

SEXUALIDADE FEMININA: QUESTÕES DO COTIDIANO DAS MULHERES

FEMININE SEXUALITY: QUESTIONS FROM THE WOMEN DAILY
SEXUALIDAD FEMENINA: CUESTIONES DEL COTIDIANO DE LAS MUJERES

Wânia Ribeiro Trindade¹, Márcia de Assunção Ferreira²

¹ Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Associação Educacional de Vitória e da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia. Espírito Santo, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher. Sexualidade. Educação em saúde.

RESUMO: Pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, cujo objeto é a sexualidade feminina. Os objetivos foram: identificar questões emergentes da vivência das mulheres sobre a sexualidade e como lidam com estas no cotidiano; analisar as práticas de cuidado de si relacionadas à sexualidade. Foram entrevistadas 18 mulheres de uma Unidade de Saúde de Vila Velha - ES, entre novembro de 2006 e julho de 2007. A análise temática de conteúdo evidenciou a relação sexual como foco de atenção das mulheres, emergindo as questões, os problemas e as formas como lidam com a sexualidade. Os resultados possibilitaram a discussão sobre práticas de cuidado de si articulando-as às peculiaridades da sexualidade feminina. A convergência dos saberes científico e do senso comum aplicou-se no atendimento às demandas das mulheres na medida em que a participação, a interação e o diálogo fomentaram a troca de experiências entre os membros do grupo, sujeitos-clientes e enfermeira-pesquisadora.

KEYWORDS: Women's health. Sexuality. Health education.

ABSTRACT: This is a qualitative, convergent-assistant study whose purpose is feminine sexuality. The objectives were to identify emerging questions from women's experiences about sexuality and how they deal with them in their day-to-day lives; as well as to analyze self-care practices related to sexuality. Eighteen women in a Health Care Unit in Vila Velha - ES, Brazil were interviewed from November of 2006 to July of 2007. The thematic analysis of the content showed that sexual intercourse is the focus of women's attention. From this, questions, problems, and the ways they deal with sexuality emerged. The results made the discussion about self-care practices possible, articulating them to the peculiarities of feminine sexuality. The convergence of scientific knowledge and common sense was applied in attending women's demands to the degree their participation, interaction, and dialogue promoted the exchange of experiences among the members of the group: client-subjects and researcher-nurse.

PALABRAS CLAVES: Salud de la mujer. Sexualidad. Educación en salud.

RESUMEN: Investigación cualitativa, convergente asistencial, cuyo objeto de estudio es la sexualidad femenina. Los objetivos fueron: identificar las cuestiones emergentes de la vivencia de las mujeres sobre la sexualidad y como lidian con ellas en el cotidiano; analizar las prácticas del cuidado de si mismas relacionadas a la sexualidad. Fueron entrevistadas 18 mujeres de una Unidad de Salud, de Vila Velha - ES, en el período de noviembre de 2006 y julio de 2007. El análisis temático de contenido evidenció la relación sexual como foco de atención de las mujeres, emergiendo las cuestiones, los problemas y los modos como actúan con la sexualidad. Los resultados posibilitaron la discusión sobre las prácticas de cuidado de si, articulándolas a las peculiaridades de la sexualidad femenina. La convergencia de los saberes científicos y del sentido común se consideró en la atención de las demandas de las mujeres en la medida en que la participación, la interacción y el diálogo fomentaron el intercambio de experiencias entre los miembros del grupo: sujetos-clientes y enfermera-investigadora.

Wânia Ribeiro Trindade
Endereço: R. Antônio Régis dos Santos, 469, ap. 101
29101-695 - Itapuã, Vila Velha, ES, Brasil
E-mail: waniartrindade@hotmail.com

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de janeiro de 2008
Aprovação final: 26 de agosto de 2008

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos livros textos de enfermagem, usualmente adotados nos cursos de formação profissional, o termo sexualidade é abordado como uma categoria que se refere à totalidade das qualidades humanas, e não apenas à genitália e seu funcionamento. Inclui todas as dimensões de uma pessoa como o biológico, o psicológico, o emocional, o social, o cultural e o espiritual.¹ Observa-se que, no que pese tal abordagem, há uma preocupação com a sexualidade como uma categoria que transcende à biologia das estruturas corporais e dos processos fisiológicos, que materializam e objetivam o sexo a partir do determinismo biológico de se ter nascido homem ou mulher.

Nas obras de referência da área da enfermagem, profissão do campo da saúde, as explicações sobre o desenvolvimento sexual humano geralmente iniciam com toda uma fundamentação biológica do processo da concepção.¹

Ainda que o determinismo biológico marque o sexo do ser humano, a abordagem da sexualidade a partir do conceito de papel sexual, que remete ao modo pelo qual uma pessoa expressa a sua identidade sexual, não deve ser desmerecida. Neste sentido, ressalta-se a masculinidade e a feminilidade como expressão de comportamento, definido sócio-culturalmente à luz de características como força, agressividade, lógica e independência, aproximando-se do que se espera de um homem; e fraqueza, submissão, dependência e emoção, aproximando-se do que se espera de um comportamento dito feminino.

Durante muitos anos, tais características foram tomadas como inerentes à biologia do sexo, naturalizando as expressões da sexualidade em categorias muito bem definidas por responderem à força da natureza. As diferenças havidas entre os sexos fundaram noções de desigualdades entre homens e mulheres, colocando-as vulneráveis à força e razão masculina.

A sexualidade, a feminina em especial, foi, e ainda o é, apesar de atualmente vivermos sob outros padrões de moral, ética e comportamento, objeto de interdição em vários campos. Isto porque o processo de formação da nossa sociedade recebeu forte influência da sociedade ocidental européia que, pautada na ética e na moral do Cristianismo, concebeu o corpo e o sexo como lugar de interditos.² A mulher, pela sua condição desigual em relação ao homem, por muitos anos viveu sob a sua tutela, em primeira instância do

pai e em segunda do marido, com sua sexualidade normatizada pelos padrões Cristãos, legitimada pela instituição do casamento e pelo cumprimento da função reprodutora.²

No entanto, a sexualidade deve ser vivida de forma igualitária pelo homem e pela mulher, e o desfrutar de uma vida sexual boa e saudável vai propiciar felicidade e bem-estar.³

A área da saúde, pela forte influência do modelo biomédico sustentado no discurso cartesiano da separabilidade e redução da complexidade dos fenômenos, acabou por contribuir no reforço do discurso da sexualidade como fenômeno biológico, senão estrito pelo menos de forte domínio desta dimensão, na abordagem dos problemas de saúde afeitos à sexualidade. A visão médica de caracterização de doenças para uma adequada intervenção ainda permanece forte e majoritária na atenção às questões da complexa teia que envolve a sexualidade humana. A sexualidade como forma de expressão natural do homem ainda é pouco valorizada na prática da assistência à saúde. É necessário considerar que a sexualidade possui uma dimensão exclusivamente humana na qual interagem os fenômenos de prazer, emoção, afetividade e comunicação, merecendo tratamento interdisciplinar.³

O tema sexualidade faz parte de uma das prioridades das políticas públicas de atendimento à mulher. No entanto, a abordagem centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que o tema exige. Ainda mais, ressalta-se que tal atendimento, via de regra, se dá individualmente, nas consultas ginecológicas a partir da demanda espontânea de cada mulher que, na maioria significativa das vezes, a restringe ao campo delimitado da doença e/ou da restauração do funcionamento dos órgãos. Pode-se também ressaltar que o atendimento no âmbito privado do consultório não privilegia uma discussão coletiva entre as próprias mulheres, o que, certamente, a partir do compartilhamento de experiências comuns, possibilitaria o desenvolvimento da percepção de que suas outras demandas não estão propriamente relacionadas a problemas originalmente seus, mas integram um conjunto muito próprio da condição feminina e da vivência de ser mulher. Ainda mais, a discussão coletiva privilegia a socialização das soluções dos problemas, retirando-os do universo individual de cada mulher.

Certamente, as questões de sexualidade são eixos fundamentais a serem abordados pelos enfermeiros. Todavia, não se pode apenas reduzi-las à

medicalização e sim, abranger também as percepções do corpo, ao prazer/desprazer, valores afetivos e responsabilização por si e por outros. Para tanto, o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e cliente é necessário, facilitando as discussões, sobre todos os aspectos, mormente, sobre a sexualidade, com vistas ao incentivo ao autocuidado. Portanto, esta pesquisa tem como objeto a sexualidade feminina na concepção e vivência das mulheres. Os objetivos são: identificar as questões emergentes da vivência das mulheres sobre a sexualidade e como lidam com estas no cotidiano; e analisar as práticas de cuidado de si relacionadas à sexualidade.

ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA

Pesquisa de natureza qualitativa, na qual se buscou captar as nuances do objeto a partir da subjetividade dos sujeitos, clientes da enfermagem.

Aplicou-se o método da pesquisa convergente-assistencial, que possibilita ao pesquisador trabalhar com pequenos grupos, com o objetivo de desenvolver a pesquisa e o crescimento social e pessoal dos participantes. Ainda mais, acrescenta-se “o intuito de implementar projetos de prática assistencial participativa e de fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimentos acerca de temas emergentes no grupo”.^{4,72} Este método possibilita que os profissionais abandonem a postura diretiva e tradicional, assumindo uma postura participativa na prática assistencial. Proporciona ampliar a prevenção e educação em saúde, pois cada participante do grupo pode vir a ser um multiplicador dos saberes aprendidos no grupo dentro da comunidade.⁴

A pesquisa convergente assistencial requer participação ativa dos sujeitos, estando voltada para a resolução ou minimização de problemas na prática. Articula-se com o processo de assistência, integrando-se às atividades cotidianas dos profissionais de saúde. Desta forma, apresenta-se como uma metodologia capaz de integrar o cuidar e o pesquisar em um mesmo processo, uma vez que a enfermeira, ao tempo em que investiga um tema, implementa ações intervenientes de educação em saúde junto aos sujeitos que integram o grupo.⁵

Os sujeitos foram mulheres frequentadoras da Unidade de Saúde de Vale Encantado (US-VE) que, abordadas na recepção da Unidade, manifestaram o desejo de participar da pesquisa. Ao se totalizar 20 aceites, foram formados dois Grupos de Convergência (GC), cada qual com 10 mulhe-

res, seguindo-se a recomendação metodológica de que o quantitativo ideal seria de oito a dez participantes.⁵⁻⁶ Os GC foram marcados nos mesmos dias em que as mulheres compareceriam à US-VE para a consulta médica e o horário foi acertado em comum acordo com todas. O local foi o auditório da US-VE. O primeiro grupo ocorreu no dia 13 de novembro de 2006 e o segundo em 17 de novembro do mesmo ano, sendo que a pesquisa, na sua totalidade, foi concluída em julho de 2007.

Antes da realização do GC foram dadas as explicações sobre a pesquisa e as implicações éticas, bem como enfatizado sobre o direito de desistência da participação, sem repercussões para o atendimento das mulheres na US-VE. Em atendimento à Resolução N° 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis, protocolo N° 042/2006. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todas as participantes. A identificação foi feita por códigos que indicaram o GC 1 e 2 e por uma letra que indicou o sujeito (A, B, C...).

No primeiro GC compareceram oito mulheres e no segundo as 10 mulheres convidadas estiveram presentes. Do roteiro orientador das discussões constaram as seguintes questões: o que vocês gostariam de conversar sobre sexualidade? Para vocês, as questões discutidas no grupo têm alguma influência na sua auto-estima? Dos problemas citados, como vocês os resolvem? Os textos das discussões dos dois grupos foram transcritos na íntegra e tratados com o método de análise de conteúdo temática.⁷ Todo o material sofreu leitura flutuante, pré-análise e análise de ocorrência e co-ocorrência dos temas. A partir daí, o conteúdo analisado originou uma grande linha de organização dos temas em torno de uma categoria temática sobre a Relação Sexual que se desdobrou em subcategorias sobre – A Vontade da mulher pela prática do ato sexual; O Orgasmo feminino e a Gravidez potencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vontade da mulher pela prática do ato sexual e o orgasmo feminino

As falas sobre a sexualidade foram remetidas para a relação sexual que congregou a discussão em torno de diversas problemáticas que abarcaram o encontro íntimo entre os parceiros. As discussões

foram iniciadas com as falas sobre a vontade da mulher pela prática do ato sexual, o que mereceu análise específica.

Vontade é uma palavra que abarca amplos sentidos e sinônimos. Sendo assim, vontade está relacionada a desejo, intenção, intento, decisão, propósito, determinação, resolução, deliberação, desígnio/empenho, dedicação, desvelo, zelo, cuidado, necessidade, querer, apetite, gosto, satisfação e energia, entre alguns outros.⁸

Desejar direciona-se sempre a alguma coisa ou alguém. É sentir falta, carência. É buscar um preenchimento, uma satisfação no objeto ou na pessoa desejada. O desejo não é uma necessidade, ainda que possamos senti-lo com igual ou maior força do que a necessidade.⁹

O desejo sexual hipoativo ou inibido, no campo da clínica e da psicologia é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e de desejo pela atividade sexual, causando angústia e dificuldades interpessoais. É a disfunção sexual mais comum, tanto em homens quanto em mulheres; porém, é a mais difícil de tratar. As mulheres com esse distúrbio têm pouco interesse em buscar estímulos sexuais, mas geralmente possuem a habilidade de se excitar sexualmente e alcançar o orgasmo, uma vez estimuladas sexualmente. Geralmente, ocorre na vida adulta, freqüentemente após um período de interesse e função sexual adequados. Algumas pessoas podem apresentar aversão sexual, evitando completamente qualquer atividade sexual com um parceiro.¹⁰

No GC houve concordância sobre a falta de vontade de algumas mulheres para a iniciativa da atividade sexual. A fala que abriu a discussão no grupo sobre este tema, desencadeando os comentários de outras mulheres foi a seguinte: *às vezes não tenho vontade de fazer sexo* (GC1A).

A partir desta fala inicial, situações do cotidiano feminino como o cansaço, o stress e as inúmeras preocupações que circundam o universo feminino foram apontados pelas mulheres como sendo fatores influenciadores para a falta de vontade para o sexo.

Às vezes estou estressada e dou sem ter vontade (GC1C). *Quando estou cansada ou preocupada com alguma coisa* (GC1A).

O motivo pelo qual existe essa indisposição foi relacionado inicialmente às próprias atividades cotidianas, ou seja, o esforço das mulheres na luta diária, numa tentativa de garantir com seu trabalho a independência, sua afirmação pessoal e

profissional, mas que consequentemente repercutem negativamente nas suas condições de saúde.¹¹ Isto pode ser observado no seguinte depoimento: *eu trabalho em casa, mas faço um trabalho com a Pastoral da Criança, porque na Paróquia todo o trabalho é excessivo, muita preocupação e tem o trabalho de casa também. Acredito que seja isso. Então pra sexo eu ultimamente tô meio parada. Estacionei num lugar e não quero nada com ninguém* (GC1C).

O binômio sexualidade-reprodução foi separado a partir da década de 60 do século passado a partir do impulso que ganhou o movimento feminista onde com o advento da pílula anticoncepcional, o casamento monogâmico deu lugar a uma maior liberdade sexual, liberando as mulheres de uma função imposta a seus corpos através da opção de ter ou não filhos. Este movimento proporcionou evidentemente a inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho.¹²

O movimento de emancipação da mulher foi uma grande conquista, sem dúvida, em diversos aspectos; porém, definiu uma dupla jornada com um cotidiano que, consequentemente, vem sendo prejudicial à saúde da mulher, afetando a sua sexualidade. Esses efeitos surgiram na medida em que a mulher foi ingressando no mercado de trabalho e assumindo posições antes só ocupadas pelos homens, no desempenho de mais um papel na sociedade, sem contar que também são mais predisponentes a depressão, assumem atividades rotineiras, mais difíceis de serem controladas e sem nenhum valor social.¹⁴

Nos GC foi possível identificar que, algumas vezes, abrem mão da relação sexual com seu parceiro para descansar e recuperar as forças para as atividades diárias. Isto porque a relação sexual não tem ligação, apenas com algo que proporcione prazer, mas requer grande gasto de energia e esforço extra. Sendo assim, para muitas mulheres, o descanso e o sono sobrepõem-se ao atendimento do desejo do companheiro para iniciar uma relação sexual.

Eu sou bem assim, eu troco muito o sexo pelo sono. Eu preciso dormir. Então, quando ele acorda de madrugada para fazer sexo, eu não gosto. Todo dia meu marido quer, todo dia. Aí eu falo: ah, amor eu tô cansada. Aí ele: ah, mas amanhã você diz que tá também (GC2N).

Algumas mulheres mantêm relação sexual com seus parceiros, apesar de não sentirem vontade de fazê-lo; no entanto, no cotidiano da relação com o parceiro, nem sempre isto é possível e, aí, emergem estratégias para burlar a situação, conforme as depoentes referem.

Às vezes finjo que estou bem dormindo. Até finjo ter orgasmo. Falo que não tô com vontade, acabo levando na brincadeira e vai empurrando com a barriga (GC1C).

Então, finjo que estou com dor de cabeça para sair fora (GC1A).

Eu passo a não procurar ele (GC1E).

Identifica-se que, apesar de a mulher, por vezes, não sentir vontade de manter relação sexual com o seu parceiro, nem sempre assume diante dele a sua indisposição para o ato. Então, na tentativa de burlar a procura dele pelo sexo, lança mão de estratégias que, no âmbito da discussão do grupo, pareceu ser uma marca do universo feminino no que tange a esta problemática. Tais estratégias, via de regra, são: fingir ter dor de cabeça, levar na brincadeira, não procurar o parceiro, fingir que está dormindo. Estas questões refletem a interdição do corpo feminino e guardam relações com as concepções da sexualidade feminina na sociedade, geralmente ligadas à reprodução. Tais concepções, via de regra, são mais fortemente percebidas quando do enfrentamento de situações vivenciadas pelas mulheres.¹³

No entanto, apesar de a discussão inicial ter sido desencadeada por uma apreensão mais generalizadora do tema explicadas por causas pouco específicas, a dinâmica da discussão nos grupos foi conduzindo a construção dos discursos no sentido de dar mais especificidade à problemática em questão.

Nesse sentido, as mulheres foram atribuindo à falta de vontade para o sexo a algumas causas, de cunho psicológico e/ou comportamental. Com efeito, existem fatores psicológicos que podem estar relacionados a esta falta de vontade comunicada pelas mulheres e estes incluem: fatores do desenvolvimento, em que uma pessoa que cresceu vendo o sexo ser relacionado à culpa e à vergonha; fatores traumáticos, através de abuso sexual na infância ou outro tipo de violência sexual; fatores de relacionamento devido à raiva ou ressentimento com o parceiro sexual.

Uma das depoentes, ao falar da sua falta de vontade em relação ao ato sexual, o atribuiu a um problema de família, com um sentido de hereditariedade.

Eu já sou diferente. Acho que é um problema mesmo, já sou mais calma. Eu já não ligo quase pra nada. Eu ficava estressada na hora e pedia para ele parar que eu não queria mais. [...] ficamos só um ano juntos. Não acabou por causa disso. É o meu jeito mesmo, deve ser

de família. [...] Quando eu era mais nova, tinha muito pesadelo que eu tava sendo estuprada (GC2M).

Esta atribuição de sentido da depoente precisou ser problematizada no grupo. Trouxemos à pauta a questão dos traumas gerados por vivências na infância, pelos pesadelos relatados que acabaram transpostos para a vida real. Isto não foi propriamente tratado no grupo no sentido das explicações clínicas, como foi feito com os outros temas, uma vez que extrapolava o campo de abrangência da Enfermagem e o nosso âmbito de atuação. No entanto, a convergência-assistencial ocorreu pela discussão conduzida no sentido de ajudar a depoente a desconstruir esta representação do problema como “de família”, pois este entendimento por parte dela poderia estar contribuindo na consideração do problema a partir de certo determinismo, o que a paralisava na busca de ajuda para solucioná-lo. Isto porque se algo está ligado a um determinismo biológico (herança de família, hereditariedade) pouco poderá ser feito para resolvê-lo. Neste entendimento, as estratégias seriam no sentido da busca de modos de conviver com o problema, ou seja, “aprender” a aceitá-lo. Por conta disso, o debate se conduziu para a necessidade e importância de ela superar o problema buscando estratégias resolutivas no Programa de Saúde Mental da US-VE.

O uso de substâncias químicas foi outro foco de discussão, pois a falta de desejo sexual pode estar relacionada ao uso de medicamentos e abuso de drogas. Isto foi retratado na fala de algumas mulheres.

Observei que foi depois do remédio que eu tomei para emagrecer (GC1C).

Eu não sinto vontade. Eu faço mais por causa dele, só para agradá-lo e sinto muita dor. Ele fala que pode ser por causa do remédio que eu tô tomando. Às vezes eu peço a ele para parar aí ele fala: tá vendo, depois você diz que sou eu que não agüento e que eu sou fraquinho (GC2J).

Qual remédio você está tomando? [Pesquisadora] Eu tomo anticoncepcional e um remédio psiquiátrico. Na bula diz que tira a potência sexual (GC2J).

Existem medicamentos, inclusive anticoncepcionais que proporcionam a diminuição da libido, do desejo, e isto foi explicado ao grupo no momento da discussão, em atendimento à metodologia da pesquisa convergente-assistencial. Nesse caso, como a ingestão de medicamentos, geralmente, está relacionada ao tratamento médico, não foi possível se fazer a intervenção no sentido

de aconselhar a sua suspensão, mas foi enfatizado na discussão que este assunto deve ser compartilhado com os parceiros, a fim de que eles possam melhor entender o problema e terem condições de apoiá-las durante o tempo que fizerem uso de tais substâncias. Quanto ao anticoncepcional, foi discutido sobre a existência de outros métodos contraceptivos, naturais e artificiais não-hormonais, dos quais elas podem fazer uso.

No bojo da discussão sobre o uso dos medicamentos, foi introduzida outra questão articulada à falta de desejo que acabou reverberando com mais ênfase no interesse das mulheres. Trata-se da dor na relação sexual, bastante recorrente na discussão dos grupos por ser muito freqüente no dia a dia das mulheres.

Apesar de via de regra, as mulheres não saberem a origem desta dor, foi possível apreender, através de alguns discursos, que ela está ligada a diversos fatores e interfere muito, de forma prolongada, na vivência da sexualidade da mulher.

O meu caso é que eu tenho relação há 11 anos e durante muito tempo senti dor na hora. Muito desconforto mesmo (GC1F).

A dor na relação sexual está relacionada a dois distúrbios principais: o vaginismo (contração involuntária, recorrente ou persistente, da musculatura perineal que circunda o terço externo da vagina, quando se tenta uma penetração vaginal) e a dispareunia (dor genital que ocorre antes, durante e após o coito).¹⁰ Ambos os processos foram problematizados nos grupos a partir dos relatos das mulheres, e no momento em que este tema surgiu, foram dadas explicações básicas sobre este, pois se percebeu que as mulheres, em sua maioria, desconheciam a origem dos problemas vividos ou desenvolviam determinadas explicações que, por vezes, direcionavam-se para uma culpabilização de si, intensificando o problema e prejudicando-as cada vez mais.

A dor por causas patológicas também foi discutida, uma vez que o sucesso do tratamento da dispareunia depende do tratamento de tais problemas. No grupo, o que se evidenciou foi o problema centrado nas vulvo-vaginites, muito comum nas mulheres.

Eu já tive candidíase e não tinha vontade de ter sexo porque doía. E aí o que você fez? [Pesquisadora] Fiz tratamento e melhorei. Agora está tudo ótimo (GC1H).

Quando GC1H trouxe ao grupo este ponto para discussão, lhes foi explicado sobre as vulvo-

ginites, de um modo geral, e como elas interferem na vida sexual, bem como a importância da realização anual do exame preventivo, com a finalidade de diagnosticar e tratar as infecções vaginais. A partir do debate das mulheres sobre esta temática se detectou o quanto é prioritário no atendimento à mulher o intercâmbio de conhecimentos entre elas e os profissionais, pois lacunas importantes puderam ser evidenciadas, o que, com certeza, implicam no cuidado de si e na promoção da saúde feminina.

A dor por causas fisiológicas foi esclarecida, levando-se em conta a hipersensibilidade do clítoris e as alterações fisiológicas como inchaço das glândulas de Bartholin e das áreas de aderência que se formam entre as porções do anel himenal, durante a fase de excitação sexual.¹⁰ Estas explicações as ajudaram a entender o processo natural e diminuir a carga que elas colocam sobre si.

A questão da idade, principalmente o surgimento da menopausa e as suas conseqüências, emergiu como um tema importante na abordagem sobre a vontade de ter relação sexual. O avanço da idade tem efeito significativo na resposta sexual feminina, principalmente devido à falência ovariana que ocorre na menopausa. O desejo sexual e a freqüência do coito diminuem com a idade na mulher, embora o interesse no sexo continue e o potencial para o prazer sexual permaneça pelo resto da vida das mulheres. A necessidade de amor, carinho e intimidade não mudam com a idade. As formas como as mulheres funcionam sexualmente conforme envelhecem dependem da disponibilidade do parceiro, de quão freqüentemente elas faziam sexo e de quanto elas gostavam do sexo quando jovens.¹⁰

É fato que, com a idade, as mudanças anatômicas ocorrem e, além destas, a fisiologia sexual feminina também altera com o passar dos anos e a dispareunia é uma queixa comum das mulheres que passam por tais mudanças. Apesar de estar ligada à fisiologia do envelhecimento, também podem ocorrer por conta de as alterações fisiológica predispuerem às mulheres a episódios mais freqüentes de vulvovaginites e infecções do trato urinário que, junto com uma menor lubrificação vaginal podem causar dor durante o ato sexual.¹⁰

Eu sinto dor na relação. Ultimamente até sinto mais. Não sei se é porque estou naquela fase [menopausa] (GC1C).

Eu também não sinto vontade de fazer sexo. Não sei se é porque estou entrando na menopausa também, não sei. Acho que dói e não tenho vontade (GC1G).

Eu também acho que a virose me pegou. Estou com 45 anos e agora sinto que o rosto queima, a orelha também e atrapalha na hora do sexo (GC1D).

Quando a questão da menopausa emergiu na discussão, deu margem para que fossem abordados alguns sintomas que surgem na fase de pré-menopausa que ocorre, geralmente, a partir dos 45 anos. Os primeiros sintomas são os fogachos e o ressecamento vaginal. Nesta faixa etária de início dos sintomas pode variar de uma mulher para outra, de acordo com história familiar ou problema específico da mulher, como a menopausa precoce ou cirúrgica. Um aspecto que precisou ser enfatizado junto às mulheres foi o fato de que a reposição hormonal deve ser analisada caso a caso, não sendo uma prescrição de abrangência geral para todas as mulheres.

Vale ressaltar o desconhecimento da mulher em relação ao funcionamento do próprio corpo, quando apresentaram dúvidas sobre determinados aspectos a ele relacionados como, por exemplo, uma idéia comum que circula entre as mulheres que fazem laqueadura de trompa.

É verdade que cortar as trompas faz perder o tesão? Porque eu sinto muita dor depois que liguei. Isso acontece umas duas semanas depois que eu menstruo. É só um dia inteiro que acontece, depois acaba (GC1C).

Foi explicado às mulheres que a ovulação é um fenômeno que pode levar à dores transitórias decorrentes da própria fisiologia do organismo feminino. O diagnóstico preciso necessita de outras investigações como, por exemplo, a ultrasonografia.

Prazer versus desprazer

A gravidez e a maternidade vieram à tona com a fala de GC1C, o que levou GC2K a relatar: *quando eu ganhei meu filho eu fiz cesariana, só que a minha cicatriz não é daquela normal, é em pé, pois a pressão subiu muito na hora do parto. Então, na hora que eu tô tendo relação sexual com meu marido, dá muita dor e não sinto prazer. Aí eu não sei o que fazer. Às vezes eu finjo que tô gostando. Já fui ao médico, já fiz ultra-som e ele disse que deve ser do meu organismo mesmo (GC2K).*

A dor no coito pode ser devido a cirurgias recentes como cesáreas e cortes associados ao parto natural como a episiorrafia. Como a GC2K estava com bebê de colo, foi-lhe sugerido que esperasse um pouco mais, pois a dor poderia estar relacionada à cesárea. Caso melhorasse, deveria retornar ao ginecologista para uma melhor investigação.

Sobre o funcionamento do próprio corpo, emergiu na discussão a questão das posições durante o ato sexual. Enfatizou-se que algumas proporcionam desconforto ao invés de prazer e que isso deve ser discutido com o parceiro. Para auxiliar o entendimento das mulheres às explicações dadas, foi mostrado um modelo do aparelho reprodutor feminino para que elas observassem a localização do clitóris e como esse órgão deve ser estimulado para proporcionar prazer, estimular a lubrificação e fazer com que a mulher alcance o orgasmo. Neste momento, emergiu uma estratégia que está intimamente relacionada ao conhecimento do próprio corpo, qual seja, a masturbação.

Eu tenho esse tipo de coisa, não consigo chegar ao orgasmo sendo por penetração, só me masturbando. Eu nunca senti nada, entendeu? Ah, ele [o parceiro] fica assim: resolve isso. Ele queria que eu sentisse igual ele sente. Eu já tentei todas as posições. Sozinha eu consigo [masturbando-se], mas não é muito legal não. Eu demorei muito tempo para descobrir sobre isso. Comecei a me relacionar com 17 anos e aí eu passei por várias fases, mas eu não conseguia ter prazer, mas depois que eu descobri o "X" da questão. Hoje eu sou muito melhor de que quando eu tinha 17 anos (GC2R).

O tema sobre a masturbação não teve acolhimento nos grupos. Apesar das mulheres terem se manifestado com muitos risos durante a discussão sobre a masturbação, não investiram nesta discussão. Podem-se levantar duas hipóteses para esta ocorrência: as mulheres não se utilizam da masturbação por acreditarem que não seria um comportamento normal, ou a utilizam, mas pensam ser uma questão de foro íntimo que não deve ser compartilhada com outras pessoas. De todo modo, ambas as hipóteses podem ser explicadas pelo fato de a masturbação ainda ser objeto de interdição para as mulheres.

Apesar da masturbação ser uma estratégia de boa resolutividade no tratamento da anorgasmia feminina, muitas mulheres que alcançam o orgasmo através da masturbação ou de estímulo sexual que não seja pelo coito podem ficar angustiadas com tal situação.¹⁰ Isto pode ser explicado pelo fato de que, antes de ser uma estratégia de descoberta e conhecimento do próprio corpo e uma possibilidade da mulher melhorar o seu desempenho sexual e aumentar o seu prazer é ainda hoje objeto de vergonha para aquelas que a utilizam, pois pode representar insucesso na vida sexual com o parceiro ou retratar um comportamento de falta de vergonha, que as aproximaria de um ideal de mulher não digna.

Em linhas gerais, no âmbito do grupo, a questão de que o fato da mulher sentir dor durante a relação sexual ser passível de tratamento, na dependência da sua causa, parece ter ficado como a grande mensagem para as mulheres. Ficou bem marcado que cada caso deve ser investigado separadamente através de um acompanhamento profissional para que se possa descobrir a sua origem e que é isto que irá determinar a melhor solução para o caso.

No que se refere ao parceiro, uma fala manifestou a importância de sua participação frente à questão da falta de vontade da mulher. Determinadas maneiras como o parceiro chega até a mulher e interage com ela podem possibilitar a reversão do quadro ou o reforço a ele.

Às vezes passo a ficar com vontade porque ele vai chegando e fazendo uns carinhos aí eu acabo caindo nos braços dele (GC1A).

Eu não sinto orgasmo [muito séria, falando baixinho, não olhava para as demais participantes]. Nunca senti, nem eu mesma estimulando ou o meu parceiro. Ele é muito metido a machão, é ignorante. Mas eu já falei com ele uma vez que não sinto orgasmo. Mas ele não liga porque o importante é ele (GC1E).

Em relação às diferenças de procura pelo sexo, houve uma manifestação geral de que o homem é quem procura mais.

Eu sempre fui de procurar. Sempre fomos iguais, agora eu tô bem estacionada e ele tá entendendo e quem procura agora é ele (GC1C).

Parece que virou amor de irmão, a procura é muito pouca. Ele só procura se eu estiver tomando anticoncepcional. Quando eu tomo remédio eu tenho marido, quando não tomo, eu não tenho. Mas quem procura pra ter sexo é ele (GC1D).

De uns tempos pra cá, só ele que me procura. Eu sinto falta, fico nervosa, subindo pelas paredes. Mas eu não tenho mais vontade de procurar ele. E eu não sei o porquê. Eu gosto dele. Só que eu fico esperando por ele e ele por mim. Ele fica bravo demais, entendeu? E eu não entendo o porquê (GC2I).

A participação do parceiro em relação à busca de resolução para os problemas foi mencionada como ponto positivo, como é o caso de GC1C. As suas falas foram tão positivas que deixou transparecer ao grupo que a boa interação entre os parceiros é uma questão-chave na otimização do relacionamento sexual.

Nós dois conversamos muito, temos muito diálogo e juntos resolvemos o problema (GC1C).

O fato do companheiro reforçar os sentimentos femininos, se declarando apaixonado

e preocupado com o bem estar da mulher, são pontos positivos em uma melhor vivência sexual feminina. Já situações negativas como exposição da vida íntima do casal, desentendimentos, uso abusivo do álcool, tratamento ríspido, manifestações de ciúme do companheiro, relacionamentos extraconjugais e, tentativas em manter relação sexual forçada, são referências negativas de vivências sexuais e reforçam o desinteresse sexual feminino pelo parceiro.¹⁵

Ao contrário de algumas mulheres do grupo que manifestaram não terem a mesma interação com o parceiro e, por isso, acabam ficando sem a sua ajuda no encaminhamento e solução dos problemas sexuais vividos.

Eu não falo nada para ele, levo adiante até onde dá (GC1F). Eu tenho vergonha de conversar com ele (GC1E).

Apesar dos avanços da mulher em relação a melhor viver e expressar a sua sexualidade, ainda prevalece certa passividade da mulher em discutir algumas questões. Até porque, de acordo com o padrão cultural brasileiro, quando um homem faz abordagens sexuais e uma mulher não mostra resistência forte e consistente, pensa-se que ela está concordando com a relação sexual. Tal afirmação dessa inércia se dá até pela própria linguagem diária com que o brasileiro descreve suas relações sexuais, no qual o papel do macho é o de possuir e o papel da fêmea é o de ser possuída. Tal vocabulário dá indicativos de que a mulher é socializada para ser passiva e receptiva, enquanto os homens são socializados para perseguir, penetrar e dominar.¹⁶

Em se tratando de problemas masculinos, os mesmos também foram citados como ponto de reclamação e de desânimo das mulheres para o ato sexual.

Eu queria falar que não consigo ter satisfação sexual com meu marido [referindo-se ao fato de o marido ter ejaculação precoce]. Às vezes toco no assunto, mas até evito porque acho que ele tem que saber como fazer. Queria que ele descobrisse sem eu ter que ficar dizendo o que ele tem que fazer. Ele se satisfaz e eu fico a ver navios. Não sei se é porque ele é bem mais velho do que eu. Mas eu penso que ele não faz força nenhuma para me agradar. Eu queria que ele me esperasse. Eu prefiro nem começar a relação porque eu já coloquei na cabeça que ele não vai me satisfazer aí então eu nem procuro (GC2Q).

Isso também já aconteceu comigo, por muito tempo, até que agora nós estamos dormindo em camas separadas [risos]. Já fiz o impossível, tudo o que tava ao

meu alcance. Eu reclamava que tava rápido demais, pra ele poder esperar um pouco, demorar mais (GC2P).

As disfunções sexuais mais comuns, tanto em homens quanto em mulheres, e os meios disponíveis para tentar resolver a questão foram pontos que mereceram um bom investimento nas discussões dos grupos. Quanto às disfunções no homem, houve relatos pontuais das mulheres: *eu nunca passei por isso. Tem dois meses que meu marido tá trabalhando noite e dia e tá meio parado. Creio que seja isso (GC2O). Eu acho que a mulher tem que dar tempo pro homem, ter jeito. Ajudá-lo acompanhando ao médico (GC2R).*

Nos GC, foram discutidos tanto os problemas relativos ao universo feminino quanto masculino como as disfunções de ereção, ejaculação precoce, retardada entre outras e formas de abordagem e tratamento, na tentativa de fazerem as mulheres verbalizarem e melhor entender a problemática global da sexualidade.

A discussão sobre a vivência da sexualidade articulada à relação sexual e os problemas a ela relacionados trouxe à tona questões importantes a serem tratadas no âmbito da saúde da mulher e evidenciaram que o tema sexualidade necessita de atenção biológica, mas também psicossocial, principalmente quando emergem as questões afeitas ao parceiro, pois se viu que a inclusão deste é condição necessária no cuidado integral à mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que a mulher precisa buscar maior autonomia na vivência de sua sexualidade, conversando com o seu parceiro sobre seus problemas, desejos e preferências. Ressalta-se a necessária inclusão dos parceiros nas consultas com os profissionais, não tratando a sexualidade como uma questão que influencia apenas a um dos sujeitos implicados na relação.

Esta pesquisa mostrou que, muitas vezes, as mulheres se tornam passivas e submissas na relação trazendo para si a responsabilidade pelos problemas relativos ao sexo e, ainda, também se colocam passivas diante da possibilidade de sedução, esperando que a busca ou a vontade parta do homem. Todas estas questões merecem discussão no âmbito da biologia, da fisiologia, da clínica, da psicologia, mas também no da psicossociologia. Assim, talvez, haja melhores possibilidades de embasamento e explicação dos problemas que, na maioria das vezes, situam-se exclusivamente no campo da clínica que medicaliza a sexualidade,

tornando-a objeto de controle e vigilância médica, nem sempre alcançando o sucesso que a clientela necessita e deseja.

No âmbito da enfermagem, o enfermeiro deve, dentro do seu campo de atuação, estar atento, sempre que possível e necessário, aos cuidados que proporcionem a saúde sexual das clientes, pois a sexualidade é uma necessidade humana básica. Portanto, assim como tal, relacionada aos cuidados fundamentais de enfermagem.

No Brasil, a educação sexual é um movimento que faz parte do sistema educacional, mas os currículos dos cursos raramente incluem a sexualidade humana como tema de debate. Mesmo quando se trata de cursos de nível superior, da área da saúde, como é o caso da enfermagem. Salvo as exceções, os componentes curriculares específicos da graduação em enfermagem tratam a sexualidade como algo velado, da ordem do privado.¹²

A educação em saúde é uma forma do enfermeiro criar um espaço discursivo dos aspectos relevantes da sexualidade. Nesse sentido, em sua avaliação, o enfermeiro deve ter uma abordagem mais holística ao considerar a resposta sexual humana. É importante considerar os aspectos biológicos, sociais, culturais, psicológicos que envolvem a sexualidade. Além disso, atentar para a expressão da sexualidade nas diferentes etapas do ciclo vital; a diversidade das práticas sexuais; o comportamento sexual de risco, a vulnerabilidade social e a redução de danos; as disfunções sexuais; a sexualidade em determinadas situações fisiológicas, como gravidez e puerpério; e em situações de doenças crônicas, principalmente; o uso de métodos contraceptivos e o planejamento familiar; o aborto, prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis. Ainda com esta finalidade é necessário que o enfermeiro se utilize de espaços, como o hospital, as creches, escolas, indústrias e empresas direcionando as atividades para o indivíduo, família e comunidade. E, por tratar-se de uma estratégia que requer o apoio de outros profissionais, é recomendável que as ações sejam desenvolvidas no âmbito da interdisciplinaridade, com a inserção do médico, psicólogo, sexólogo, dentre outros.¹²

A pesquisa convergente-assistencial realizada na US-VE mostrou que o favorecimento de um ambiente terapêutico de enfermagem, no qual se possa dialogar e interagir com a clientela, propicia a circulação e troca de informações em quantidade e qualidade sobre as questões emergentes de seu cotidiano. Acessar o conhecimento e as práticas de cuidado de si da clientela, no caso, as mulheres, a

fim de esclarecer suas dúvidas e tomar as devidas condutas de acordo com cada caso, aperfeiçoa o atendimento e contribui com as ações preconizadas nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- 1 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
- 2 Foucault M. História da sexualidade II: o uso dos prazeres. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1994.
- 3 Souto MD, Souza IE. O. Sexualidade da mulher após a mastectomia. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2004 Set-Dez; 8(3):402-10.
- 4 Trentini M, Gonçalves HT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000 Jan-Abr; 9(1):63-78.
- 5 Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
- 6 Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.* 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
- 7 Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa (PT): Edições 70; 1979.
- 8 Muniz EL, Castro HMT, organizadores. *Dicionário Barsa de sinônimos e antônimos.* São Paulo (SP): Barsa Planeta; 2005.
- 9 Chauí MS. *Repressão sexual essa nossa (des) conhecida.* 12ª ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 1991.
- 10 Berek JS. *Novak tratado de ginecologia.* 12ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.
- 11 Rocha CR, Siqueira PRA, Oliveira PRF, Moura MAV, Spíndola T. A enfermagem e a saúde da mulher: questões de gênero e sociopolíticas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2000 Jan-Abr; 4(1):105-14.
- 12 França ISX, Baptista RS. A construção da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007 Mar-Abr; 60(2):202-6.
- 13 Cruz LM, Britto, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008 Abr-Jun; 17(2):120-31.
- 14 Possati IC, Dias MR. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicol Refl Crít.* 2002; 15(2):293-301.
- 15 Fernandez RM, Gir E, Hayashida M. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2005 Jun; 39(2):129-35
- 16 Souza E, Baldwin JR. A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicol Refl Crít.* 2000; 13(3):485-96.