005; 4 (2): 45-49. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2116>.
34. Iaconelli V. Maternidade e erotismo na modernidade: Assepsia do impensável na cena de parto. *Revista Percurso*, nº 34, 2005., [S.L], p. 1-19, fev. 2017. Disponível em: <https://instituto gerar.com.br/wp-content/uploads/2017/02/maternidade-e-erotismo-na-contemporaneidade.pdf>.
35. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 20;4(4):CD011516. doi: 10.1002/14651858.CD011516.pub2. PMID: 28426160; PMCID: PMC6478316.
36. Lowdermilk D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.
37. Lurie JM, Weidman A, Huynh S, Delgado D, Easthausen I, Kaur G. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020 Mar 31;17(3):e1003088. doi: 10.1371/journal.pmed.1003088. PMID: 32231359; PMCID: PMC7108709.
38. Luz, L. Sexualidade e Parto: em busca do elo perdido. *Revista Cronos*, v. 18, n. 2, p. 128-140, 2018.
39. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009>

- &lng=en&nrm=iso>. access on 10 May 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.
40. Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2019 Jun;30(6):853-868. doi: 10.1007/s00192-019-03894-0. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30770967.
 41. Meihy JCSB. Manual de história oral 4a.ed. São Paulo: Loyola; 2002.
 42. Melo AS, Carvalho EC. A abordagem da sexualidade humana na coleta de dados em enfermagem: desafio para enfermeiros. *REME Rev Min Enferm*. 2005; 9(2): 158-62.
 43. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Rev. Bras. Enferm* 2018. Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, Feb. 2018
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672018000100228&lng=en&nrm=iso.
 44. Odent M. A cientificação do amor. Florianópolis: Saint Germain, 2002a. 142p.
 45. Odent M. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint Germain, 2002b. 134p.
 46. Organização Mundial da Saúde. Basic protective measures against the new coronavirus 2020. Disponível em:
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
 47. Organização Mundial da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva: Definições. Genebra, 2006. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
 48. Paiva V, Ayres JR, Gruskin S. Being young and living with HIV. In: Aggleton, Peter & Parker, Richard. *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. Routledge. New York, 2010.
 49. Perlman L. Breastfeeding and Female Sexuality. *Psychoanal Rev*. 2019 Apr;106(2):131-148. doi: 10.1521/prev.2019.106.2.131. PMID: 30977708.
 50. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior A. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007;12(2):343-9. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a10v12n2.pdf>
 51. Pissolato, LKBP, Alves CN, Prates LA, Wilhelm LA, Ressel LB. Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Revista de Pesquisa Cuidado é*

- Fundamental Online, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 4674–4680, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4674-4680. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4236>.
52. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem [recurso eletrônico]: avaliação de evidências para a prática de enfermagem / Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck ; tradução: Denise Regina de Sales; [revisão técnica: Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria Henriqueta Luce Kruse]. – 7. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
 53. Queirós A, Conde P, Cunha V, Ambrósio P, Marques FJ, & Serrano F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, (2011). 27(5), 434–43.
 54. Ressel LB, Gualda DMR. sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2004 dez;25(3):323-33.
 55. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):477-486, 2007.
 56. Rocha LMLN. Feminismo, Gênero e Políticas Públicas: desafios para fortalecer a luta pela emancipação. *R. Pol. Públ. São Luís*, número especial, p.313-322. Novembro, 2016.
 57. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician*. 2005 Oct;51(10):1366-7. PMID: 16926969; PMCID: PMC1479788.
 58. Salim NR, Araújo NM, Gualda DMR. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jul-ago 2010; 18(4):[08 telas].
 59. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. *Midwifery* [Internet]. 2013; 29(11):1264-71. Available from: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00217-3/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00217-3/abstract)
 60. Silva ID. Abordagem integral da sexualidade na atenção primária [monografia]. São Paulo: Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de São Paulo; 2017.

61. Siqueira LKR, Melo MCP, MORAIS JL. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev. de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 9, p. e58, nov. 2019.
62. Spaich S, Link G, Alvarez SO, Weiss C, Sütterlin M, Tuschy B, Berlit S. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. *J Sex Med.* 2020 Jul;17(7):1312-1325. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.04.383. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32532706.
63. United Nations. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo, 1994.
64. Vance CS. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-32, 1995. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311995000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311995000100001>.
65. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão de literatura. *Rev HCPA* 2012;32(4).
66. Vieira TCB, Souza E de, Nakamura MU, Mattar R. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? *Rev. Bras. Ginecol. e Obs.* 2012;34(11):485–7.

APÊNDICE

Roteiro para entrevista da Pesquisa “Impacto da gestação, parto e puerpério na vivência da sexualidade feminina”

a. Dados socioeconômicos e obstétricos:

- Idade
- Estado civil
- Escolaridade
- Cor autodeclarada
- Atividade remunerada
- Gestações anteriores e número de filhos
- Gestação planejada ou não
- Tipo de parto
- Tempo de pós-parto
- Intercorrências durante a gestação, parto ou pós-parto

b. Conte-me como foi a vivência da sua sexualidade na gestação e no puerpério

1. Durante a gravidez, você notou alguma mudança em relação à sua sexualidade? O que?
2. Houve alguma mudança na forma de encontrar prazer consigo mesma?
3. Na gravidez houve alguma mudança na forma de encontrar prazer com seu/sua parceiro/a?
4. Acha que de alguma forma, isso interferiu na relação de vocês?
5. Você sentiu diferença na forma como é vista ou tratada sexualmente pelo seu/sua parceiro/a durante a gravidez?
6. Se sim, nos dê um exemplo
7. Você gostaria de ser tratada diferente?
8. Como estava a sua relação com seu corpo nesse período?
9. Resumidamente, como foi sua experiência de parto?
10. Caso tenha tido parceiro (a) presente no momento do parto: como foi estar com ele(a)?
11. Considera que a presença dele(a) no parto interferiu de alguma forma na sexualidade de vocês?
12. Caso não tenha tido parceiro (a) presente no momento do parto: qual foi o motivo e como foi estar sem ele(a)?
13. Ao longo do puerpério, como você têm percebido a sua sexualidade?

14. Houve alguma mudança na forma de encontrar prazer consigo mesma?
15. Houve alguma mudança na forma de encontrar prazer com seu/sua parceiro(a)?
16. Acha que de alguma forma, isso tem interferido na relação de vocês?
17. Você sentiu diferença na forma como é vista ou tratada sexualmente pelo seu/sua parceiro/a?
18. Se sim, Nos dê um exemplo
19. Você gostaria de ser tratada diferente?
20. Caso não tenha um(a) parceiro(a) fixo, você sente que ser puérpera afetou o modo como procura e aborda potenciais parceiros?
21. Para mães que amamentam: você sente que a amamentação interfere na sua sexualidade? Se sim, como?
22. Como está sua relação com seu corpo no pós-parto?
23. Você se sente confortável para conversar sobre sua sexualidade com alguém?
24. O assunto sexualidade foi abordado por algum profissional de saúde desde a gravidez até agora?
25. Se sim, foi satisfatório? Conseguiu tirar todas suas dúvidas?
26. Você acha que a gravidez influenciou a forma como você expressa a sua sexualidade hoje?
27. Você acha que o seu parto influenciou a forma como você expressa a sua sexualidade hoje?
28. Como você classificaria o quanto suas necessidades sexuais foram/são atendidas antes da gravidez, na gravidez e no pós-parto? (ótimo, bom, regular ou ruim)
29. Você gostaria de alterar a maneira como vivencia a sua sexualidade?
30. Como acredita que todas essas experiências (durante a gravidez, parto e pós-parto) vão impactar na sua sexualidade a partir de agora?
31. Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?