



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**SILVIA SILVANO**

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: UM ESTUDO QUALITATIVO**  
**SEXUALITY IN HIGH RISK PREGNANCY: A QUALITATIVE STUDY**

Palhoça  
2012

**SILVIA SILVANO**

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Elizabeth Flor de Lemos, Msc.

Palhoça

2012

**SILVIA SILVANO**

**SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovado em sua forma final pelo Curso Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 06 de dezembro de 2012.

---

Prof. e orientadora Elisabeth Flor de Lemos, Msc.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof. Dra Dulcinéia Ghizoni Schneider, Msc.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Enf. Bruna Telemberg Sell  
Enf. Supervisora do E. S. E. C. E.

Dedico esse trabalho ao meu pai Darci que pela sua humildade, me fez crescer, e a minha mãe Maria Léa que pela sua coragem, me fez lutar. E hoje juntos e orgulhosos aplaudimos nossa vitória.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me acompanhar em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, por serem os meus maiores motivadores a conquistar os obstáculos da vida acadêmica. Obrigada por eu fazer parte desse laço familiar, me incentivando a crescer e acreditar em meus objetivos.

Aos meus irmãos Roberta e Wellington, e a minha sobrinha Emilly pelo carinho compartilhado, e principalmente, a minha irmã que foi a minha força inspiradora e amiga nesta trajetória.

Ao meu noivo Felipe pelo companheirismo e confiança, que me fez crescer, tornando as dificuldades e as lutas menos árduas. Desculpas, por eu estar ausente em alguns momentos.

A minha avó Terezinha, que se preocupava com minha jornada exaustiva, e a todos os familiares que participaram.

À orientadora, professora e amiga, Elisabeth Flor, por ter me aceitado como orientanda. É uma pessoa de luz, que através de sua sabedoria e tranquilidade me transmitiu segurança e confiança, e com seus gestos carinhosos, contribuiu para que eu alcançasse esta fase altamente significativa.

Aos membros da banca, Professora Dulce Guizoni Schneider e a Supervisora do E.S.E.C.E. Enfermeira Bruna Telemberg Sell, pela forma acolhedora que me receberam, sempre participativas e incentivadoras no processo do estudo.

Aos professores que estiveram presentes nessa jornada, minha eterna gratidão pelos incentivos, sugestões e críticas, especialmente pelo respeito e amizade conquistada.

Às gestantes de alto risco, que foram as protagonistas do estudo, que colaboraram de forma gratificante para que meu trabalho fosse concluído.

A todos os colegas e funcionários que conheci na Unisul, que me proporcionaram momentos inesquecíveis e de compreensão, e em especial ao quarteto fantástico que são as minhas amigas Lula, Thuane, Pricilla e Gisele no qual tenho um carinho especial por fazerem parte da minha história acadêmica.

A todos os amigos que compartilharam nesse período de sabedoria.

A todos os meus colegas de profissão do Imperial Hospital de Caridade e da Policlínica Municipal de Campinas, pelo apoio e compreensão.

À Policlínica Municipal de Campinas, por disponibilizar o local para que o estudo pudesse ser realizado.

“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.” (Abraham Lincoln)

## RESUMO

A gestação caracteriza-se por intensas mudanças biopsicossociais suscitando dúvidas, medo, ansiedade, insegurança, em como viver a sexualidade na gestação principalmente se ela é rotulada de alto risco. O trabalho teve como objetivo geral conhecer como ocorre a vivência da sexualidade em gestantes de alto risco apoiada na teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A pesquisa foi de cunho exploratório descritivo de natureza qualitativa. As participantes foram dez gestantes que realizavam pré-natal de alto risco na Policlínica Municipal de Campinas, da cidade de São José/SC. O roteiro metodológico deu-se através de entrevista semiestruturada, respeitando-se aspectos éticos, sendo os dados analisados através da análise de conteúdo de Bardin. Na análise e interpretação dos dados constataram-se desinformações, desconhecimentos que dificultam a vivência de uma sexualidade conjugal livre de falsas crenças. As gestantes demonstraram que desconfortos e mudanças corporais foram provocados por alterações fisiológicas, conseqüentemente, essas parecem ter gerado perda da autoestima, uma vez que culturalmente o ideal de beleza apregoado é ser e estar magro, sendo que no ciclo gravídico é impossível devido às transformações hemodinâmicas, hormonais e anatômicas. As oscilações, na libido, nas fantasias sexuais, na frequência do ato sexual e na posição adotada pelo casal aconteceram, mas, em contrapartida os casais exploraram outras formas de comportamento para vivenciar a sexualidade na forma de abraços, beijos, carícias. Por último, espera-se que a pesquisa amplie o olhar dos profissionais da saúde, fundamentalmente do enfermeiro para esse assunto evitando posturas impróprias e inadequadas ao lidarem com as gestantes e seus questionamentos sobre sexualidade.

Palavras-Chave: Sexualidade. Gestação. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Pregnancy is characterized by intense changes biopsychosocial raising doubts, fear, anxiety, insecurity, and living sexuality during pregnancy especially if it is labeled as high risk. The study aimed to understand how they experience sexuality in high risk pregnancies supported the theory of Diversity and Universality Cultural Care Madeleine Leininger. The research was exploratory qualitative descriptive. The participants were ten pregnant women who received prenatal care in high-risk Polyclinic Municipal de Campinas, in São José / SC. The methodological route was made through semi-structured interviews, respecting ethical aspects, and data analyzed using content analysis of Bardin. The analysis and interpretation of data were noted misinformation, unknowns that hinder the experience of a conjugal sexuality free from false beliefs. Pregnant women showed that discomfort and bodily changes were caused by physiological changes, consequently, these seem to have generated a loss of self-esteem, since the cultural ideal of beauty is being touted and being thin, being in the gravid is impossible due to hemodynamic changes , hormonal and anatomical. The fluctuations in libido, the sexual fantasies, frequency of intercourse and the position adopted by the couple happened, but in return couples explored other forms of behavior to experience sexuality in the form of hugs, kisses, caresses. Finally, it is hoped that the research extends the look of health professionals, primarily nurses for that matter postures avoiding inappropriate and inadequate in dealing with pregnant women and their questions about sexuality.

Keyword: Sexuality. Gestation. Nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Demonstrativo das características sócio-demográfica .....	65
Quadro 2 – Demonstrativo que caracterizam os dados obstétricos. ....	68

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.2 OBJETIVOS .....	18
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	18
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	18
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
2.1 GESTAÇÃO E PRÉ NATAL.....	19
<b>2.1.1 Humanização</b> .....	20
<b>2.1.2 Acolhimento</b> .....	21
<b>2.1.3 Bases gerais na gestação de alto risco</b> .....	22
<b>3.1.4 Papel do enfermeiro no cuidado do Pré Natal</b> .....	25
2.2 PATOLOGIAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	28
<b>2.2.1 Síndromes hipertensivas da gestação</b> .....	28
2.2.1.1 Doença hipertensiva específica da gestação .....	28
2.2.1.2 Pré eclâmpsia leve .....	30
2.2.1.3 Pré eclâmpsia grave .....	30
2.2.1.4 Eclâmpsia.....	31
<b>2.2.2 Síndromes hemorrágicas</b> .....	31
2.2.2.1 Abortamento e ameaça de aborto .....	32
2.2.2.2 Gravidez ectópica .....	33
2.2.2.3 Neoplasia trofoblástica .....	33
2.2.2.3.1 <i>Mola hidatiforme</i> .....	34
2.2.2.4 Descolamento coriamniótico.....	34
2.2.2.5 Placenta Prévia.....	34
2.2.2.6 Descolamento prematuro da placenta .....	35
2.2.2.7 Rotura uterina.....	36
2.2.2.8 Vasa Previa .....	36
<b>2.2.3 Síndromes do trato urinário</b> .....	37
2.2.3.1 Infecção urinária e bacteriúria assintomática.....	37
2.2.3.2 Cistite.....	38
2.2.3.3 Pielonefrite.....	38

<b>2.2.4 Diabetes Mellitus</b> .....	39
<b>2.2.5 Diabetes Mellitus Gestacional</b> .....	40
<b>2.3 SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO</b> .....	41
<b>2.3.1 Nós estamos grávidos</b> .....	42
<b>2.3.2 Resposta sexual humana</b> .....	44
2.3.2.1 Resposta sexual humana na gestação.....	45
<b>2.3.3 Modificações e desconfortos na gravidez alterando a sexualidade</b> .....	46
<b>3 MARCO TEÓRICO</b> .....	48
3.1 BIOGRAFIAS DE MADELEINE LEININGER.....	48
3.2 A TEORIA DE MADELEINE LEININGER.....	49
3.3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA.....	50
3.4 CONCEITOS NORTEADORES.....	52
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	56
4.1 TIPOS DE ESTUDO.....	56
4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO .....	57
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	58
4.4 COLETA DE DADOS.....	59
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	60
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	61
<b>5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b> .....	64
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	64
5.2 . DADOS OBSTÉTRICOS .....	67
5.3 CATEGORIAS.....	70
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	85
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87
<b>APÊNDICES</b> .....	93
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	94
<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista</b> .....	96
<b>APÊNDICE C – Mostruário de flores</b> .....	101
<b>ANEXO</b> .....	102
<b>ANEXO A – Parecer Cep- Unisul</b> .....	103

## 1 INTRODUÇÃO

Para conhecer e compreender a sexualidade humana é importante não apenas enxergá-la pelo prisma biológico, mas lembrar que na sociedade ocidental ela é herdeira em cada tempo histórico de fatores sociais, culturais, religiosos, familiares. Portanto, vale apontar momentos na história da sexualidade feminina, para desvendar a interligação de determinados comportamentos, valores e crenças que contribuíram para a visão da sexualidade contemporânea na expressão dos relacionamentos conjugais, pois a história funciona como um grande espelho, cujos reflexos perpassam o tempo sustentado por raízes do passado, influenciando no pensamento e comportamento humano (LEMOS, 2010).

Segundo Cabral (1999), na Grécia Antiga, a mulher pertencia sempre a um homem. Sendo que, na maioria das vezes os noivos só se conheciam no dia das núpcias. As mulheres permaneciam em casa desde o nascimento até o casamento, em função das tarefas e deveres domésticos. E para os homens, as mulheres serviam para gestar seus filhos. O relacionamento conjugal era considerado, além de uma condição de segurança, uma forma de reproduzir filhos legítimos e uma esposa para cuidar da casa.

Diferentemente da esposa Grega, na Roma Antiga as mulheres tinham mais chances de terem liberdade fora de casa, mais possibilidades de educação formal, e de demonstrar seus atrativos pessoais (SOCCHI, 1983).

O casamento na era Romana, não tinha poder religioso ou governamental, era primordial o consentimento paterno. O sexo era visto como ato natural, e aprovado pelos deuses, desde que como fim procriativo (LEMOS, 2010).

Duby e Perrot (1990), dizem que, o surgimento de uma nova religião, o cristianismo, traz consigo o olhar da igreja católica, que castiga os prazeres e desejos, valorizando a humildade e a castidade. A virgindade na época do cristianismo era valorizada tanto para os homens, quanto para as mulheres. Sendo que, nessa época o relacionamento afetivo, amoroso e sexual fora do casamento, era considerado pecado contra a carne.

A igreja católica com sua posição rígida permitia que as pessoas que eram casadas, e unidas com a benção de Deus, só poderiam ter relação sexual nesse consenso, e também apenas para procriar. E não com o direito de praticar o

ato sexual. Não permitindo a prática sexual à luz do dia, pois a claridade essa, era para dedicar às preces (SOCCI, 1983; CABRAL, 1999).

Lemos (2010) escreve que, no período Medieval após a queda da poderosa Roma a única instituição que permaneceu ileso foi a Igreja, continuando no controle da vida conjugal tanto da nobreza quanto da classe popular. A repressão religiosa ocorria por meio da confissão dos pecados, do medo, da culpa, do inferno, do castigo, para os crimes com conotação sexual. Eram tempos de sérias censuras a tudo que estivesse associado ao prazer físico. O próprio desejo sexual era classificado como a presença do demônio no ser humano, ficando assim, qualquer sensação agradável de natureza sexual associada ao mal.

Foi na Idade moderna, ainda no século XVIII que se deu a grande descoberta da fertilidade da mulher, e que esta participava na fecundação, igualitária com a contribuição do homem, para a formação de um embrião, e não apenas como incubadora. Foi nesse período, que a mulher, passou de condição de inferioridade à de igualdade, e de passiva para ativa em relação ao homem (CABRAL, 1999).

A Idade moderna chegou fortalecendo o direito de um ser sobre o outro, isso naturalmente ecoando nas relações homem – mulher. A mulher pertencia ao marido, não apenas como corpo físico, mas como um ser espiritual. Acreditava-se que o homem, por ser mais racional, era superior à mulher. Teólogos começaram a reconhecer a sexualidade conjugal como um remédio legítimo para o desejo físico, cuja não concretização poderia levar o parceiro frustrado a praticar pecado mais grave, como o adultério ou a masturbação (LEMOS, 2010).

Para Cabral (1999) ainda no decorrer do século XVIII, o preservativo derivado de pele de estômago de lebre, tripas de carneiro e pele de peixe começaram a ser utilizados como contraceptivo, contudo o nascimento de filhos indesejáveis aumentou.

Na era Vitoriana, século XIX, o perfil da esposa era de delicadeza, doçura e contenção sexual, já que somente às prostitutas cabia ter desejo e orgasmo. O marido, por sua vez, em nome de um amor purificador, deveria se dominar. Talvez seja possível visualizar o ato vitoriano do intercurso sexual como: embaraçoso, acelerado, impregnado de vergonha, nada comunicativo, com o homem a ter seu orgasmo enquanto a mulher se mantinha ou procurava permanecer imóvel e passiva (SOCCI, 1983).

Por esta síntese, constata-se que dentro da revisão dos diversos momentos históricos, a sexualidade, de alguma forma, estava vinculada às questões morais, políticas, religiosas, sociais e culturais. Estes não puderam ser pensados como momentos estanques, em que ora a sexualidade era vista como associada à reprodução, ora ao pecado, ora ao prazer, eles deverão ser pensados na articulação das diferentes épocas com seus avanços e recuos (LEMOS, 2001).

No século XX, a maternidade de prole numerosa era uma realidade histórica para a mulher, quando nos anos 60 com o surgimento da pílula anticoncepcional, ocorre uma ruptura radical entre o sexo e a reprodução, mudando essa tendência. E a partir daí, vai sendo construída uma nova sexualidade feminina e em determinados meios sociais, ganha novos contornos, onde a maternidade pode ser postergada, em função da busca da satisfação profissional, em busca de uma identidade própria. A mulher vai ocupando espaço e gradativamente sua sexualidade torna-se mais horizontalizada, mais igualitária (LEMOS, 2011).

Com a chegada do terceiro milênio, denota-se estar a sexualidade feminina mais plástica na medida em que, faz-se presente nos filmes, nas músicas, nas conversas entre amigas, nos consultórios psicanalíticos. Contudo, apesar de mudanças profundas na autonomia feminina, essa tal sexualidade ainda é permeada de desconhecimentos, mitos, medos e proibições (LEMOS, 2010).

A sexualidade segundo a autora supracitada é compreendida como uma das forças poderosas que sustentam e impulsionam o ser humano, em busca de sua realização, convivência harmoniosa, feliz e prazerosa, consigo e com o outro, apresentando diversas formas de manifestação. Considera-se que ela seja um complexo formado por três elementos, o biológico, o psicológico e a socialização.

A sexualidade não possui um momento específico para iniciar ou findar. Ela está na base de qualquer expressão humana, não sendo redutível apenas ao encontro de genitais. Sexualidade possui uma dimensão mais ampla, compreendendo as relações e ações das pessoas entre si ou consigo mesmas, envolvendo uma multiplicidade de sentimentos como prazer, emoção, afetividade, paixão. A sexualidade engloba a genitalidade, entretanto, sobrepujando-a, ultrapassa os limites do corpo, com isto, atingindo a imaginação. (HALBE, 2000; MONTGOMERY et al., 1993). Envolve todos os sentidos como visão, audição, tato, olfato, gustação, envolve ainda a orientação sexual, a reprodução, as questões de gênero, nossa história de vida, valores, costumes, nossa cultura. Manifesta-se em

todas as fases do ciclo vital, sendo que na gravidez sofre alterações significativas dependente mesmo do modo como aconteceu essa gravidez, se a mesma foi planejada e/ou desejada, da idade que a mulher concebeu, do nível de escolaridade, do relacionamento com o parceiro sexual e família, da dependência/independência econômica, das modificações fisiológicas e desconfortos corporais, das variações hormonais, bem como das mudanças na vivência da sexualidade no ciclo gravídico (LEMOS, 2011).

No espaço individual, é interessante ressaltar que as mulheres expressam seu próprio conceito sobre gestação, sendo este processo único e diferente para cada mulher. São momentos de revisão do passado, para representar no futuro, um momento de reflexão, sobre a condição de ser mulher, sobre as relações consigo, com os familiares e o companheiro, um repensar sobre as crenças e valores (ZAMPIERI et al., 2005).

A gravidez é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências. Todavia, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma patologia, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores chances de evoluírem desfavoravelmente, tanto para o feto como para a gestante. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2010).

Faz-se necessário enfatizar a importância do pré-natal humanizado lançado no ano 2000 pelo Ministério da Saúde, como um espaço para promoção de saúde da gestante e do recém-nascido, no intuito de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal garantindo uma assistência adequada e de qualidade.

Deste modo os profissionais de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco, devem estar preparados para receber as gestantes com fatores de risco identificados, proporcionando um primeiro atendimento e orientações no caso de dúvidas ou situações inesperadas. Para um desempenho eficiente da equipe de saúde, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos a saúde das mulheres e/ou seus filhos ou filhas, faz-se necessário o emprego de instrumentos distintos no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada, por meio de medidas educativas que visem seu esclarecimento e bem-estar do binômio (BRASIL, 2010).

Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, principalmente pelo rótulo que se lhes dá, “de alto risco”, portanto

“diferente” das demais, “normais”. O acolhimento dessa gestante pelo profissional deve ser despojado de julgamentos, discriminações e juízo de valor, possibilitando o estabelecimento de vínculo com a gestante e familiar, para que possa haver cuidado e manejo adequado dentro das situações do processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

Convém lembrar que durante a gravidez de baixo risco, normalmente a atividade sexual pode e deve ser mantida até o final da gestação. A interrupção do coito só deve ocorrer quando a gravidez estiver a termo, quando houver perda de líquido amniótico ou outras intercorrências clínico-obstétricas. A relação do casal deve ser respeitada e não há nenhum problema com o fato de se atingir o orgasmo, pelo contrário, a sensação de bem-estar que acompanha uma relação fundamentada no amor é permitida. E o casal sempre encontrará opções que superem eventuais desconfortos relacionados a determinadas posições sexuais (MAUAD FILHO et al., 1999). Todavia na gestação considerada de risco há restrições para o sexo propriamente dito, mas não para a vivência da sexualidade.

Nota-se que a literatura nos mostra em suas pesquisas, sobre o sexo (encontro de genitais), na gestação, mas nada inclui em relação à sexualidade, já que como visto anteriormente, esta tem significado mais amplo, que é a proposta do estudo, utilizando para tanto o referencial teórico do cuidado cultural de Madeleine Leininger. Significando que o cuidado cultural traduz holismo, importante para o conhecimento, explicação, interpretação e predição de fenômeno “cuidar”. Considera-se que a enfermeira deve refletir sobre as suas práticas para prestar um cuidado culturalmente congruente, uma vez que a gestante traz consigo uma bagagem intrinsecamente ligada ao seu contexto cultural das mesmas a qual provavelmente fundamentará sua vida cotidiana nos aspectos relacionados a sexualidade versus gestação.

O cuidado cultural é aquele em que os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetivamente e objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar, a melhorar suas capacidades e modo de vida, a enfrentar a doença, as incapacidades ou a morte (LEININGER, 1981 apud LEOPARDI 1999).

Convém afirmar que ao se abordar sobre sexualidade, não se está falando de sexo de forma naturalizada ou fisiológica, mas de uma sexualidade construída em termos sócio-culturais (LEMOS, 2010).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A partir da aprendizagem na graduação, mantive um envolvimento e interação participativa nas aulas teóricas e práticas, nas disciplinas de Enfermagem na Saúde da Mulher e Materno Infantil, surgindo assim, a ideia em pesquisar sobre a Sexualidade na gestação de alto risco, visto que ainda é um tema pouco, ou nada mencionado pelos profissionais que assistem as gestantes.

Outro fator constatado foi a escassez de pesquisas científicas sobre esse assunto, dificultando o avanço científico e levando a invisibilidade do tema tão importante para o cuidado profissional de qualidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como primordiais pesquisas em saúde reprodutiva relativas à sexualidade, contracepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas, entre outros, sejam considerados como eventos importantes por elas (OSIS, 2005).

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em 1994, o conceito de saúde reprodutiva evoluiu, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade, a mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito lança novo olhar sobre o processo saúde-doença, ampliando a cidadania das mulheres para além da maternidade (BRASIL, 2010). A saúde reprodutiva alude que o ser humano possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. A saúde sexual tem por finalidade a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não apenas o aconselhamento a assistência relativa à reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis. (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo (BRASIL, 2002).

A especificidade biológica feminina era baseado no seu papel social de mãe e doméstica. Entretanto, nos anos 80, com o aumento alarmante da AIDS e nas mudanças no padrão procriativo, os aspectos como sexualidade e contracepção

ganharam relevância em relação à contracepção, a gravidez e o parto (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

No Brasil aproximadamente 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, as consideradas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2000). Conhecer, sob o enfoque dessas gestantes, o acontecimento da concepção, a programação e o desejo de ter filho, naquelas mulheres que tinham um agravo anterior a gestação, poderia contribuir com os profissionais da saúde para a melhoria do cuidado e assistência integral às gestantes.

A relevância do tema para a enfermagem implica que, ao conhecê-lo o profissional possa atuar para a redução de complicações relacionadas à função reprodutiva, através de cuidados culturalmente congruentes durante o ciclo gravídico. Partindo das considerações citadas, e da importância do tema, apresenta-se como questão norteadora: Como ocorre a vivência da sexualidade nas gestantes consideradas de alto risco?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Conhecer como ocorre a vivência da sexualidade em gestantes de alto risco.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Delinear o perfil sócio-demográfico das gestantes de alto risco;
- b) Identificar se as gestantes de alto risco possuem questões emergentes relativas, a dúvidas, crenças, tabus, mitos e cuidados, sobre sexualidade em seu cotidiano;
- c) Verificar se as gestantes recebem informações e orientações sobre sexualidade nas consultas de pré-natal de alto risco;
- d) Investigar quais os comportamentos adotados no ciclo gravídico na gestação de alto risco.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 GESTAÇÃO E PRÉ NATAL

A gravidez é um processo fisiológico que traz ao organismo feminino uma série de mudanças físicas, mentais, sociais (BRASIL, 2002). Por ser uma etapa do ciclo vital, muitas vezes vivenciada sem desejo ou planejamento, tanto a mulher quanto o homem lida com inúmeras adaptações diante de sua real constatação, podendo afetar profundamente a vida familiar. De acordo com Gomes et al. (2001) apesar de ser considerada como processo fisiológico, algumas vezes oferece risco tanto à mãe como ao feto.

Conforme Rezende e Montenegro (1980), a gestação dura em média 40 semanas completas (280 dias completos) a 40 semanas e 6 dias completos (286 dias completos). Nesse período, o organismo feminino vai gradativamente se ajustando e preparando-se através de modificações locais e gerais, sob a influência de hormônios.

Segundo Bastos, (2011) a assistência pré-natal é um conjunto de ações, com o objetivo principal de identificar problemas de saúde, hábitos de vida ou preocupações sociais que possam influenciar desfavoravelmente a gravidez.

Tedesco (2002) conceitua o pré-natal, como sendo um atendimento multidisciplinar, que objetiva alcançar e conservar a integridade das condições materna e fetal. Afirma que o pré-natal deve ter seu início na fase precoce da gestação, para tratamento adequado em caso de algumas afecções que sejam diagnosticadas. Ainda para o fornecimento de cuidados de saúde no pré-natal, a autora a ser citada, relata que:

A atenção ao pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso de todo o processo da gravidez. Implica envolvimento, compromisso, empatia, disponibilidade, respeito à clientela e não se reduz apenas aos aspectos biológicos. nele devemos estimular o desenvolvimento das potencialidades da gestante e do companheiro, para que estes possam assumir o papel de protagonista do processo de gestação (ZAMPIERI et al., 2005, p. 357).

Sendo assim, durante a assistência de pré-natal, o profissional de saúde desempenha papel relevante na transmissão de apoio, orientação e confiança, para

que a gestante possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto (FREITAS, 2008).

No Brasil, a consulta de enfermagem no pré-natal apresenta-se como um instrumento importante, uma vez que possui como finalidade, além da humanização da assistência, a ampliação da cobertura pré-natal e melhoria da qualidade dos cuidados dispensados nesse, especialmente por meio das ações preventivas e promocionais de saúde das gestantes, devendo ser desenvolvidas sistematicamente (SHIMIZU; LIMA, 2009). Sendo que a Consulta de Enfermagem na rede básica de saúde é garantida pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto no 94.406/87, assim o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2000).

Portanto, o profissional enfermeiro através da Consulta de Enfermagem deverá estar técnica e cientificamente bem preparado para identificar nas Consultas de Enfermagem em pré-natal as questões de risco para tomar as medidas cabíveis diante da situação.

A enfermeira identificando a condição de risco gestacional deve lembrar também, que esse estado pode ocasionar estresse, ansiedade e medo na gestante, pois ela deverá seguir determinadas orientações de mudança em sua rotina ou até mesmo impossibilidade de continuar com suas tarefas diárias, não raro representando um desafio para a mulher e para o profissional que deve conhecer as reações emocionais para não piorar a situação (LEMOS, 2002).

O Ministério da Saúde preconiza quanto ao número de consultas, no mínimo de seis, preferencialmente sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, não estabelecendo diferença entre primíparas e múltiparas e naquelas de baixo ou alto risco (BRASIL, 2006). Porém convém enfatizar não haver alta do pré-natal.

### **2.1.1 Humanização**

A atenção obstétrica e neonatal caracteriza-se pela qualidade e humanização. Três pilares caracterizam a humanização da assistência pré-natal: acolhimento, autonomia e protagonismo. É fundamental que os serviços e profissionais de saúde acolham com compostura a mulher e o recém-nascido,

enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito, e não como objeto passivo da nossa atenção, que é à base de sustentação do processo de humanização. (BRASIL, 2006).

A Humanização visa enfrentar desafios, por meio de um esforço conjunto na construção e implantação de novos métodos e dispositivos de atendimento aos usuários e de apoio à gestão dos serviços de saúde, assim como pela integração e fortalecimento de ações que já contribuem para melhoria da qualidade das relações entre usuários, profissionais, gestores, instituições de saúde e comunidade, valorizando os diferentes sujeitos no processo de produção de saúde e melhoria no atendimento.

No Brasil, o modelo público de assistência pré-natal foi instituído no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, denominado como Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Trata-se de um programa articulado com os governos federais, estaduais e municipais, que tem por finalidade analisar as necessidades da atenção específica à gestante ao recém-nascido e a mulher no período puerperal, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal no país, adotando medidas que asseguram a qualidade do acompanhamento pré-natal, puerpério e ao neonato. Fundamentado na humanização da assistência obstétrica, tendo dever nas unidades de saúde em acolher e receber com dignidade a mulher, seus familiares e seu recém-nascido. (BRASIL, 2000).

Destaca-se que a atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, advém da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, possibilitando o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que unifiquem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

### **2.1.2 Acolhimento**

O acolhimento é aspecto efetivo da política de humanização, sugere recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, possibilitando que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de

saúde para a continuidade da assistência eficaz. Brasil (2006, p.16) complementa ao dizer que:

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários (as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os (as) usuários (as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do (a) acompanhante, entre outras atitudes.

A conversa aberta, a sensibilidade e a capacidade de percepção do profissional que acompanha o pré-natal são condições essenciais, para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto (BRASIL, 2006).

A vivência que cada mulher traz no período gestacional, deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. Fazendo parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal.

Os atos e ações são pressupostos na mudança da relação profissional/usuário, definidos como acolhimento. Atitudes éticas e solidárias, com pequenos gestos, no aperto de mãos, no sorriso franco, no olhar de atenção, no respeito aos momentos de silêncio, no tom da voz, no sentar lado a lado, no ouvir atentamente, são detalhes que facilitam a interação e a comunicação de profissional com a mulher, família fazendo com que ela se sinta verdadeiramente acolhida permitindo mudanças na prática profissional e qualidade na atenção oferecida (LEMOS, 2002).

### **2.1.3 Bases gerais na gestação de alto risco**

A gestação é um fenômeno fisiológico normal e, por isso, sua evolução se dá na maior parte dos casos, sem intercorrências. Entretanto, a gravidez deve ter uma visão pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças físicas, sociais e emocionais, sendo estas, consideradas de “baixo risco”. Outras, contudo, já se iniciam com problemas, ou estes surgem durante o transcurso gestacional, apresentando maior probabilidade de evoluírem para uma situação desfavorável, implicando riscos tanto para a mãe,

quanto para o feto, constituindo estes como o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. (FREITAS et al., 2003; BRASIL, 2010).

A Gestação de Alto Risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, tem alguma probabilidade de serem atingidos que as da média da população considerada. (CALDEYRO-BARCIA, et al.,1973).

Segundo Tedesco (2002), com o avanço científico e tecnológico obtido a partir das três últimas décadas, em relação à presença das condições de risco gestacional, obteve-se mais atenção dos clínicos, para o aumento de conhecimento sobre fisiopatologia, diagnóstico e terapêutico, passando a gestação merecer cuidados especiais. A partir desta percepção Brasil (2010, p.11), diz que:

Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador.

Uma gestação que está transcorrendo aparentemente saudável, pode se tornar de risco a qualquer momento, durante o período gestacional, ou até mesmo no processo do trabalho de parto. Por isso, enfatiza-se a necessidade de classificar e reclassificar o risco a cada consulta de pré-natal. A intervenção precisa ser precoce, para evitar possíveis retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

Na assistência do pré-natal, os fatores de risco gestacional podem ser identificados com rapidez e eficácia desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser avaliados e diagnosticados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante à coesão da equipe.

No entanto, é primordial que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta, sendo necessário que o profissional lembre que:

O conceito de risco está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado. Os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência dos seus autores e só recentemente têm sido submetidas a análises, persistindo, ainda, dúvidas sobre sua efetividade como discriminadores. Para implementar as atividades do controle pré-

natal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL, 2006, p. 22).

Dessa maneira, na categoria de risco segundo Brasil (2000), estão as doenças maternas crônicas preexistentes como: Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Diabetes *Mellitus*; Hemopatias; Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo; Epilepsia; Infecção urinária; Portadoras de doenças infecciosas; Doenças auto-imunes; Ginecopatias. Doença obstétrica na gravidez atual tal como, o Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Isoimunização; Óbito fetal; condições comportamentais e sociodemográficas desfavoráveis como: gestante com Idade menor que 15 e maior que 35 anos, situação conjugal insegura; ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; História reprodutiva anterior como: Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e multiparidade; Síndromes hemorrágicas; Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; Cirurgia uterina anterior; Macrossomia fetal. Aspectos relacionados à assistência a gestante como: má qualidade de assistência, cobertura insuficiente no pré-natal devem ser destacados.

As equipes de saúde que trabalham com o pré-natal de baixo risco necessitam estar preparadas para receber as gestantes com fatores de risco identificados e prestar um primeiro atendimento e encaminharem para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco. É primordial que a gestante seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados a gestante por meio de contra referência e de busca ativa

das gestantes em seu campo de atuação, por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2010).

Não devemos desconsiderar que em nosso país as diferenças sociais e culturais das diferentes regiões, poderão de maneira significativa interferir nos hábitos de vida da mulher, durante o ciclo grávido puerperal podendo provocar situação de risco gestacional.

### **3.1.4 Papel do enfermeiro no cuidado do Pré Natal**

De acordo com a Lei do exercício profissional da enfermagem nº 7.498, de 25 de julho de 1986, regulamentada pelo Decreto de nº 94.406/87, o enfermeiro (a), como membro da equipe de saúde, pode realizar assistência a gestante, desde que realize consulta de enfermagem e desenvolva atividades educativas, entre outras atividades. O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (a), preferencialmente se o profissional for especialista em obstetrícia (BRASIL, 2000). Destaca-se que a enfermeira (o), não pode realizar consulta de pré-natal de alto risco, mas tem o dever de identificar na primeira consulta ou durante o período gestacional, possíveis complicações gestacionais, encaminhando-a ao especialista médico obstetra.

Através da consulta de enfermagem e atividades educativas individuais e em grupos, e enfermeira (o), com uma equipe multiprofissional deve prestar uma assistência sistematizada, personalizada e integral, atendendo a gestante em suas necessidades, sejam elas fisiológicas, sociais, culturais, educacionais ou psicológicas (ZAMPIERI et al., 2005). Segundo a autora supracitada, ela destaca algumas finalidades do papel da enfermeira (o), na consulta de pré-natal:

- a) Facilitar à gestante e seu acompanhante a expressão de seus sentimentos, ansiedades, expectativas em relação ao processo de nascimento (gestação, parto e puerpério), orientado a compreender esta nova etapa, para que possam melhorar decidir e agir;
- b) Compartilhar conhecimentos e experiências com as gestantes e acompanhantes, referentes às transformações, mudanças de papéis, desconfortos inerentes à gestação, bem como orientá-los para os

cuidados neste período e prepará-los para o parto, maternidade e paternidade;

- c) Identificar, avaliar, analisar, diagnosticar, através do histórico de enfermagem, do exame físico e exames complementares, os fatores de riscos que possam impedir o curso normal da gravidez e que venham a comprometer a mãe e feto;
- d) Propor e discutir medidas, juntamente com a gestante, companheiro e família, para prevenir e tratar as intercorrências no período gestacional, garantindo o bem-estar materno e fetal;
- e) Orientar a gestante em relação aos hábitos de vida (dieta, higiene, esporte, atividades físicas, vestes, prevenção ao uso de drogas, atividade sexual, entre outras);
- f) Encaminhar ou referenciar as gestantes de alto risco, a serviços de saúde com maior complexidade para potencializar o tratamento precocemente nas suas complicações gestacionais e patológicas.
- g) Conforme Brasil (2006), a enfermeira (o) tem atividades a serem realizadas na consulta de pré-natal, sendo algumas citadas:
- h) Confirmar a gravidez, avaliar a idade gestacional e data provável do parto, e orientar sobre a importância do pré-natal;
- i) Escutar a gestante e companheiro a compartilhar conhecimentos e experiências sobre o nascimento;
- j) Cadastrar a gestante no SISPRENATAL (Sistema de informações do Pré-Natal referente ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN), da Portaria nº 569.570 do Ministério da saúde, se o município aderiu o termo de adesão ao PHPN;
- k) Fornecer o cartão gestacional, registrando o nome da gestante e o número do SISPRENATAL. Orientar a importância desse cartão, pois o mesmo vale como um documento;
- l) Avaliar os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos que envolvem o ciclo gravídico, avaliando o estado da gestante e orientar sobre os desconfortos gestacionais;
- m) Detectar fatores de risco e complicações, através o histórico, exame físico e exames complementares;

n) Avaliar crescimento e desenvolvimento fetal e suas condições fisiológicas;

o) Orientar as medicadas para o esquema vacinal.

O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), sobre os conceitos “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa;

Detectar precocemente doenças patológicas, protocoladas pelo Ministério da Saúde.

Para se obter um rico registro de informações mensuradas pelas gestantes e familiares a (o) enfermeira (o) deve valorizar e atentar-se para os conhecimentos prévios perante os sujeitos, pois toda a história deve ser pesquisada, e são registrados no que chamamos de histórico de enfermagem ou anamnese.

Para Ávila (1999 apud Zampieri et al., 2005), na consulta gestacional a anamnese é considerada como um registro útil, simples, individualizado, aplicado pelo profissional pretendendo oferecer um atendimento qualificado e humanizado.

Quando se iniciar a entrevista, deve-se optar, inicialmente por perguntas abertas e depois fechadas, utilizar sempre uma linguagem popular que a gestante possa compreender, explicar os termos técnicos utilizados, mantendo um contato visual de confiança e coletar as informações ao longo das várias consultas, para que o encontro não torne cansativo. Ao terminar a coleta da anamnese a (o) enfermeira (o) deve iniciar com o exame físico durante a consulta de enfermagem no pré-natal, que evidenciará os aspectos fisiológicos da gestação, permitindo o rastreamento de sinais de indicadores de risco. As etapas do exame físico são compostas por inspeção, palpação, ausculta e percussão e exames complementares (ZAMPIERI, 2005).

Nas consultas de enfermagem é realizado o registro pela (o) profissional enfermeira (o) a evolução do processo gestacional, e os parâmetros que determinam uma gestação saudável, ou fatores de risco possam interromper a normalidade do ciclo gravídico.

## 2.2 PATOLOGIAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A morbimortalidade materna e perinatal apresentam-se ainda com níveis elevados e incompatíveis com as atuais condições de desenvolvimento econômico e social da população. Compreende-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gestação, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa e aplicada do sistema de saúde. (BRASIL, 2010).

### 2.2.1 Síndromes hipertensivas da gestação

O termo hipertensão induzida pela gestação, acena-se pelo aumento da pressão arterial que se manifesta apenas na gravidez. A hipertensão no ciclo gravídico acomete cerca de 3 – 5% de todas as gestações, e é responsável por 30% dos casos hipertensivos nesse período. Sua incidência pode vir a aumentar pela tendência demográfica da idade gestacional avançada (LIVINGSTON; SIBAI, 2001 apud MONTENEGRO E REZENDE FILHO, 2010).

As síndromes hipertensivas que acometem a mulher grávida são habitualmente classificadas como Doenças Hipertensivas Específica da gestação, dentro da mesma estão especificadas como a Pré-eclâmpsia Leve, Pré-eclâmpsia Grave e Eclâmpsia.

#### 2.2.1.1 Doença hipertensiva específica da gestação

Segundo Costa e Ramos (1991 apud GREGÓRIO et al., 1999) definem a hipertensão gestacional, quando a pressão sistólica está igual ou maior do que 140 mmHg, e a diastólica deverá apresentar-se maior ou igual a 90mmHg.

Em geral, a Doença Hipertensiva Específica na Gravidez se manifesta por volta das 20<sup>o</sup> semana do ciclo gestacional, mais frequentemente próximo ao termo, ou que pode persistir após o 42<sup>o</sup> pós-parto. Identifica-se o processo hipertensivo devido às alterações fisiológicas que aparecem como a proteinúria, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas, edema, anemia microangiopática e outras, tendo como a causa fundamental o espasmo arteriolar (MONTENEGRO; REZENDE, 1995).

A pressão arterial da gestante necessita ser aferida e mensurada com a mesma sentada, sendo que o seu braço deve ficar ao nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se a pressão arterial for mais elevada em um determinado braço, este deverá ser aferido em todas as vezes que precisar, para que haja uma fidedignidade dos valores. Deve-se considerar a pressão sistólica, como aquela percebida no primeiro ruído (aparecimento do som) e a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff (desaparecimento do som). Deve-se atentar quanto à aferição da pressão arterial, pois a gestante deve manter-se em repouso pelo menos 15 minutos antes da verificação, e não dever ser ingerido substâncias que interferem nos valores, como a cafeína e o sódio (BRASIL, 2010).

Dentro dos diversos distúrbios hipertensos da gravidez, existem fatores extrínsecos não obstétricos, e intrínsecos ou obstétricos, que podem influenciar no aparecimento da patologia, como mostra Gregório et al. (1999):

Fatores extrínsecos ou não obstétricos:

- a) Nível socioeconômico: quando o grau é mais baixo, maiores são as propensões para as deficiências nutricionais, e piores são os hábitos de higiene, elevando essa incidência de 3 a 4 vezes, para as DHEG;
- b) Estação do ano: existe o aumento da frequência nos meses do inverno, que além do frio, há um aumento da umidade atmosférica;
- c) Constituição física: é mais evidenciadas em mulheres de baixa estatura e obesas;
- d) Raça: há uma relevância na raça negra;
- e) Idade materna: primigesta com idade inferior a 16 anos, e com mais de 40 anos;
- f) Hereditariedade: a incidência é maior em filhas e netas de mulheres pré-eclâmplicas ou eclâmplicas;
- g) Diabetes Mellitus: as alterações vasculares, e a obesidade são responsáveis pela incidência de 24% da DHEG;
- h) Hipertensão arterial: há uma maior probabilidade para DHEG nas portadoras de hipertensão arterial crônica.

Fatores intrínsecos ou obstétricos:

- a) Paridade: geralmente é mais específica nas primigestas, e raramente reincide em futuras gestações;

- b) Mola hidatiforme: a incidência da DHEG tem uma porcentagem variável de 18 a 33%, sendo que o tecido trofoblástico é suficiente para provocar essa patologia;
- c) Gravidez múltipla e polidrâmnio: podendo ocorrer o aumento da incidência de 4 a 5 vezes;
- d) Isoimunização Rh: pode aumentar a vulnerabilidade de a gestante desencadear a DHEG.

Dentro desta, existem as formas clínicas, com suas respectivas sintomatologias, como serão abordadas no contexto.

#### 2.2.1.2 Pré eclâmpsia leve

De acordo com Bankowski (2006), o diagnóstico da Pré-eclâmpsia Leve se caracteriza pela presença de alguns critérios adotados como: a pressão arterial sistólica apresenta-se com 140 mmHg e a diastólica 90 mmHg, ou com valor elevado a partir da 20<sup>o</sup> semana de gestação, presença de proteinúria maior que 300mg em uma amostra de 24 horas, edema generalizado, e um aumento de peso significativo, são através desses que se obtém um diagnóstico eficiente. Porém, grávidas com Pré-eclâmpsia Leve poderá não aparentar sintomas.

#### 2.2.1.3 Pré eclâmpsia grave

A Pré-eclâmpsia Grave para sua confirmação deve apresentar alguns sintomas que serão mencionados. Presença de pressão arterial em repouso no leito de 160 mmHg de sistólica, ou 110 mmHg de diastólica, proteinúria maior que 0,5g em uma amostra de urina nas 24 horas, oligúria indicado por um débito menor que 400 ml, ou pela creatinina a nível sérico, maior que 1,2mg/dl. Além desses sintomas, outros mais podem aparecer evoluindo para uma cefaléia, obnubilação, alterações visuais (turvação, diplopia, escotoma), náuseas, êmese, dispnéia, dor pélvica, dor epigástrica, sangramento vaginal, cianose ou edema agudo de pulmão, trombocitopenia grave ou alteração hepática (BANKOWSKI, 2006). Conforme confirma Montenegro e Rezende Filho (2010), a pré-eclâmpsia grave, pode agravar-se para uma eclâmpsia iminente, a partir do surgimento de certos sintomas, que pronunciam o acidente convulsivo.

Existem critérios basais importantes para se diagnosticar a pré-eclâmpsia, assim aponta, (BRASIL, 2010, p. 28):

Um aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou 15mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90mmHg não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30mmHg na sistólica ou 15mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes, com observação mais atenta, especialmente se houver proteinúria e hiperuricemia (ácido úrico maior ou igual a 6mg/dL).

#### 2.2.1.4 Eclâmpsia

A sintomatologia descrita anteriormente para a pré-eclâmpsia leve e grave, pode evoluir para a eclâmpsia propriamente dita, que se caracteriza pela presença de convulsões tônicas-clônicas generalizadas, podendo levar ao coma, na gestante com quadro hipertensivo. Não sendo este causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Entretanto, essa situação pode ocorrer no período gestacional, quanto no parto e puerpério imediato (BRASIL, 2010).

Gregório et al. (1999), mostra que existe a eclâmpsia comatosa ou eclâmpsia sem convulsão, apresentada como uma forma rara e gravíssima, na qual a paciente entra diretamente em coma, que não é precedido de convulsão.

A pré-eclâmpsia leve pode progredir rapidamente para eclâmpsia. Por essa razão, é necessária uma grande vigilância do profissional da saúde, a fim de controlar a doença efetivamente, e os sintomas apresentados nessa mulher grávida durante a fase pré-natal, com o objetivo de controlar a saúde materna e fetal até que o parto possa ser realizado. Ressalta-se que o cuidado profissional ainda é a melhor forma de prevenção de complicações gravídicas diagnosticadas e tratadas, antes de tornar-se grave.

### 2.2.2 Síndromes hemorrágicas

Cerca de 10 a 15% das gestações apresentam quadro de hemorragias. Sendo as mesmas representativas das complicações gestacionais ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico (BRASIL, 2010).

As hemorragias são classificadas de acordo com seu estado de gravidade, podendo ser nomeadas como hemorragia da primeira metade da gestação que engloba: Abortamento e Ameaça de aborto, Gravidez ectópica,

Neoplasia trofoblástica gestacional benigna conhecida como mola hidatiforme e descolamento corioamniótico. Enquanto para hemorragia da segunda metade da gestação são consideradas as complicações como: Placenta prévia, Descolamento prematuro da placenta, Ruptura uterina e Vasa prévia.

#### 2.2.2.1 Abortamento e ameaça de aborto

É definido abortamento pelo Ministério da saúde, como a interrupção da gestação sucedida antes de completar 22ª semana do ciclo gravídico. O produto da concepção abolida no processo de abortamento é denominado aborto. Este evento pode acontecer precocemente, quando desencadeada até a 13ª semana de gestação, e tardio, quando o mesmo ocorre entre 13ª e 22ª semanas. (BRASIL, 2010). Contudo, esses abortos podem ser classificados de diversas formas, conforme aborda Freitas et al. (2003):

- a) Abortamento completo: expulsão total e espontânea de todo tecido fetal e placentária da cavidade uterina;
- b) Abortamento incompleto: expulsão parcial de todo tecido fetal e placentário da cavidade uterina;
- c) Abortamento retido: morte do concepto intrauterino sem a eliminação de qualquer parte fetal ou placentária dentre oito semanas;
- d) Abortamento inevitável: sangramento uterino juntamente com dilatação cervical, sem a eliminação do tecido fetal ou placentário;
- e) Abortamento infectado: abortamento associado com infecção intrauterina, sem disseminação sistêmica da infecção;
- f) Abortamento séptico: é caracterizado pela disseminação da infecção proveniente do aborto infectado para a circulação materna;
- g) Abortamento habitual: existem perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

A ameaça de aborto é definida como sangramento vaginal, geralmente indolor, que ocorre na primeira metade da gestação com concepto vivo sem dilatação cervical. Quando houver a inexistência dos sintomas como o sangramento genital, este se apresenta de pequena à moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente menos intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade

gestacional e não existem sinais de infecção. Nesse caso, não existe recomendação para internação hospitalar, assim aconselha-se a gestante repousar por determinado período até ao desaparecimento dos sinais e sintomas, utilizar analgésico em caso de dor, evitar relações sexuais (ato sexual) durante esses momentos de sangramentos, devendo a mesma procurar atendimento pré-natal (BRASIL, 2010).

#### 2.2.2.2 Gravidez ectópica

Freitas et al. (2003) conceitua gravidez ectópica, como toda gestação que se desenvolve fora da cavidade endometrial, podendo manifestar seu crescimento dentro da cavidade abdominal, nas tubas uterinas, nos ovários e no colo.

As gestações ectópicas geralmente finalizam com um aborto espontâneo sem diagnóstico, sendo cerca de 20% das gravidezes tópica são acometidas pelo aborto espontâneo. Os fatores de risco para a gestação ectópica são: doenças inflamatórias pélvicas prévias, cirurgia tubária prévia, gestação ectópica prévia, técnica de fertilização assistida, falhas de métodos contraceptivos (ligadura e dispositivo intrauterino – DIU), tumores anexiais, tabagismo e idade avançada maior de 35 anos. Entretanto seus sinais e sintomas se destacam como: dor pélvica e abdominal, sangramento, amenorréia e massa anexial (PASSOS, et al., 2003).

#### 2.2.2.3 Neoplasia trofoblástica

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é considerada como uma das neoplasias mais curáveis, mesmo se o seu diagnóstico estiver avançado. O prognóstico para o desaparecimento e conseqüentemente a cura dessa paciente é muito bom mesmo quando as células neoplásicas estão disseminadas para órgão mais à distância, sobretudo quando o pulmão está envolvido. A DTG é dividida em quatro tipos de neoplasias como a mola hidatiforme, mola invasora, coriocarcinoma e tumor do sítio placentário. O diagnóstico pode ser estabelecido com fidedignidade pela ultrassonografia, permitindo abordar precocemente a patologia levando à sua cura com morbidez e mortalidade baixas (CARVALHO; MAGALHÃES, 2003, apud MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Nesse contexto prioriza-se entre as complicações citadas acima, o diagnóstico de mola hidatiforme.

#### 2.2.2.3.1 *Mola hidatiforme*

Para Fraser e Cooper (2011), o termo mola hidatiforme se caracteriza por uma malformação do trofoblasto, na qual as vilosidades coriônicas proliferam e se tornam avasculares. Estas são encontradas nas cavidades uterinas, e muito raramente nas tubas uterinas.

#### 2.2.2.4 Descolamento coriamniótico

Conceitua-se deslocamento corioamniótico, como sangramento genital de baixa intensidade, e o diagnóstico deve ser realizado por exame ecográfico. Contudo, apresenta-se com uma evolução boa, normalmente não tem risco de representar quadro grave de perigo materno e/ou ovular (BRASIL, 2010).

O tratamento é realizado devidamente com as mesmas orientações, que são repassadas as gestantes com ameaça de aborto.

No seguimento dessa revisão, serão destacadas as hemorragias da segunda metade gestacional.

#### 2.2.2.5 Placenta Prévia

Segundo Brasil (2010) define placenta prévia, como a que se insere total ou parcial na parte inferior do útero. Portanto, esta é classificada de três modos diferentes, dependendo da posição em relação ao colo uterino:

- a) Baixa: localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo;
- b) Marginal: abrange o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo;
- c) Completa ou centro-total: reveste totalmente o orifício interno do colo do útero.

O sinal clínico da placenta prévia é a hemorragia silenciosa, indolor, sem causa aparente, não sendo ocasionada por qualquer esforço físico ou traumático. O início do sangramento, dá-se progressivamente, mas podem ocorrer perdas bem significativas, com uma incidência menor nos intervalos. A hemorragia se caracteriza pela ocorrência do sangue com coloração vermelho vivo, sem grandes coágulos. Entretanto, se a hemorragia for de pouca intensidade ocorre às anemias crônicas, palidez das mucosas e astenia. No entanto, nas anemias agudas caracterizadas por

grande perda sanguínea, a gestante apresenta-se com palidez cutânea, taquisfigmia, pulso filiforme, sudorese, hipotensão e se não tratada rapidamente pode evoluir para um choque hipovolêmico (FEDRIZZI, 1999 apud ZAMPIERI et al., 2005).

O prognóstico materno-fetal é eficaz, desde que a gestante seja atendida adequadamente pelo profissional da saúde. Brasil (2010) destaca como causas os principais fatores: cesariana prévia, intervenções uterina (curetagem, miomectomia), multiparidade com intervalo pequeno, tabagismo e gemelaridade.

#### 2.2.2.6 Descolamento prematuro da placenta

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação da placenta junto a parede uterina, que ocorre após a 24ª semana do ciclo gravídico. O diagnóstico provém do sangramento presente (FRASER; COOPER, 2011).

Conforme Brasil (2010), os fatores de risco que levam ao DPP são: Hipertensão (hipertensão gestacional, hipertensão preexistente); Rotura prematura de membranas ovulares; Cesariana prévia; Tabagismo; Idade materna avançada; Uso de drogas (álcool, cocaína e *crack*); Condições que causem sobredistensão uterina (polihidrânio, gestação gemelar); Trauma (automobilístico trauma abdominal direto); DPP em gestação anterior; Amniocentese, e cordocentese.

O DPP ocorre em aproximadamente 1 a 2% das gestações. E das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, de anemias, coagulopatias, hemotransfusões, cesárea, histerectomia e até morte materna; podem ocorrer ainda complicações perinatais, como prematuridade, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é descrito como a principal causa de óbito perinatal (BRASIL, 2010, p. 58).

O diagnóstico de DPP é baseado nos achados do quadro clínico. No exame obstétrico, provavelmente ocorrerá hipertonia uterina e o BCF comumente ausente. Pode caracterizar-se por dor brusca e intensa localizada geralmente no fundo uterino, seguida de perda sanguínea na maioria dos casos. A gestante poderá apresentar sinais de hipovolemia e a pressão arterial pode até mostrar-se em níveis

normais, pois na grande parte das DPP (s) as mulheres são hipertensas. (LEMOS, 2012).

#### 2.2.2.7 Rotura uterina

Para Brasil (2010) referência que, rotura uterina é considerada como uma das complicações graves em obstetrícia sendo um alvo significativo de morbimortalidade materna. A rotura uterina é classificada em:

- a) Completa: define-se como a rotura total da parede uterina. É avaliada como uma urgência obstétrica, pois pode haver risco de vida tanto da mãe quanto do feto;
- b) Incompleta: o peritônio parietal continua intacto. Geralmente não é complicada, às vezes, permanecendo assintomática após um parto vaginal.

O quadro clínico da rotura uterina pode acontecer no pré-parto, intraparto e pós-parto. A injúria abdominal é uma enorme causa de rotura uterina pré-parto, podendo ser um invento intraoperatório de uma cesárea eletiva. Sinais e sintomas são destacados como:

- a) Deterioração do padrão dos batimentos cardíacos fetais;
- b) A gestante se queixa de dor aguda e intensa;
- c) Sangramento vaginal;
- d) Parada das contrações;
- e) Subida da apresentação ao toque vaginal;
- f) Partes fetais palpáveis facilmente no abdome materno;
- e) Taquicardia importante e hipotensão grave.

#### 2.2.2.8 Vasa Previa

A vasa prévia caracterizada pelo sangramento dos vasos sanguíneos fetais que ultrapassa as membranas amnióticas caindo na cavidade interna do colo uterino. Considera-se essa inclusão anormal dos vasos fetais dentro das membranas. Causa incomum de hemorragia, sobrevivendo geralmente em gestantes com implantação baixa da placenta e local de inserção do cordão. A perda

sanguínea é de origem fetal, ocorrência essa, mostra-se a urgência do seu diagnóstico. As taxas de mortalidade fetal são de cerca de 50% (BRASIL, 2010).

### 2.2.3 Síndromes do trato urinário

As alterações gestacionais causam diversas modificações do sistema urinário e ajustes fisiológicos dos rins. Leva-se em consideração um grande aumento da taxa de filtração glomerular renal e a elevação do fluxo plasmático renal. O fluxo sanguíneo consiste em aumento de até 80% acima do valor basal, portanto, a elevação da filtração glomerular pode aparecer de início no primeiro mês, excedendo os níveis pré-gravídicos de 40 a 65% ao final do primeiro trimestre (RIELLA, 2010).

Para Montenegro e Rezende Filho (2010), no processo gestacional ocorre anatomicamente um discreto aumento dos rins, dilatação da pelve, cálice e ureter. Aponta-se, que através de relatos das gestantes em relação ao sistema urinário, são as mais referidas e precoces, surgindo um aumento na frequência urinária e a nictúria, com a presença de incontinência urinária esporádica, devido a pressão exercida pelo útero gravídico sobre a bexiga e também pelos efeitos hormonais nos ligamentos da uretra.

Em sequência serão abordadas algumas complicações desse sistema.

#### 2.2.3.1 Infecção urinária e bacteriúria assintomática

A infecção urinária no período gestacional é considerada como a patologia mais comum durante a gravidez. Ocorre um percentual de 17 a 20% das gestações, que geralmente são associadas às complicações como, rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sépsis materna e infecção neonatal. Neste caso, pode haver o aparecimento da infecção urinária em um quadro clínico bacteriúria assintomática (BRASIL, 2010).

Os casos mais frequentes desses processos infecciosos estão presentes no primeiro mês gestacional, por isso existe a facilidade de identificação na primeira consulta de pré-natal. Os micro-organismos causadores são similares as das não grávidas, pois cerca de 80% dos casos da bacteriúria assintomática está associada ao agente etiológico *Escherichia coli*. O diagnóstico é realizado através da

confirmação do teste laboratorial, mais de 100.000 colônias por ml/urina. O tratamento é a base de antibiótico por um curto período, para a erradicação assintomática na gravidez. A cultura deve ser refeita após 10 dias do tratamento, para que não se tenham outras infecções mais fortes (RIELLA, 2010).

#### 2.2.3.2 Cistite

A cistite distingui-se pelo aparecimento dos sintomas como a disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retro púbica, suprapubica e abdominal, com menor frequência hematúria e piúria. Esse diagnóstico é dado pelo exame laboratorial de sedimento urinário e pela cultura. A presença de leucocitúria e hematúria é comum, mas necessariamente não precisa estar presente (BRASIL, 2010).

Conforme Riella (2010), afirma que após o tratamento com antibiótico o teste de urocultura deve ser realizado novamente, para se certificar que a bacteriúria foi erradicada. Caso a gestante possui alguma doença de base que possa levar a mais complicações, está indicado o tratamento como profilaxia diária com nitrofurantoína de 100mg, e a segunda opção é a cefalexina 500mg via oral.

#### 2.2.3.3 Pielonefrite

A predisposição a pielonefrite na gestação é devido o surgimento de alterações hormonais e mecânicas fisiológicas da gravidez. Além de todas alterações pré-existentes, a imunossupressão pode ser uma contribuinte para o ciclo gravídico (PETERSSON et al., 1999 apud MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Esta patologia do trato urinário superior consiste pela queda do estado geral com presença de sintomas como: febre, calafrios, cefaléia, náuseas, êmese e hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral (sinal de Giordano +). Com possibilidades desta, estar unificada com à desidratação, comprometimento da função renal, hemólise, anemia, choque séptico, prematuridade e infecção feto-anexial e puerperal (BRASIL, 2010).

Segundo Riella (2010), o tratamento da pielonefrite na gestação exige hospitalização para uma intervenção intravenosa precoce com antibioticoterapia até

que a gestante fique afebril entre 24 a 48 horas. Deve ser realizada também cultura sanguínea para controle, e manter hidratação intravenosa para uma boa filtração renal, mantendo-se alto volume urinário.

#### **2.2.4 Diabetes Mellitus**

O Diabetes Mellitus (DM), é uma síndrome genotípica e fenotipicamente heterogênea, que se caracteriza pela hiperglicemia a nível sérico (FREITAS, 2003).

Dentro das doenças metabólicas está presente o diabetes mellitus, que se caracteriza pela hiperglicemia, resultante da disfunção fisiológica da ação insulina corpórea. Este é um dos responsáveis pelos índices de morbimortalidade perinatal, especialmente microssomia fetal e malformações fetais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION [19--] apud MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

A diabetes representa 10% das patologias na gestação, requerendo manejo adequado antes mesmo da mulher engravidar, assim sendo:

No nível da atenção básica, as equipes devem estar atentas para com as mulheres diabéticas que planejam engravidar, já que estas devem ser referenciadas para centros de atenção secundária ou terciária visando: compensação metabólica, preconcepção; avaliação da presença de complicações crônicas da doença; e orientação especializada para a prevenção de malformações fetais, incluindo o uso rotineiro de ácido fólico. É importante que essas mulheres engravidem com níveis glicêmicos adequados, com o objetivo de prevenir as malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e as demais complicações maternas e fetais associadas a gravidez. Quanto mais descompensado estiver o controle glicêmico destas mulheres no momento da concepção, maior o risco de abortamento e de malformações do concepto. Mulheres com diabetes que engravidaram sem esse planejamento também devem ser encaminhadas a serviço especializado prontamente (BRASIL, 2010, p.183).

Para Montenegro e Rezende Filho (2010), os tipos de diabetes correspondem a duas categorias:

Diabetes tipo 1: a causa é a deficiência da produção de insulina, decorrente do processo patológico autoimune afetados nas ilhotas pancreáticas.

Diabetes tipo 2: é proveniente devido a combinação da resistência a ação da insulina, e a inadequada compensação da secreção de insulina.

### 2.2.5 Diabetes Mellitus Gestacional

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), é conceituado como a intolerância da glicose que é reconhecida pela gestação, mas que desaparece após o parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Serão apontados alguns fatores de risco que podem desencadear a DMG, assim mostra Brasil (2010);

- a) Idade igual ou superior a 35 anos;
- b) Índice de massa corporal (IMC) >25kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso e obesidade);
- c) Antecedente pessoal de diabetes gestacional;
- d) Antecedente familiar de *diabetes mellitus* (parentes de primeiro grau);
- e) Macrossomia ou polihidrâmnio em gestação anterior;
- f) Óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior;
- g) Malformação fetal em gestação anterior;
- h) Uso de drogas hiperglicemiantes (corticóides, diuréticos tiazídicos);
- i) Síndrome dos ovários policísticos;
- j) Hipertensão arterial crônica;
- k) Ganho excessivo de peso;

Devido essas complicações, enfatiza-se a importância do pré-natal, em virtude do diagnóstico ser precoce, sendo assim, vale ressaltar que:

Todas as gestantes, independentemente de apresentarem fator de risco, devem realizar uma dosagem de glicemia no início da gravidez, antes de 20 semanas, ou tão logo seja possível. O rastreamento é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum  $\leq$  85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana de gestação (Brasil, 2010, p. 185).

As gestantes que são insulínodépendentes bem como seus familiares precisam ser orientadas para o reconhecimento de sinais de hipoglicemia. No episódio destas, deve ser realizada a verificação do nível glicêmico capilar se estiver disponível, pois as alterações glicêmicas podem levar ao coma (BRASIL, 2010).

As revisões dessas patologias podem favorecer as orientações e esclarecimento das trocas entre o profissional e a gestante. É comum na prática do pré-natal o levantamento de questões de vida e necessidades da mulher, em que

um roteiro de questionamentos revele-se mais importante que o sujeito e a interação com ele. Contudo devemos lembrar que a confiança é um processo que o profissional deve conquistar, pois é através dela que serão reveladas as questões de foro íntimo envolvendo a sexualidade, pois como escreve Lemos (2010, p. 15):

Quando as pessoas interagem durante uma consulta, elas influenciam e são influenciadas por questões relativas ao seu modo de pensar, sentir e agir. Como profissionais da saúde, devemos ter em mente, que para um relacionamento eficaz, a comunicação é fundamental. Faz-se necessário, nos despojarmos de julgamentos e juízos de valores. Ao mesmo tempo, sabermos ouvir atenta e interessadamente a mulher, poderá “quebrar o gelo”, facilitando a interação profissional-paciente. A comunicação ultrapassa as fronteiras do não dito, do não-verbal, por vezes demonstrada por gestos e expressão corporal. Não raras vezes, nosso corpo fala algo em desacordo com nossa linguagem verbal. Para prestar um cuidado holístico de qualidade, é imprescindível que o processo de comunicação transcorra tranquilamente, sendo permeado por ética e bom senso. Portanto, ao estabelecermos um relacionamento embasado em confiança e respeito mútuo, abrimos os canais de comunicação com a paciente/família. É primordial aprender a ser flexível e olhar para o outro na busca de compreendê-lo em suas peculiaridades, de captar sua maneira de ser e estar no mundo, suas características pessoais, familiares, seu contexto social, cultural e espiritual.

### 2.3 SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO

A sexualidade é um aspecto importante na vida do indivíduo, envolvendo dimensões interdependentes e inter-relacionadas, como: biológica, psicológica e sócio-cultural. Dessa forma, mitos, antigos tabus e determinadas discriminações estendem-se por gerações, deixando subsídios importantes passarem despercebidos. MacCary (1978, p. 243) diz que:

A palavra mito vem do grego (mythos) e significa “fábula”. Os mitos têm função social importante e expressam aquilo em que determinados grupos querem acreditar.

Santana (2005, apud MOTA; MOUTTA; CAXEIRO-BRANDÃO, 2009) aborda que, sexualidade está associada ao prazer e à expressão corporal, sentimental e cultural.

A sexualidade na gestação reveste-se de um período com modificações orgânicas e psicológicas, que em conjunto com as influências socioculturais, religiosas, educacionais e emocionais, podem ter considerável impacto sobre o

comportamento sexual da gestante e, conseqüentemente, reflete na sua qualidade de vida. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Batista et al. (2004, apud MOTA; MOUTTA; CAIXEIRO-BRANDÃO, 2009) escreve que, a influência da gestação na sexualidade feminina é uma realidade na vida da mulher, sendo necessário, portanto, uma orientação direcionada para esse aspecto da vida da gestante durante a consulta pré-natal.

Ao trabalhar com questões sobre sexualidade humana e com o outro, o profissional de saúde se obriga a criar um vínculo, uma interação entre os envolvidos (cliente e profissional de saúde). Sendo assim, Montgomery et al., (1993), abordam algumas características necessárias ao profissional, para cogitar questões sobre sexualidade, entre as quais destacam-se:

- a) Empatia: habilidade de entrar no quadro de referência do cliente e comunicar a sua compreensão;
- b) Congruência: habilidade de ser real na interação com o cliente, o profissional tem que ter conhecimento sobre sexualidade, para enriquecer o conhecimento do outro;
- c) Aceitação incondicional: respeitar a sexualidade do outro e manter sigilo;
- d) Motivação: capacidade de proporcionar “mudanças”, ou seja, uma otimização para uma nova aprendizagem;
- e) Confrontação: trabalhar com o cliente usando seus potenciais sem confrontar seus paradigmas;
- f) Concreticidade: consegui sintetizar o discurso do cliente.

A partir destas habilidades, o profissional não pode interferir e nem agir com atitudes julgadoras, pois cada indivíduo tem o direito de definir sua própria identidade sexual e realização sexual. Portanto, o profissional de saúde deve ter uma visão holística do ser humano, com uma história de vida inserida em um determinado contexto de crenças e valores culturais (ZAMPIERI; SANTOS; CUSTÓDIO, 2002). Portanto a comunicação entre profissional gestante/família deve englobar o compreender e o ser compreendido.

### **2.3.1 Nós estamos grávidos**

Para o casal, a gestação é um período de adaptações em todos os sentidos: físico, emocional, existencial e também sexual. A sexualidade, durante essa fase, sofre algumas mudanças, pois, a partir do momento em que a mulher entra no período gestacional, iniciará um processo de desenvolvimento do embrião e posteriormente do feto, conduzindo a várias transformações biopsicossociais dessa mulher e conseqüentemente desse homem.

A gravidez para a mulher é um momento nem sempre tido como mágico e maravilhoso como no imaginário social, pois as fantasias de um corpo modificado e a aceitação dessa nova imagem corporal podem desencadear múltiplos sentimentos que podem ir do medo de engordar ao medo não reconhecer-se (LEMOS, 2002).

Durante o ciclo vital da mulher, a gravidez é um dos períodos críticos de transições, que vem a interferir na mudança do papel social, reajustamentos pessoais e variadas adaptações físicas e emocionais. Desta forma, esse processo de mudanças também ocorre no homem, trazendo a paternidade como um fator de desenvolvimento emocional. (MALDONADO, 1997). No entanto, se a adaptação à maternidade versus paternidade é vista como um período de crise, podemos também pensar que esse tempo constitui um momento especial de mudança onde as inseguranças com as alterações físicas e psicológicas provavelmente provocarão amadurecimento e adaptações necessárias para enfrentamento de situações porvir. No que diz respeito à sexualidade, principalmente na primeira gravidez há um desafio a ser vivenciado, pois a mulher tem que aprender a viver um relacionamento entre ela e o companheiro, para aprender a viver o relacionamento ela o cônjuge e o bebê. (LEMOS, 2002).

A gestação é um momento de modificações e transformações, não sendo essas necessariamente negativas. É normal que toda mudança provoca sentimentos de ansiedade, medo e insegurança vivenciado pelo casal a cada gravidez, podendo essas flutuações dinâmicas influenciar até mesmo no comportamento do casal gravídico (NORONHA; LOPES; MONTGOMERY, 1993; TEDESCO, 2002).

A determinação de se ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, consolidar o desejo de continuação e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito, competir com familiares, preencher um vazio interno. (MALDONADO, 1997).

### 2.3.2 Resposta sexual humana

Segundo Abdo e Fleury (2006), em menos de meio século, surgiu o reconhecimento do ciclo da resposta sexual feminina. Masters e Johnson (1981), dois pesquisadores americanos conceituaram a resposta sexual humana de ambos os gêneros, por volta da década de 1960, sendo essa resposta estruturada em quatro diferentes fases, que por ordem crescente são: excitação (desejo), platô, orgasmo e resolução.

Fase de excitação (desejo): atinge o indivíduo pelo interesse sexual, conhecida popularmente como o “tesão”. Sendo este, influenciado por diferentes aspectos como estímulos orgânicos, psicológicos e sociológicos. Estímulos auditivo, olfativo, táteis e visuais são desencadeadores de excitação. Mas segundo os estudos científicos, as mulheres ainda preferem os estímulos auditivos e táteis, enquanto os homens preferem os visuais. Fatores que podem acelerar esse período excitatório são as fantasias, recordações de momentos vividos, leituras e filmes. A mulher necessitando de 15 a 20 minutos, para excitar-se, enquanto o homem leva de 2 a 5 minutos, por isso é muito importante o conhecimento dessa etapa entre o casal (LEMOS, 2010). Segundo Masters e Johnson (1981), o desejo sexual envolve todo o corpo de uma mulher, não sendo este restrito apenas a genitália. Algumas alterações pré-existentes no processo de excitação, são destacadas: rubor facial, aumento da pressão arterial máxima, aceleração do ritmo respiratório, aumento da vasocongestão da região pélvica e genital, lubrificação da genitália e ereção mamilar. As mulheres ainda preferem como estímulo excitatório às carícias preliminares.

Fase de platô: é considerado como auge do período de excitação, onde o desejo atinge seu nível mais intenso, é avaliada como fase pré-orgástica (MASTERS; JOHNSON, 1981).

Fase de orgasmo: relata Vargas (1993, apud Lemos, 2010), que o orgasmo possui diferentes definições, mas pode ser classificado como a perda espontânea da consciência, levando em consideração as características pessoais de cada indivíduo. Para Masters e Johnson (1981), dentro do processo fisiológico no orgasmo surgem reações de rubor, calor, aumento da frequência cardíaca e arterial, estando interligadas as contrações musculares (miotonia) do assoalho pélvico e região vaginal.

Fase de resolução: essa fase é definida com um período involuntário da tensão sexual, desenvolvendo uma reação contrária, onde os níveis de excitação estão diminuídos. Geralmente os resíduos fisiológicos da tensão sexual desaparecem vagarosamente, tanto no homem quanto na mulher, a não ser que haja uma descarga orgásmica extremamente intensa. As reações das fases anteriores vão desaparecendo nesse período, como a diminuição do rubor facial, a frequência cardíaca tende a baixar, detumescência da aureola, a lubrificação vaginal diminui, a vasocongestão pélvica volta ao normal, nesse processo se dá por efeito de relaxamento e bem-estar. No sexo masculino, existe um período refratário que varia de duração, sua capacidade fisiológica para responder a novos estímulos após a ejaculação, é mais lenta do que nas mulheres para atingir nova fase de orgasmo. (MASTER; JOHNSON, 1981).

#### 2.3.2.1 Resposta sexual humana na gestação

Durante muito tempo, as condutas frente às questões sexuais das grávidas, foram norteadas por preconceitos e mitos. Devido a esse acontecimento, ligado às demandas emocionais das gestantes, tem surgido dúvidas entre os casais e para os profissionais da saúde que estão frente a essa situação. Portanto, torna-se imprescindível o conhecimento dessas flutuações biopsicossociais, nessa relevante fase da vida da mulher. Para responder melhor esse processo de resposta sexual, podem ser resumidas as alterações na sexualidade gestacional, conforme menciona Montenegro e Rezende Filho (2010):

- Durante a fase de excitação, no início da gestação surge um aumento das mamas, mas apresentando grande sensibilidade na aureola, contudo, sendo observada como estímulo sexual, e a uma vasocongestão pélvica da grávida, provocando reações exarcebadas, levando a ocorrer o ingurgitamento da genitália externa, com o surgimento de achatamento e deslocamento anterolateral dos grandes lábios nas nulíparas, já nas múltíparas, apresentam-se com os mesmos edemaciados e totalmente ingurgitados. Existe nesse período um aumento importante de tamanho dos pequenos lábios e da lubrificação vaginal.
- Na fase de platô, a plataforma orgásmica está aumentada na gestante, tendo uma redução de 75% do introito vaginal, onde o canal vaginal aparece completamente obstruído, sendo esse, mais alterado nas múltíparas.

- Com relação ao orgasmo, podem surgir sensações subjetivas de irritabilidade uterina, como o aparecimento das cólicas, porém a estimulação sexual é mais efetiva no primeiro trimestre gestacional. Já no segundo trimestre pode aparecer experiências orgásmicas intensa e multigorgásmicas, podendo no terceiro trimestre o útero apresentar espasmo tônico durante o orgasmo.

- Durante a fase de resolução sexual da gestante, se prolonga mais do que nas mulheres não grávidas, devido a pelve estar vasocongestionada, não é avaliada completamente como orgasmo. O alívio pós-orgásmica da vasocongestão é lenta e quase sempre transitória durante a gestação. Portanto, nos explica os altos níveis de tensões sexuais no ultimo trimestre.

Salienta-se que a sexualidade no ciclo gravídico ou exteriorizado dele, é atingida por variações relacionadas aos aspectos educacionais, culturais e com valores incorporados pela mulher na sua história de vida, sendo envolvidas desde suas primeiras relações afetivas. Entretanto, pode se argumentar que não existe uma sexualidade estática, ela é dinâmica por sua própria natureza (MONTGOMERY et al., 1993).

### **2.3.3 Modificações e desconfortos na gravidez alterando a sexualidade**

Sobretudo, é inegável que as modificações físicas, psicológicas e sociais acarretadas pela gravidez, podem influenciar a expressão da sexualidade, não significando que a mesma, seja afetada como um todo. Segundo Guizoni et al. (2001), podem ocorrer durante o período gestacional, algumas modificações e desconfortos, que podem a afetar a sexualidade, assim serão citados:

- No primeiro trimestre: pode haver nesse período com a não aparecia ventral, gerar momentos com sentimentos ambíguos como a alegria e a tristeza, entusiasmo, apreensão, angustia e rejeição. Podendo ocorrer a diminuição do desejo sexual, onde existe casos mais comuns, devido à náuseas, êmese, medo de provocar aborto espontâneo, sensibilidades e dor nas mamas e sonolência. Já por outro lado, existe um aumento do interesse sexual devido á não preocupação de não engravidar, e a autoestima aumentada pelo aumento das mamas.

- No segundo trimestre: existe um olhar real da gravidez, a ausência de náuseas proporciona um aumento do erotismo e da qualidade da vida sexual. Mas

nessa passagem, ainda pode haver diminuição do interesse sexual, explicitado pelas alterações no formato do corpo e medo de machucar o feto. Por outra forma, existe um aumento no interesse sexual, perda da sensibilidade dolorosa das mamas, aumento da vasocongestão genital, o que resulta na facilidade de atingir o orgasmo, sendo que a maioria das mulheres relata essa fase melhor nível de atividade sexual e aumento do desejo.

- No terceiro trimestre: com aumento da bolsa gestacional, essa pode interferir na frequência do ato sexual, devido a algumas posições na hora do sexo. Mas, enfatizam-se que a sexualidade é ampla, podendo ser realizada, com carícias, beijos, abraços, toques genitais, há uma existência de outras alterações na diminuição do interesse sexual, como fadiga, falta de prazer devido as posições, medo de provocar um parto prematuro, ou até mesmo machucar o bebê. Como consequências de algumas fantasias, faz surgir o aumento do interesse sexual, devido à preocupação de perder o parceiro, possibilidades de variar as posições, mais um ser participando da relação sexual.

A hospitalização e as complicações gestacionais são fatores importantes que podem influenciar na sexualidade da gestação de alto risco. Considerando que o afastamento físico do companheiro e de outros afins importantes, traz um significado de gravidade no sentido de incapacidade e impotência, com repercussões imediatas sobre a sexualidade (TEDESCO, 2002).

### 3 MARCO TEÓRICO

Marco conceitual é definido como “um conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente relacionados”. (CARRARO, 2001, p. 32). Compondo um traçado conjunto de conceitos inter-relacionados os quais servem para direcionar as ações de enfermagem, sustentam as práticas de enfermagem e as decisões para promover, prevenir e assistir o indivíduo.

Esta pesquisa apresenta a teoria Transcultural de Madeleine Leininger como fio condutor, por possuir como ponto forte a importância de reconhecer os aspectos culturais que poderão influenciar no cuidado prestado e recebido. Sendo assim, foram mencionados alguns conceitos que se inter-relacionam e casam com a teoria, numa relação os quais convergem para o objetivo do estudo que seria conhecer a vivência da sexualidade das gestantes de alto risco, que realizam o pré-natal na Policlínica Municipal de Campinas.

#### 3.1 BIOGRAFIAS DE MADELEINE LEININGER

A teórica supracitada nasceu em 13 de julho de 1925 em Sutton, e faleceu em 10 de agosto de 2012, na sua casa em Omaha, Nebraska, EUA (VANDERLAAN, 2012). É uma teórica norte-americana, graduada em enfermagem, no ano de 1948, em *Denver*, na *St. Anthony's School of Nursing*. No ano de 1950, recebeu o título de Bacharel em Ciências Biológicas, pelo Benedictine College, em Atchison- Kansas. Em 1954 foi mestre em Enfermagem em Psiquiatria, onde fundou Unidade Psiquiátrica no *St Joseph's Hospital* em Omaha. Ainda com objetivos nos estudos, em 1965 concluiu o curso de Doutorado em Antropologia, Social e Cultural pela *University of Washington*, em *Seattle*. Foi a primeira enfermeira no mundo a ser titular como doutora em Antropologia. (LEOPARDI, 1999).

Segundo George (2000), Leininger em 1960 ao desenvolver seus estudos, iniciou a utilização de termos técnicos como Enfermagem Transcultural e Etno-enfermagem. Promoveu então seu primeiro curso sobre Enfermagem Transcultural, na Universidade do Colorado em 1966. A divulgação dos estudos foi se alastrando, publicando seu primeiro livro em 1978 “*Transcultural Nursing*”, focado na Enfermagem Transcultural. Definiu também como etno-enfermagem, “o estudo de

crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, reconhecidas por uma determinada cultura, por meio de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores.”

Em 1985, Leininger apresentou seu trabalho como teorista, e neste mesmo ano, participou do primeiro Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, realizado em Florianópolis, capital de Santa Catarina.

A teórica em 1988 explicitou mais sobre suas ideias, apresentou pressupostos que sustentam a sua previsão de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado em todas as culturas do mundo (LEININGER 1985 apud GEORGE, 2000).

Em 1995, publicou seu livro *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice*, além de continuar escrevendo artigos e editando o *Journal of transcultural nursing* (GEORGE, 2000).

### 3.2 A TEORIA DE MADELEINE LEININGER

No meio de sua prática profissional, Madeleine Leininger nos anos 50, trabalhou no meio oeste dos Estados Unidos, em um lar para orientação para crianças e pais, na especialidade de enfermagem clínica. Ao trabalhar com essa diversidade a teórica observou que apresentavam algumas diferenças nas suas características comportamentais, que se repetiam com frequência. Através deste, Leininger pode perceber que esses comportamentos vinham de base cultural, e identificou que a Enfermagem não tinha conhecimento suficiente a cada cultura desses indivíduos, para compreendê-las melhor e desenvolver as práticas de cuidados de Enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, de acordo com modo de viver e suas culturas. Diante disso, a mesma dedicou-se a implantar a Enfermagem Transcultural, como subárea da Enfermagem (LEOPARDI, 1999).

A teoria de Leininger proveio da Antropologia, mas foi concebida para ser empregada na enfermagem, vinculando assim os componentes cultura e cuidado. Construiu sua teoria baseada na crença e cultura de cada povo, que influencia e/ou define a maneira de perceber e construir o cuidado de enfermagem sendo capazes de relacionar suas experiências e vivências as práticas gerais de saúde (GEORGE, 2000).

Leininger diz, que o cuidado é a essência da Enfermagem e também seu foco único e dominante. Sendo este essencial para o bem estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das dificuldades ou da morte. Para ela não existe cura sem cuidado (LEOPARDI, 1999).

Segundo Leopardi (1999), o cuidado cultural tem um significado holístico importante para o conhecimento e predicação do fenômeno “cuidar” na enfermagem. Sendo esses, expressados por todas as culturas do mundo, com uma variação transcultural. Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão do mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional e econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular.

George (2000) lembra ainda que, esse modelo possui quatro níveis, os quais oferecem a base de conhecimentos para o planejamento e execução de cuidado cultura coerente.

O nível I: é uma visão do mundo – sistema social – estuda o indivíduo dentro de uma determinada cultura, numa cultura específica e em várias culturas.

O nível II: cuidados e saúde – oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde.

O nível III: sistemas profissional e popular – estuda as características de cada sistema, suas semelhanças e diferenças.

O nível IV: é o nível das decisões e ações de cuidado de enfermagem. Este nível envolve três formas específicas, ou seja: a **preservação/manutenção cultural de cuidado** que são ações culturalmente voltadas a apoiar, facilitar ou capacitar as pessoas na preservação dos hábitos favoráveis a sua saúde; **acomodação/negociação cultural do cuidado** que representa formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde ou de vida das pessoas, visando um resultado benéfico ou satisfatório e a **repadronização/reestruturação cultural do cuidado** que consiste em ações que influenciarão na mudança de hábitos que proporcionem padrões de vida benéficos ou saudáveis dos indivíduos, sem desrespeitar seus valores culturais (GEORGE, 2000).

### 3.3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA

Pressupostos são suposições ou fatos que antecedem a outros. São ideias que antecedem à formulação de conceitos, ou seja, são crenças e valores claramente enunciados. Diante desta, apresentamos alguns pressupostos da teoria de Leininger (1981 apud LEOPARDI, 1999):

- a) O cuidado é considerado essencial à sobrevivência e desenvolvimento humano, é uma necessidade humana para manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos em todas as culturas;
- b) O cuidado é essencial para o bem-estar, para a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e para encarar desafios, ou a morte;
- c) O cuidado é a essência da enfermagem, e também seu foco é unificador e dominante;
- d) O cuidado cultural é o meio holístico mais vasto de conhecer, explicar, entender e prognostica os fenômenos do cuidado, de maneira de exercer as práticas de cuidado em enfermagem;
- e) A enfermagem é uma disciplina e profissão de cuidado transcultural humanista e científico, com o objetivo de servir aos seres humanos;
- f) O cuidado cultural dentre seus conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais são diferentes (diversidade) e similares (tentando a semelhança ou universalidade) entre todas as culturas do mundo;
- g) Os valores, crenças e práticas de cuidado cultural estão incluídos a contextos de visão de mundo, linguagem, religião, socialização, política, educação, economia, tecnologia, etnohistória e ambiente de uma cultura reservada;
- h) Enfermagem de base cultural é benéfica, saudável e satisfatória, colaboradora do bem-estar dos homens, famílias, grupos e comunidades em seus contextos ambientais;
- i) Cuidado culturalmente congruente ou benéfico somente pode ocorrer quando os valores, expressões ou padrões de cuidado cultural dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades são conhecidos e utilizados apropriadamente e de modo significativo pelo enfermeiro;
- j) Indivíduos que recebem cuidados da enfermagem incongruente com suas crenças, valores e modos de vida mostrarão sinais de conflitos culturais, submissão, tensões e preocupações éticas ou morais;

- k) Todas as culturas humanas têm conhecimentos e práticas de cuidado cultural genérico, e a enfermagem na sua existência é uma profissão de cuidado, com conhecimento disciplinado transculturalmente;
- l) O cuidado é essencial para originar a cura, pois não pode existir cura, sem cuidado.

### 3.4 CONCEITOS NORTEADORES

Como foi utilizada a fundamentação teórica de Leininger em nosso estudo, subsidiamos nossos conhecimentos, destacando alguns conceitos que foram embasados pela teórica supracitada, e outros autores para a construção do marco conceitual: ser humano, saúde, enfermagem, cultura, saúde/bem-estar, cuidado, contexto ambiental, cultura familiar, universidade do cuidado cultural, diversidade do cuidado cultural, cuidado cultural congruente, acomodação cultural, cuidado profissional e cuidado popular.

#### **a) SER HUMANO:**

Para Leininger (1981 apud Leopardi, 1999), o ser humano é um indivíduo que pensa, sente, decide e percebe, ou seja, dotado de atitude, crenças e valores que lhes são característicos. É um ser que interage com o meio. Pela sua singularidade, apresenta diversificações, aptidões e sentimentos que podem aproximar-se ou não, daqueles apresentados por outros seres humanos, incluindo família, comunidade e outros grupos.

Collaço (2002), diz que a enfermeira é um ser humano que traz consigo, todos os significados e práticas do cuidado técnico-científico, ou seja, da assistência de enfermagem que lhe foi transmitida durante seu processo de formação profissional.

Ser humano gestante - fase de transição na existência da mulher, onde inúmeras mudanças de ordem anatômica, funcional, psicológica ocorrem na vida da mulher repercutindo no seu contexto familiar, social, cultural, econômico e emocional (QUEIROZ, 1996). Sendo que se a gestação é considerada de risco, existe perigo real para a saúde da gestante e do concepto, por causa das complicações que poderão advir, com a morbi-mortalidade materna e fetal (VACHOD, 1996).

Ser humano família para Denardin (1999) é o núcleo de onde se irradia o cuidado, sendo o local do aprender o cuidado, o cuidar e cuidar-se. É o núcleo

familiar que é tomado às decisões sobre saúde e doença, constituindo-se no centro da prestação de cuidados.

A família no estudo será considerada além do marido, mãe, sogra, irmãos, todo ser humano que convive diretamente com a gestante, ou seja, pessoas que interagem por laços afetivos, que fazem parte da história de vida da mesma, não necessitando apresentar laços consanguíneos.

### **b) SAÚDE**

Segundo Leininger, (1981 apud LEOPARDI, 1999) diz que saúde é o estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a habilidade dos indivíduos ou grupos em realizar suas atividades diárias de desempenho culturalmente satisfatório. A saúde é uma moldura geral para as profissões relacionadas à da área da saúde. Sua ligação com a enfermagem está vinculada diretamente aos fenômenos do cuidado, com uma perspectiva científica e humanística.

Zampieri et al. (2005), delinea que em relação à saúde, a mulher ainda tem muitos passos a trilhar para reverter totalmente o papel passivo historicamente construído em relação a si própria. Para mudar isso, ela necessita conhecer seu corpo, sua sexualidade, sua reprodução para que com isso venha a viver uma vida plena.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986 define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1986).

### **c) ENFERMAGEM**

Leininger (1981 apud LEOPARDI, 1999), propõe que enfermagem é uma ciência e arte humanística, estudada que enfoca principalmente os comportamentos e os cuidados personalizados, bem como funções e processos direcionados a promover e manter os comportamentos de saúde ou de recuperação da doença.

Leopardi (1999) relata que, enfermagem é uma profissão científica e humanística, que é aprendida em prol do cuidado humano, e em atividades que propiciem assistência, educação a indivíduos ou a grupos, para manter em equilíbrio a saúde e o bem-estar, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória para ajudá-los a enfrentar as dificuldades ou a morte.

A enfermagem no estudo será considerada conforme Williams (2002), o qual reforça a premissa na qual a enfermeira deve conhecer cada mulher e

respeitar/apoiar suas crenças culturais procurando, no entanto, discutir junto a mulher/ família àquelas que forem prejudiciais no sentido de reeducação e modificação.

#### **d) CULTURA**

São valores, crenças, normas de comportamento e práticas ligadas ao estilo de vida aprendido, compartilhados e transmitidos por um grupo exclusivo, que guiam o pensamento, as decisões e as ações de maneira padronizadas (LEOPARDI, 1999).

Considera-se que, a cultura de cada gestante influencia diretamente na maneira como ela vivencia sua sexualidade, pois serão repassados através da mesma, crenças, valores, tabus, que poderão vir a interferir na maneira como ela enfrenta condições de saúde e doença.

#### **e) SAÚDE E BEM-ESTAR**

Saúde é um estado de bem-estar definido, valorizado e praticado pela cultura em que o indivíduo adere, refletindo a forma como este desenvolve suas atividades cotidianas. (LEININGER, 1991 apud GEORGE, 2000).

Saúde, caracteriza-se como um estado de bem-estar vivenciado pelas gestantes, que pode ser influenciado pelo conhecimento que elas tem sobre saúde.

#### **f) CONTEXTO AMBIENTAL**

Leininger (1981, apud LEOPARDI,1999) relata que o contexto ambiental refere-se a um episódio, situação ou vivências particulares que dão sentido às expressões humanas, interpretações e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sócio-políticos e/ou culturais específicos.

O contexto ambiental será a Policlínica Municipal de Campinas, onde será feito a interação enfermeira-gestante.

#### **g) CUIDADO**

Leininger (1981 apud LEOPARDI,1999) relata que o cuidado, está entre os pequenos atos de apoio ou de assistência, em relação ao outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes de melhoria na condição ou estilo de vida. Sendo que o cuidado humano é um elemento Universal, mas as expressões, os processos e os padrões variam entre as culturas.

O cuidar/cuidando se reflete nas atividades direcionadas a assistência para melhorar as condições humana de vida, ou de enfrentamento da morte (LEOPARDI, 1999).

O cuidado integral deve ser dirigido às gestantes de alto risco gestacional, promovendo, prevenindo e assistindo, de acordo com suas necessidades.

#### **h) CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE**

Leininger (1981, apud LEOPARDI, 1999) são atos e decisões assistenciais, embasadas cognitivamente promovendo suporte, para facilitar ou habilitar, no modo de vida cultural do indivíduo, grupo ou instituições, a fim de prover cuidados de saúde significantes e satisfatórios.

#### **i) ACOMODAÇÃO CULTURAL**

Leininger (1981, apud LEOPARDI, 1999) refere que às ações ou decisões assistenciais dos profissionais, apoiando, facilitação ou capacitação, que auxiliam pessoas de uma determinada cultura a negociarem com, ou adaptarem-se a outros, em busca de resultados de saúde satisfatórios ou benéficos, ao se relacionarem com provedores de cuidado profissional.

#### **j) CUIDADO PROFISSIONAL**

É aquele que aborda os cuidados técnicos, comportamentos e padrões que foram culturalmente aprendidos sobre saúde e doença, capazes de ajudar o indivíduo, uma família ou uma comunidade para melhorar ou manter uma condição saudável e favorável ou estilo de vida saudável. Normalmente o indivíduo geralmente é atendido por uma equipe multiprofissional (LEININGER, 1981 apud LEOPARDI, 1999).

Cuidado Profissional são atitudes técnicas científicas humanizadas, desenvolvidas pelo profissional de enfermagem para com a gestante, considerando a singularidade do ser humano gestante e sua família, evitando a imposição cultural para que o cuidado se torne eficaz.

## 4 METODOLOGIA

Conceitua-se metodologia, como o estudo científico dos métodos. Sendo que, método é o conjunto dos meios dispostos convenientemente para alcançar um fim, e especialmente para chegar a um conhecimento científico ou comunicá-lo aos outros (MICHAELIS, 2009). Devendo ser conduzido consonante com a assistência, unindo o fazer e o pensar, revelando o melhor caminho que conduz para encontrar respostas reveladas no decorrer da pesquisa (ERDTMANN; KOERICH, 2004).

Conforme Minayo (2000), a metodologia é empregada como o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando seu espaço nas teorias sociais, fazendo parte intrinsecamente da visão social de um mundo vinculado a teoria, principalmente a das ciências.

### 4.1 TIPOS DE ESTUDO

Neste estudo, optou-se pelo método da pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, que se preocupa com um nível de realidade. Triviños (1992) diz que na pesquisa qualitativa, pelo tipo de técnicas que emprega - neste caso a entrevista semiestruturada - não estabelece divisões estanques entre a coleta e a interpretação das informações.

Essa pesquisa tem o objetivo de buscar conhecer e delinear a realidade da vivência da sexualidade nas gestantes de alto risco, que realizam o pré-natal no ambulatório de especialidade em Ginecologia e Obstetrícia da Policlínica Municipal de Campinas-(PMC), no município de São José, da Grande Florianópolis, com o propósito de ampliar o conhecimento para os profissionais da área da saúde.

Na concepção de Gil (1999), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. O método descritivo atenta-se em observar os fatos, registrá-los, classificá-los e analisá-los, sem que haja manipulação do pesquisador em relação ao sujeito de pesquisa (ANDRADE, 2002).

O estudo também é exploratório, pois não há muito conhecimento científico que abordam sobre a temática. Sendo assim, há a necessidade de buscar conhecimento mais denso sobre o assunto, tornando-o mais claro, ou construir questões importantes na condução da pesquisa. Gil (1999) destaca que a pesquisa exploratória, é desenvolvida no sentido de proporcionar como principal meta desenvolver, explanar e modificar conceitos, ideias e mitos, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, sendo desenvolvidas com o objetivo de oferecer uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato e situação.

Assim sendo, essa pesquisa vem propor o conhecimento sob o enfoque de gestantes de alto risco, de como ocorre à vivência de sua sexualidade e como elas lidam com os questionamentos, dúvidas, incertezas e desconhecimentos sobre o tema no ciclo gravídico.

Sendo este explicitado como qualitativo, pois trabalha com os significados das ações e relações humanas, um grau de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2002).

#### 4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O local da pesquisa foi na Policlínica Municipal de Campinas (PMC), pertencente ao município de São José, na Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 193, CEP 88101 420, fazendo parte da Grande Florianópolis.

A Policlínica Municipal de Campinas foi inaugurada em 24 de setembro de 2001, prestando serviço em saúde pública, suprimindo a atenção primária que abrange uma área composta por três equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) vinculada à estrutura física da Policlínica Municipal de Campinas, e com o enfoque maior em cuidados de média complexidade, que seria a parte ambulatorial com suporte médico especializado nas áreas de: cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, mastologia, ginecologia e obstetrícia, exames de ultrassonografia, teste ergométrico, além dos serviços odontológicos: endodontia, radiologia, atendimento aos portadores de necessidades especiais.

A estrutura física da instituição é composta por quatro andares, sendo está de alvenaria. O ambulatório em especialidade fica no 3º andar da policlínica,

sendo este espaço composto por oito consultórios, uma sala de triagem, recepção, copa, banheiro feminino e masculino. Enfatizando que o consultório de Ginecologia e obstetrícia tem inserido no meio interno um banheiro.

Os profissionais que atuam na instituição formam uma equipe multiprofissional, com membros enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, farmacêutico, odontólogo, psicólogo, clínico geral, ginecologista e obstetra, geriatra, neurologista, pneumologista, otorrinolaringologista, dermatologista, cardiologista, ortopedista, pediatra, urologista, nutricionista, fisioterapeuta, auxiliares administrativos, servidor geral e operacional.

Dentro desta unidade supracitada, é realizado o acompanhamento de pré-natal com as gestantes de alto risco do Município de São José. O serviço em especialidade obstétrica é realizado nas segundas e quartas-feiras no período matutino.

Segundo dados da instituição, a Policlínica Municipal de Campinas realiza mensalmente 90 (noventa) consultas obstétricas, consideradas estas de alto risco.

A Policlínica de Campinas possui como objetivo prover as necessidades básicas de saúde da população, proporcionar qualidade na saúde e bem-estar dos clientes, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e integralidade.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram 10 gestantes de alto risco, sendo estas primíparas e/ou múltiparas em qualquer idade gestacional que realizam o pré-natal, no ambulatório de ginecologia e obstetrícia da Policlínica Municipal de Campinas – São José. A amostra foi intencional sendo selecionada de acordo com os seguintes critérios:

- a) As gestantes eram maiores 18 anos de idade e participaram espontaneamente da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A);
- b) As participantes foram àquelas que realizaram consulta de pré-natal de retorno;
- c) Um dos pré-requisitos para gestantes participantes foi que o casal tivesse uma convivência conjugal no mesmo domicílio.

Participaram da pesquisa as dez primeiras gestantes (sem acompanhante), que estavam realizando pré-natal de risco gestacional na Policlínica Municipal de Campinas – São José.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Na coleta de dados foi empregada a técnica de entrevista semiestruturada preenchida pelo entrevistador. Sendo o instrumento da pesquisa um formulário específico de perguntas. (APÊNDICE B).

Gil (1993) aponta que a entrevista semiestruturada é guiada por um roteiro de questões de interesse, as quais o entrevistador vai explorando, tal como um roteiro, ao longo de seu desenvolvimento.

Descrição do processo de operacionalização da entrevista:

- a) Acolhimento da gestante de alto risco gestacional pela entrevistadora, com pré-consulta de enfermagem, onde foram verificados sinais vitais, peso e dados antropométricos, sendo esses registrados conforme rotina do atendimento do local de estudo;
- b) Posteriormente a pré-consulta de enfermagem a gestante foi encaminhada para consulta médica obstétrica;
- c) Após o término de todo o atendimento médico e de enfermagem realizado com a gestante (no local externo do consultório) a mesma, foi convidada a participar da pesquisa;
- d) Com a aceitação do convite em participar da pesquisa, a gestante foi encaminhada juntamente com a pesquisadora, a uma sala reservada e com privacidade, sendo convidada para entrar e sentar-se;
- e) No local supracitado foi explicado o tema da pesquisa, objetivos, a proposta de trabalho, aspectos éticos e a forma como a pesquisa seria desenvolvida, concedendo-lhe plena autonomia em aceitar ou recusar;
- f) Antes do início de cada entrevista, a entrevistadora juntamente com a entrevistada leram os documentos relativos à pesquisa, solicitando autorização das mesmas, onde assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme o (APÊNDICE A).
- g) A entrevistadora enfatizou que a duração das entrevistas seria um período de aproximadamente 45 a 60 minutos;

- h) A principal técnica da coleta de dados foi a entrevista semiestruturada preenchida pela acadêmica. (APÊNDICE B);
- i) Enfatizou-se que os dados do roteiro de entrevista permanecerão armazenados com a pesquisadora responsável, e somente a entrevistadora/ orientadora poderão acessá-los;
- j) Em total sigilo foi mantido a identidade das gestantes, sendo que para isso, elas foram identificadas com codinomes de flores de um mostruário, preparado pela acadêmica, conforme (APÊNDICE C).

**OBS:** Foi preparado um ambiente harmonioso ao convidar as gestantes para participarem do estudo. Estas foram recepcionadas em um local para a ocasião, proporcionando a elas uma sala acolhedora, e humanizada. O espaço foi decorado com enfeites de corujas que simbolizam a fábula da “Mamãe coruja”, que tem o seu significado de mãe superprotetora de seus filhos. Esse ambiente idealizado nos retratou que as gestantes ficaram a vontade, tranquilas e seguras, transmitindo uma entrevista afável. Foi oferecido a elas uma água personalizada, e como um gesto de agradecimento, no final de cada entrevista, elas receberam da pesquisadora um chaveiro artesanal de coruja preparado por esta, com essência de “mamãe bebê”.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados dá-se através das técnicas descritivas. A análise descritiva planejada possibilita ao pesquisador familiarizar-se com os dados, organizá-los e sintetizá-los de forma a obter as informações necessárias do conjunto de dados, para responder as questões que estão sendo investigadas (VIEIRA, 2008, apud SCHNEIDER; TRAEBERT, 2012).

As informações serão tratadas através de análise de conteúdo de Laurence Bardin, pois essa técnica objetiva a busca do sentido ou dos sentidos de um texto (FRANCO, 1994).

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Análise de conteúdo deverá obedecer três fases distintas:

- a) A pré-análise das entrevistas;
- b) A exploração do material;
- c) O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Portanto ao término de todas as entrevistas, será feita uma leitura detalhada dos dados coletados no formulário de entrevista, para conhecer melhor a percepção das gestantes sobre sua vivência de sexualidade na gestação de alto risco, com o objetivo de encontrar a unidade de registro (palavra(s)), que apresentem relações entre si. A partir disso, serão abstraídas categorias, ou seja, àquela que reuniu um grupo de elementos comuns. Estando a categoria estabelecida, a etapa posterior será o tratamento dos resultados através de inferência e interpretação dos dados apoiados na revisão da literatura e referencial teórico-conceitual.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A enfermagem inclui como um elemento próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construindo e reproduzindo por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Concretiza-se na prestação de serviço a pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstância de vida (COSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

Contudo fica evidente a importância do vínculo entre a prática assistencial com os aspectos éticos para a enfermagem, pois a mesma trabalha diretamente com indivíduos, atuando na promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência de enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos acessível a toda população. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010, p. 99).

A ética na enfermagem é relevante para quem irá executar qualquer atividade, seja esta simples ou complexa, pois estará lidando com vidas humanas. Portanto, neste trabalho a pesquisa possui como foco de estudo a mulher/gestante de alto risco que procura atendimento na Policlínica de Campinas para realizar seu

pré-natal, durante a experiência complementar em enfermagem com o objetivo de conhecer a vivência da sexualidade na gestação de alto risco, sempre as respeitando em relação sua cultura e crença.

Bioética é definida como (“ética da vida”), tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da ingerência do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente e apontar os riscos das possíveis aplicações (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001 *apud* JUNQUEIRA, 2011).

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, resolveu aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

A ética neste estudo, está fundamentada nas Normas e Diretrizes que regulamentam a Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde. (BRASIL, 1996). Essa resolução incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A eticidade da pesquisa implica em:

- Autonomia: consentimento livre e esclarecido dos seres humanos, alvo e a assistência a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Portanto a pesquisa envolvendo indivíduos diferentes deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Este princípio contempla a ideia que os pacientes devem ter suas vontades respeitadas, desde que estejam bem informados para sua tomada de decisão. O caráter voluntário do estudo será formalizado e autorizado pelas participantes pesquisadas, e serão informadas sobre os objetivos e desenvolvimento da pesquisa, e processos de sua participação.

- Beneficência: ponderação entre riscos e benefícios, tanto recentes como potenciais, individuais ou coletivos, responsabilizando-se com o máximo de

benefícios e o mínimo de danos e riscos. Onde devemos sempre usar de toda nossa competência para buscar o bem e o melhor do paciente.

- Não maleficência: garantia de que danos previsíveis serão evitados, sendo assim estamos moralmente proibidos de propositalmente atribuir o mal a um paciente.

- Justiça: importância social do estudo com benefícios significativos para os sujeitos da pesquisa e diminuição do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igualdade dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Assim, consideramos que para a fidedignidade dos ideais da pesquisa, as participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). E durante todas as etapas da pesquisa, foi respeitados os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, podendo ser interrompida a qualquer momento. Portanto, esta pesquisa passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, com aprovação no registro no CEP-UNISIL (código): 123394.04III em 09 de outubro de 2012.

## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Procurei demonstrar o relato e a análise dos dados de acordo com os objetivos específicos do estudo com a finalidade de responder ao objetivo geral de: Conhecer como ocorre a vivência da sexualidade em gestantes de alto risco, que realizam o pré-natal de alto risco no ambulatório de ginecologia e obstetrícia da Policlínica Municipal de Campinas. Sendo este explorado na Experiência Complementar em Enfermagem que foi desenvolvida durante o período de outubro a novembro de 2012, contemplando 75 horas de estágio supervisionado direcionado a promover a compreensão do que se desejava pesquisar.

Este estudo foi realizado com 10 participantes, sendo estas consideradas as gestantes de alto risco, onde foram respeitados em todas as etapas os preceitos éticos da pesquisa, e tiveram seus nomes substituídos por codinomes de flores, escolhidos por cada uma das gestantes, de uma tabela com imagens de flores elaboradas pela pesquisadora, a fim de garantir o seu anonimato na seguinte sequência: Tulipa, Antúrio, Rosa, Amor Perfeito, Orquídea, Flor de Lotus, Copo-de-Leite, Cravo, Gloriosa e Cerejeira (APÊNDICE C).

A atividade inicial para realização deste trabalho visou alcançar o primeiro objetivo específico, qual foi delinear o perfil sócio-demográfico das gestantes de alto risco.

Para melhor interpretação dos resultados será demonstrado inicialmente o perfil das gestantes de alto risco. Posteriormente, aborda-se cada uma das categorias que emergiram, após o passo a passo da análise do conteúdo extraído das entrevistas.

### 5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

O perfil sócio-demográfico das gestantes foi delimitado a partir da faixa etária, semestre gestacional, religião, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar.

O quadro 1, demonstra as características sócio-demográficas das gestantes por ordem de entrevista, as quais realizam o pré-natal de alto risco no ambulatório de ginecologia e obstetrícia, da PMC

Quadro 1 – Demonstrativo das características sócio-demográfica

NOME FICTÍCIO	IDADE /TRIM. GEST.	RELIGIÃO	ESTADO CÍVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA FAMILIAR (Salário mínimo)
Tulipa	19 anos/ 3º	Católica	União estável	Ensino Médio Incompleto	Do lar	2.000,00 Reais (3,21)
Antúrio	21 anos/ 3º	Católica	União estável	Ensino Fundamental Completo	Do lar	1.300,00 Reais (2,09)
Rosa	22 anos/ 2º	Não tem	União estável	Ensino Fundamental Incompleto	Diarista	1.000,00 Reais (1,60)
Amor Perfeito de Jardim	23 anos/ 3º	Católica	União estável	Ensino Médio Completo	Auxiliar de sala (professora)	1.500,00 Reais (2,41)
Orquídea	24 anos/ 3º	Católica	União estável	Ensino Médio Completo	Secretária	1.600,00 Reais (2,57)
Flor de Lotus	26 anos/ 2º	Católica	União estável	Ensino Médio Completo	Auxiliar de sala (professora)	1.800,00 Reais (2,89)
Copo-de-Leite	29 anos/ 2º	Católica	União estável	Ensino Médio Completo	Vendedora	3.000,00 Reais (4,82)
Cravo	37 anos/ 1º	Evangélica	Casada	Ensino Médio Completo	Costureira	2.000,00 Reais (3,21)
Gloriosa	38 anos/ 3ª	Evangélica	União estável	Ensino Médio Incompleto	Consultora de crédito	4.000,00 Reais (6,43)
Cerejeira	41 anos/ 2º	Evangélica	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Diarista	2.500,00 Reais (4,01)

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

As gestantes de alto risco que participaram da pesquisa abrangem uma faixa etária entre 19 e 41 anos, o que compreende estarem entre a fase final da adolescência até a fase adulta do ciclo vital da mulher. Seis gestantes estavam na faixa etária entre 21 e 29 anos. Sendo que a mediana de idade foi de 25 anos e a média de 28 anos.

Cogitou-se que pelo fato da média de idade ser mais alta, a mulher poderia ser mais experiente e com melhor conhecimento sobre o tema, tendo com isso menor preocupação com as pressões sociais e familiares e que esse aspecto

poderia ter alguma relação com diminuição e desmitificação de falsas crenças, mas supõe-se que a idade não foi um fator de relevância.

Um perfil das gestantes que deve ser abordado em relação a idade como foi demonstrado no quadro acima, é que além das patologias que as a cometem, 03(três) das 10 (dez) gestantes de alto risco, têm como mais um fator de risco, a idade acima de 35 anos. E para o Ministério da Saúde, a idade menor que 15 e superior a 35 anos, podem apresentar maior risco de prematuridade, anomalias congênitas e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (BRASIL, 2010). Contudo, atualmente vem sendo abordado que mais importante do que a idade da gestante, seria qualidade de vida e saúde das mesmas, sobretudo, a qualidade da assistência obstétrica prestada no ciclo grávido puerperal.

Sabe-se que o nível escolar é uma variável importante para o acesso de conhecimentos e de grande relevância ao mercado de trabalho, pois com o aumento do grau de instrução, conseqüentemente existe um aumento proporcional das mulheres estarem empregadas formalmente. E mulheres que possuem grau de escolaridade menor, estão trabalhando em ambientes com trabalho informal e até mesmo com serviço braçal.

Como pode se observar no quadro 1, o grau de escolaridade revela que 05 (cinco) do total de dez (10) completaram o Ensino Médio, 02 (duas) estudaram até o Ensino Médio Incompleto, uma finalizou com o Ensino Fundamental Completo, e duas encerraram sua jornada estudantil no Ensino Fundamental Incompleto.

O ingresso ao nível educacional cogita diferenças entre o grau de conhecimento e acesso as informações e perspectivas de possibilidades de se beneficiar de vários e novos conhecimentos, conseqüentemente refletirá e influenciará na apreensão e compreensão dos conhecimentos referentes à sexualidade no ciclo gravídico.

Como já havia destacado que o grau de escolaridade influencia no mercado de trabalho. O quadro 1, ainda nos mostra cinco gestantes que possuem Ensino Médio Completo e uma com Ensino Médio Incompleto estão ativas com emprego formalmente, já duas das participantes que concluíram apenas o Ensino Fundamental Incompleto estão empregadas como diarista, um emprego que leva mais ao esforço físico e as outras duas apresentam-se no momento como do lar. Dentre as profissões estão auxiliar de sala (professora), vendedora, costureira, consultora de crédito e secretária.

Outro aspecto importante é a renda familiar, que no período da pesquisa estava equivalente em salários mínimos correspondendo um valor de 622,00 reais. A renda média da amostra representada em salários mínimos foi de 3,32 salários.

Gregório et al (1999), enfatiza que, quanto menor o nível socioeconômico, maior será as chances de deficiências nutricionais, déficit nos hábitos de higiene, e conseqüentemente, esses fatores podem desencadear uma Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Entre as gestantes exibe-se uma variação de religiosidade, sendo que a maioria das participantes, seis pratica o catolicismo, três são evangélicas e uma diz não frequentar nenhuma religião.

Um instrumento ideológico bastante eficiente no plano da normatização das regras sexuais é a religião, onde a noção de censura, pecado sujo, proibido ainda são interdições conhecidas em determinadas religiões, e aí destaca-se o cristianismo que tem força dominante na cultura ocidental. Sabe-se que cristianismo caracterizou-se pela intensa repressão a sexualidade e extrema valorização da pureza feminina, virgindade e da castidade. O sexo foi relacionado à carnalidade, ao pecado do corpo e somente aceito para a procriação, em contraposição à pureza do espírito (LENOIR, 2003; LEMOS, 2003).

Como complementa Conceição (1988), afirmando que os tabus, preconceitos, e crenças encontram-se nas pessoas de qualquer idade e condição socioeconômica e cultural, acentuando-se mais naquelas que seguem uma religião.

Na tradição judaico-cristã em que culturalmente insere-se 06 (seis) gestantes, as relações sexuais são aprovadas para procriação e proscritas como forma de obter prazer.

Segundo Leopardi (1999), os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciadas pela visão do mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional e econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular.

Generalizando poderíamos supor que cada uma das gestantes vivencia sua sexualidade com a bagagem que traz da família, escola, igreja entrelaçada com alguns dados sócio-demográficos apresentados no quadro 1.

## 5.2 . DADOS OBSTÉTRICOS

Os dados obstétricos serão caracterizados pelo número de Gestação (Gesta), Nascidos vivos (Para), Abortos, Partos pré-termo e tipo de parto: Normal / Cesárea, conforme demonstrados no quadro abaixo.

O quadro 2, demonstra os dados obstétricos das gestantes por ordem de entrevista, as quais realizam o pré-natal de alto risco no ambulatório de ginecologia e obstetrícia, da PMC.

Quadro 2 – Demonstrativo que caracterizam os dados obstétricos.

<b>NOME FICTÍCIO</b>	<b>GESTA</b>	<b>PARA / ABORTO</b>	<b>PARTOS PRÉ-TERMO</b>	<b>TIPO DE PARTO: NORMAL / CESÁREA</b>	<b>PATOLOGIAS</b>
<i>Tulipa</i>	I	Ø / Ø	Ø <sup>1</sup>	Ø / Ø	Hipertensão
<i>Antúrio</i>	III	II / Ø	Ø	II / Ø	Hipertensão D.M e Abortos
<i>Rosa</i>	III	Ø / II	Ø	II / Ø	Hepatite B
<i>Amor Perfeito</i>	I	Ø / Ø	Ø	Ø / Ø	Hipertensão
<i>Orquídea</i>	I	Ø / Ø	Ø	Ø / Ø	Hipertensão
<i>Flor de Lotus</i>	II	Ø / I	Ø	Ø / I	Gemelarida de e Aborto
<i>Copo-de-Leite</i>	I	Ø / Ø	Ø	Ø / Ø	Hipertensão
<i>Cravo</i>	III	I / I	Ø	I / Ø	Epilepsia
<i>Gloriosa</i>	II	I / Ø	Ø	Ø / I	Síndrome WPW
<i>Cerejeira</i>	V	IV / Ø	Ø	IV / Ø	Hipertensão , DM e Idade maior de 35 anos

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

<sup>1</sup>Ø = Representa um determinante zero.

Observou-se na pesquisa que a patologia que mais acomete as gestantes é a Hipertensão (DHEG), sendo que seis participantes fazem o pré-natal de alto

risco por terem esse diagnóstico. E as demais, pertencem a outros grupos de doenças que condizem como o Diabetes Gestacional, Epilepsia, Hepatite B, Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Serão aqui mencionadas somente as mais recorrentes, ou seja, Hipertensão (DHEG), e a menos freqüente foi a Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação, é caracterizada pela hipertensão induzida na gravidez, quando provocada pelo aumento da pressão arterial diastólica com um valor de 90mmHg ou mais, ou aumento da pressão arterial sistólica acima de 140mmHg, e previamente, a confirmação da patologia obstétrica deve ser a partir da vigésima semana de gestação. Afirma-se que com o aparecimento de outros sintomas ligados a esta, pode evoluir para complicações distintas como a pré- eclâmpsia e para a eclâmpsia, consideradas patologias que levam a gestante a realizar pré-natal de alto risco (BRASIL, 2010).

Com base em tudo isso, vimos que as questões da DHEG devem estar atreladas à humanização da assistência à mulher no período gravídico-puerperal, prática que fortalece as condutas precoces com enfoque na prevenção, entretanto, a gravidez não é um processo de doença, mas as intervenções dos profissionais devem adotar medidas que ocasionem o bem estar e segurança da mulher e de seu filho.

Na gestação e parto ocorrem alterações hemodinâmicas, hormonais, anatômicas e emocionais que favorecem a exacerbação do sintoma ou o aparecimento de arritmias em mulheres que não tinham nenhum sintoma anteriormente, isso independente de doença cardíaca estrutural de base. A Síndrome de Wolff Parkinson White é uma anomalia congênita, resultante da presença de uma forma anômala de condução que conecta diretamente o átrio ao ventrículo, impedindo a passagem através do nó atrioventricular (AV). Ocorre com uma incidência de 0,01 a 0,3%, sendo mais freqüente em mulheres do que em homens. Como já foi mencionado, gravidez e parto favorecem o desenvolvimento ou assintomática expressão sintomática de várias arritmias, o fundamental é que o tratamento antiarrítmico não difere da mulher não grávida. Pacientes grávidas podem referir cansaço e falta de ar, devido o fato da sobrecarga da gravidez, especialmente quando ela é recorrente. Pacientes com síndrome de Wolff Parkinson White devem ser vistas no pré-natal de alto risco obstétrico por uma equipe multidisciplinar (LUCHINETTI et al, 2011).

A redução da morbimortalidade materna e perinatal, está diretamente relacionada com o ingresso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no grau de complexidade necessário (BRASIL, 2010).

Considera-se que a conservação e motivação da vivência da sexualidade numa gravidez normal, não implica risco de eventos adversos sendo contributivo para o bem-estar da mulher. No entanto, a atividade sexual deve ser interrompida nas mulheres com risco obstétrico anterior ou atual, como ruptura prematura de membranas, incapacidade do colo uterino, hemorragias vaginais, abortamentos de repetição, ameaça de parto pré-termo, cardiopatias graves, (KLEBANOFF; NUGENT; RHOADS, 1984), mas esses não impossibilitam do casal grávido trocarem carícias e de sentir prazer de outras formas amorosas.

### 5.3 CATEGORIAS

#### **5.3.1 Desinformações/desconhecimentos: perpetuando crenças acerca da sexualidade**

Os fatores socioculturais como tabus, mitos, crenças, desconhecimentos são variáveis que influenciam na sexualidade do ser humano, e principalmente no ciclo gravídico. Segundo depoimentos relatados pelas gestantes de alto risco, esses causam impactos não somente na parte biológica, pois se entende que pensar sobre sexualidade é ir além do meramente fisiológico, é buscar compreensões alicerçadas no afetivo, na história de vida, na cultura, lembrando também que tudo é perpassado pelas emoções, sentimentos e modo de pensar e agir de cada gestante, parceiro, família.

É unânime que os seres humanos necessitam encontrar um sentido para explicar suas experiências de vida, especialmente quando se deparam com momentos de fragilização e dificuldades com a saúde, como é o caso de uma gestação de alto risco. Portanto, o conhecimento e informação e seus opostos acerca de determinados assuntos podem retratar efeitos positivos e negativos sobre o modo de pensar consequentemente sobre o comportamento e qualidade das vivências sexuais de um casal grávido.

Em relação às mudanças nos comportamentos do casal diante da gravidez, as gestantes relatam uma diminuição na frequência das relações sexuais,

tanto pelo fato de o bebê passar a ser o centro de interesse como (e principalmente) pelo medo do companheiro em machucar o bebê. Também surgem nessa fase fantasias nos homens, entre elas está o temor de que o bebê traga algum tipo de desestabilização no casamento, já que muitos apontam haver uma diminuição da satisfação conjugal com o decréscimo da vida social e sexual do casal (PICCININI et al., 2008).

Nos relatos a serem expostos abaixo, observam-se nitidamente como o casal é influenciado pelas informações do meio social e da cultura. Pois é a família, o parceiro, as amigas que servem de referencial sobre como agir nas questões concernentes à sexo e sexualidade. Das 10 (dez) gestantes de alto risco que participaram da pesquisa, seis relataram não acreditarem e não sofrerem influência de mitos, tabus, entretanto, quatro delas expuseram falsas crenças, desconhecimentos influenciando a sexualidade.

*“...fiquei com medo de machucar o bebê, na hora da relação sexual.”*  
(ANTÚRIO)

*“O meu marido tem medo de ter relação sexual, disse que o pênis poderia encostar no bebê, e machucá-lo”* **(AMOR PERFEITO)**

*“Já ouvi falar que a mulher não pode fazer sexo quando esta grávida, e nem pegar peso, ela fica intocável.”* **(GLORIOSA)**

Maldonado (2002) enfatiza que algumas crenças, mitos, tabus geram inverdades, tais como: o pênis pode tocar a cabeça do bebê e machucá-lo. A ejaculação vaginal pode afogar o bebê, estar grávida é estar purificada, manter relação sexual na gravidez é pecado mortal, no período gestacional a mãe deve concentrar seus cuidados somente para o filho esquecendo o sexo, o casal não se sente a vontade, pois parece que sentem a presença de uma terceira pessoa assistindo o ato sexual

Corroborando as questões supracitadas, encontrou-se em Portugal, um estudo descritivo - correlacional e transversal sobre fatores que interferem no desejo sexual na gestação. A amostra foi constituída por 64 casais entre a 26ª e 38ª semana gestacional, se averiguou mitos e desconhecimento sobre o assunto, sendo

que 3,1% prejudicam o homem, e 6,3% que o bebê pode observar o que o casal faz na cama, 10,9% provocam um grande desgaste físico, quando 10,95% pensaram que provoca aborto, 20,3% magoam a grávida (GOMES, et al 2001).

Fava (2003) diz haver inúmeros mitos e tabus em relação à sexualidade na gravidez, entre os mais comuns estão que o sexo e a masturbação durante a gravidez é pecado, o ato sexual pode machucar o bebê, levar ao baixo peso ao nascer e causar parto prematuro.

Já é amplamente descrito na literatura, que a conservação da atividade sexual durante a gravidez não se relaciona, com parto pré-termo, ou com menor peso do feto ao nascimento (MARTINS et al., 2007).

Portanto, é de se esperar que uma gestação considerada de risco acabe por desencadear conflitos, medos, falsas crenças e questões polêmicas quando o assunto é sexualidade, pois afinal é de se supor que a saúde da díade mulher bebê é o que haveria de mais primordial na gravidez.

Assim como existem homens que possuem medos, receios, fantasias de mantirem relação sexual com a mulher grávida poderão machucar o bebê, existem aqueles homens que percebem o corpo da mulher como mais sensual e atraentes na gestação inclusive aumentando sua vontade sexual, conforme expresso pelas falas dessas flores:

*“Eu percebi que a vontade de transar dele aumentou,...e ele diz que eu estou cada vez mais linda com essa barriga, ele me beija, faz carícias...”* **(FLOR DE LOTUS).**

*“A vontade dele aumentou,...diz que eu estou mais atraente... é carinhoso, beija minha barriga,faz massagem...”* **(CEREJEIRA).**

No período gestacional aumenta a necessidade de atenção, do toque, das palavras e gestos de compreensão e de carinho do parceiro.

Em Fava (2003) a gestante perde o interesse a partir de desconfortos acarretados durante a relação sexual, como dispareunia, dependendo da posição e do grau de penetração, entretanto, aumenta a necessidade de atenção do companheiro.

Ficou evidenciado que o casal gravídico, de modo geral diminuiu a frequência do ato sexual, mas de acordo com narrativas de seis gestantes os jogos eróticos persistiram em forma de abraços, beijos, palavras de afeto e amor, massagens corporais, toques..., esse conjunto de gestos, relatados pelas gestantes ficou mais evidente e parece ter se tornado mais visível no período gestacional. As frases a seguir são algumas falas representadas por elas:

*“...ele só fica passando à mão na minha barriga, e beija, beija... a mulher tem que sentir mais tocada pra sentir um prazer gostoso...” (GLORIOSA)*

*“Antes de ficar grávida, ela ia trabalhar e nem me beijava, agora não sai de casa sem me dar um beijo”. (TULIPA).*

*“Agora que estou grávida, ele está mais carinhoso é atencioso comigo, do que antes de engravidar, me abraça, me beija e conversa mais...” (ROSA).*

*“...hoje antes da gente transar, trocamos mais carícias, massagens,...pra mim ficou até melhor, assim não me canso muito...risos! (FLOR DE LOTUS).*

Em Lemos (2003), a sexualidade feminina é sentida de forma diferente do homem, para a mulher, sendo de suma importância as preliminares para o despertar da libido, as quais transparecem em qualquer idade através do abraçar, do tocar, do olhar, do acariciar, do conversar.

O interesse das mulheres por carícias/ternura mantém-se, inalterado ou aumentado no período gravídico (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Leininger, (apud 1991 GEORGE, 2000) denota que o cuidado praticado ou percebido, seja por um grupo ou individualmente, é determinado pela visão de mundo que se tem em relação a determinado evento de vida. Assim sendo, deduz-se que os modos das gestantes perceberem sexo e sexualidade na gestação é fruto da dimensão da educação repressora, versus estímulos da socialização uma vez que, o diálogo com os pais normalmente é dificultado por fronteiras de obstáculos levando as mulheres desde muito cedo a alimentarem tabus, credences e interdições que permeiam o exercício da sexualidade, primordialmente na gravidez.

Ao serem questionadas sobre o que era sexualidade para o grupo de participantes do estudo apenas seis sabia que o conceito de sexualidade se estendia além de genitalidade, enquanto quatro gestantes confundiam os dois termos, como sinônimo, uma vez mais demonstrando falta de conhecimento, conforme depoimentos de Cravo e Orquídea:

*“sexualidade pra mim é um conjunto de várias coisas, de carinho de amor, afeto..., se esses sentimentos não estiverem em harmonia, não consigo fazer nada a noite”.* **(CRAVO)**.

*“sexualidade ahah..., não sei como falar, é....fazer sexo”.* **(ORQUÍDEA)**.

*“...conheço com um gesto de amor, e mais outras coisas né!...risos...”***(COPO-DE-LEITE)**.

Segundo Leopardi (1999), o cuidado cultural tem um significado holístico importante para o conhecimento e predição do fenômeno “cuidar” na enfermagem. Sendo esses, expressados por todas as culturas do mundo, com uma variação transcultural. Desse modo, diante de um assunto tão relevante e subvalorizado pelas falta de informação, falsas crenças e desconhecimentos, cabe aos profissionais que fazem o pré-natal o dever de abordar questões pertinentes sobre sexualidade, principalmente em gestação considerada de risco.

Obviamente, um dos aspectos responsáveis pelo desconhecimento é a falta de educação sexual, que deveria começar desde a infância, sendo as atitudes dos pais importantes para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável. Entretanto, o desconhecimento se propaga como conspiração silenciosa entre pais e filhos, entre cônjuges, e principalmente com os profissionais da saúde e cliente (LEMOS, 2003).

Em virtude da pesquisa, observou-se que a sexualidade é relevante para saúde e bem estar da gestante, quanto à patologia que está instalada a ela. Das 10 gestantes estudadas, nove delas relataram que em nenhuma das consultas realizadas no pré-natal, esse assunto foi abordado pelos profissionais que as acompanham, e apenas uma gestante referiu que o obstetra que lhe assiste,

comentou sobre sexualidade devido as dúvidas e questionamentos suscitados pela própria mulher. As narrativas seguintes exemplificam esses pontos:

*“...como tinha dúvidas e medos relacionado ao sexo, eu perguntei a ele, se o pênis poderia machucar o bebê,...dai então que ele começou a conversar comigo,...” (GLORIOSA).*

*“...nas consultas, nunca ninguém me perguntou nada sobre sexualidade, muito menos sobre sexo... só agora você.” (CEREJEIRA).*

*“Acho importante os profissionais que passam pela gente, falar sobre isso, porque às vezes podemos ter dúvidas e medo de afetar o bebê,...mas acho melhor quando é o profissional do sexo feminino, as mulheres falam melhor a nossa língua”. (AMOR PERFEITO).*

A consulta de enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento, permitindo o diálogo, e a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante. Nesse sentido, observa-se que a comunicação dialógica representa pilar na relação enfermeira-gestante, favorecendo à gestante na compreensão desse complexo processo, empoderando-a para enfrentá-lo com maior tranquilidade (LIMA, 2009).

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, são também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos observados pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. O profissional de saúde deve ter em mente que ao contar sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos (BRASIL, 2006). Sem esquecer, que o cuidado é foco característico da Enfermagem, portanto o cuidado cultural, significa avaliação consciente e esforço deliberado para respeitar valores culturais, crenças, modo de vida de uma pessoa, família ou grupo comunitário, fornecendo ajuda significativa as suas necessidades de cuidado. (LEININGER,1983 apud LEOPAD, 1999).

Para Mota, Moutta e Brandão (2009) os receios irrealistas quanto à sexualidade provêm da falta de conhecimento relativo às alterações decorrentes do ciclo grávido puerperal. Portanto, é necessário informar com clareza todo processo de mudanças para que o casal preparado possa enfrentar com a tranquilidade necessária essa importante fase de transição.

Discutir sobre sexualidade durante a gravidez é essencial por parte dos profissionais de saúde da área perinatal, que deste modo podem contribuir para um melhor bem-estar psicológico da mulher e do casal, com benefício para o desenvolvimento do bebê num ambiente saudável e harmonioso. É necessário uma maior sensibilização dos profissionais para a abordagem da sexualidade nas consultas de pré-natal, contribuindo para um melhor esclarecimento das gestantes, quer em relação à ausência de riscos na gravidez saudável, quer nas situações em que as relações sexuais são desaconselhadas. (MARTINS et al., 2007).

Contudo, seria utopia imaginar que os profissionais, os quais também são fruto de educação repressora, bancos de universidades que não valorizam o assunto, enfim profissionais inseridos num contexto sócio-cultural, possam discutir abertamente sobre sexualidade, mas acredita-se que isso vem lentamente se modificando.

Assim cabe à enfermeira, desmitificar crenças que o casal apresente de forma realista, esclarecendo que em situações de pré-natal patológico sem jamais esquecer as individualidades, não há contra-indicações para a troca de afeto como forma de exercitar o amor romântico. Por conseguinte, prestar cuidado culturalmente congruente apoiando, facilitando a gestante dentro das cognições que possui e que foram mantidas, acomodadas, e reestruturadas pela acadêmica para se ajustarem aos valores, crenças e modos de vida cultural do casal a fim de prover bem-estar significativo, benéfico e satisfatório.

### **5.3.2 Modificações corporais e desconfortos afetando a sexualidade**

A gravidez traz consigo não somente intensas mudanças no cotidiano, mas traz as marcas do que a gestante e seu parceiro viveram e vivem na família, na escola, no trabalho, na igreja, com os amigos. Diante de uma gravidez planejada ou não, isso mexe com as expectativas de toda a família levando a mesma a sentir-se ou não “emocionalmente grávida”. É fundamental perceber que as alterações que se

inscrevem no corpo físico, acabam por refletir em diferentes graus na vida emocional da gestante e conseqüentemente dependendo do olhar do companheiro interferir na vida afetiva e nos componentes que envolvem a sexualidade.

As falas seguintes nos proporcionam uma noção do quanto o não sentir-se bonita, ou não sentir-se magra interfere na vida sexual.

*“Minha gravidez foi planejada e desejada, mas na realidade a dificuldade que sinto, é que eu pensei que ia engordar só de barriga, mas estou parecendo um barril, e ainda cheia de espinha,...não me sinto bonita e nem desejável.” (TULIPA).*

*“Minha gravidez não foi planejada, mas com dificuldade foi desejada....Me sinto muito gorda, e não tenho roupa que me sirva, por isso não gosto de sair de casa, não gosto de mostrar meu corpo pro meu marido,...até a minha pele e meu cabelo estão horríveis...(choro)...”(ORQUÍDEA)...Respeito seu momento, espero ela se recompor (grifos da autora).*

*“Eu era magra, mas agora me olho na frente do espelho... me sinto toda gorda, cheia de estrias, inchada...ando sem vontade pra nada,...até os enjoos me irritam, tudo me atrapalha...”. (AMOR PERFEITO).*

Entre as gestantes estudadas, 09 (nove) delas visivelmente não exprimiram satisfação diante das transformações percebidas em seu corpo, principalmente em relação ao aumento de peso, talvez por não terem controle sobre as mudanças que estão por vir.

Em um estudo realizado com 39 gestantes com idades entre 19 e 37 anos, com variados níveis socioeconômicos residentes na região metropolitana de Porto Alegre, ocorreu um abalo negativo na autoestima e uma conseqüente insegurança pelas transformações físicas ocorridas. Ocorreram relatos no sentido do medo do marido não mais desejá-las devido às transformações corporais. (PICCININI et al., 2008).

A sexualidade dependerá, entre outros motivos, de como a gestante se percebe, se avalia e se considera nessa fase. Alguns aspectos podem influenciar no desempenho sexual masculino, um deles é a estética da mulher.

Dependendo da preferência do parceiro, as alterações estéticas corporais da mulher servem como desestímulo à sua libido. Na realidade, a perda de atributos sexuais da mulher, que passa a não corresponder ao modelo social de “sexualmente desejável”, é importante fator negativo sobre o desempenho sexual masculino (MOTA; MOUTTA; BRANDÃO, 2009).

Como diz Souza; Rosa; Bastiani (2011), a mídia expõe corpos magros e sem imperfeições, criando uma concepção corpórea utópica para a população. As gestantes, fragilizadas pelo processo gestacional, se sentem fora dos padrões de beleza cultuados pela sociedade, situação reforçada pela televisão que apresenta celebridades que em poucos meses pós-parto exibem corpos enxutos e delineados, ou mesmo quando expõem à mulher grávida, elas não fogem da perfeição, com barriga sem estrias, manchas ou celulite, pernas torneadas, sem varizes, edema ou gordura localizada, reforçando no imaginário coletivo o ideal de beleza

Naturalmente, não devemos deixar de considerar que no modelo atual vigente, enfatiza-se que o corpo contemporâneo está entrelaçado pelo que o social e cultural apregoa, onde o que parece predominar como ideal de beleza é “ser magro”, todavia sabemos que fisiologicamente na gravidez ocorre um aumento ponderal. De tal modo que à medida que a gestação evolui, algumas mulheres apresentam uma dificuldade em aceitar sua nova imagem física, isso acaba por acarretar insatisfação com seu novo corpo, conseqüentemente podendo induzir a gestante ou companheiro, ou ambos a inibirem sua vivência sexual.

Denota-se que as transformações corporais, bem como os desconfortos, traduzido por aumento ponderal, cansaço, edema, polaciúria.... olfato mais apurado para alguns odores como frituras, perfumes, náuseas e vômitos causaram impacto nas vivências sexuais das gestantes estudadas traduzido pelas narrativas:

*“...enjoei muito, principalmente no início da gravidez, até o cheiro dele me enjoava, nem queria que chegasse muito perto de mim.” (ROSA).*

*“Tive enjoo até os quatro meses, parece que eu ficava sempre fedendo a vômito,...e eu sentia com vergonha dele.” (ANTÚRIO).*

*“ ele me convidava pra passear, as vezes nem queria, porque quando caminho me sinto muito cansada e com falta de ar, daí desanima.” (TULIPA).*

*“Tenho muito inchaço nas pernas, fica parecendo um pão, coloco as pernas pra cima quando estou na cama, não tenho vontade de fazer nada...” (AMOR PERFEITO).*

*“Não aguento acordar várias vezes á noite para urinar,...isso me incomoda, não tenho um sono tranquilo.” (CEREJEIRA).*

É no terceiro trimestre que o aumento do volume abdominal é o grande autor dos desconfortos, incômodos e dores relativas ao período. No final do ciclo gravídico, em virtude da elevação do ventre, há uma compressão do diafragma, conseqüentemente ocasionando dificuldades respiratórias, já em relação a parte gástrica surge a azia, a bexiga por encontrar-se comprimida pelo útero acarreta a polaciúria, o intestino começa a ficar constipado. No entanto, mais comuns são as dores lombares e dos membros inferiores, muitas vezes associado ao edema e varizes. É também nesse período, que as modificações corporais atingem seu ápice, ocasionando maiores ou menores desconfortos, interferindo no cotidiano das gestantes (BRASIL, 2010). Enfim, as alterações corporais que se sucedem ao longo da gravidez, associam-se por vezes a sentimentos de perda da autoestima devido a percepções subjetivas de pouca ou nenhuma atratividade física e incapacidade de sedução. Não raro também subsiste a ideia ou fantasia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Observou-se que a sexualidade fica afetada em alguns aspectos, devido aos desconfortos e modificações corporais gestacionais, principalmente no terceiro trimestre. Ressalta-se que a autoestima parece ter sofrido alteração mais significativa, traduzida pela equação: aumento ponderal igual à diminuição da beleza corporal, afetando conseqüentemente a autoimagem. Assim acredita-se ser a autoestima ponto crucial para a gestante desfrutar plenamente sua sexualidade.

Leininger (1991 apud GEORGE, 2000) ressalta que o cuidado praticado ou percebido, seja por um grupo ou individualmente, é determinado pela visão de mundo que se tem em relação a determinado evento de vida. Assim, visão de mundo é a maneira de perceber o mundo e formar uma opinião ou atitude de valor.

### **5.3.3 Mudanças na resposta sexual**

Nessa terceira e última categoria, surgiram modificações na resposta sexual no período gravídico, sendo que somente 02 (duas) referiram continuar com libido normal, 04 (quatro) continuam tendo fantasias e pensamentos sexuais, 02 (duas) referiram anorgasmia e 09 (nove) tiveram mudança na frequência e posição adotada.

Aparentemente, a gravidez, mostra um padrão de resposta sexual caracterizado por um declínio lento e progressivo da libido, do orgasmo e da frequência do coito, que atinge o ápice em torno do oitavo mês gestacional, no entanto existem diferenças entre os diversos povos estudados. O que algumas pesquisas presumem é que tal comportamento deve-se mais a pressões psíquicas e socioculturais do que a uma exigência própria do estado gravídico. (GOMES, 2009).

Para Magalhães e Soares (2007), no período gestacional encontram-se grandes oscilações relacionadas ao desejo sexual, dependendo de cada trimestre da gravidez. Geralmente o primeiro trimestre é marcado por um decréscimo do desejo e da tensão sexual, em virtude das alterações da imagem corporal, da turbulência dos desconfortos, como exemplo cita-se o aparecimento de náuseas, fadiga, sonolência, que levam a gestante a sentir menos apetência para o sexo e sexualidade. Com o progredir da gestação, já no segundo trimestre, existe um aumento acentuado do desejo sexual feminino e uma resposta mais satisfatória devido à combinação de bem estar proporcionado pelo alívio de náuseas e vômitos e aumento da congestão pélvica induzindo a elevação do desejo sexual. Porém no terceiro trimestre, existe diminuição notável do desejo sexual, provocado pelos desconfortos e alterações físicas que acometem a mulher no final da gestação. Ressalta-se a alteração incontornável da autoimagem da grávida, pois se sente gorda e pouco atraente, a pirose, as contrações de Braxton Hicks e a dificuldade em adaptar-se numa posição adequada para o ato sexual.

Achamos que o homem com sua fixação por “ser macho” não exhibe nenhuma alteração no sua libido, mas isso são informações errôneas, pois para Portelinha (2003), a sexualidade durante a gravidez, pode reduzir o desejo masculino por diversos motivos: medo de prejudicar a grávida ou o feto repulsa pelo corpo da grávida, crença de que é imoral fazer sexo com uma grávida, medo de que em algum tipo de posição, o feto possa observar à atividade sexual, medo que o feto possa ser ferido com o pênis, a necessidade de se afastar da companheira, enquanto luta com os seus problemas decorrentes da gestação.

Portanto, pode-se inferir que em uma gestação de alto risco em que há crenças geradas por desinformação e desconhecimento, o parceiro apresenta anafrodisia como forma simbólica de proteger o feto e a mulher.

Masters; Johnson (1981) estudaram em laboratório a resposta sexual de 101 grávidas, constatando que o interesse sexual apresenta uma ligeira queda no 1º trimestre e acentuado no 3.º; ocorrendo uma elevação do erotismo e desempenho sexual no 2º trimestre de gravidez. Observaram também declínio acentuado da frequência coital do 2º para o 3º trimestre gestacional.

Para concretizar o que a literatura nos mostra, serão apresentada algumas falas vivenciadas pelas gestantes do estudo:

*“...ele falava que quando engravidei, eu enjoiei dele, porque nem sempre queria ter relação...” (TULIPA).*

*“...a barriga atrapalha,...até pesquisei na internet as melhores posições na gestação.” (GLORIOSA).*

*“...as vezes não se tem posição adequada, daí nem dá vontade...” (ORQUÍDEA).*

*“...a vontade diminuiu bastante,...a barriga incomoda.” (FLOR DE LOTUS).*

A libido é a primeira etapa do ciclo biológico da resposta sexual, é a base de toda a resposta sexual. O que provoca o desejo sexual depende de fatores muito subjetivos, que podem variar na mesma pessoa em momentos diferentes e indubitavelmente, variar de indivíduo para indivíduo. A maneira como a mulher sente a maternidade, a qualidade (ou ausência) do seu relacionamento, expectativas culturais, a atitude sexual pré-existente e outras considerações individuais são sem dúvida, da maior importância. A presença de patologia gravídica, também influencia o comportamento sexual (GOMES, 2009).

Todas as alterações e experiências vividas neste período permitem compreender, que a transição para a paternidade e maternidade são momentos de

maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades sexuais emergentes ou pré-existentes.

Para Quintas, Boto e Pereira (2002), a resposta sexual humana é uma reação complexa, altamente influenciada por fatores psicológicos e socioculturais. O cérebro desempenha papel muito importante nesse processo, de modo que estímulos psíquicos frequentemente exercem papel decisivo na efetivação do ato sexual, e a excitação sexual pode ocorrer também através da evocação, isto é, da fantasia, da imaginação.

A sensação sexual iniciada quer por fantasias, por masturbação ou pela relação sexual acontece numa sucessão de fases, as quais estão interligadas e que são chamadas fases da resposta sexual humana, em uma sequência: desejo, platô, orgasmo e resolução (NODIN, 2002).

Segundo escreve Lemos (2003, p.87), a masturbação é historicamente, reprimida em muitas culturas e sociedades, tanto que existem países que permitem a mutilação genital feminina, como crença discriminatória para conter a masturbação e o prazer.

A masturbação deve ser vista como expressão sadia da sexualidade. No entanto, há vários mitos que a envolvem, tais como: a masturbação causa males como a esterilidade, diminuição do desejo sexual. Outra ideia distorcida é que apenas os homens se masturbam, sendo esta prática vedada à mulher. Masturbação não é doença, pecado, sem vergonhice ou qualquer caracterização moralista de falta de pudor. Porém, a constatação de repressão às atividades autoeróticas na cultura ocidental foi vista desde sempre como algo sujo, feio, pecaminoso e não como fonte de prazer.

Hoje em dia, ainda percebe-se que a masturbação feminina está associada aos tabus, pois a realização desse gesto, ainda é visto pela sociedade como um pecado contra a carne. E nesse estudo, ao advir perguntas que exploravam sobre o assunto, as participantes, se consentiam ou praticavam, calavam-se ou mudavam de assunto.

Por conseguinte, nesta fase do ciclo gestacional as transações e oscilações do desejo sexual exigem do casal gravídico um compartilhar de sua sexualidade, de forma prazerosa, dando grande significância para as trocas de beijos, carícias, mimos, massagens, toques íntimos enfim, tanto o homem quanto a mulher deveriam permitir explorar seus corpos solitariamente ou a dois com liberdade para pensar, fantasiar e, sobretudo se libertar das repressões para poder ter liberdade de sentir.

As frases seguintes ilustram o fantasiar como jogo erótico para obtenção do prazer através de um meio de comunicação comum -a palavra- de um meio moderno (celular) e internet:

*“...durante o dia quando estava em casa, mandava mensagem eróticas pelo celular, enquanto ele estava trabalhando.” (TULIPA).*

*“... até pesquisei na internet as melhores posições... ele fica preocupado se eu não sinto prazer,...prefere que eu goze primeiro que ele,...” (GLORIOSA).*

*“...as palavras excitam mais, do que as vezes, um toque...” (AMOR PERFEITO).*

Na atualidade, os meios de comunicação online, têm permitido encontros e trocas afetivas-sexuais, os quais foram referenciados não apenas como meio reservado e silencioso para as participantes exprimirem sua sexualidade, mas como forma de liberação de seus pensamentos e quem sabe até mudanças e construção de novos costumes.

Os comportamentos têm que possuir valor simbólico, um significado, carecendo de uma interpretação, condicionada por fatores pessoais, culturais e sociais, para que possam ser eróticos, logo estimulantes do desejo sexual. (CAPINHA, 1999).

Em suma, pode-se dizer que esta fase pode contribuir para o casal redescobrir e viver outros jogos eróticos e sexuais. Afinal, já há muito que se defende a ideia de que continuar a vivenciar a sexualidade incluindo atividade sexual regular – aconselhável para quem não puder ter relações sexuais tente explorar outras formas de sexualidade – ao longo de toda a gravidez, é vantajoso para o relacionamento interpessoal e interconjugal do casal (GOMES, 2009).

Corroborando outros estudos foi observado que no período gestacional, houve alteração no comportamento sexual conjugal provocada por mitos, tabus que suscitam falsas crenças, quer por desinformações, desconhecimentos, desconfortos ou mudanças físicas. Dessa maneira, os profissionais da saúde que tem um contato direto com este tipo de gestante, principalmente por ser a enfermeira que na consulta de baixo risco não raras vezes identifica o risco gestacional, ou mesmo na

pré ou pós- consulta deverá ter conhecimentos científicos embasados em evidência para acolher as dúvidas, os temores e abordar questões emergentes sobre sexualidade em cada fase do ciclo grávido puerperal, pois se julga ser a vivência saudável da sexualidade um dos pilares da qualidade de vida na conjugalidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade ainda continua sendo um tema complexo e difícil de ser abordado, pois mexe com a intimidade do indivíduo. Considera-se, um importante aspecto na vida do ser humano, estando relacionada ao biológico, psicológico e sócio-cultural.

Reconhece-se que a vivência da sexualidade nas gestantes de alto risco, não envolvem experiências únicas, mas sim diversificadas, levando em consideração que os seus conhecimentos dependem da realidade social de cada uma das participantes, obviamente influenciada não somente pela bagagem trazida de sua família, amigos, escola, história de vida, mas também pela vivência do cônjuge.

Mesmo nos dias atuais, constatou-se pelo estudo, ser a sexualidade na gravidez ainda envolta por mitos, tabus, desinformação e desconhecimentos levando a falsas crenças que podem acarretar medo, ansiedade, conflitos, fantasias como da mulher ficar “intocável”, principalmente quando se deparam com momentos de fragilidade em sua saúde, como é o drama da gestação denominada de alto risco. Portanto, deduz-se que crenças não verídicas, conduzem a comportamentos inadequados, podendo levar a situações de desarmonia na convivência sexual na conjugalidade, ou até mesmo fazer aflorar problemas sexuais emergentes anteriores à gestação.

Outro ponto crucial, delineado pela pesquisa é que a sexualidade da gestante é afetada por alterações na forma física do seu corpo, primordialmente o peso. Lembrando que o ideal de beleza para o corpo contemporâneo está entrelaçado pelo que o social e cultural apregoa, onde o que parece predominar como ideal de beleza é “ser e estar magro”, o que poderia ser traduzido pela equação: aumento ponderal igual à diminuição da beleza corporal. Convém lembrar, no entanto, que isso seria impossível devido às transformações fisiológicas peculiares do ciclo gravídico, as quais interferem no emocional, primordialmente na autoestima e conseqüentemente na autoimagem. Assim, supõe-se que insatisfação com seu novo corpo, poderiam induzir a gestante ou companheiro, ou ambos a inibirem sua vivência sexual. Também os desconfortos gestacionais como náuseas, o cansaço, o edema, a polaciúria causaram impacto na vivência da sexualidade, uma vez que, elas referiram ter enjoado o cheiro do parceiro, terem dispneia que as

levaram a sentir fadiga bem como terem o sono prejudicado pelas idas e vindas ao *toilette*.

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos. A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a qualidade de vida da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre o comportamento frente as questões envolvendo sexualidade, bem como em sua autoestima e seus relacionamentos interpessoais, com frequente desgaste emocional tanto na mulher quanto no homem.

Modificações na resposta sexual feminina como oscilações, do desejo sexual, das fantasias sexuais, da frequência e da posição adotada pelo casal aconteceram, entretanto, parece que como forma de compensar eles fizeram uso de criatividade, com uso de meios de comunicação online, para permitir as trocas afetivo-sexuais. Outra implicação para a drástica diminuição da libido foi explorar outras formas de comportamento para vivenciar a sexualidade na forma de abraços, beijos, carícias.

Mesmo com o avanço científico e tecnológico do século XXI a sexualidade ainda é tema impregnado de mitos, interdições, ignorância, preconceitos e desconhecimentos para muitas pessoas. Presente no ser humano da concepção até a morte recebe influência de inúmeros fatores, tais como o fisiológico, emocional, social e cultural, todavia é assunto muitas vezes mantido no silêncio de quatro paredes, por ser ainda considerado obsceno, sujo, pecado.

Com a pesquisa pretendeu-se ampliar o olhar dos profissionais da saúde, fundamentalmente do enfermeiro para esse assunto, uma vez que a aquisição de novos conhecimentos contribuirá para a minimização de posturas impróprias e inadequadas ao lidarem com os pacientes e seus questionamentos sobre sexualidade.

## REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a06v33n3.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2009.

BASTON, H; HALL, J. **Enfermagem Obstétrica Essencial: uma abordagem humanizada. Pré-natal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

BRASIL. Decreto nº 93933 de 14 de janeiro de 1977. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de auto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 5 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: informe da atenção básica. Brasília, DF: MS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde: Relatório Final**. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20196\\_96.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20196_96.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: MS, 2010. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

CABRAL, J. T. **A sexualidade no mundo ocidental**. 2. Ed. Campinas: Papirus, 1999.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardiaca e equilibrio ácido base del feto**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973.

CAPINHA, M.F. Alterações psicossomáticas no pai durante o último trimestre da gravidez. *Revista de Educação e Informação em Enfermagem*, n. 2, p. 21-26, 1999.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

COLLAÇO, V. S.. **Parto Vertical**: Vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir . Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CONCEIÇÃO, I. S .C. Educação sexual. In: Vitiello, N. et al., **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: plataforma Cairo. 1994. Disponível em: <<http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SC. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Florianópolis: COREN, 2010.

DENARDIN, M. L. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: BECK, C. L. C.; GONZALVES, R. M. B. **Cenários de cuidados**: aplicação das teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999.

DUBY, G.; PERROT, M. **História das Mulheres**. O Século XIX. Porto: Afrontamento, 1991.

ERDTMANN, B. K.; KOERICH, M. S. **Cuidar e pesquisar na enfermagem**: relatos de experiências. Florianópolis: Papa-livro, 2004.

FAVA A. R. Tabus inibem desejo sexual na gravidez. **Jornal da UNICAMP**. Campinas, maio/junho, 2003. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/ju/maio2003/ju214pg8a.html](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/maio2003/ju214pg8a.html)>. Acesso em: 11 nov. 2012.

FRANCO, M. L. P. Barbosa. **Estudo de caso e a análise quantitativa / qualitativa**. São Paulo: [s.i], 1994.

FRASER, D. M.; COOPER, M. A. **Assistência obstétrica**: um guia prático para enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FREITAS. F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FREITAS, D. P. **Parto Anônimo**. 2008. Disponível em:  
<<http://www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=412>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

GEORGE. J. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL. A.o C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1993.

\_\_\_\_\_. Antônio C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 62-67, jul. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2012.

GREGÓRIO, V. R. P. et al. **Enfermagem, obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, Cadernos Didáticos, 1999.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética: Conceitos, fundamentação e princípios**. 2011. Disponível em: < [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_bioetica/Aula01.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2012.

LEMOS, E. F. Descortinando o passado: lembranças de mulheres que realizaram curso para gestantes na década de 80 no HU - UFSC In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTÉTRICA E NEONATAL (COBEON), 3., 2002, Salvador. **Anais...**, Salvador: [s.n], 2002.

\_\_\_\_\_. **Atitude de mulheres na terceira idade frente a sua sexualidade: narrativas de clientes no serviço de ginecologia do hospital Universitário**. 2001. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

\_\_\_\_\_. **Sexualidade na terceira idade: memórias de mulheres dos "anos dourados"**. Florianópolis: Editograf, 2003.

\_\_\_\_\_. **Cuidado da saúde da mulher**. Florianópolis: Ediograf, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sexualidade no ciclo grávido-puerperal**. Florianópolis, 2011. Apostila mimeografada do curso de graduação em enfermagem obstétrica da Unisul.

\_\_\_\_\_. **Patologias no ciclo grávido-puerperal**. Florianópolis, 2012. Apostila mimeografada do curso de graduação em enfermagem obstétrica da Unisul.

LENOIR, R. *Généalogie de la morale familiale*. Paris: Seuil, 2003.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumento para a prática**. Papa livro. Florianópolis 1999.

LUCHINETTI, L. et al. Síndrome de Wolff Parkinson White y embarazo. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 27, n. 4, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952011000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952011000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 5 nov. 2012.

KLEBANOFF, M. A.; NUGENT R. P.; RHOADS, G.G. Coitus during pregnancy: is it safe? **Lancet**, v. 2, n. 8408, p. 914-917, out. 1984.

MACCARY, J. L. **Mitos e crendices sexuais**. São Paulo: Manole, 1978.

MAGALHÃES, L. P. F. L., SOARES, R. S. M. R. Sexualidade na gravidez. **Revista Ecos de Enfermagem**, n. 262, p. 10-11, 2007.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**: Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1999.

MARTINS, S et al. Sexualidade na gravidez: influência no bebê? mitos, atitudes e informação das mães. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 23, p. 369-378, 2007.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A Conduta Sexual Humana**. Rio de Janeiro: Brasileira S. A., 1981.

MAUAD FILHO, F. et al. **Sexualidade e gravidez de alto risco**. 1999.

MICHAELIS. **Dicionário prático de língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MINAYO, M. C. S **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, p. 241-248.

MONTGOMERY, M. et al. **Tocoginecologia psicossomática (Orgs.)**. Aspectos psicosexuais do climatério. São Paulo: Almed, 1993.

MOTA, C. P.; MOUTTA, R. J. O.; CAIXEIRO-BRANDÃO, S. M. 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, 1., 2009, Salvador. **Anais eletrônicos...** Disponível em:

<<http://www.ses.uneb.br/anais/A%20SEXUALIDADE%20DO%20CASAL%20NO%20PROCESSO%20GRAV%C3%8D DICO-PUERPERAL%20%20UM%20O.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2012.

NODIN N. **Sexualidade de A a Z**. Chiado: Bertrand, 2002.

NORONHA, D.L.; LOPES G.; MONTGOMERY, M. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993.

OSIS, M. J. D. **Abordagem qualitativa em saúde reprodutiva**. Campinas: Komedi, 2005.

PICCININI et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PORTELINHA, C. **Sexualidade durante a gravidez**. Coimbra: Quarteto, 2003.

QUEIROZ, A. B. A. **Gestação, Maternidade, Parto E Prática Educativa: Representações Sociais No Puerpério**. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

QUINTAS, S.; BOTO, A.; PEREIRA, L. Pneumonia aguda da comunidade na criança: decisão terapêutica. **Acta Pediatria Portuguesa**, São Paulo, v. 33, p. 85-92, 2002.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1980.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SCHNEIDER, I.; TRAEBERT, J. **Análise de dados**: uma Ferramenta útil na prática científica em saúde. Ed.da Unisul, Palhoça, 2012.

SILVA, A. B. C.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 253-264, 2005.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62. n. 3. p. 387-392, maio/jun. 2009.

SOCCI, V. **Elaboração e validação de uma escala de atitudes em relação ao sexo**. 1983. f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, 1983.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VACHOD, L. **Ambivalência e medo**: um estudo das representações das gestantes hipertensas. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

VANDERLAAN, J. **Help e support**. Disponível em: <<http://www.madeleine-leiningner.com/tributes.shtml>>. Acess em: 10 set. 2012.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

\_\_\_\_\_. **Enfermagem na atenção primária da saúde**: textos Fundamentais. Florianópolis: UFSC-NFR-SBP, 2007.

ZAMPIERI, M. F. M.; SANTOS, O. M. B.; CUSTÓDIO, Z. A. O. **Projeto de Extensão**: grupo de gestantes ou casais grávidos. 2002.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL  
8ª FASE DO CURSO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O seu consentimento é fundamental para nossa pesquisa. Gostaríamos de realizar um estudo sobre a vivência da sexualidade nas gestantes de alto risco, no ambulatório especializado em Ginecologia e Obstetrícia da Policlínica Municipal de Campinas do município de São José - SC, no período de outubro a novembro de 2012, com o objetivo de conhecer a vivência da sexualidade nas gestantes de alto risco.

Os depoimentos serão sigilosos, não citaremos no trabalho os nomes das participantes, sendo estes, substituídas por codinome de flores. O documento será arquivado pela pesquisadora responsável pelo estudo (Prof<sup>a</sup> Elisabeth Flor de Lemos) e só quem terá acessos será a mesma e a acadêmica.

Você poderá desistir a qualquer momento da pesquisa se assim o desejar.

Você será convidada via telefone, para participar da apresentação final em banca aberta, que acontecerá na primeira semana de dezembro de 2012 no autódromo da UNISUL, onde serão apresentados os resultados da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa realizada durante um trabalho de conclusão de curso de enfermagem, está poderá ser publicada. Ressalta-se no entanto, eu sua identidade será mantida em sigilo, uma vez que será utilizada codinome.

Desde já agradecemos sua participação.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, concordo  
em participar desta pesquisa, estando ciente com os termos do TCLE.

---

Assinatura da participante

---

Silvia Silvano RG 3970735

Ac. de Enfermagem

---

Pesquisadora responsável

Prof<sup>a</sup>. Elisabeth Flor de Lemos, Msc. RG: 497392-5

Palhoça, \_\_\_/\_\_\_/2012.

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

### UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA – UNISUL 8ªFASE DO CURSO DE ENFERMAGEM

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

##### 1. Dados sócio-demográficos:

Data atual:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_.

Nome (Codinome):\_\_\_\_\_.

Idade: (....) anos

Fone:\_\_\_\_\_.

Possui cartão pré-natal: Sim (....) Não(....)

Número de consultas: (....)

Semestre gestacional 1º trimestre (....) 2º trimestre (....) 3º trimestre (....)

Religião: \_\_\_\_\_.

Estado Civil:

Solteira (....)

Casada / união estável / mora com companheiro(....)

Divorciada/separada (....)

Viúva (....)

Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo ( )

Ensino Médio Incompleto ( )

Ensino Médio Completo ( )

Nível Superior Incompleto ( )

Nível Superior Completo ( )

Especialização ( )

Mestrado/doutorado (....)

Profissão que ocupa:\_\_\_\_\_.

Profissão que ocupa parceiro:\_\_\_\_\_.

Reside com quem no domicílio:\_\_\_\_\_.

Renda Familiar (salários mínimos):\_\_\_\_\_.

##### 2. Dados obstétricos:

2.1 – Gesta ( )...Para ( )... Aborto ( ) Partos pré-termo ( )

Tipo de Parto: Normal ( ) Cesariana ( )

2.2- Por qual motivo você está realizando o pré-natal de risco?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

2.3- Apresentava alguma doença/patologia antes de engravidar?

Sim (....)

Não (....)

Qual(is): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

2.4- Faz uso atual de medicamento:

Sim (....)

Não (....)

Qual(is): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

2.5- Você sente algum desconforto como:

Enjoo/vômitos (....)

Fraquezas, desmaios/ tonturas (....)

Dor nas costas/ dor nas mamas/ dor de cabeça (....)

Cansaço (....)

Corrimento vaginal (....)

Queixas urinárias (....)

Falta de ar e dificuldade para respirar (....)

Outros: \_\_\_\_\_.

2.6- Gravidez foi planejada e desejada:

Sim ( )

Não ( )

No momento é desejada: Sim ( ) Não ( )

### 3. Aspectos relacionados a Sexualidade no período gestacional:

3.1- Quanto tempo de convivência domiciliar, em anos ou meses, você tem com seu parceiro atual?

R: \_\_\_\_\_.

3.2- O que significa sexualidade para você?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3.3- Agora na gestação como está a vivência da sua sexualidade?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3.4- Você tem alguma dúvida, mitos, tabu, crença ou desconhece algum cuidado sobre esse assunto referente à sexualidade que você gostaria de esclarecer?

R: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

3.5- Agora na gestação em relação à vivência da sexualidade você e seu parceiro na maioria das vezes costumam:

Trocarem beijos ( )  
 Abraçarem-se ( )  
 Falarem palavras de afeto/amor ( )  
 Conversarem sobre sexo/sexualidade ( )  
 Massagearem o corpo um do outro ( )  
 Tocarem-se intimamente ( )  
 Saírem de casa apenas o casal para passear ( )  
 Irem ao cinema apenas o casal ( )  
 Saírem para almoçar ou jantar apenas o casal ( )  
 Outras formas ( )  
 Qual(is) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

3.6- Agora na gestação como está seu desejo sexual/vontade/libido?

R: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

3.7- E como era antes da gravidez?

R: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

3.8- Agora na gestação você tem fantasias, pensamentos ou sonha com coisas relacionadas a sexo/sexualidade?

Sim ( )  
 Não ( )  
 As vezes ( )  
 Raramente ( )  
 Quase sempre ( )  
 Sempre ( )  
 E como era antes da gravidez?  
 R: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

3.9- Agora na gestação você tem prazer/orgasmo durante a atividade sexual/masturbação/pensamentos ou outra forma?

Sim ( )  
 Não ( )  
 As vezes ( )  
 Raramente ( )  
 Quase sempre ( )  
 Sempre ( )  
 E como era antes da gravidez?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3.10- Agora na gestação você apresentou mudanças em alguns comportamentos sexuais, como posições adotadas e frequência na vida sexual nessa gravidez?

Sim ( )

Não ( )

Qual(is): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3.11- Você acha importante ou necessário que o profissional que realiza o pré- natal aborde questões sobre sexualidade na gestação?

Sim ( )

Não ( )

3.12- Você se sente mais a vontade de tirar dúvidas sobre sexualidade na gestação com o profissional do sexo feminino?

Sim ( )

Não ( )

Se quiser argumentar: \_\_\_\_\_.

3.13- Nesse período que você está realizando o pré-natal, algum profissional já orientou ou abordou sobre sexualidade na gestação?

Sim ( )

Não ( )

Quantas vezes ( )

Sobre qual assunto: \_\_\_\_\_.

Qual classe de profissional: \_\_\_\_\_.

3.14- Agora na gestação você costuma sentir dor ou desconforto antes/durante após as práticas sexuais?

Sim ( )

Não ( )

Às vezes ( )

Depende da posição utilizada ( )

Se não tiver preliminares ( )

Se não ficar lubrificada ( )

No início da penetração ( )

Com penetração profunda ( )

Depois do orgasmo/prazer ( )

3.15- Quem mais comumente toma a iniciativa para ter relação sexual?

Você ( )

Companheiro ( )  
O casal por igual ( )

3.16- Você se acha atraente enquanto gestante?

Sim ( )  
Não ( )  
Às vezes ( )

3.17- E como o seu parceiro tem se comportado agora na gestação em relação à vivência da sexualidade/sexo?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

APÊNDICE C – Mostuário de flores

*Nome de Flores*



*Antúrio*



*Cerejeira*



*Copo de Leite*



*Cravo*



*Estrelícia*



*Fallaenopólis*



*Gérbera*



*Gloriosa*



*Lírio*



*Heliconia*



*Lisianto*



*Margarida*



*Protea*



*Rosa (cor de rosa)*



*Tulipa*



*Orquídea*



*Hortência*



*Amor perfeito de jardim*



*Flor-de-Lotus*



*Begônia*



*Bromélia*

**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer Cep- Unisul



**PARECER CONSUBSTANCIADO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISUL – CEP UNISUL**

<b>Título do Projeto:</b> Um estudo sobre sexualidade na gestação de alto risco		
<b>Pesquisador Responsável:</b> Elisabeth Flor de Lemos		
<b>Acadêmico:</b> Sílvia Silvano		
<b>Data do Parecer:</b> 09/10/2012	<b>Código:</b> 12.339.4.04.III	<b>Data da Versão:</b> 2ª versão
<b>Áreas Temáticas Especiais: Classificação utilizada pela CONEP</b>		

<b>Objetivos do Projeto</b>
<p>General: Conhecer como ocorre a vivência da sexualidade em gestantes de alto risco.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Delinear o perfil sócio demográfico das gestantes de alto risco;</li> <li>-Constatar se as gestantes de alto risco possuem questões emergentes relativas, a dúvida, crenças, tabus, mitos e cuidados, sobre sexualidade em seu cotidiano;</li> <li>-Verificar se as gestantes recebem informações e orientações sobre a sexualidade nas consultas de pré natal de alto risco;</li> <li>-Orientar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes em caso de dúvidas, crenças, mitos, tabus, questionamentos, desconhecimentos, referentes à sexualidade na gestação de risco;</li> <li>-Investigar quais os comportamentos adotados no ciclo gravídico na gestação de alto risco.</li> </ul>

<b>Sumário do Projeto</b>
Introdução; Objetivos; Metodologia; Cronograma; Orçamento; Resultados Esperados; Referências Bibliográficas; Apêndices.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Comentário
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Comentário
<b>Comentários sobre os itens de Identificação</b>	

<b>Introdução</b>	Adequada
<b>Comentários sobre a Introdução</b>	

<b>Objetivos</b>	Comentário
<b>Comentários sobre os Objetivos</b>	

<b>Pacientes e Métodos</b>	<b>Situação</b>
Delimitação	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 06 Local 1
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Gestantes
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas "wash out"	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Comentário
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Comentário
Termo de Consentimento	Comentário
Adequação às Normas e Diretrizes	Não
<b>Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos</b>	

<b>Cronograma</b>	<b>Situação</b>
Data de início prevista	out. de 2012
Data de término prevista	nov. de 2012
<b>Orçamento</b>	<b>Situação</b>
Fonte de financiamento externa	Não
<b>Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento</b>	

<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>Situação</b>
<b>Comentários sobre as Referências Bibliográficas</b>	

**Parecer  
APROVADO**

**Comentários Gerais sobre o Projeto**  
As solicitações da 1ª versão foram atendidas. Lembramos que por determinação da CONEP é necessário campo para a assinatura do pesquisador responsável no TCLE, bem como há a necessidade de rubrica em todas as suas folhas.

Prof. MSc. Fernando Hellmann  
Coordenador do CEP - UNISUL

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina  
Pro-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UNISUL