

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LETÍCIA CAROLINE DORETTO AGUIAR

**A violência por parceiro íntimo na gestação e a vivência da sexualidade  
após a maternidade.**

Ribeirão Preto  
2015

**LETÍCIA CAROLINE DORETTO AGUIAR**

**A violência por parceiro íntimo na gestação e a vivência da sexualidade após a maternidade.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa Dra Juliana Stefanello.

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Aguiar, Letícia Caroline Doretto.

A violência por parceiro íntimo na gestação e a vivência da sexualidade após a maternidade. Ribeirão Preto, 2015.

119 p.: il.; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Stefanello, Juliana.

1. Violência. 2. Maternidade. 3. Sexualidade. 4. Período pós-parto.

AGUIAR, Letícia Caroline Doretto

A violência por parceiro íntimo na gestação e a vivência da sexualidade após a maternidade.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de  
Pós- Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_



Mulher Chorando (1937), Pablo Picasso.

*“Todo dia ele faz diferente  
Não sei se ele volta da rua  
Não sei se me traz um presente  
Não sei se ele fica na sua  
Talvez ele chegue sentindo  
Quem sabe me cobre de beijos  
Ou nem me desmancha o vestido  
Ou nem me adivinha os desejos  
Dia ímpar tem chocolate  
Dia par eu vivo de brisa  
Dia útil ele me bate  
Dia santo ele me alisa  
Longe dele eu tremo de amor  
Na presença dele eu me calo  
Eu de dia sou sua flor  
Eu de noite sou seu cavalo  
A cerveja dele é sagrada  
A vontade dele é mais justa  
A minha paixão é piada  
Sua risada me assusta  
Sua boca é um cadeado  
E meu corpo é uma fogueira  
Enquanto ele dorme pesado  
Eu rolo sozinha na esteira  
E nem me adivinha os desejos  
Eu de noite sou seu cavalo.”*

## *DEDICATÓRIA*

Amo-te tanto, meu amor... Não cante  
O humano coração com mais verdade...  
Amo-te como amigo e como amante  
Numa sempre diversa realidade

Amo-te afim, de um calmo amor prestante  
E te amo além, presente na saudade  
Amo-te, enfim, com grande liberdade  
Dentro da eternidade e a cada instante

Amo-te como um bicho, simplesmente  
De um amor sem mistério e sem virtude  
Com um desejo maciço e permanente

E de te amar assim, muito e amiúde  
É que um dia em teu corpo de repente  
Hei de morrer de amar mais do que pude

---

1. Soneto do amor total, Vinicius de Moraes.

Ao meu esposo **Giuliano Henrique de Oliveira Aguiar** por seu companheirismo e cumplicidade ao longo destes anos.

## ***AGRADECIMENTO ESPECIAL***

À **Juliana Stefanello**, minha querida orientadora, por quem tenho grande admiração. Seu profissionalismo e competência são exemplos para minha trajetória. Nesta caminhada muito aprendi ao seguir seus conselhos. Uma pessoa sábia, justa e que está sempre disposta a enriquecer o meu olhar por meio de novos horizontes e perspectivas.

*"Se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes."*

(ISAAC NEWTON)

## ***AGRADECIMENTOS***

**DEUS**, meu **SENHOR JESUS CRISTO**, a quem me achemo e em todos os momentos me dá a paz e a luz necessária para prosseguir na busca de meus objetivos.

Aos meus PAIS, **GUARACY e APARECIDA**, por imenso amor e carinho. Pessoas que eu admiro e tenho como exemplos de vida. O amor que sinto por vocês é imensurável.

Aos meus AVÔS, **NELSON e CONCEIÇÃO**; principais formadores do meu caráter, cujo exemplo de amor e fé a Deus os torna admirável. Em meu coração tem um espaço que é só de vocês.

Ao meu IRMÃO, **LUCAS**, por fazer-se presente em todas as etapas de minha vida, cujo amor transcende a relação de irmãos; pois somos também grandes amigos.

A minha adorável SOBRINHA, **SOPHIA**, que em sua pouca idade já muito alegra os meus dias.

A querida CUNHADA, **ALINE**, por fazer parte da nossa família e por parecer pertencer a ela há muito tempo.

Aos meus amáveis SOGROS, **EDSON e IVANIR**, pais do meu grande amor e a base do grande homem que ele é.

As queridas CUNHADAS, **JÉSSICA** e **TATIANA**, pelo carinho que tem por mim e por permitirem uma amizade tão bonita entre nós.

A todos os meus **TIOS**, **TIAS** e **PRIMOS**, que sempre acompanham minha trajetória e torcem muito por mim. Sou grata por tê-los em minha vida de modo tão presente.

A todas minhas **AMIGAS** do famoso “G8”. Destaco a importância de cada uma de vocês desde a época da graduação. Sempre fomos muito próximas, e mesmo agora, com as divergências de horários, ainda achamos tempo para nossa preciosa amizade.

Ao meu querido AMIGO, **FRANCISCO ARAÚJO**, por me apoiar e muito me ensinar. Você é de fato um ser humano exemplar em todos os sentidos.

As queridas companheiras de pesquisa, **JULIANA**, **THAÍS**, **PATRÍCIA**, **DRIELI**, **MARIANA** (In memorian), **LAURA** e **LISIANE**, por caminharmos juntas neste percurso.

As Professoras Doutoras **ANA MÁRCIA SPANÓ NAKANO** e **FLÁVIA AZEVEDO GOMES- SPONHOLZ**, pelas excelentes contribuições no exame de qualificação.

Ao **CRSM-MATER**, local que acolheu esta pesquisa, com uma equipe maravilhosa e que muito me ajudou.

Às queridas funcionárias da PÓS-GRADUAÇÃO, em especial à **SHIRLEY** e **FLÁVIA**, por me auxiliarem sempre que necessário.

Aos **FUNCIONÁRIOS** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela atenção dispensada.

A **CAPES** pela concessão da bolsa de estudos para apoio financeiro durante parte deste estudo.

A todas as **MULHERES** participantes deste estudo, por abrirem suas casas e aceitarem partilhar suas experiências por meio de seus depoimentos. Sem vocês este estudo não faria sentido. Muito obrigada!

## RESUMO

AGUIAR, L.C.D. **A violência por parceiro íntimo na gestação e a vivência da sexualidade após a maternidade**. 2015. 119f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A maternidade traz consigo mudanças significativas na vida das mulheres, que vão além das alterações fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, são também emocionais, sociais, afetam o contexto familiar e refletem em vários aspectos da vida da mulher, como a sexualidade. Este estudo teve por objetivo compreender como as mulheres, em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo (VPI) durante a gestação, vivenciam a sexualidade após a maternidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com dez mulheres que estavam em situação de VPI durante a gestação. A qual foi identificada durante o pré-natal, em uma maternidade de baixo risco no município de Ribeirão Preto-SP. Utilizou-se como procedimento metodológico para a coleta de dados, entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas no domicílio das mulheres. A análise dos dados baseou-se na técnica de interpretação dos sentidos. Os resultados acerca do perfil de violência aponta a violência psicológica como a mais prevalente neste estudo, sendo identificada em todas as participantes, seguida da violência física e sexual. Os dados das entrevistas resultaram em seis temáticas: 1 A construção da maternidade; 2. A maternidade e o mercado de trabalho; 3. Relacionamento do casal; 4. Sexualidade e a maternidade; 5. Autoimagem e 6. VPI após o parto. Muitas mulheres atribuem como “função da mãe” os cuidados do bebê e cuidados do lar, exercendo cobranças a si mesmas quando estas funções conflitam com a carreira profissional, necessitando terceirizar o cuidado do bebê por meio de cuidadores e escolas. Acreditam que longe dos cuidados maternos o bebê ficaria desprotegido e sujeito a riscos, sendo um momento doloroso deixá-lo com terceiros. A gravidez, em algumas situações, aparece como um desejo do homem, que exige da mulher um filho que seja do casal, além da expectativa pelo filho de um sexo já determinado previamente pela fala do parceiro. Algumas mulheres atribuem a gestação e a chegada do bebê como fator de aproximação ou distanciamento do casal. As mudanças corporais da gravidez e do puerpério passam a influenciar na sexualidade do casal, seja pela autoimagem e a insatisfação com o corpo de mãe, ou até mesmo pela fisiologia do processo involutivo uterino, referenciada nas falas como o “resguardo” e a espera pela quarentena. Atribui-se ao homem a figura do ser movido ao ato sexual e a espera poderia acarretar em busca por relacionamentos extraconjugais do parceiro, cabendo à mulher ceder aos desejos do homem, mesmo contra a sua vontade. As questões de gênero e os “papeis” que o casal deveria exercer nos cuidados com o bebê aparecem como motivos de brigas, em alguns casos resultando na separação do casal. As questões culturais a cerca dos papéis de gênero influenciam nas práticas e na tomada de decisões a respeito da sexualidade. Desta forma, observamos que a vivência da sexualidade para estas mulheres, foi marcada pelas desigualdades de gênero.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Maternidade. Sexualidade. Período pós-parto.

## ABSTRACT

AGUIAR, L.C.D. **Intimate partner violence during pregnancy and the sexuality experience after maternity.** 2015. 119 f. Dissertation (Masters) – College of Nursing at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Maternity brings with it significant changes in women's lives, beyond the physiological changes of pregnancy and childbirth, they are also emotional, social and of family background and it reflect on various aspects of women's lives, such as sexuality. This study aims to comprehend how women, in situations of intimate partner violence (IPV) during pregnancy, experience sexuality after maternity. It is a qualitative research, developed with ten women who were in IPV situations during pregnancy. Which was identified during prenatal care, in a low-risk maternity hospital in Ribeirão Preto-SP. Semi-structured interviews, recorded and fully transcribed, were used as the methodological procedure for data collection. The interviews were conducted in the women's home. The data analysis was based on the technique of meaning interpretation. The results on the profile of violence points to psychological violence as the most prevalent in this study, being identified in all participants, followed by physical and sexual violence. Data from the interviews resulted in six themes: 1. The construction of maternity; 2. Maternity and the labor market; 3. The couple's relationship; 4. Sexuality and maternity; 6. Self-image and 6. IPV after delivery. Many women attribute as the "mothers role" baby care and home care, charging themselves when these duties conflict with the professional career thus causing the need to outsource the baby care through carers and schools. They believe that away from the maternal care the baby would be unprotected and subject to risks, which makes leaving them to the care of others a painful moment. Pregnancy, in some situations, appears as the man's desire, who demands of the women not only a child of their own, but also has expectations as to a gender already determined previously by the partner's speech. Some women attribute the pregnancy and the baby's arrival as a factor of approximation or distancing of the couple. The bodily changes of pregnancy and postpartum start to influence the sexuality of the couple, be it through the self-image and the mother's dissatisfaction with her body or even the physiology of the uterine involution process, referenced in the statements as the "waiting period" and wait for quarantine. To the man is attributed the image of the being moved by the sexual act and the wait could result in the partner's search for extramarital relationships, whereas the woman must give in to the man's desires, even against her will. Gender issues and the "roles" that the couple should have in caring for the baby appear as reasons for fights, in some cases resulting in the separation of the couple. Cultural issues on gender roles influence the practices and the decision making process in regards to sexuality. Thus, we observed that the experience of sexuality for these women was marked by gender inequalities.

**KEYWORDS:** Violence. Maternity. Sexuality. Postpartum period.

## RESUMEN

AGUIAR, L.C.D. **La violencia de compañero íntimo en el embarazo y la experiencia de la sexualidad después de la maternidad.** 2015. 119h. Disertación (Maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La maternidad trae consigo cambios significativos en la vida de las mujeres, que van más allá de las alteraciones fisiológicas del ciclo embarazo puerperio, ellos son también emocionales y sociales, afectando el contexto familiar y repercutiendo en varios aspectos de la vida de la mujer, como la sexualidad. Este estudio tuvo por objetivo comprender como las mujeres, en situación de violencia practicada por el compañero íntimo (VPI) durante el embarazo, experimentan la sexualidad después de la maternidad. Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada con diez mujeres que estaban en situación de VPI durante el embarazo; la cual fue identificada durante el prenatal, en una maternidad de bajo riesgo en el municipio de Ribeirão Preto, SP. Se utilizó como procedimiento metodológico para la recolección de datos, la entrevista semiestructurada grabada y transcrita en su totalidad. Las entrevistas fueron realizadas en el domicilio de las mujeres. El análisis de los datos se basó en la técnica de interpretación de los sentidos. Los resultados acerca del perfil de violencia apuntan a la violencia psicológica como la más prevalente en este estudio, siendo identificada en todas las participantes, seguida de la violencia física y sexual. Los datos de las entrevistas resultaron en seis temas: 1) Construcción de la maternidad; 2) Maternidad y mercado de trabajo; 3) Relacionamiento de la pareja; 4) Sexualidad y maternidad; 5. Autoimagen y 6) VPI después del parto. Muchas mujeres atribuyen como “función de la madre” realizar los cuidados del bebé y del hogar, exigiéndose a sí mismas cuando éstas funciones entran en conflicto con la carrera profesional, necesitando subcontratar el cuidado del bebé a través de cuidadores y escuelas. Ella cree que lejos de los cuidados maternos el bebé quedaría desprotegido y sujeto a riesgos, siendo un momento doloroso el dejarlo con terceros. El embarazo, en algunas situaciones, aparece como deseado por el hombre, que exige de la mujer un hijo que sea de la pareja; además el compañero tiene la expectativa de tener un hijo de un sexo previamente determinado. Algunas mujeres atribuyen al embarazo y a la llegada del bebé como siendo un factor de aproximación o distanciamiento de la pareja. Los cambios corporales del embarazo y del puerperio pasan a influenciar la sexualidad de la pareja, sea por la autoimagen y la insatisfacción con el cuerpo de madre, o inclusive hasta por la fisiología del proceso involutivo uterino, referenciada en declaraciones como el “resguardo” y la espera por la cuarentena. Se atribuye al hombre la figura de un ser motivado por el acto sexual; así la espera podría provocar la búsqueda de relacionamientos extraconyugales del compañero, cabiéndole a la mujer ceder a los deseos del hombre, inclusive contra su voluntad. Las cuestiones de género y los “papeles” que la pareja debería ejercer en los cuidados con el bebé aparecen como motivos de peleas, en algunos casos resultando en la separación de la pareja. Las cuestiones culturales a cerca de los papeles de género influyen en las prácticas y en la toma de decisiones a respecto de la sexualidad. De esta forma, observamos que la experiencia de la sexualidad para estas mujeres, fue marcada por las desigualdades de género.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia. Maternidad. Sexualidad. Período postparto.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AME** Aleitamento Materno Exclusivo

**CEP** Comitê de Ética em Pesquisa

**CRSM** Centro de Referência em Saúde da Mulher

**DEMISP** Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

**DRS** Diretoria Regional de Saúde

**EERP** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**FAEPA** Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa

**HCFMRP** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**SUS** Sistema Único de Saúde

**TALE** Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIFESP** Universidade Federal de São Paulo

**USP** Universidade de São Paulo

**VF** Violência Física

**VP** Violência Psicológica

**VPI** Violência por Parceiro Íntimo

**VS** Violência Sexual

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO .....	25
2.1. A mulher na sociedade: um olhar sobre a sexualidade feminina .....	25
2.2. Violência contra a mulher: uma expressão das desigualdades de gênero ...	29
3. OBJETIVOS .....	38
4. PERCURSO METODOLÓGICO .....	40
4.1. Tipo de estudo .....	40
4.2. Local do estudo.....	40
4.3. Participantes do estudo .....	41
4.4. Procedimentos de coleta de dados .....	43
4.5. Pré-teste .....	45
4.6. Procedimento de análise e interpretação dos dados.....	45
4.7. Aspectos éticos .....	47
5. RESULTADOS .....	50
5.1. Perfil das participantes.....	50
5.2. Temáticas.....	62
5.2.1. A construção da maternidade .....	63
5.2.2. A maternidade e o mercado de trabalho .....	68
5.2.3. Relacionamento do casal .....	72
5.2.4. Sexualidade e a maternidade .....	78
5.2.5. Autoimagem .....	87
5.2.6. Violência por parceiro íntimo após o parto .....	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	99
REFERÊNCIAS .....	104
APÊNDICES .....	113
ANEXOS .....	118

## APRESENTAÇÃO

A área de saúde sempre chamou minha atenção. Desde muito pequena lembro-me de ir ao Campus da Universidade de São Paulo (USP) e sonhar um dia estudar naquele lugar, especificamente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Lembro-me de olhar para os enfermeiros com muita admiração; passando pelos corredores com suas roupas brancas e livros. Eu tinha certeza do meu objetivo; ser enfermeira.

Lembro-me que na escola, ainda no ensino fundamental, eram frequentes as perguntas sobre futuro profissional. Em algumas ocasiões a professora pedia que colocássemos, diante do grupo de alunos, as profissões que almejávamos. Quando eu relatava o meu desejo, lembro-me de ouvir comentários dos colegas com certa rejeição a profissão. Para muitos, ser enfermeiro estava relacionado à insensibilidade. Muitos relatavam que teriam dó e sentiram-se incapazes diante do sofrimento do outro. Frente a tais comentários eu sempre respondia que o conhecimento é capaz de transformar. O saber adquirido por meio da formação acadêmica, e as experiências que tal formação proporciona, permite a tomada de decisão. Então, o sentimento de “dó” dá lugar à atitude de querer ser útil de alguma forma. Na enfermagem, mais do que muitas profissões, colocar-se no lugar do outro e compadecer-se no momento da dor é fundamental. Por fim, lembro-me de alguns colegas relatando a mudança no modo de olhar a enfermagem. Com esta fala eu já defendia minha profissão, antes mesmo de ingressar na universidade.

Cresci com a presença muito forte dos meus avós, e junto com eles, especificamente com minha avó, frequentávamos o grupo de mulheres da unidade de saúde local. O espaço, no período da tarde, era destinado a algumas atividades grupais artesanais. Neste grupo, lembro-me que além do lazer, assuntos de saúde também surgiam nos diálogos. Algumas mulheres eram divorciadas, enquanto outras viviam em relações consensuais ou até mesmo casamentos duradouros. Estes assuntos sobre relacionamentos não eram abordados nas consultas de saúde, mas surgiam na informalidade. No grupo aprendíamos crochê, pintura e implicitamente surgiam assuntos sobre os papéis que as mulheres exerciam na sociedade, por exemplo, a função da mulher na educação de filhos, cuidado do lar, entre outros. Eu ainda cursava o ensino fundamental e era a integrante mais nova no grupo que era predominante de mulheres

com mais de 30 anos. Em meio a estas atividades eu cultivava um desejo enorme de no futuro trabalhar com saúde e trazer as questões familiares, os relacionamentos, para as discussões de saúde; permitindo um espaço onde estas mulheres pudessem colocar as suas vivências com a naturalidade e a informalidade que expunham no grupo.

Em 2008, iniciei o curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na EERP-USP esta mesma Escola que, quando mais nova, eu sonhava em estudar. Já no primeiro ano da graduação eu busquei oportunidades que pudessem complementar minha formação como futura enfermeira. Meu primeiro projeto extracurricular foi voltado à extensão de serviços à comunidade. Neste projeto eu utilizava as tardes para me reunir com mulheres que tinham seus bebês internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) por longos períodos de internação. Nos grupos realizávamos atividades lúdico-recreativas e sempre surgiam no diálogo informal problemas conjugais, inclusive na gestação, que segundo o relato de algumas mulheres, contribuíram para o estado de saúde dos bebês que nasciam e já ficavam internados decorrentes de algum problema na gestação e/ou trabalho de parto. Estas mulheres encontravam-se na fase puerperal e muitas já relatavam insatisfação em seus relacionamentos; brigas, separações, abandonos por parte dos companheiros, uso e abuso de drogas, entre outros. Segui com projetos voltados à neonatologia, mas ainda sentia que precisava abordar estas mulheres de uma forma mais integral. Foi quando me senti completa ao cursar a disciplina de Cuidado Integral à mulher e ver que ali os meus desejos de prestar um cuidado nas diferentes fases da vida da mulher eram possíveis. Foi nesta disciplina que conheci a Profa. Dra. Juliana Stefanello, que motivou ainda mais minha inserção na pesquisa em saúde da mulher; orientando minhas investigações desde então.

Nesta disciplina, no estágio na maternidade, me deparei com mulheres que sofriam violência mesmo na gestação. Normalmente os parceiros destas mulheres estavam presentes nas consultas, controlando as falas; necessitando de intervenções da equipe de saúde para a continuidade do pré-natal. Foi aí que despertei ainda mais para a violência praticada no ambiente do próprio lar, para a presença do parceiro controlador e também agressor. Foi neste contexto que fiquei motivada à busca pela temática, desenvolvendo futuramente meu trabalho de conclusão de curso (TCC) com esta população de mulheres gestantes que eram vítimas de violência pelo parceiro íntimo; buscando identificar o perfil sociodemográfico destas mulheres. Os resultados deste

TCC despertaram-me para a necessidade de dar continuidade à investigação da temática da violência contra a mulher.

Anterior a este projeto de TCC vale destacar meu envolvimento com o Programa de Cultura e Extensão. Pensando na quantidade de adolescentes que vivenciavam uma gestação não planejada, e que chegavam ao serviço de saúde, observado até mesmo no estágio durante a disciplina de saúde da mulher; desenvolvemos um projeto que abordava a sexualidade e o uso de métodos contraceptivos. Neste projeto percebemos o quanto a sexualidade é um tabu e as dificuldades que as mulheres enfrentam, com medos e dúvidas; porém receosas de se colocarem a respeito com um profissional da saúde. Neste projeto, e o fato de estarmos dentro da escola, isentos da formalidade de uma consulta, propiciava que as participantes expusessem suas dúvidas, expressas nas falas com naturalidade. Ouvimos das participantes que tais inquietações jamais seriam expostas em outros contextos; principalmente por vergonha e medo. Pensando nestas situações, e em todo receio que a mulher apresenta ao se colocar frente a sua sexualidade, aliado ao contexto ameaçador da violência, percebemos a lacuna de investigações neste sentido; apontando a necessidade de pesquisas nesta área. Mais tarde, ao aliar o tema do TCC a esta experiência do projeto de extensão, ficou ainda mais claro esta necessidade de investigação. Por este motivo, e pelo meu interesse em transformar a realidade por meio do conhecimento, optei por ingressar na pós-graduação; dando continuidade à minha formação, permitindo subsídio e preparo também para a carreira acadêmica.

Assim, em 2013, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública (DEMISP) da EERP.

Com relação ao presente estudo, posso dizer que ele permeia todas as etapas da minha formação, mesmo anterior ao meu ingresso na universidade. É um estudo cuja motivação partiu da realidade por mim observada em diferentes etapas, e que com o tempo, foi sendo enriquecido pelos novos conhecimentos. Já se sabe que a violência é uma questão de Saúde Pública, um fenômeno de ordem mundial que acarreta danos físicos, psicológicos e sociais. A violência contra a mulher ainda aparece no serviço de saúde de forma tímida, controlada, e mesmo quando percebida, muitas vezes no puerpério a atenção se volta mais a chegada do bebê e pouco às situações que esta

mulher vivencia em seu relacionamento. O lar, que deveria ser o conforto e a segurança, passa a ser um ambiente assustador, inseguro; sendo o puerpério um período onde envolve a mulher e um novo ser dependente de cuidados, o bebê. Nesta fase ela é mãe, é mulher, é esposa; vivenciando mudanças em seu corpo, aprendendo a maternar; diante das adversidades do seu lar violento e muitas vezes confusa de seu papel social. Neste sentido, esta investigação buscou trazer a vivência da sexualidade, após o parto, das mulheres que foram vítimas de violência provocada pelo parceiro íntimo (VPI) durante a gestação. Neste contexto do pós-parto muitas vezes os olhares voltam-se ao bebê e pouco à mulher e a maneira como ela se enxerga e vive sua sexualidade. Assim, a mulher fica vulnerável as intercorrências deste período.

# *1. Introdução*

---

## **1. INTRODUÇÃO**

Após o parto, inicia-se o puerpério. Há um acordo nos achados da literatura quanto ao início deste período, considerado imediatamente após a expulsão total do feto, placenta e membranas ovulares (LOWDERMILK, 2002; NEME, 2000; BRADEN, 2000; BURROUGHS, 1995). Quanto à duração, é descrito como o período que compreende um intervalo de até seis semanas após o nascimento do bebê (BRADEN, 2000; LOWDERMILK, 2002). Em contra partida, outros autores discutem acerca das controvérsias deste período que pode ter tempo invariável, uma vez que pode compreender o intervalo entre o parto e o retorno do corpo da mulher ao estado pré-gravídico (LOWDERMILK, 2002; NEME, 2000; BRADEN, 2000; BURROUGHS, 1995). Neme (2000) descreve que o término do puerpério não segue um conceito clássico e uniforme, visto que há controvérsias. Considerando que poderia ser compreendido como retorno do corpo da mulher ao estado pré-gravídico, em alguns casos esta situação pode durar o período de um ano, enquanto em outras ocasiões até o término da lactação e o retorno do ciclo menstrual regular.

O período pós-parto é considerado uma fase de maior vulnerabilidade e intercorrências, tais como: hemorragias, infecções, intercorrências a cerca da lactação, além de depressão puerperal. Na prática profissional, percebe-se que neste período a mulher fica mais desassistida pela equipe de saúde, uma vez que durante o período de internação as ações estão voltadas à resolução do parto e, neste sentido, o tempo de internação é relativamente curto, compreendendo 24 horas para o parto normal e 48 horas para o parto cesáreo. Apesar de o Ministério da Saúde desenvolver ações para assistência à puérpera, nem sempre estas são atendidas em sua totalidade frente às demandas do serviço de saúde. Ademais, as ações tendem a voltar-se à lactação e aos fenômenos involutivos (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Sabe-se que o puerpério corresponde a um período de intensas modificações. Ocorrem adaptações fisiológicas, que podem ser compreendidas como estabelecimento da lactação, a reparação do canal de parto, involução uterina e o retorno dos sistemas orgânicos ao estado pré-gravídico (BURROUGHS, 1995). Além destas, ocorrem modificações psíquicas, sociais e culturais, caracterizadas pelo processo de aquisição de um novo papel - o de ser mãe. As modificações também incluem a reconstrução da

imagem corporal, da sexualidade, da relação mãe-filho e com o companheiro (SHIMO; NAKANO, 1999).

Tornar-se mãe é um ritual de passagem que envolve a reorganização dos vários papéis da mulher. A vivência da maternidade é, sem dúvida, complexa, pois ocasionam para as mulheres modificações biopsicossociais (SALIN; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Scavone (2004) aponta que a maternidade apresenta múltiplas facetas, deste modo, faz-se necessário pensar na maternidade não apenas voltado ao biológico, mas também ao sociológico e antropológico, assim poderemos compreender um pouco mais os múltiplos aspectos que envolvem o ser mãe, assim como as variações deste fenômeno na história e na sociedade.

Apesar de a literatura, no decorrer de tantos anos apresentarem estudos que comprovam que o puerpério é um período de conflitos em que se alternam na mulher sentimentos de alegria, medo, alívio, ansiedade, realização, dúvidas, entre outros; pouco se discute sobre a vivência do mesmo na sociedade atual, onde a mulher além de mãe é esposa e, em alguns casos, estas atividades conciliam com a carreira profissional (SOUZA; SOUZA; RODRIGUES, 2013).

Salim, Araújo e Gualda (2010) destacam que apesar de o puerpério ser um evento marcante na vida das mulheres, este é um período negligenciado, uma vez que as atenções voltam-se muito mais para os bebês, na expectativa de que a mulher assuma o papel de mãe sem dificuldades; porém este período necessita de certos ajustes, ainda mais no âmbito da sexualidade.

Após o parto, o primeiro retorno ao serviço de saúde ocorre somente depois de quarentas dias, momento em que a mulher deveria tirar suas dúvidas com os profissionais de saúde. Entretanto, nem todas as mulheres sentem-se confortáveis para discutir o retorno das práticas sexuais e sobre questões relacionadas a outros problemas na vida conjugal, no qual ocorrem mudanças significativas após o nascimento do bebê, representando uma importante transição que pode gerar impactos negativos, conduzindo a disfunções e problemas à saúde física e psicológica da mulher e no casal (ADAMCHESKI; WIECZORKIEWICZ, 2013).

No período pós-parto a atividade sexual apresenta seu padrão alterado, com diminuição do desejo e do prazer. Estas são mudanças verificadas após o nascimento do bebê, e que podem persistir muito depois do término dos cuidados pós-parto convencionais. O pós-parto é um período de reduzida ou ausente atividade sexual, principalmente em relação ao coito, para a maioria das mulheres, cujas razões vão desde o cansaço referente à gravidez e ao próprio parto até a preocupação com as responsabilidades maternas. Destaca-se também o período necessário para o aparelho genital recuperar-se do parto, particularmente na ocorrência de episiotomia ou laceração. Por outro lado, os baixos níveis de estrogênio tendem a reduzir a lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável (ABUCHAIM, 2006).

Uma pesquisa que entrevistou quinze mulheres no puerpério apontou os condicionantes/ determinantes para o retorno a atividade sexual. Em cinco relatos, das sete que já haviam retornado a atividade sexual, aparece o medo de uma nova gestação. As entrevistadas relataram também o medo da dispareunia, que é a dor durante a relação sexual, além da redução da libido no relato de nove entrevistadas; o qual as mulheres atribuem ao “papel de mãe” e as modificações corporais do puerpério como fatores que despertam vergonha da autoimagem (ENDERLENE et al., 2013).

Estes dados assemelham-se aos achados de Marques e Lemos (2010), que identificaram o medo da dispareunia em 65% das entrevistadas e o medo de uma nova gestação em 45% dos relatos. Diante destas dificuldades, algumas mulheres também relatam o medo de serem trocadas por seus parceiros. De modo a evitar que os parceiros as troquem por outras mulheres, 30% das entrevistadas referem manter relação sexual, mesmo na ausência de prazer, exercendo o ato em caráter de obrigatoriedade.

De acordo com Motta (2012), após o parto a mulher necessita de um período de recuperação e a abstinência sexual de 30 a 40 dias, pois o útero, neste período, estaria se “refazendo” das mudanças ocasionadas pela gravidez. Além disso, nessa fase, a penetração, além de dolorosa, aumenta o risco de desenvolver infecção uterina, pela presença da ferida placentária.

Após o parto são comuns dificuldades entre as mulheres para retomada à sexualidade, diante deste contexto muitas delas ainda experimentam a incompreensão de seus parceiros que desejam, na maioria das vezes, retornar o ato sexual antes do

preconizado. Receosas acerca da possibilidade da infidelidade de seus parceiros, algumas mulheres submetem-se precocemente as práticas sexuais (HOLANDA, 2010).

Em uma pesquisa que buscou os significados dos cuidados na fase puerperal, Stefanello, Nakano e Gomes (2008) também identificaram que durante o período de abstinência sexual, conhecido como “quarentena” e/ou “resguardo”, muitos parceiros, ao mesmo tempo em que compreendem que devem esperar a resolução do período, cobram de suas mulheres o ato sexual. No relacionamento do casal, este assunto envolve as relações de poder entre os cônjuges.

No cenário onde a mulher está exposta a violência dentro do lar, praticada pelo parceiro íntimo (VPI), a negociação das práticas sexuais tornam-se ainda mais dificultadas, uma vez que a mulher vive sujeitada pela opressão exercida pelo companheiro. Estudos apontam que em relacionamentos violentos há maior dificuldade para negociação do preservativo, estando à mulher exposta a possíveis riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis (WINGOOD; DICLEMENT, 1997).

A violência, sob todas as formas, determina uma série de consequências na saúde da mulher. Algumas ocorrem imediatamente após a agressão e outras demoram mais tempo para se manifestarem. Pode implicar na mulher manifestações clínicas agudas ou crônicas, ocorrência de problemas de ordem física, reprodutiva, mental, além de dificuldades na esfera social (BRASIL, 2001).

A vivência da sexualidade após a maternidade, em meio ao contexto de violência, ainda é pouco explorada, e são reduzidas as investigações acerca das vivências da sexualidade no período pós-parto. É necessário conhecer com mais profundidade como se dá a vivência da sexualidade pela mulher, após tornar-se mãe, em um contexto que traz o agravante da VPI, de modo que as intervenções de saúde possam contribuir para a qualidade de vida desta população.

Diante do exposto, tomamos mo questão do nosso estudo: como as mulheres em situação de VPI durante a gestação vivenciam a sexualidade após o parto?

Acreditamos que esta investigação possa trazer subsídios a elaboração de estratégias que visem à abordagem integral das mulheres nos serviços de saúde. De modo que ampliem os olhares para a questão da violência e da sexualidade no período

após o parto, auxiliando no fortalecimento da atenção à saúde das mulheres em situação de violência e empoderando-as para vivenciar as fases do ciclo reprodutivo com qualidade.

## *2. Delineando o objeto de estudo*

---

## **2. DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO**

### **2.1. A MULHER NA SOCIDADE: UM OLHAR SOBRE SEXUALIDADE FEMININA**

Nos últimos três séculos, a maneira de interpretar a existência de “machos” e “fêmeas” humanas foi mudada radicalmente. Durante mais de dois mil anos, dominou-se o entendimento de que os homens eram superiores e que as mulheres não passavam de seres intermediários entre a humanidade e animalidade. Somente a partir do século XVIII, passou-se a admitir a humanidade das mulheres, embora fossem colocadas como seres diferentes dos homens em seus corpos e personalidade. Acreditavam que tais diferenças eram vindas de Deus, ou da natureza, que teriam criado à mulher com características necessárias a procriação (VILLELA; ARILHA, 2003).

A partir no século XVIII, por volta do ano de 1803, que se começava a falar na existência de dois sexos. Anterior a esta definição, no período medieval, a autodefinição, como homem e mulher não consistia na posse de pênis ou vagina; embora as características externas fossem consideradas. Permeava a ideia de um único sexo, no qual a falta da extremidade dos órgãos femininos apenas indicava, sob os olhares da época, a incompletude das mulheres, que eram vistas como homens não desenvolvidos em sua plenitude (HAWKES, 1999).

Após as ideias da existência dos dois sexos, houve uma reviravolta no modo de pensar a existência de homens e mulheres, estas mudanças no modo de enxergar os sexos ocorreram independentes de avanços nos conhecimentos biológicos. Se houvessem esforços em delimitar tais diferenças, haveria estímulos à produção científica. Porém, a apropriação da sexualidade por meio da medicina, tornou o assunto também político. No pano de fundo destas apropriações surgia à ideologia igualitária da Revolução Francesa, as mudanças sociais deste movimento passam a determinar o olhar sobre os sexos. Na busca por igualdade, liberdade e fraternidade, as diferenças impressas pela natureza nos corpos de homens e mulheres passam a delimitar as funções sociais de cada um. As mulheres deixam de serem homens incompletos e passam a ganhar sexo e corporeidade própria. Neste sentido, as mulheres teriam a função sobre, gestar, parir e cuidar do bebê no lar, enquanto os homens estariam incumbidos das funções sociais, políticas e econômicas (VILLELA; ARILHA, 2003).

Neste contexto de mudanças no âmbito da política e economia, os índices de mortalidade infantil eram relativamente altos. Movidos pela necessidade do momento, que requeria aumento populacional, e no contexto da determinação da mulher para a maternidade, as mulheres passam a assumir este papel (BADINTER, 1985).

É relativamente recente o uso do termo sexualidade. A sexualidade foi constituída pelo saber médico, a partir do século XIX, por meio dos avanços dos estudos científicos a esse respeito, neste contexto a medicina ainda considerava a sexualidade relacionada à procriação e o prazer sexual era visto como conduta desviante (GIAMI, 2007).

O surgimento da palavra sexualidade no século XIX representou uma forma de pensar sobre o sexo, dando a possibilidade de alocar em um único conceito toda a complexidade do comportamento erótico. O termo exprimiu a ideia de que sexualidade era alguma coisa que você tinha; algo tangível de forma e fronteira definidas. Este conceito de sexualidade refletiu no foco de preocupação sobre as consequências sociais do desejo sexual na modernidade (HAWKES, 1999).

A sexualidade compreende um contexto muito mais amplo que o sexo propriamente dito, envolve, além do corpo, a história pessoal de cada indivíduo; seus costumes, suas relações afetivas e culturais; assumindo assim dimensões maiores que não se limitam apenas ao coito e a reprodução (BRASIL, 2006).

Quando se fala de sexualidade não se está fazendo referência ao ato sexual, mas ao conjunto de fantasias e ideias que cada um constrói em função daquilo que supõe levar ao gozo. Sexualidade desliza entre atos vividos, reais ou imaginários, sua significação como sexual e o prazer obtido com esse ato que embasam a sexualidade (VILLELA; ARILHA, 2003).

A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações; embora possa incluir todas estas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressas (WHO, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade constitui um aspecto central do ser humano ao longo da vida; abrange identidade de gênero e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É influenciada pela

interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2012).

Há autores que fazem separação da sexualidade em fatores externos e internos. Os fatores externos podem ser exemplificados pela sociedade, sistema econômico, história, área geográfica, religião e costumes. Os fatores internos compreendem as características biopsicológicas, como o sistema afetivo, emocional, intelectual; que são influenciados pelos fatores externos (HALBE, 1993).

Sobre os fatores externos, Foucault aponta a sexualidade como um dispositivo social de controle sobre as pessoas. Mesmo com as variedades culturais e momentos históricos, em qualquer que seja a sociedade, há normas do que é aceito ou rejeitado no exercício da sexualidade. O que tomamos como erótico, ou sexual, são aprendidos de acordo com cada cultura e época; além do mais, as normas seguidas por cada sociedade seguem elementos de produção de ordem social (VILLELA; ARILHA, 2003).

No processo histórico da sexualidade feminina, é possível observar uma relação direta com as demandas sociais. As crenças e práticas referentes à sexualidade da mulher estiveram muito ligadas ao que se esperava da população naquele dado momento.

Por muitos anos a figura feminina manteve-se vinculada apenas à procriação. O prazer sexual não era de direito das mulheres. Acreditava-se que os homens mantinham um “impulso sexual natural” que justificava a busca por relacionamentos extraconjugais. Havia também preocupação na perpetuação da espécie, por meio de herdeiros, no qual os homens não podiam contar com o curto período fértil de uma única mulher. Por outro lado, relacionamentos extraconjugais femininos eram vistos como adultérios imperdoáveis (VILLELA; ARILHA, 2003).

O homem detinha o poder sobre o corpo feminino e o ato sexual ocorria em meio à violência e o uso da força física. À mulher era negado o prazer sexual, pois ela não era dona deste direito; ao contrário do homem, que usava as mulheres para extravasar suas tensões e ainda colocava-se superior a mulher no ato da concepção, reconhecendo-se como figura primordial neste processo (CAVALCANTI, 1998).

Um marco nos estudos sobre sexualidade surge em meados de 1960, época em que foram apontados os primeiros estudos clínicos dos processos fisiológicos da

resposta sexual humana; desmistificando o que por muitos anos acreditou-se sobre o prazer, inclusive sobre o feminino. As investigações laboratoriais analisaram as reações fisiológicas e anatômicas de homens e mulheres. Este modelo científico descreve a resposta sexual, sendo composta por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Cada uma destas fases é dependente da receptividade psicológica e estímulo sexual adequado; podendo ser visual, auditivo ou tátil (HALBE, 1993).

O corpo da mulher sendo descoberto e o sexo sendo entendido não apenas para a procriação, mas também como fonte de prazer, foi um grande avanço nos estudos sobre a sexualidade humana; impulsionando novas descobertas.

No âmbito das políticas públicas, as conquistas frente à sexualidade das mulheres surgem à medida que avançam os apelos sociais. Falar em saúde sexual, sexualidade feminina ou até mesmo direitos sexuais, é um grande avanço; quando comparamos aos longos anos de subordinação feminina e ausência de propriedade sobre o próprio corpo e abstenção de prazer na sexualidade.

Um marco para a sexualidade feminina é a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência do Cairo, realizada em setembro de 1994. Somente neste contexto que a sexualidade começou a aparecer nos documentos internacionais como algo positivo, em lugar de algo violento, escondido pelo casamento heterossexual e pela gravidez. Dando continuidade aos avanços, no ano seguinte em 1995, é elaborada a IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing; que avançou mais alguns passos no sentido de formular um conceito aos direitos sexuais como parte dos princípios dos direitos humanos (PERCHESKY; PARKER; BARBOSA, 1999).

Nestas conferências, foi acordado entre os países, inclusive o Brasil, uma série de ações voltadas a igualdade de gênero, planejamento familiar, entre outros acordos que levaram a criação dos conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva; que devem ser protegidos pela população e pelos programas de desenvolvimento (PERCHESKY; PARKER; BARBOSA, 1999).

Pela primeira vez, por meio das conferências e criação de conceitos a serem seguidos; as mulheres são vistas como seres sexuais além do reprodutivo, detentoras de

direitos humanos para decidir livremente sobre sua sexualidade (PERCHESKY; PARKER; BARBOSA, 1999).

Os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva consideram todo o contexto do indivíduo e atentam ao olhar além do biológico, expandindo-se a abordagem da sexualidade de modo integral. Muito mais do que isso, cabe destacar o poder do indivíduo sobre seu corpo e a tomada de decisões sobre ele.

No que se refere à sexualidade feminina, houve um grande avanço com o passar dos anos. Os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva repercutiram na visão do que é e como é exercer a sexualidade feminina. Hoje as mulheres buscam também a satisfação sexual e o direito sob o próprio corpo; desejando programar suas gestações, até mesmo optar por não ter filhos (HOLANDA, 2010).

Os direitos sexuais abrangem direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e internacionais. Todas as pessoas sem exceção têm direito, livres de qualquer ameaça, a ter acesso à saúde sexual e todos os cuidados de saúde sexual e reprodutiva (WHO, 2012).

Estes direitos vieram com o avanço e o acesso aos métodos contraceptivos. A mulher de hoje não tem a pretensão de retomar a postura de submissão e desvantagem que assumiu por muitos anos. A mulher conquistou muitos espaços e direitos sobre o próprio corpo. Hoje, busca sentir-se amada, desejada e principalmente respeitada (HOLANDA, 2010).

## **2.2. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA EXPRESSÃO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO**

A violência contra a mulher é produto de uma construção histórica. Por muitos anos o homem foi colocado em posição de superioridade à mulher. Na Grécia antiga havia muitas diferenças entre homens e mulheres. Na descrição de República feita por Aristóteles, há descrição dos poderes atribuídos aos sexos, sendo o homem o detentor do maior poder: “Quanto ao sexo, a diferença é indelével: qualquer que seja a idade da mulher, o homem deve conservar sua superioridade” (PEDRO; GUEDES, 2010 apud ARISTÓTELES, 1991, p.29). “A força de um homem consiste em se impor, a de uma

mulher, em vencer a dificuldade de obedecer” (PEDRO; GUEDES, 2010 apud ARISTÓTELES, 1991, p.31).

Estas diferenças entre homens e mulheres, no Brasil, anterior a República, permitia o assassinato de mulheres sob o pretexto de adultério. A relação sexual da mulher, fora do casamento, constituía-se adultério e permitia que o marido matasse a ambos. O código penal de 1930 atenuava o homicídio praticado pelo marido na condição de adultério. O marido que mantivesse relações com outras mulheres era considerado concubinato e não adultério. O código Civil de 1916 passou a considerar o adultério de ambos razão para desquite. Mesmo com a alteração da lei a prática de assassinato de mulheres perdurou (BLAY, 2003).

A violência contra a mulher traz relação com as categorias de gênero e suas relações de poder. Gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Seu uso rejeita explicações biológicas para as diversas formas de subordinação feminina. Torna-se uma forma de indicar as construções culturais, ou seja, a criação social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e as mulheres (SCOTT, 1995).

Entendemos, portanto, que a abordagem de gênero não se limita ao biológico, a anatomia de homens e mulheres, ao “sexo” propriamente dito; mas é um termo muito mais amplo, uma vez que vai além destas questões, englobando representações construídas pela sociedade do que é papel de homem e o que é papel de mulher, que são diferenciados de acordo com a cultura dos diversos povos do mundo; saindo a mulher em desvantagem ao homem, independente da cultura, devido a construções históricas do papel da mulher nas sociedades, que sempre foi de subordinação, ganhando espaço na sociedade há pouco tempo quando comparadas aos homens; espaço este que tem sido conquistado e que ainda permeiam muitos preconceitos.

É a partir deste processo sociocultural de construção da identidade masculina e feminina, que ao menino é ensinado a não maternar, não exteriorizar seus sentimentos, fraquezas e sensibilidades, sendo diferente da mãe e espelhando-se no pai, provedor, seguro, justiceiro; diferentemente da menina, que deve identificar-se com a mãe e com as características definidas como femininas: docilidade, dependência, insegurança, entre outras (PASSOS, 1999).

Isso determina uma hierarquia de desigualdades nas relações entre homens e mulheres, que se constituiu e institucionalizou historicamente em supremacia e dominação masculina, ao lado de inferiorização e subordinação feminina. A naturalização do comportamento agressivo e dos modos violentos, que parecem determinar a masculinidade, levam muitos homens a desconsiderarem os atos violentos, como tais os praticados em suas relações conjugais (DINIZ et al., 2003).

Ao olharmos a violência, na perspectiva de gênero, não está determinado que ela configure-se apenas entre homens e mulheres, mas é neste tipo de relação que o fenômeno é mais difundido, uma vez que as estruturas de poder e as tradições culturais construíram, e ainda constroem, com certa frequência, as desigualdades de gênero ao longo da história (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

A primeira onda do feminismo, que se iniciou em vários países da Europa e da América, ocorreram na segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX, inspiradas nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, reivindicando a cidadania com base na Declaração Universal dos direitos do homem, proclamada na revolução francesa.

“A partir de então o movimento feminista esteve muito ligado à luta pelos direitos humanos, direito de voto feminino, direito a igualdade e regulamentação do trabalho feminino e fundação de creches e escolas pelo Estado. Nesse período, porém, ainda não se questionava a relação homem-mulher” (RODRIGUES, 2013, p. 23 apud LUZ, 1992).

No Brasil, o movimento feminista, inspirado nas lutas dos movimentos do exterior, também surgiu reivindicando direitos; manifestando mais publicamente o direito pelo voto liderado por Bertha Lutz, cientista e bióloga que estudou no exterior, retornando ao Brasil trazendo ideias inovadoras em 1910. Porém, o direito ao voto veio apenas em 1932, quando foi promulgado o novo Código Eleitoral Brasileiro. O direito ao voto, no Brasil, aconteceu quatorze anos mais tarde quando comprado ao Reino Unido, onde foi conquistado em 1918 (PINTO, 2010).

A preocupação teórica com o gênero como uma categoria analítica só emergiu no fim do século XX. Surgiu como um conceito das ciências sociais, sendo utilizado pelo movimento feminista como forma de referência à organização social da relação entre os sexos e as diferenças entre homens e mulheres, possibilitando uma abordagem além do biológico, partindo para a compreensão das relações sociais (SCOTT, 1995).

O feminismo inicial perde um pouco as forças a partir de 1930, tanto na Europa, Estados Unidos, como no Brasil. Retomando, com importância, na década de 60. Em 1963 Betty Friedan lança o livro que passa a ser uma espécie de “bíblia” do feminismo: *A Mística Feminina*. A partir de então as mulheres falam com toda a força, buscando um movimento libertário (PINTO, 2010).

As mulheres começaram a buscar a liberdade da qual foram privadas por séculos; buscando não apenas a igualdade econômica e política, mas também visando a construção de uma sociedade livre de relações preconceituosas; uma luta pela liberdade além da equiparação de direitos, mas principalmente pelo respeito (PEDRO; GUEDES, 2010).

Entre 1960 e 1970, por todo o Brasil, grupos de ativistas, voluntárias, procuravam enfrentar todos os tipos de violência, tornando público crimes contra as mulheres, como estupros, maus tratos e qualquer tipo de violação dos direitos humanos. Ainda assim, inicialmente, a violência contra a mulher era recebida com sarcasmo pela mídia em geral (BLAY, 2003).

No Brasil, durante anos as políticas voltadas às mulheres estavam relacionadas apenas a maternidade; até início dos anos 80 a atenção à mulher estava voltada ao ciclo gravídico puerperal. Em meados de 1980, com o fim do regime ditatorial no Brasil, em meio a movimentos populares, incluindo o movimento feminino, a compreensão das mulheres passou a ir além das questões da maternidade. Uma das políticas pioneiras na saúde da mulher foi à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, contemplando as fases do ciclo vital, sexualidade, planejamento familiar, e embora não contemplasse o conceito de gênero, ainda assim foi visto como um avanço (RODRIGUES, 2013).

Em 1983, foi criado o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina em São Paulo. Em 1985, criou-se a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, um órgão voltado à repressão da violência contra a Mulher, que agora dava espaço a atuação do Estado. Porém ainda predominava, em muitas mulheres que prestavam serviços à delegacia, a cultura machista impregnada na cultura da sociedade. Cada vez mais estudos apontavam que não apenas os maridos agrediam as mulheres, mas também outros parceiros, crimes de gênero perduravam contra as mulheres (BLAY, 2003).

Em 1994, o Brasil tornou-se signatário da convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) que tratava sobre a eliminação de todas as formas de Discriminação Contra a Mulher. O Brasil sendo signatário desta convenção abriu espaço para o olhar aos direitos das mulheres; como respostas do Estado às mulheres foram lançadas as primeiras políticas públicas que reconheciam as diferenças de gênero e, portanto propunham ações diferenciadas às mulheres (RODRIGUES, 2013).

Em 1994, acontece a Convenção Interamericana do Belém do Pará. Esta convenção por meio do Decreto nº 1973/1996, visava prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Retomando o conceito de violência utilizado pelas Nações Unidas em 1993, destaca a violência de gênero e o que se entende por violência psicológica, física e sexual e defendendo o direito das mulheres de viverem livres da violência.

A Convenção do Belém do Pará abriu caminho à lei Maria da Penha, que surge em 2006, por meio da lei 11340/2006, como uma resposta do Estado aos direitos das mulheres; no qual as mesmas agora detinham direito e proteção assegurados pelo Estado. A Lei Maria da Penha, que leva o nome de uma das vítimas de violência por parceiro íntimo, chega para dar voz às mulheres.

Para dar mais força e consolidar a Lei Maria da Penha, em 2007 surge o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, sendo criado o Observatório Para Implementação da Lei Maria da Penha, visando acompanhar o processo de efetivação da lei. Embora tenhamos leis para proteção da mulher, muitas chegam a desconhecer como vítimas de violência, ou quando se reconhecem, muitas vezes não têm autonomia para procurarem os serviços de apoio (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

A violência de gênero, portanto, independe do sexo da vítima e do agressor, sendo formada essencialmente na relação, podendo ambos ter responsabilidade, mas, ainda assim, sendo o homem seu principal causador a partir do assujeitamento da mulher (CARVALHO-BARRETO, 2008).

Dentre as violências de gênero, destaca-se a VPI, que se entende por qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso

psicológico e comportamento controlador (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2001).

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como sendo o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, ou grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. A partir dessa definição, a violência pode ser dividida em três categorias: violência auto infligida, violência interpessoal e violência coletiva. Cada uma delas contendo subtipos. A violência que ocorre nas relações familiares é um subtipo da violência interpessoal e, por sua vez, é dividida em violência entre parceiros íntimos (KRUG et al., 2002).

Dentre os principais tipos de VPI se destacam a violência psicológica, a física e a sexual, como as mais recorrentes. A violência física é ocasionada quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que pode causar lesões. A violência sexual está definida por meio do uso da força para manter relações sexuais ou da influência psicológica por intimidação, aliciamento, sedução, uso de armas ou drogas; já a violência psicológica é entendida como toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (BRASIL, 2001).

A violência contra a mulher se inicia de forma lenta e silenciosa, que progride em intensidade e consequências. O agressor, antes de “poder ferir fisicamente sua companheira, precisa baixar a autoestima de tal forma que ela tolere as agressões” (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). As mulheres em situação de violência tornam-se frágeis e isso provoca efeitos permanentes na autoestima e autoimagem. Devido às condições em que a mulher se encontra, ela possui menor probabilidade de se proteger e fica mais propensa a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher (ADEODATO et al., 2005). As violências física, sexual, emocional e moral não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente (SAFFIOTI, 1999).

Mundialmente, a violência contra a mulher responde 7% das mortes de mulheres entre 15 e 44 anos. Cerca de 40-70% das mortes de mulheres foram provocadas pelo marido, namorado, sendo estes atuais ou ex. Em todo o mundo as mulheres estão sujeitas aos vários tipos de violência e na maioria das vezes o agressor é seu próprio companheiro (WHO, 2002).

A análise das ocorrências extraídas de boletins da polícia civil em Montes Claros-Minas Gerais, de janeiro a dezembro de 2010, revelou 7.487 ocorrências de violência contra a mulher. As ameaças representaram (44,6%), as agressões (28,5%), lesão corporal (25,1%), estupro (1,1%) e algum tipo de injúria (0,7%). A violência praticada contra estas mulheres apareceu em todas as fases do ciclo vital; com maiores índices na fase adulta, sendo (80,9%) dos casos. Chama a atenção que a maioria das notificações de violência foi praticada por alguém muito próximo, sendo o parceiro íntimo responsável por (45,1%) dos casos notificados (LEITE et al., 2014).

Em estudo transversal que objetivava traçar o perfil da violência entre brasileiras, analisou mulheres de 15 a 49 anos residentes na cidade de São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP). Foram selecionadas mulheres que tiveram parceria afetivo-sexual alguma vez na vida; totalizando 940 mulheres em São Paulo e 1188 na ZMP. A violência, ao menos uma vez na vida, praticada por parceiro íntimo, apareceu em 436 entrevistas - 46,4% das mulheres de São Paulo e em 644 entrevistas - 52,2% das mulheres da ZMP. Encontrou-se, em São Paulo e na ZMP, respectivamente 41,8% e 48,9% de violência psicológica, 27,2% e 33,7% física e 10,1% e 14,3% sexual. Houve sobreposição dos tipos de violência associada às formas mais graves. A maior taxa da forma exclusiva da violência foi à psicológica 17,5% em São Paulo e 17,3% na ZMP. A menor taxa foi a da violência sexual, 0,2% em São Paulo e 1,0% na ZMP. Vale ressaltar que a violência psicológica acompanhou 90% dos relatos sobre as formas físicas ou sexuais de violência (SCHRAIBER, 2007).

Estudos mostram que a violência contra a mulher, provocada pelo parceiro íntimo, pode diminuir na gestação e no período pós-parto, respectivamente (CASTRO; RUIZ, 2004; MARCACINE et al., 2013). Em contra partida, há estudos que apontam a continuidade da agressão durante a gestação, chegando a ter aumento da frequência e severidade da violência, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto (PAZ, 2008).

Cabe destacar, que a violência no ciclo gravídico tem sido considerada uma importante questão de saúde, por seu impacto direto e indireto na mortalidade e morbidade materno-infantil (DURAND; SCHRAIBER, 2007). A violência no ciclo gravídico tem sido associada a danos à saúde da mãe e da criança, incluindo mais problemas de saúde durante a gravidez, maior probabilidade de trabalho de parto pré-termo, início mais tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, maior uso de medicamentos no pré-natal e maior utilização de recursos de assistência (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

A violência pode gerar impactos nocivos à saúde das mulheres, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, dificuldade de sono, distúrbios alimentares, problemas emocionais, tentativa de suicídio, envolvimento com álcool e drogas, problemas gastrointestinais, dores difusas; além da maior propensão as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, quando comparadas a mulheres que não sofrem nenhum tipo de violência (WHO, 2012).

### *3. Objetivos*

---

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Compreender como as mulheres em situação de VPI durante a gestação vivenciam a sexualidade após o parto.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar o perfil sociodemográfico e de situação de violência das mulheres sujeitos deste estudo;
- Identificar as vivências de mulheres em situação de VPI na gestação, sobre a sexualidade após o parto.

#### *4. Percurso metodológico*

---

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1. Tipo do estudo**

Para atingirmos os objetivos propostos neste estudo optamos por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa. Segundo Turato (2005) na pesquisa qualitativa o pesquisador busca o "significado das coisas" - podendo ser estas "coisas": fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos- e o que representam à vida das pessoas. Indo mais além, os significados que as "coisas" ganham passam também a ser partilhados culturalmente de modo que organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos.

Na pesquisa qualitativa o paradigma mais influente é o do compreensivismo tendo como núcleo básico o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, ou seja, interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas numa interação dinâmica entre sujeito e objeto. Propõe-se a estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Não visa enumerar e/ou medir os eventos estudados, tampouco emprega instrumentos estatísticos de análise dos dados. Parte de questões de focos e interesses amplos, que vão se definindo no decorrer da investigação. (GODOY, 1995; DESLANDES, 2002).

### **4.2. Local do estudo**

O campo constitui-se uma etapa essencial na pesquisa qualitativa. Consiste no "recorte espacial" que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação (MINAYO, 2008).

Tomamos como ponto de partida a identificação das mulheres em situação de VPI, o Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRSM–Mater), situada na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, local para onde estas mulheres foram referenciadas pelas diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município a partir do terceiro trimestre de gestação, para acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério. Trata-se de uma maternidade com assistência para partos de baixo e médio risco, que desde 2009

compõe os serviços da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, mantida com recursos orçamentários da própria Secretaria e do Sistema Único de Saúde (SUS), sob administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEPA). O CRSM-Mater é referência regional e atende, além de Ribeirão Preto, 26 municípios que integram a DRS XIII.

Posterior à identificação de VPI durante o pré-natal no CRSM-MATER deu-se início a abordagem qualitativa e investigação do fenômeno deste estudo. O local prioritário de pesquisa foi à casa das participantes por meio de visita domiciliar, exceto em condições que não permitiam o livre discurso, como por exemplo, na presença do agressor. Neste último caso, a escolha do local “seguro” era negociada com a entrevistada.

Geralmente a entrevista fluiu mais tranquilamente quando realizada na residência do entrevistado, visto que no ambiente doméstico parece haver mais liberdade para a expressão, tornando as entrevistas mais produtivas. O ambiente doméstico, diferentemente do ambiente de trabalho, por exemplo, tende a não despertar inquietações e interrupções externas (DUARTE, 2002). Por este motivo, o local de primeira escolha era a casa da entrevistada.

### **4.3. Participantes do estudo**

Primeiramente cabe destacar que este estudo fez parte de um projeto maior, cuja proposta foi desenvolvida em parceria interinstitucional, entre um grupo de pesquisadores da EERP-USP e da Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP), os quais tiveram participação estratégica no desenvolvimento de projetos que avaliam o efeito da VPI na gestação, no ciclo gravídico puerperal e amamentação.

As investigações que compuseram este estudo maior alisaram a violência provocada pelo parceiro íntimo, relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Foi investigado a VPI na gestação atual e suas repercussões na saúde sexual e reprodutiva das mulheres (MEIRA, 2013). Buscou-se a prevalência e a classificação quanto ao tipo e frequência da violência, juntamente com a identificação dos fatores

sociais e demográficos das gestantes e seus parceiros, que poderiam estar relacionados à violência; além da identificação dos resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a VPI na última gestação (RODRIGUES, 2013). Em outra investigação, procuraram-se as repercussões da VPI, sofridas na gestação atual, na saúde mental das mulheres entrevistadas (FONSECA-MACHADO, 2014). Analisou-se a prática da amamentação entre mulheres, em situação de VPI durante a última gestação, quanto à duração do aleitamento materno exclusivo (AME), ao nível de auto eficácia materna para amamentar e aos fatores relacionados ao início, estabelecimento da amamentação e desmame precoce (MARIANO, 2014).

O presente estudo foi desenvolvido com as mulheres que tiveram rastreamento positivo para VPI na última gestação, identificado durante as consultas de pré-natal no CRSM-Mater. Como critério de exclusão tivemos as mulheres com dificuldades de compreensão.

Considerando Neme (1995), que aponta o período pós-parto como um momento controverso acerca da delimitação temporal, uma vez que este período pode ser compreendido como o intervalo entre o nascimento do bebê até o retorno do corpo da mulher ao estado pré-gravídico; expandimos os olhares para até um ano e três meses após o parto, uma vez que muitas destas mulheres, até este período, ainda não haviam cessado o aleitamento materno.

De acordo com abordagem qualitativa desta investigação o número de participantes não foi definido previamente, deste modo adotamos como critério a saturação teórica dos dados. A amostragem por saturação é utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final da amostra do estudo quando a inclusão de novos participantes não traz novos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Na metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas está totalmente relacionado à qualidade das informações obtidas em cada depoimento. Enquanto estiverem aparecendo “dados originais” a pesquisa deve prosseguir em direção as pistas que levam as novas perspectivas de investigação. Quando se torna possível a identificação de padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em

questão, a pesquisa de campo dá-se por finalizada; sabendo que o pesquisador pode retomar ao campo se necessário obter esclarecimentos (DUARTE, 2002).

#### **4.4. Procedimento de coleta de dados**

Para as mulheres que vivenciaram VPI durante a última gestação foi realizada análise de prontuário, para obtenção da data do parto e caracterização das participantes acerca da violência sofrida na gestação. Foi realizado contato telefônico para agendamento de visita domiciliar. No período de um ano e três meses após o parto foi realizada a visita no domicílio ou outro local que a participante julgou adequado, na qual, foram coletados dados referentes à sexualidade após o parto. Foi utilizada entrevista semiestruturada, que versava principalmente sobre a vida depois do parto e o sentimento da mulher ao vivenciar a sexualidade após o parto. Além disso, foram coletados dados sócio-demográficos e ginecológicos para fins de caracterização das participantes.

Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004) esta entrevista parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que geram interrogativas e novas hipóteses à medida que se recebem as respostas dos entrevistados. Para os autores, as perguntas fundamentais, que constituem a entrevista semiestruturada, resultam não apenas da teoria que o pesquisador se embasa, mas também das informações que ele já recolheu sobre o fenômeno de interesse.

Ainda, de acordo com estes autores, na entrevista semiestruturada o pesquisador precisa desenvolver um olhar sob o entrevistado de modo que observe também os aspectos não verbais, cuja captação é importante para a compreensão e validação do que foi dito. Na pesquisa qualitativa o instrumento de coleta de dados é denominado “roteiro de entrevistas”, que não é rígido, à medida que pode e deve sofrer modificações em decorrência da necessidade do estudo em ampliar-se.

A entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, que consiste em um encontro entre duas pessoas a fim de obter informações a respeito de um assunto por meio de conversação de natureza profissional. As vantagens da entrevista são consideráveis, visto que por meio desta é possível à obtenção de dados de diferentes

seguimentos populacionais, compostos por analfabetos ou alfabetizados. Tem a vantagem de ser flexível à medida que os questionamentos podem ser formulados para melhor compreensão do entrevistado. O entrevistado pode ser observado em suas condutas e suas reações relacionadas ao discurso. É possível a obtenção de informações mais precisas, à medida que podem ser esclarecidas em tempo (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Por outro lado exige experiência do pesquisador para superar as barreiras da dificuldade de expressão, que pode ocorrer de ambos os lados. Exige cuidado na condução do discurso, de modo a obter informações necessárias. Depende da disposição do entrevistado, ocupa maior tempo e corre-se o risco do entrevistador impor os seus anseios, tendenciado o discurso do entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O roteiro final de entrevista semiestruturada (Apêndice A) desta pesquisa foi estudado e elaborado previamente, de modo a contemplar satisfatoriamente os conteúdos investigados. Foi baseado nos objetivos propostos pelo estudo, com questionamentos norteadores que permitiam o discurso das entrevistadas e o aprofundamento dos temas abordados nesta investigação; de modo que pudéssemos compreender as vivências das mulheres acerca de seus relacionamentos afetivos com seus companheiros, já identificados previamente como agressores por algum tipo de violência, podendo ser esta de ordem psicológica, física e/ou sexual na gestação. Neste momento, voltamos os olhares a esta mulher na peculiaridade do pós-parto, considerando as modificações na estrutura familiar com a chegada da criança. Abordamos também a sexualidade do casal, envolvendo o uso e a negociação de métodos contraceptivos e a autoimagem diante das modificações corporais após a maternidade. Assim, o roteiro semiestruturado desta pesquisa era composto pelas seguintes questões norteadoras: “Conte-me como está a sua vida depois do parto”; “Fale como está, após o parto, o seu relacionamento”; “Fale-me como se sente para vivenciar a sexualidade após o parto”; “Conte-me com quanto tempo após o parto você voltou a ter relações sexuais e como foi à experiência”; “Está fazendo uso de algum método anticoncepcional, fale sobre isso”; “Conte-me como era sua vida sexual antes e como está agora, depois do parto, com a chegada do bebê”.

Todas as entrevistas foram gravadas, com consentimento das entrevistadas, e transcritas na íntegra.

#### **4.5. Pré-teste**

A fim de testar o roteiro da entrevista semiestruturada e a logística da visita domiciliar realizamos um pré-teste. Para a realização do pré-teste foi elaborada previamente uma versão inicial do roteiro de entrevista com base nos objetivos do estudo, de modo que pudéssemos observar sua aplicabilidade prática no campo de pesquisa.

Durante o pré-teste, e após várias escutas da gravação, foram analisadas a forma como a pesquisadora enunciava as perguntas e as dificuldades de compreensão da participante, resultando em ajustes, principalmente na pergunta norteadora que dava início ao diálogo da entrevista. Foi necessário deixá-la mais direta, de modo que facilitasse a compreensão da entrevistada.

A entrevista utilizada para o pré-teste não foi incluída na análise final dos dados.

#### **4.6. Procedimentos de análise e interpretação dos dados**

A análise e a interpretação dos dados na pesquisa qualitativa não tem a finalidade de contar opiniões de pessoas, e sim explorar o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Assim, ao analisar e interpretar as informações neste tipo de abordagem, o pesquisador deve caminhar tanto no que é homogêneo quanto no que se diferencia em um mesmo meio social (GOMES, 2010).

Vale destacar que os termos: “análise e interpretação” são termos distintos à descrição, uma vez que na descrição as opiniões dos informantes são retratadas de maneira fiel e os dados “falam por si”. Na análise o propósito é ir além do descrito, buscando as relações entre as partes decompostas. Na interpretação, que pode ser feita após a análise ou após a descrição, o pesquisador busca o sentido das falas para chegar a uma compreensão mais ampla, que vai além do que está descrito (GOMES, 2010).

Neste sentido, buscamos por meio desta investigação, ir além da descrição das falas das entrevistadas, visando analisar e interpretar o sentido atribuído às expressões utilizadas pelas mulheres durante as entrevistas.

Este método para interpretação de dados de pesquisa qualitativa é proposto por Gomes (2010), o qual denomina-se “método de interpretação dos sentidos”. O autor embasa-se em perspectivas compreensivistas das ciências sociais com concepções fundamentadas na teoria da interpretação da cultura, sistematizada por Geertz em 1998 e perspectivas hermenêuticas e dialéticas. Em síntese, o autor aponta que todo homem é preso a significados, a teias que ele mesmo tece; interferindo e recebendo interferências culturais e socialmente estabelecidas. A interpretação, neste sentido, seria a compreensão das estruturas dentro das bases sociais e materiais. A dialética entre os atores que interagem dentro de determinado espaço e contexto.

A hermenêutica e a dialética, que são constituídas também como base do método de interpretação do sentido, é exposto pelo autor como a busca pela compreensão das falas dos entrevistados. Embasado em Minayo (2002), além das falas, há interesse em compreender sob quais condições esta fala surge.

Didaticamente apresentado em três etapas, Gomes (2010) expõe os caminhos para interpretação dos sentidos, sendo estes: leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material e exploração da síntese interpretativa.

Na primeira etapa, que consiste na leitura compreensiva do material, foram feitas várias leituras diante da mesma entrevista, buscando a real compreensão das falas, antes que pudéssemos partir para as entrevistas seguintes.

Após a leitura, identificamos os temas que expressavam as falas das entrevistadas; partindo assim para a segunda etapa da análise. Foram montadas estruturas de análise temáticas. Neste momento recortamos os trechos dos depoimentos e identificamos as ideias implícitas e explícitas do material. Foram feitos questionamentos e problematização das falas das entrevistadas. Deste modo, fizemos as inferências para alcançarmos a interpretação dos sentidos atribuídos.

Na terceira etapa, buscamos os sentidos mais amplos das falas e ideias; utilizando dos achados na literatura para embasar o estudo. Buscamos considerar e

compreender o contexto dos depoimentos coletados no trabalho de campo; a todo tempo tentando fazer uma “conversa” dos achados com os objetivos da pesquisa.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estava vigente na época da submissão do presente projeto. Dessa forma, o projeto foi avaliado pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob o protocolo nº1436/2011.

Para o rastreamento de VPI no pré-natal, entrevistas foram realizadas em local privativo dentro do CRSM-Mater e sem a presença de acompanhantes, após assinatura do TCLE (Apêndice B). Para as gestantes de 15 a 17 anos, 11 meses e 29 dias foi solicitada ao CEP a dispensa da assinatura do TCLE pelo representante legal. Nestes casos, foi solicitada a assinatura do TALE (Apêndice C). Cabe destacar que a solicitação de dispensa do TCLE pelo responsável legal justifica-se já que, por se tratar de uma pesquisa que investiga a ocorrência de violência, o representante legal pode ser o agressor da adolescente e ter interesse em não autorizar a participação da mesma na pesquisa.

Todas as mulheres participantes da pesquisa receberam folhetos informativos (Apêndice D) sobre violência, contendo a relação dos serviços que visam à proteção da mulher no município de Ribeirão Preto e região. No momento da entrevista, se fosse necessário ou se a mulher desejasse, esta foi encaminhada ao suporte assistencial por meio da rede social de apoio de Ribeirão Preto para atenção integral a pessoas em situações de violência ou condições de risco. Também, para as mulheres que desejaram, foi oferecido atendimento durante o pré-natal pelo serviço de assistência psicológica do CRSM-Mater.

As visitas domiciliares foram agendadas previamente por meio de contato telefônico. As entrevistas ocorreram na ausência do parceiro, em local privativo e

seguro, de acordo com os desejos da mulher entrevistada. Foi garantido sigilo dos dados de identificação pessoal e o uso de codinomes<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Os nomes das entrevistadas foram substituídos por nomes fictícios escolhidos aleatoriamente.

## *5. Resultados*

---

---

## **5. RESULTADOS**

Neste capítulo apresentaremos simultaneamente a interpretação e a discussão dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas com as mulheres em situação de violência provocada por parceiro íntimo durante a gestação.

Deste modo, visamos atingir o objetivo desta investigação, ou seja, compreender como as mulheres em situação de violência por parceiro íntimo durante a gestação, vivenciam a sexualidade após o parto. Buscamos nesta pesquisa interpretar os sentidos atribuídos às falas das mulheres. Consideraremos o meio social, através da investigação do perfil sociodemográfico e investigação da situação de violência enfrentada por estas mulheres. Assim, pretendemos neste capítulo, discutir as vivências das mulheres acerca da sexualidade após o parto.

### **5.1. Perfil das participantes**

Os dados sociodemográficos desta investigação, foram coletados na gestação, durante o pré-natal em uma maternidade de baixo risco no município de Ribeirão Preto-SP. Durante a visita domiciliar, no período pós-parto, alguns dados foram retomados e atualizados de acordo com a mudança do perfil das entrevistadas.

Foram entrevistadas dez mulheres, no período entre quatro meses e um ano e três meses após o parto. Com relação ao tipo de VPI sofrida durante a gestação, todas as mulheres desta investigação estiveram expostas a violência psicológica (VP). Duas tiveram episódios de violência psicológica associada também à violência física (VF). Uma vivenciou três tipos de VPI na gestação, à psicológica, física, e a violência sexual (VS). Estes dados assemelham-se aos achados de outra investigação que analisou a VPI no ciclo gravídico puerperal, em que se observou na gestação o aumento da violência psicológica quando comparada à violência física e sexual (SILVA et. al., 2011).

As entrevistadas eram todas adultas, com idades entre 19 e 41 anos. Com relação à ocupação das mulheres, durante o pré-natal, cinco relataram fazer parte do mercado formal de empregos, três referiram estar desempregadas e duas referiram dedicar-se aos cuidados do lar. Após o parto o perfil profissional destas mulheres manteve-se o mesmo, exceto em um dos casos, o caso da entrevistada Naiara, que a condição de

desempregada foi modificada após inserção no mercado formal, depois de onze meses após a chegada do bebê.

Metade das participantes referiu que os parceiros são os principais provedores do lar, sendo a renda familiar média de três salários mínimos. Quanto à situação de moradia, três residem em casas emprestadas, três em casas alugadas e quatro em residência própria.

A escolaridade das participantes variou entre cinco e onze anos de estudo, sendo seis mulheres com onze anos de estudos; o equivalente ao ensino médio completo. Salientamos que todas as mulheres entrevistadas eram alfabetizadas, porém nenhuma possuía ensino superior. Acerca dos anos de estudo, Spindola, Penna e Progianti (2006) apontam que a baixa escolaridade pode ser considerada como um agravante à saúde das mulheres, uma vez que a população com menor entendimento pode apresentar dificuldades de compreensão quanto os cuidados de saúde.

Com relação à cor auto referida, sete consideram-se brancas e três pardas. No que diz respeito à religião, seis mulheres declararam religião evangélica. Duas relataram acreditar em Deus, porém não possuir religião específica. E duas referiram à religião católica.

Durante o pré-natal, as 10 mulheres entrevistadas mantinham algum tipo de relacionamento com parceiro íntimo, independente de coabitação. Quatro declararam-se casadas, sendo que uma das mulheres estava em processo de separação ainda na gestação. Seis mulheres declararam viver em relacionamentos consensuais, sendo que uma delas era divorciada de um relacionamento anterior. Destas seis mulheres, uma já estava deixando o parceiro ainda na gestação.

No período após o parto deparamo-nos com o desfecho dos casos que estavam em processo de separação durante a gestação. Ester (que era casada) e Marisa (que vivia um relacionamento consensual), de fato concluíram o processo de separação. Ester, no momento da entrevista desta investigação, declarou ter iniciado o namoro após quatro meses do divórcio. Marisa refere também ter tido um novo relacionamento, porém não duradouro, referindo estar sozinha no momento desta investigação. Além destes casos, já sinalizados durante o pré-natal como possíveis separações, nos deparamos também com a Laís (que vivia um relacionamento consensual), e na ocasião da visita domiciliar

desta investigação, relatou o término do relacionamento dois meses após o parto, estando sem companheiro desde então, ou seja, há três meses na data da entrevista.

**Quadro 1- Perfil das participantes**

Codínomes	Idade	Cor Referida	Anos de E estudo	Religião	Ocupação no Pré-natal	Est. Civil Pré-natal	Tempo Relac. (meses) Pré-natal	Tipo de VPI na gestação.	Período Pós-Parto. (meses)	Est. Civil Pós-parto
Ana	24	Parda	10	Crê em Deus	Do lar	Casada	72	VP	4	Casada
Ester	25	Branca	11	Evangélica	Mercado formal	Casada (em processo de separação)	60	VP/ VF/ VS	9	Divorciada
Laís	19	Branca	11	Católica	Desempregada	Amasiada	15	VP	5	Solteira
Rafaela	26	Parda	9	Evangélica	Do lar	Casada	120	VP	5	Casada
Gisele	31	Branca	11	Evangélica	Mercado formal	Amasiada	120	VP	5	Amasiada
Marisa	22	Parda	11	Católica	Mercado formal	Amasiada (em processo de separação)	24	VP	15	Solteira
Janaína	30	Branca	11	Evangélica	Mercado formal	Amasiada	144	VP/ VF	8	Amasiada
Naiara	37	Branca	5	Evangélica	Desempregada	Divor./Amas.	42	VP	11	Divor./Amas.
Beatriz	29	Branca	11	Crê em Deus	Desempregada	Amasiada	84	VP/ VF	13	Amasiada
Josiane	41	Branca	7	Evangélica	Mercado formal	Casada	12	VP	15	Casada

### Entrevista 1- Ana

Ana na ocasião da consulta de pré-natal declarou relacionamento com parceiro íntimo, referiu ser casada há 72 meses, o equivalente a seis anos de união. Ana referiu não ter religião, mas acreditar em Deus. Relatou também ter cursado dez anos de estudo e se ocupar com as atividades do lar. De acordo com a entrevistada, o seu parceiro é um ano mais novo, 23 anos. Apesar de possuir menor escolaridade, cinco anos de estudo, o parceiro é o provedor da família; recebendo cerca de dois salários mínimos e meio, como remuneração da atividade que exerce no mercado formal de trabalho. O casal possui imóvel próprio.

Ana, durante o pré-natal, classificou a convivência com o seu parceiro como ruim, sem alterações no modo de se relacionar durante a gestação. Anterior à gestação, o casal não estava fazendo uso de métodos contraceptivos. De acordo com Ana, a última gestação foi planejada e desejada.

Na gestação, referiu ter sofrido insultos de seu parceiro e classificou a ocorrência como algo que aconteceu poucas vezes. Para a entrevistada, o comportamento do parceiro não afetou sua saúde e ela permaneceu no relacionamento por não poder

sustentar os filhos sozinha, além de amar o parceiro, o perdoar e achar que ele iria mudar. Ana, não considerou ter sofrido violência na vida.

Após quatro meses, foi feito contato telefônico para agendamento de visita domiciliar. Ana estava sorridente, e relatou estar feliz por ter o seu parceiro presente em casa. Referiu que o parceiro é pai de uma menina, fruto de outro relacionamento. Juntos, o casal possui três filhos. Ela relata que o parceiro nunca foi de ficar em casa. No nascimento dos dois filhos mais velhos o seu marido chegava a ficar dias longe de casa. Ana associa à chegada do bebê a mudança do comportamento do parceiro, que agora passara a ficar em casa e a demonstrar afeto pelo filho.

Ela refere que não se adaptou ao método contraceptivo indicado na maternidade, e na ocasião da visita, não estava fazendo uso de nenhum método. Refere ter retornado à sexualidade antes dos quarenta dias, mais exatamente depois de sete dias; relatado como um desejo motivado por ambos. Por outro lado, ela refere que após o parto o seu desejo sexual ficou diferente, mas não atribui nada ao fato, pensa que talvez seja o fato de estar fumando um pouco mais que o normal. Refere ter ficado indisposta, mas mesmo assim prefere atender os desejos do marido que a ameaça dizendo: “não tenho em casa então eu vou caçar na rua!” Ela sorri, e leva em tom de brincadeira. Refere não querer ter mais filhos, mas o parceiro, de acordo com a entrevistada, brinca ao dizer que ainda quer ter uma menina, visto que juntos eles tem apenas filhos do sexo masculino.

### **Entrevista 2- Ester**

Ester, 25 anos, casada, referiu, durante a entrevista no pré-natal, que estava em processo de separação, após permanecer com seu parceiro por 60 meses, o equivalente há cinco anos. Ester relatou possuir ensino médio completo e trabalhar no mercado formal. Ela não recordava a escolaridade do parceiro e referiu que o mesmo estava desempregado. Relatou que seu companheiro fumava em média vinte cigarros por dia, fazia uso de bebida alcoólica uma ou duas vezes por semana, além do uso de drogas ilícitas, como a cocaína; porém ela não soube informar a frequência. A entrevistada referiu que ela e seu pai eram os provedores do lar, com renda familiar de aproximadamente oito salários mínimos. A moradia da entrevistada foi declarada

própria. Ester classificou seu relacionamento como bom e com a gestação havia ficado melhor. O casal não estava fazendo uso de métodos contraceptivos. Ela referiu que a gestação não foi planejada, porém desejou o bebê, que seria o segundo filho do casal.

Na gestação ela sofreu de seu parceiro insultos, sustos, humilhação e ameaças a ela ou a alguém que ela gostava, o qual ela classificou a ocorrência em muitas vezes.

Relatou ter sofrido também violência física: tapa, empurrão, foi machucada com soco ou objeto, recebeu chute ou surra, estrangulamento de propósito; e ameaças com arma de fogo, faca ou outro tipo de arma. Estas situações ocorreram muitas vezes durante a gestação, segundo a entrevistada. Relatou também ter tido relação sexual por medo do que o parceiro pudesse fazer, o qual ela classificou como um evento que ocorreu poucas vezes. Para ela o comportamento do parceiro afetou a sua saúde física ou mental de intensidade média. Porém ela permaneceu com ele, por acreditar que era o melhor para seus filhos, porque o amava, acreditava que ele iria mudar, além de perdô-lo e atender ao pedido do parceiro para que ela voltasse. Ela considerou já ter sofrido violência na vida.

Após tentar permanecer no relacionamento, ela decidiu pela separação quando ainda estava gestante. Ester foi visitada após nove meses de período pós-parto. Ela conta que após quatro meses que estava divorciada passou a viver um novo relacionamento, o qual ela classificou como namoro. Por não ter tido parceiro antes, referiu ter retomado a sexualidade entre sete e oito meses de período pós-parto. O namorado atual é uma pessoa que ela já conhecia. Ela referiu ter ficando conversando com seu atual namorado durante um ano, até assumirem de fato o relacionamento.

Ester acredita que os homens não gostam do preservativo e por isso prefere fazer uso do anticoncepcional oral. Ela não gostaria de ter mais filhos, já que ela tem duas crianças. Mas ela acredita que o parceiro gostaria de ter um filho do casal, pois às vezes ele comenta a respeito deste desejo. Ester referiu estar feliz e satisfeita com a nova fase de sua vida. Relatou sentir confiança em seu novo parceiro, com quem mantém uma boa comunicação. Para ela, eles estão vivendo um relacionamento maduro e com bastante diálogo.

**Entrevista 3- Laís**

Laís, 19 anos, na ocasião do pré-natal declarou viver em união consensual há quinze meses, o que corresponde a um ano e três meses. Laís possui 11 anos de estudo e referiu estar desempregada. Seu parceiro, com 19 anos, possui nove anos de estudo e trabalha no mercado formal, sendo ele na ocasião do pré-natal o provedor da família com um salário mínimo. Moravam em residência alugada. De acordo com Laís a convivência do casal era boa e não havia sofrido nenhuma modificação com a gravidez.

No último ano o casal não estava fazendo uso de nenhum método contraceptivo. A gravidez não foi planejada, mas foi desejada, de acordo com Laís. Assim tiveram o primeiro filho.

Ainda na gestação, Laís refere que seu parceiro fez coisas para assusta-la ou intimidá-la de propósito por uma vez, mas ela permaneceu no relacionamento por amá-lo e por ele ter pedido que ela não o deixasse. Ela referiu que o perdoou e acreditou que ele mudaria. Embora acredite que tal comportamento do seu parceiro não tenha afetado sua saúde física ou mental, considerou ter sofrido violência.

Laís foi visitada no quinto mês de período pós-parto. Na ocasião ela relatou estar separada do parceiro desde quando a bebê completou dois meses, pois percebeu a relação distante do companheiro após a chegada do bebê. Ela imaginava que diante da paternidade o seu parceiro fosse ficar “maduro”, que de certa forma ele mudaria para melhor. Porém, na visão dela, isto não aconteceu. Laís e o bebê foram morar na casa de seus pais. O parceiro também voltou a morar com os pais dele. Ela relata que seu parceiro visita a bebê, mas não exerce o seu “papel de pai provedor”, uma vez que não supre as necessidades da filha. Ela conta que após a separação do casal, os pais dela que são os avós do bebê, passaram a ajudar nos gastos necessários. Refere ter esperado a “quarentena” para retomar a sexualidade. Ela decidiu esperar, pois tinha medo de engravidar novamente, mesmo com os pedidos do parceiro para que fosse antes. Laís ficou muito insatisfeita com seu corpo após o parto. Relata que seu parceiro exercia forte cobrança ao chama-la de gorda, fato que a deixava muito triste. A satisfação sexual de Laís ficou alterada após o parto. Ela referiu que sentia muita dor e atribuiu o desconforto ao uso do anticoncepcional injetável. Refere que seu parceiro não a procurava com a mesma “vontade” de antes. Laís, afirma não estar namorando no

momento. Ela só aceitaria um novo relacionamento se o novo parceiro aceitasse sua filha e cuidasse dela com carinho. Relata que seu desejo é ter o seu companheiro novamente, para que juntos formassem uma “família normal”.

#### **Entrevista 4- Rafaela**

Rafaela, 26 anos, referiu ser casada há 120 meses, o equivalente há 10 anos. Relatou ocupar-se das atividades do lar e possuir nove anos de estudo. Seu parceiro, 37 anos, foi apontado como o provedor da família, com renda de aproximadamente três salários mínimos, o qual recebe por meio do trabalho informal. O parceiro possui onze anos de estudo. Na ocasião do pré-natal, Rafaela referiu que a convivência com seu parceiro era boa, mas que na gestação havia piorado. O casal estava fazendo uso apenas do preservativo no último ano, como uma escolha da Rafaela. Ela referiu que o casal planejou e desejou a segunda gestação.

Neste período, o parceiro de Rafaela a insultou e fez com ela sentisse mal a respeito dela mesma, evento que ela classificou como algo que ocorreu muitas vezes nesta última gravidez. Mesmo assim, ela permaneceu com seu parceiro, porque não queria deixar as crianças, além de acreditar que o casamento é sagrado. Escolheu permanecer com o parceiro pelo bem da família/ filhos e por amá-lo, além do fato dele ter pedido que ela ficasse; assim como a família também pediu que ela não deixasse o esposo. Ela referiu que o perdoou e achou que ele iria mudar. Rafaela, não acredita ter sofrido violência.

No quinto mês de período pós-parto, Rafaela recebeu visita domiciliar. Contou que não teve problemas para esperar pelos quarenta dias para enfim retomar a sexualidade, por outro lado, sua vizinha dizia que não era necessário esperar, e quando via Rafaela e seu esposo, fazia algum comentário em tom de brincadeira a respeito da espera. Ela refere que esperou mais do que o recomendado, por não sentir vontade e por acreditar que o parceiro que deveria a procurar. Para ela o parceiro deveria ajudar mais nas atribuições da casa e nos cuidados com o filho. Referiu estar desanimada para as atividades atribuídas a ela, além de estar insatisfeita com as mudanças corporais do puerpério, que se acentuam com os comentários do marido, que deseja que ela emagreça.

Para Rafaela, ser mãe traz alegrias, mas também muitas restrições. Ela não confia em deixar o bebê com terceiros e abre mão de atividades de lazer por este motivo. A ela cabem os cuidados com os filhos e com o lar. Ao marido cabe o sustento da família.

### **Entrevista 5- Gisele**

Gisele, 31 anos, declarou possuir 11 anos de escolaridade e ser empregada do mercado formal, assim como seu parceiro. Ambos trabalham e contribuem com renda familiar. O parceiro tem oito anos de escolaridade. Ela relatou que vive em relacionamento consensual há 120 meses, o equivalente há 10 anos. Referiu residir em casa própria. Gisele relatou que a convivência do casal na gestação era, na maioria das vezes boa, e com a gestação não havia mudado.

No último ano, por escolha própria, Gisele estava fazendo uso de anticoncepcional oral e coito interrompido. Relatou que planejou e desejou a gestação do segundo filho do casal.

Na gestação, referiu ter sofrido insultos do parceiro, evento que ela classificou como ocorrido poucas vezes. Ela não considerou que tais eventos tenham afetado sua saúde. Permaneceu no relacionamento por amar o parceiro, por ele pedir que ela ficasse, por perdoá-lo e por achar que ele iria mudar.

Refere que o bebê foi bem vindo à família, mas sente que sua chegada modificou a dinâmica familiar. Com o bebê, o casal acredita que não podem fazer coisas que faziam antes, como sair por exemplo. Ela também atribui à chegada do bebê a redução da frequência sexual do casal, pois o bebê dorme no mesmo quarto. Assim, o parceiro sente-se incomodado em vivenciar a sexualidade na presença do bebê.

### **Entrevista 6- Marisa,**

Marisa, 22 anos, relatou possuir 11 anos de escolaridade e ser empregada no mercado formal. Na ocasião do pré- natal declarou relacionamento consensual, porém

estava deixando o parceiro, com quem conviveu durante dois anos. O parceiro, também com 22 anos de idade, nove anos de estudo e trabalhador do mercado formal. O casal morava em residência alugada. Ainda na gestação, Marisa deixou o seu parceiro e passou a morar na casa da cunhada. Referiu que ela e o cunhado eram os provedores do lar, com o equivalente a três salários mínimos.

Na gestação, referiu que a convivência com o parceiro era na maioria das vezes boa e com a gestação havia melhorado. Em contra partida, Marisa conta que foi traída pelo parceiro durante a gestação, sem saber ao certo o motivo da traição. Ela atribui às alterações corporais da gestação. Quando soube da traição decidiu deixar o companheiro, mas logo retomaram o relacionamento, uma vez que Marisa o perdoou e o aceitou novamente. No sétimo mês de gestação Marisa refere ter sido traída mais uma vez. Então, ela optou por deixar o parceiro e prosseguir para o término do pré-natal e parto sem a presença dele.

Quando estava com seu parceiro, o casal não estava fazendo uso de métodos contraceptivos, por decisão dela. Mesmo sem fazer uso de métodos contraceptivos, refere não ter planejado a gestação, porém desejou o bebê.

Na gestação Marisa foi vítima de insultos, classificado como evento que ocorreu poucas vezes e depreciação/humilhação como evento que ocorreu por muitas vezes. Marisa não considerou que a violência tenha afetado sua saúde física e mental. Referiu ter continuado o relacionamento pelo bem da família/ filho, além de amar o parceiro e acreditar que ele iria mudar. O parceiro também chegou a pedir que ela voltasse.

Após a segunda traição, passado dois meses do ocorrido, Marisa iniciou um novo relacionamento, com quem decidiu esperar pelo término da quarentena para retomar as práticas sexuais; mesmo sob a pressão do então namorado para que não esperassem. Porém no momento refere não estar namorado ninguém. Relata ter ficado “desiludida” com seu antigo relacionamento e tem medo de sofrer novamente. Ela relata que agora, com o bebê despente de seus cuidados, é necessário escolher muito bem um novo parceiro; precisaria ser alguém que ame e respeite sua filha.

**Entrevista 7- Janaína**

Janaína, 30 anos, declarou possuir 11 anos de estudos. Referiu relação consensual há 144 meses, ou seja, 12 anos. Seu parceiro possui 10 de estudos. Janaína refere que eles são donos de uma empresa e trabalham juntos no mercado formal. Ambos residem em casa própria e contribuem igualmente com as despesas do lar. A renda do casal chega a sete salários mínimos. Janaína classificou, durante o pré-natal, o relacionamento do casal como bom e referiu que a gestação não havia modificado a convivência do casal. Ela relatou ter feito uso de métodos contraceptivos no último ano, sendo este método o hormonal oral por escolha própria. Relatou que este segundo filho foi planejado e desejado.

Referiu ter sofrido ameaças de seu parceiro, ameaças de machucar a ela ou alguém que ela gostava. Tal violência ocorreu na gestação como um evento que ela classificou como ocorrido poucas vezes. Também foi vítima de empurrão, tranco ou chacoalhão por uma vez na gestação. Ela considera que estes episódios de violência afetaram sua saúde mental de intensidade pouco. Porém referiu não ter deixado o parceiro por amá-lo, perdoá-lo e acreditar que ele iria mudar.

Janaína foi visitada no oitavo mês após o parto. Foi difícil o contato e após várias tentativas ela aceitou a visita, que neste caso foi agendada na empresa da entrevistada, após a mesma relatar que era este o local de sua preferência. Ela e o parceiro trabalham juntos na empresa. Para ela participar da pesquisa, negociamos um horário em que não haveriam clientes agendados. Ela reservou para entrevista uma sala isolada; espaço que ela utiliza para trocar as fraldas do bebê e deixa-lo brincando enquanto ela trabalha.

Refere ter retornado ao trabalho quando o bebê completou quatro meses e desde então o leva para o serviço. Ela acredita que o bebê ainda é muito pequeno para ser matriculado em uma escolinha, para ela o ideal será após o bebê completar um ano. Por vezes, ela refere que o bebê chora e que ela faz pausas para amamentá-lo. O fato de o bebê chorar deixa o parceiro de Janaína irritado, e por este motivo, ele ameaça machucar o filho do casal; fato que a deixa chateada. Ela refere que trabalhar junto com o parceiro e dividir as atividades profissionais com a maternidade são motivos de brigas

entre o casal. Ela sente que ficou mais afastada do parceiro com a chegada do bebê, pois agora ela está dividida entre a maternidade, os cuidados com a casa e o emprego.

### **Entrevista 8- Naiara**

Naiara, 37 anos, relatou possuir cinco anos de estudo e na ocasião do pré-natal declarou-se desempregada. Ela é divorciada de outro relacionamento e convive com seu parceiro em um relacionamento consensual há 42 meses. O parceiro possui cinco anos de estudo e trabalha no mercado informal. Ele é o provedor da família, mas Naiara não sabe informar a renda familiar. Residem em moradia emprestada.

Naiara classifica o relacionamento do casal como ruim, relatando piora com a gestação. Por escolha própria estava fazendo uso de anticoncepcional oral no último ano e não planejava a gestação, porém desejou. Seu parceiro queria um menino e ela agradece a Deus pelo fato da criança vir com o sexo desejado pelo companheiro. Ela tem seis filhos e com este parceiro apenas dois. O primeiro filho do casal foi uma menina e agora ele queria um menino.

Naiara refere que o bebê, neste período de 11 meses, já teve três pneumonias, chegando a ficar internado no CTI. Ela atribui a fragilidade do filho às brigas do casal, que ele presencia dentro de casa. Ela refere que ela e o parceiro se agriem com frequência e um dos motivos das discussões é o fato do parceiro não assumir o “papel de homem casado”. Ela conta que o parceiro não quis esperar pelos quarenta dias para retomar a sexualidade e acabaram retomando com 20 dias, sem que ela desejasse. Ela refere ter cedido aos desejos do marido pelo fato dele ser homem e mais jovem. Naiara refere que o parceiro não toca em seu corpo durante o ato sexual e que sempre foi assim. No retorno a sexualidade ela refere ter sentido dor, mas não ter falado nada para o marido, pois ele não se mostra aberto ao diálogo.

Ela refere que há dez dias, começou a trabalhar. O marido não deixa faltar às coisas em casa, mas ela não deseja apenas comida, e sim alcançar sonhos. A única forma que ela vê de alcançar seus objetivos é por meio do trabalho. Para isso, o bebê tem ficado com uma cuidadora.

Naiara relata não querer mais filhos, visto que já teve seis e considera-se velha para uma nova gestação. Porém, seu parceiro não quer assinar os papéis para que ela faça a laqueadura.

### **Entrevista 9- Beatriz**

Beatriz, 29 anos, referiu possuir 11 anos de estudos e na ocasião do pré-natal declarou-se desempregada. Relatou conviver com seu parceiro em uma relação consensual há 84 meses, o equivalente há sete anos. O casal vive em residência alugada. O parceiro tem nove anos de escolaridade e trabalha no mercado informal, de onde vem à renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos e meio. Para Beatriz, a convivência do casal, durante o pré-natal, foi classificada como boa e teve melhora com esta última gestação. Ela refere ter escolhido o anticoncepcional oral como método contraceptivo do último ano, mesmo assim, engravidou sem planejar e não desejou a gravidez. Ela refere ter tido quatro gestações, sendo um aborto. Este bebê é seu terceiro filho.

Na gestação, Beatriz sofreu ameaças de seu parceiro, a ela ou a alguém que ela amava. Também recebeu tapa ou objeto que a pudesse machucar; e empurrão, tranco ou chacoalhão. Todos estes atos foram praticados pelo parceiro durante a gestação, os quais ela refere terem ocorrido apenas uma vez. Ela considera que o comportamento do parceiro afetou sua saúde, de pouca intensidade. Mesmo após os episódios, ela permaneceu com o parceiro por acreditar que era o melhor para a família/ filhos, porque o amava, ele e a família pediram que ela voltasse, além de acreditar que o parceiro mudaria.

Ela refere que após a agressão ela deixou o parceiro, que foi para a casa da mãe dele. Ela o denunciou, e após a denúncia o oficial de justiça os procurou e conversou com ambos. Ela referiu que não desejaria retirar a queixa, mas não gostaria de vê-lo preso. Porém, foi orientada que a decisão de prisão, ou não, seria do juiz e o fato de prosseguir com a denúncia poderia resultar na prisão. Assim, ela preferiu não dar continuidade à queixa, mas não deixou o parceiro saber de sua decisão. Após esta atitude, ela refere que nunca mais ocorreram episódios de violência, e desde então vivem bem na mesma casa.

Beatriz refere que gostaria de trabalhar, visto que ainda encontra-se desempregada, mas para isso o bebê deve completar um ano de idade para ser aceito na creche do bairro.

### **Entrevista 10- Josiane**

Josiane, 41 anos, declarou possuir sete anos de escolaridade e referiu ser empregada do mercado formal. Na ocasião do pré-natal, referiu ser casada há um ano. Seu parceiro possui 11 anos de escolaridade e trabalha no mercado formal. Ambos residem em uma casa emprestada e contribuem para a renda familiar de aproximadamente três salários mínimos.

Josiane relatou que o relacionamento do casal era na maioria das vezes bom e com a gestação havia melhorado. Refere que estava fazendo uso de método contraceptivo, hormonal oral, por escolha própria. Com o bebê, agora tem três filhos, sendo os dois mais velhos frutos do relacionamento anterior. Relata não ter planejado o bebê, mas aceitou.

Na gestação refere ter sido vítima de insultos do seu parceiro, evento que ocorreu uma vez, de acordo com a entrevistada. Ela não considerou que o episódio de violência afetou a sua saúde física e mental. Dentre os motivos de permanecer no relacionamento após o insulto, ela classificou os seguintes: o casamento é sagrado, não queria deixar as crianças, pelo bem da família/ filhos, amava o parceiro, ele pediu que ela ficasse, além de ter perdoado o parceiro e achar que ele iria mudar.

Josiane relata que seus filhos, do relacionamento anterior, são do sexo masculino e que ela sempre desejou ter uma menina. Agora, com a chegada do bebê do sexo desejado, Josiane está realizada e feliz; relata que a bebê é a alegria da casa. Em contrapartida seu parceiro gostaria de ter mais um filho, desta vez outro menino, filho de ambos. Josiane refere não concordar com a postura do parceiro e em tom de brincadeira relata que seus filhos já são os meninos que o parceiro deseja.

## 5.2. Temáticas

Os dados das entrevistas resultaram em seis temáticas: 5.2.1. A construção da maternidade; 5.2.2. A maternidade e o mercado de trabalho; 5.2.3. Relacionamento do casal; 5.2.4. Sexualidade e a maternidade; 5.2.5. Autoimagem e 5.2.6. VPI após o parto.

### 5.2.1. A construção da maternidade

A maternidade, na fala das entrevistadas, é descrita como um momento esperado, de intensa alegria e realização. Descrevem que a chegada do bebê vem acompanhada de mudanças na vida da mulher, porém em algumas falas, tais modificações estão relacionadas a vivências positivas. Relatam a ansiedade da espera durante a gestação, e a expectativa para enfim receber o bebê, e com ele a alegria da maternidade.

*“Minha vida mudou bastante! Adorei ter filho né?! Muito bom! É gostoso! A experiência tá sendo boa! (Risos)... Estou feliz por ter tido ele... Pra mim está sendo uma experiência boa... É Gostoso! Era tudo que eu queria: ser mãe! É muito bom! Eu agradeço a Deus!” (Rafaela).*

*“Antes eu ficava muito agoniada com aquela barriga né? E ansiosa esperando meu bebê nascer pra eu ver o rostinho dela... Depois que nasceu... Foi só alegria!” (Marisa).*

Por outro lado, apresentam certa ambivalência ao demonstrarem no discurso as dificuldades enfrentadas ao trilhar os caminhos da maternidade, que na visão das entrevistadas, implica em renúncias a atividades antes tidas como prazerosas. Para as mulheres desta investigação, ter um filho é ter um compromisso o qual cabe à mãe às responsabilidades. Elas atribuem à figura materna os cuidados com o bebê. As renúncias dão lugar à aceitação da condição de mãe, que nas falas das entrevistadas, é a condição de cuidadora, que se preocupa e está a disposição.

*“Depois que chega os filhos tem muita coisa que tem que deixar de fazer... Eu sou muito saideira... Agora tem lugar que num dá para eu ir e eu tenho que ficar em casa... Vai ter o acampamento de carnaval na minha igreja... Ele (o bebê) vai estar com dez meses e minha irmã quer que eu vá! E eu num quero ir! Ele vai estar pequeno! É coisa que a gente tem que aceitar (risos). Igual, eles num tem culpa né?! Então, eu num fico chateada!” (Rafaela).*

*“Antes eu saía, curtia a vida... hoje não, se eu penso em sair eu já: “ai, eu tenho a bebê, eu tenho que ficar e criar uma responsabilidade né”?! Você pensa em sair... Como você vai sair e deixar sua filha com os outros?! Você fica: “Ai, não vou sair, tenho que ficar com a minha filha...” Meio que não confia né?! Muitas coisas mudam mesmo sabe?! Você fica mais preocupada, você não dorme como era antes, qualquer tossezinha que seu filho dá você já quer acordar: “Nossa o que ela tem? Está com febre?” Isso é uma preocupação...” (Marisa)*

Nestes discursos, faz-se entender, que cabe à mulher a responsabilidade pela integridade física e psíquica do filho. Deste modo, deve estar disposta a abdicar-se de certos prazeres em função do bebê. Há uma construção do que seria a maternidade no plano ideal, que para as mulheres deste estudo, é ser uma mãe zelosa que renuncia a si mesma em função do que julga ideal a qualidade de vida da criança.

Estes resultados coincidem com a teoria do “Mito do amor materno”. Badinter (1995) discorre acerca das construções da maternidade tal como conhecemos hoje, a qual foi transformada ao longo dos anos como resultado das necessidades políticas e econômicas do século XVIII. Motivados pelo capitalismo e pela emergente necessidade de crescimento populacional, a sobrevivência da criança passou a ter interesses sociais. Para tanto, passou-se a falar em “amor materno”, como algo instintivo e necessário a manutenção da vida dos bebês, uma vez que passaram a serem assistidos de perto por suas mães, cuidados com zelo e exclusividade; principalmente na primeira etapa da vida, anterior ao desmame, momento onde ocorriam as maiores taxas de mortalidade infantil.

Ainda hoje, considerando toda construção histórica a cerca da maternidade, podemos observar nas falas das entrevistadas este ideário materno e a figura da mãe como quem protege o filho e o livra de todo mal, ainda mais quando este é “pequeno”.

Em face da maternidade, as entrevistadas apontam a necessidade de tornarem-se pessoas maduras e responsáveis pelo novo ser dependentes de cuidados. Ser mãe aparece relacionado às mudanças de comportamento de algumas mulheres, que passam a dedicar-se exclusivamente ao bebê. A chegada da criança é o “divisor de águas” na vida da mulher, que agora precisa apresentar uma postura correta e passar a ser uma referência ideal. Assumir o papel de mãe é de certa forma deixar de ser filha/ menina, para ser mãe/ mulher. Algumas vezes estes papéis se conflitam, outras vezes se mesclam.

*“Mais depois que a gente tem filho à gente amadurece! E sabe dar valor nos pequenos detalhes que a gente tem... Estou muito feliz, criei mais responsabilidade, amadureci mais um pouco; virei um pouco mulher, mais um pouco criança porque que eu brinco com ela né?! 24 horas... Então... Você fica meio assim: meio que mulher adulta na responsabilidade, meio criança, meio boba, você num sabe que jeito que você fica! Que você tem uma filha bebê, você tem que mais que brincar dar carinho, amor e atenção! (...) Se num fosse ela (a bebê) eu estaria torta nesse mundo! Ela também me ajudou a concertar! Se num fosse ela... Né filha? É teimosa, mais eu amo! (Risos)...” (Marisa).*

Ser mãe é descrito como um forte desejo, vinculado a sonho. Traz a alusão de que para ser completa enquanto mulher é preciso ser mãe.

*“Ser mãe é bom! Receber os carinhos do filho... Eu acho que é sonho de toda mulher, lamento por quem não pode realizar...” (Gisele).*

De acordo com Braga e Amazonas (2005), culturalmente a feminilidade passou a ter relação direta com a maternidade. Ter filhos seria o caminho para a plenitude e realização da mulher, como se a gravidez desse certa visibilidade ao feminino. Ainda para estes autores:

O desejo por uma criança se sustenta no senso comum pelo pressuposto social de que é natural da mulher, e isso legitima socialmente a demanda, tornando-a incontestável. Tudo se deve fazer, então, para atendê-la. Com certeza, a gravidez não é a única via de realização da feminilidade, porém o fato de que só a mulher pode engravidar (pelo menos por enquanto) assinala a maternidade como traço absoluto que distingue não apenas os sexos, mas também os gêneros. (BRAGA; AMAZONAS, 2005, p.16).

A gestação aparece como uma oportunidade de sentir-se completa e plena, uma vez que experimentam a potência e produtividade do corpo feminino. Como se a gestação pudesse suprir o sentimento de vazio e sanar as preocupações acerca da incompletude do corpo. Quando crianças, muitas meninas durante as brincadeiras, fingem uma barriga ou imitam comportamentos tidos como “maternos”; na fase adulta, a chegada do bebê pode ser vista como uma realização de fantasias formadas ainda na infância (BRAZELTON, 1992).

*“Desde pequenininha meu sonho era ter uma menininha então Deus me deu ela (a bebê) e realizou meu sonho...” (Josiane).*

Para algumas, a maternidade aparece relacionada à benção divina, no qual fazem associação do bebê a seres angelicais vindos de Deus. Ser mãe é visto como uma graça alcançada.

*“Cada dia que passa, cada noite, eu pego e agradeço muito a Deus, chorando mesmo, agradeço a Deus por ter colocado uma pessoa, um anjo que é a minha filha na minha vida... (Marisa).*

Apesar de a maternidade estar, em muitos casos, relacionada a momentos de alegria e realização pessoal enquanto mulher, em algumas falas é possível identificar esta satisfação apoiada nas expectativas e sonhos do parceiro. O desejo do outro passa a ser manifesto como um desejo da própria mulher, que passa a agradecer o companheiro, oferecendo-lhe o filho idealizado.

*“Eu quis muito ter ele! Eu só quis ter ele porque o meu parceiro queria ser pai de um menino... E eu pedi muito pra Jesus pra engravidar de um menino! Aí eu quis engravidar e engravidei de um menino! Ele quis ter mais um filho pra vim um menino né?! Então foi querido e esperado...” (Naiara).*

Ao mesmo tempo em que algumas mulheres colocam a maternidade como algo natural à mulher, apresentam o período após o parto como um momento no qual se faz necessário o conhecimento. As multíparas embasam-se em experiências prévias, como se o fato de já terem vivenciado a maternidade anteriormente as ajudasse na situação atual com o bebê.

*“Então, eu já tinha uma filha já! Então eu já tinha noção do que era, o que eu tinha que fazer...” (Janaina).*

A chegada do bebê implica em desequilíbrios à vida de qualquer mulher, principalmente para as primíparas, uma vez que ocorrem intensas mudanças e exige adaptações no papel social e na identidade feminina (MALDONATO, 2000). Neste contexto surge a figura de familiares do sexo feminino que já vivenciaram a experiência da maternidade anteriormente; que na visão das entrevistadas, aparecem para ajudar a desempenhar o “papel de mãe” de modo adequado. A inclusão de familiares, que já vivenciaram a maternidade, para auxiliar nos cuidados com o bebê remete a ideia de que se faz necessário seguir uma “receita” já testada anteriormente.

*“É ruim ser mãe de primeira viagem! Eu não entendia! Eu não tinha paciência com ela! Quem ficava mais com ela era minha cunhada! E*

*quando tinha cólica? Deus que me livre! Eu não tinha paciência não... Ela catava... Ela ficava pra baixo e pra cima..." (Marisa).*

Almeida (1996) aponta que na maioria das sociedades as mulheres maternam e assumem praticamente toda a responsabilidade pelo bebê, quando por algum motivo não conseguem assumir esta função, esta é feita por outra mulher e quase nunca por um homem. A escolha de mulheres no cuidado, por muito tempo esteve apoiada unicamente na explicação biológica da mulher parir e procriar, tentando justificar a “destinação” da mulher ao desempenho das funções de cuidadora no ambiente familiar. Em contrapartida a esta explicação, a autora cita Badinter (1969), o qual procurou desmistificar os papéis de homens e mulheres na sociedade, ao mostrar que estes papéis são culturalmente definidos. Neste sentido, a mistificação do parto e da amamentação, tidos como experiências principais femininas, tem destaque ao tentar demonstrar que esta destinação é culturalmente construída e suas práticas socialmente aceitas.

As entrevistadas relatam as experiências vivenciadas no dia a dia, como possibilidades de aprendizado. Neste contexto, aparece a figura do médico e da enfermeira como educadores das práticas de saúde. De um modo geral, as mulheres referem à necessidade de aprender a cuidar do bebê na família e este aprendizado se dá pelo conhecimento científico, por meio das orientações fornecidas pelos profissionais da saúde ainda na maternidade, e/ou pelo saber popular construído ao longo dos anos, de acordo com o meio social e culturalmente aceito.

*“Cada dia aprendendo mais... É muito bom! Eu agradeço a Deus! Né filho?!” (Lais).*

*“Ser mãe sabe?! Você aprende a ter experiência! Você aprende... Lá na maternidade principalmente eu aprendi muita coisa que eu num sabia! Foi maravilhoso! Minha cunhada que foi e ficou presente comigo... Se num fosse ela eu estava perdida! Se num fosse minha cunhada pra ajudar... No entanto que eu moro aqui até hoje com eles. Sempre me ajudando, me apoiando!” (Marisa).*

*“Minha mãe ficou comigo no resguardo, aí ela ficou doente também, porque ela tomou a vacina da gripe, e ficou resfriada e num deu pra ela ficar mais, mas deu pra ela me ajudar um bom tempo sabe?!” (Janaina).*

Ao mesmo tempo em que aprendem com os profissionais de saúde, as mulheres também consideram o saber de familiares. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde estabelecer vínculos com as mulheres e suas famílias desde a gestação, durante o

pré-natal, de modo que construam juntos os conhecimentos (ADAMCHESKI; WIECZORKIEWICZ, 2013).

### 5.2.2. A maternidade e o mercado de trabalho

Apesar de muitas mulheres descreverem a maternidade como um sentimento de plena satisfação e realização pessoal, surge em alguns discursos o desejo da realização profissional. Algumas mulheres enxergam no trabalho fora do lar à possibilidade de conquistar sonhos pessoais, adquirir independência financeira ou simplesmente “ocupar-se” de outras atividades, que vão além dos cuidados com os filhos e lar. Enxergam no trabalho a possibilidade de alcançar os próprios sonhos e não apenas os sonhos que os companheiros idealizam para elas. Para Fonseca e Lucas (2006), o trabalho, para muitas mulheres, constitui-se em uma válvula de escape, em que ela se sente importante e respeitada.

*“Tem dez dias hoje! (que começou a trabalhar). É difícil! Mas eu quis trabalhar... Eu era muito dependente dele (do marido)! Eu estou trabalhando porque num é só de pão que vive! Ele num deixa faltar nada em casa... Mas, ele só dá comida, comida... E eu num preciso só de comida! Eu tenho sonho! E quero tirar minha carta, pegar minha moto, comprar coisa pra mim... E pra isso ele não me ajuda!” (Naiara).*

Em algumas falas o perfil dominador do parceiro aparece, como o “ciumento”, “ele não gosta”, “ele quer que eu fique em casa”, sendo para estas mulheres o mercado de trabalho um grande desafio, uma vez que muitas delas não contam com o apoio do parceiro. Os serviços do lar e as responsabilidades frente à maternidade exclusiva são descritos como eventos deprimentes para as mulheres que sejam ir além destas atribuições.

*“Por isso que eu acho que eu ando tão depressiva, porque eu num cuido de mim! Eu só cuido deles! 24 horas! É por isso que eu quero voltar a trabalhar! Ele num quer (marido)! Mas eu preciso! Porque ele num gosta... Ele fala que eu tenho que ficar aqui... Quando ele chegar, que ele vai chegar e eu num vou tá aqui... Essas coisas! Mas é ciúme!... Fico eu e o nenê! Exatamente por que eu estou desesperada pra voltar a trabalhar! Pra ocupar a cabeça!” (Beatriz).*

Privar a mulher de trabalhar é uma das formas de mantê-la isolada do meio social. É caracterizado como violência psicológica, uma vez que privando a mulher o homem enfraquece a rede de apoio da mulher, afastando-a do convívio com as outras pessoas. O objetivo primário do isoamento social é o controle absoluto da mulher, já que ao restringir o seu contato com o mundo externo, ela dependerá ainda mais do parceiro, tornando-se submissa a ele (FONSECA: LUCAS, 2006).

Para algumas mulheres o trabalho fora do lar é uma necessidade. Seja pela possibilidade de compartilhar as despesas do lar, contribuindo com o orçamento da família, ou simplesmente pelo prazer de fazer parte do mercado profissional. Além de descreverem que as atividades do lar desprendem mais tempo e mais cansaço, quando comparados ao emprego formal.

*“É, não posso ficar sem trabalhar! Eu sempre trabalhei desde pequena! Então cinco meses pra mim estava ótimo pra ficar em casa! Eu estou de férias e estou doidinha pra voltar a trabalhar! Eu não aguento ficar em casa! Em casa trabalha mais também! Você num para... Eu sempre gostei de trabalhar e não ficar parada! Eu fico doidinha se eu ficar parada! Um dia que eu saí do serviço, no outro dia eu já arrumei outro! Gosto de trabalhar! Nem posso ficar sem trabalhar, porque só meu marido trabalha e não tem condições! Eu já estou até acostumada já! Eu tive os três filhos no mesmo serviço...” (Josiane).*

No Brasil, na tentativa de conciliar maternidade e carreira, foi conquistado o direito que garante constitucionalmente o momento entre mães e filhos nos primeiros quatro meses de vida do bebê, que é nomeado de licença-maternidade. Com a necessidade avançar nos direitos trabalhistas das mulheres, em setembro de 2008, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou o aumento da licença-maternidade de 120 para 180 dias; no entanto, a extensão não é obrigatória (BELTRAMI; DONELLI, 2012). Ainda assim, as mulheres trazem nas falas algumas dificuldades de conciliar a carreira profissional e maternidade. Descrevem que em algumas situações, em que se faz necessário afastar-se antes do nascimento do bebê, o retorno ao trabalho após o parto também é adiado. Frente à responsabilidade atribuída à mãe e a necessidade de trabalhar, algumas mulheres chegam a levar o bebê para o serviço, acumulando atribuições.

*“Assim que ela (a bebê) fez três meses eu voltei que eu arrumei outro serviço! Eu afastei um mês antes de ganhar ela, porque eu estava muito inchada! Aí o médico me liberou! Afastei e fiquei só três meses com ela!*

*Era pra eu ter ficado os quatro né?! Meu patrão também não liberou minhas férias... E tive que voltar cedo pro trampo!” (Marisa).*

*“Aí depois com quatro meses eu voltei a trabalhar, aí eu trago ele (bebê) para o serviço e ele fica aqui comigo!” (Janaina).*

*“É que eu saí antes dos nove meses! Eu saí antes por causa da minha pressão... Então o que aconteceu?! Tive que entrar com três meses! Com três meses pra trabalhar, e ela (bebê) tinha três meses!” (Josiane).*

A necessidade de retornar ao trabalho aparece de modo doloroso nas falas, não pelo retorno as atividades que são até mesmo apontadas como prazerosas, mas a dificuldade de terceirizar o cuidado da criança por meio de creche, cuidadores, etc. Nas falas das entrevistadas, deixar o bebê com terceiros aparece como um momento difícil. Uma das entrevistadas refere que preferiu não retornar ao trabalho para não perder as etapas do desenvolvimento da criança, alegando também a desconfiança em deixar que outras pessoas cuidem do seu bebê, enquanto outra optou por levar o bebê para o serviço, porém reconhece a dificuldade de desempenhar duas funções ao mesmo tempo, a função de mãe e trabalhadora.

*“Depois que eu engravidei eu num trabalhei mais... Na creche eu tenho medo... Eu acho muito bebezinho! E a gente perde também as fases... É tudo na creche... Começa a falar é na creche... Começa andar é na creche... Então eu prefiro acompanhar... Parece que esses dias morreu um menino aí engasgado... A mãe perdeu... Ela estava dando papinha e ele engasgou... Mas por isso que eu falo com a gente já corre risco e imagina na creche! Eu falo porque assim criança você tem que ter muita atenção... Você ter um monte de criança assim pra você cuidar... Ai, eu num confio... Então... Eu num vou trabalhar... Meu pai esses dias até falou... Eu falei... Não!” (Rafaela).*

*“Ele (bebê) fica junto comigo... E aí é do jeito que você tá vendo aqui... Por que assim, eu acho ele muito novinho pra por numa escolinha, mesmo com a dificuldade com ele aqui... Eu prefiro que ele esteja perto de mim do que eu por numa escolinha! Agora a gente tá esperando o nenê inteirar um aninho de idade... A gente tá pensando em colocar ele numa escolinha né?! Pra dar uma melhorada pra mim né?!” (Janaina).*

Além da dificuldade emocional de ter que deixar o bebê com outras pessoas, as mulheres também esbarram nas dificuldades de acesso aos serviços públicos, visto que uma das entrevistadas só consegue matricular o filho na creche quando o mesmo estiver com um ano e seis meses.

*“Que a creche aqui é de um ano e seis meses e eu pretendo voltar a trabalhar! Trabalhava, mas aí eu saí por causa do neném né! Eu dedico*

*muito ao meu filho! Eu morro de dó! Mas eu vou deixar ele para eu voltar a trabalhar! Mas assim, agora eu vou voltar a trabalhar e vou voltar a rotina que eu tinha antes; mas eu morro de dó! Porque eu morro de dó de judiar!” (Beatriz).*

Em outra fala, uma das entrevistadas refere deixar o filho com um cuidador membro da família, no caso a sogra. Nesta situação, mesmo sendo um episódio também tido como doloroso, mostra-se mais seguro. É apresentada um pouco da ideia de que as avós, por já terem sido mães, saberão desempenhar a função de cuidadora com êxito.

*“Uma semana, duas semanas... Só me dava vontade de chorar! Num via a hora de chegar em casa!! Pegar ela... deixar ela você sente né?! Porque três mesinhos...Se fosse seis, sete meses é maiorzinho né?! Mas três meses é muito pitiquinho! Mas depois você vai acostumando... Você sabe que a pessoa tá cuidando direitinho... Já cuidou dos meus filhos... Você fica menos preocupada! Fica com dó de deixar! Mas não dó de ficar preocupada, de olhar essas coisas... Porque a gente já conhece né?! Ela olha até hoje! Então é por causa disso mesmo... Se fosse numa creche assim, eu ficava preocupada, mais preocupada porque criança num sabe falar, chora, mas minha reação com minha ex-sogra é de ficar despreocupada”. (Josiane).*

Muitas mulheres acreditam que o cuidado com a criança é papel da mulher e sentem a dificuldade de assumir outros papéis, como trabalhar fora, e ainda assumir o “seu” papel de mãe e dona de casa. Parece haver uma cobrança, ou até mesmo uma punição interna destas mulheres que de certa maneira culpam-se por ter de deixar o bebê para trabalhar. Há enraizado na cultura destas mulheres que o cuidado com a criança seria função exclusiva da mãe (“eu teria que cuidar né?!”) deixando-as em conflito, divididas na escolha entre a maternidade e carreira profissional.

*Vai judiar dele um pouquinho? Vai né?! Mas eu preciso! Vai ficar com a baba! Com a mulher que olha ele... Eu teria que cuidar né?! Mas eu quis trabalhar... (Naiara)*

Neste sentido, há estudos que apontam que a tentativa de conciliar a maternidade e a carreira podem de fato provocar conflitos à mulher. A crença de que mãe é a única capaz de cuidar do filho traz sentimentos de ansiedade e insatisfação na mulher, que ao valorizar também a carreira manifesta medo de provocar a falta excessiva ao bebê e uma terceirização demasiada dos cuidados com a criança. A maternidade no contexto moderno, em que a mulher também apresenta uma demanda frente à carreira profissional, faz com as mães criem estratégias para conciliar os múltiplos papéis. A mulher conquistou muitos espaços, quando comparada ao processo histórico de

subordinação, porém a escolha da carreira profissional e da maternidade, ainda fazem com que a mulher assuma diversos deveres e responsabilidades frente ambas as funções (BELTRAME; DONELLI, 2012).

### 5.2.3. Relacionamento do casal

Durante o pré-natal, duas mulheres comunicaram que já estavam em processo de separação, que de fato foram concretizados. No período após o parto deparamo-nos com mais uma mulher que se separou de seu parceiro após dois meses do nascimento do bebê.

*“Nós estamos separados! Divorciados!” (Ester).*

*“Na verdade a gente tá se separando mesmo (riso tímido), porque num dá certo não... Ele foi pra mãe dele... Daí tá morando lá... Ele vem um pouquinho, vê a bebê e vai embora...” (Laís).*

Durante esta investigação adentramos com mais profundidade nos relacionamentos e percebemos que estas atitudes de término definitivo da relação são apenas um recorte de muitas outras histórias marcadas pela instabilidade amorosa. Algumas mulheres relatam permanecer com o parceiro por falta de apoio familiar, mantendo um desejo pela separação, porém sem recursos para concretizar.

*“Eu falo pra ele que ele não está dando muita importância pra família, aí eu falei que quando ele perder ele vai dar importância”! E eu falo pra ele que filho não vai me segurar de largar dele não! Eu falo pra ele direto! Eu falo que se eu tivesse pra onde ir... Porque meu pai é contra a separação sabe?! Ele acha que casei eu tenho que ficar eternamente! Então... Eu não tenho pra onde ir! Se eu tivesse uns pais que me apoiavam né,,a voltar pra casa... Eu voltaria! É tudo em cima de mim e eu falei pra ele que eu já estou cansada! (Gisele).*

Um dos motivos do desejo pela separação seria a desigualdade nas atribuições dentro do lar. Ao homem caberiam as atividades fora do lar, mas este também precisaria auxiliar nas atividades diárias além da falta de diálogo do casal.

*“Eu falei pra ele assim: Já que você tem pique pra trabalhar lá fora... Chega aqui tarde... Você tem que ter pique pra ficar com a sua família também! Ele chega e num faz nada! Ele só olha o neném pra eu tomar um banho, terminar a janta... Ele dorme muito! Ele dorme demais! Ele chega do serviço, toma um banho e pronto! Ele num é uma pessoa que dialoga comigo, que conversa...” (Gisele).*

Uma das entrevistadas acredita que as mudanças corporais da gestação teriam sido um dos motivos da traição do parceiro e consequente separação do casal, que deu

início antes mesmo do nascimento do bebê. Na fala da entrevistada, ela faz um comparativo do relacionamento antes e após a gestação, como se a gestação fosse o fator desencadeante para o término da relação.

*“Aí a gente foi morar junto, teve a bebê... Mas assim, chegou uma época que sei lá... Num sei o que aconteceu, num sei se eu fiquei feia grávida né?! Inchada... Enjoou... E foi caçar outra! Aí nem ligou... Nem pediu pra voltar mais... No começo a gente estava separado... aí a gente voltou, aí quando eu estava com seis pra sete meses, ele me traiu aí a gente ficou dois meses separados; foi quase no finalzinho da gravidez e eu fiz tudo sozinha... Aconteceu de novo! E bem pior né?! Porque ele já estava com a menina há dois meses... aí eu fui a última a saber! Aí ele chegou e já me soltou aquela pancada de uma vez... Que não queria ficar comigo... E quase já pra mim ganhar neném... Antes de ter filho era um amor de pessoa! Aí depois que eu engravidei... Num sei o que aconteceu com ele! Num sei se é porque eu fiquei feia mesmo né?!... Cheia de estria né?! Home é bicho do mato: mulher quando fica feia gorda, quer ir atrás das novinhas! Antes eu tinha uma raiva dele, que eu num podia nem ficar perto dele! Mas agora não... Tudo que passou, num vejo mais como um homem pra mim! Entendeu?! Eu vejo simplesmente o pai da minha filha! Mas assim, uma pessoa que num pretendo ter contato direto! Se eu pudesse eu nem falaria, nem via... Mas é pela minha filha! Que a gente tem esse laço pro resto da vida! Se não, nem olhava na cara! É pela minha filha mesmo! Agora a gente vive mais em pé de guerra... Mas não tanto por causa de mim, porque eu cansei de ficar brigando, ficar batendo na mesma tecla... Então eu não estou nem aí!! Ele fica pro lado dele e eu pro meu! Agora, eu acho que tá bem melhor ainda, porque ele tá longe de mim!! E da minha filha! Pra mim tá ótimo assim! Pra num tá brigando sabe?! Tá bom assim... ” (Marisa).*

Com a chegada do bebê, ocorrem modificações na dinâmica familiar e conseqüentemente no estilo de vida do casal, que agora passam a dedicar-se ao novo membro da família.

*“Ah, mudou um pouco né?! A vida assim... Era só nos dois, saia bastante, fazia um monte de coisa assim... Diferente! Agora com ele, a atenção é mais pra ele agora né?! Já num vive mais a vida que a gente vivia antes...” (Gisele).*

Em alguns relatos a chegada do bebê aparece como uma possibilidade de manter o relacionamento, visto que por meio deste algumas almejavam a melhora do comportamento do marido, como se a paternidade tivesse o poder de transformar o homem. Para algumas entrevistadas, o bebê exerceu influência positiva no relacionamento, uma vez que o parceiro passou a permanecer mais em casa e dar

atenção ao filho. Para algumas, o bebê é também o motivo da redução das brigas do casal.

*“Porque quando eu tive meus meninos... Coisa assim de dois dias ele foi embora... Quando eu tive o outro também; coisa de uma semana ele foi embora... Desse, entre ele com esse bebê, nossa... É uma maravilha! Parece que é o primeiro filho dele! Mudou muito! Nem sai! Ele era muito mulherengo também! Agora vai! (Risos). Deixou uma marquinha nele! Ele tem uma menina de seis anos, e mais três, os meus três... (também filhos dele). Esse filho veio diferente! (Risos)... Está sendo bom... Muita alegria! (Risos) Um xodozinho! Mais pra ele, nossa... Esse aqui pra ele é tudo! Nunca vi gostar tanto igual gosta dele... E é filho daqui, filho dali...” (Ana).*

*“Antes de eu ter minha outra filha, nosso relacionamento era mais complicado sabe?! Mas aí agora ele (parceiro) já deu uma boa melhorada... No comportamento dele! Melhorou bastante!” (Janáina).*

*“Brigava bastante! Desde quando ele nasceu (não brigam)! Antes a gente brigava mais! Ah muda né?! Mais uma pessoa que a gente ama! Mais um amor! Ele (parceiro) então é completamente apaixonado pelo bebê...” (Beatriz).*

Esta mudança de perfil do parceiro após a paternidade não faz parte da vivência de todas as entrevistadas. Muitas mulheres esperavam de seus companheiros a responsabilidade e a maturidade frente ao novo papel, o papel de pai. Mesmo acreditando que o parceiro poderia ser imaturo ou irresponsável, de certa forma, esperavam a mudança do perfil dos mesmos, após a chegada do bebê, o que não aconteceu.

*“Ele não tem responsabilidade de ter uma filha; então eu estou praticamente criando ela sozinha, com a ajuda do meu pai. Ele (o pai do bebê) ajuda pouco, mas ajuda! Assim, ele só dá o leite dela e as fraldas... Pra ele tá bom! Entendeu? Aí frutinha, esses negócios, quem ajuda é minha mãe e meu pai... Ele vem um pouquinho, vê ela e vai embora. Eu estou magoada com ele... Mas fazer o que né?! Eu acho que ele poderia ser um pouquinho mais pai entendeu? Comigo, com ela, sabe?! Ter criado responsabilidade, mas acho que ele num quer não! É o jeito dele... Ele era assim, continua assim, mesmo com a chegada do bebê, entendeu? Ele é uma pessoa que num muda! Mesmo com eu achando que ele ia mudar tendo a menina (o bebê)... Mas num mudou não!” (Lais).*

*“Mas eu estou aí na luta... Eu e minha filha... Graças a Deus... Não falta nada pra gente... Entendeu?! Estou muito bem assim! Eu só queria que ele fosse mais um pai presente sabe?! Coisa que ele não é! Entendeu?! Uma coisa que eu não queria, passar pra minha filha uma coisa que eu já passei! É... Crescer sem pai! Que a pior coisa do mundo é isso! A pior coisa que eu falo! Por experiência própria! Num dá atenção pra ela! Não*

*é um pai presente! É tipo assim, só tem pai no sangue mesmo... porque presente... ele num tá nem aí!” (Marisa).*

Assim, percebe-se também que a mulher cria expectativas que o homem diante da paternidade seja presente e exerça a função de provedor, “que não deixa faltar nada”; responsável pelo lar. Espera-se que a figura do pai supra as necessidades do bebê e da família de um modo geral. Para Pereira e Silva (2006), a função paterna sempre esteve atrelada à ideia de manutenção, de provimento, de poder sobre os demais membros da família. Com o declínio do patriarcalismo e a luta por direitos à igualdade entre homens e mulheres, estas concepções foram alteradas, entretanto, a figura paterna ainda persiste relacionada à segurança, proteção e acolhimento.

Em todos os casos as questões de gênero aparecem, visto que com a chegada do bebê os casais tendem a definir papéis e idealizá-los. É construída socialmente a função de homens e mulheres, pais e mães, e quando não são seguidos os papéis aparecem às divergências, brigas e até mesmo as separações. Com a chegada do bebê na família, os pais tentam se organizar para o cuidado. As mulheres atribuem os cuidados com o bebê e lar à atividades femininas, ficando muitas vezes sobrecarregadas com o excesso de atribuições, que na maioria das vezes, não é compartilhada com o parceiro.

Algumas mulheres relatam que gostariam que seus parceiros ajudassem no cuidado com o bebê e nas atividades com o lar. Ao usarem a palavra “ajuda” de certa forma, atribuem estas funções ao feminino, cabendo ao homem um simples auxílio. A mulher estabelece o que seria o cuidado ideal e rotula o homem de “não saber cuidar”, o isentando da possibilidade de aprender.

*“Quando o bebê nasceu eu fiquei muito estressada! Porque a mulher ela tem que dar conta de tudo! Antes de sair para o trabalho, ela tem que acordar os filhos, levar pra escola, levar pra babá... Ela tem que deixar na escola ou na babá! Aí quando ela chega em casa, ela tem que pegar os filhos, ela tem que fazer janta, lavar uma roupa, por na máquina, tirar da máquina e por no varal... Sabe?! Aí tem que ajudar o filho a fazer lição, né?! E aí tem que por os filhos pra dormir... E chegar na cama e ainda tem que dar conta do marido! Então é muita coisa! Entendeu?! Eu falei pra minha mãe: “eu queria ter nascido homem”! Sabe?! Porque o homem, ele sai pra trabalhar, aí chega e quer a janta pronta, toma banho, deita e dorme! Então, ser mulher é mais difícil! Não tem como a mulher não ser estressada! Dá pra dividir né?! Quando você tem um marido que te ajude! Que num ache ruim fazer as coisas né?! Meu marido não é ruim, mas ele tem esse lado meio assim... Ele não se preocupa muito com as coisas sabe? Ele queria que queria um menino... Agora o menino nasceu e ele num liga muito para o menino! Meu pai*

*disse que queria um netinho também aí eu resolvi engravidar! (aí graças a Deus veio um menino) aí ele brincava “ah se num vim um menino... eu vou tentar até vim”! Eu falei: eu só quero saber em quem? Eu falei pra ele: “sendo menino, ou menina, é o último! Porque o trabalho fica todo em cima da mulher entendeu?” (Rafaela).*

*“Ele adora! A vida dele é essa criança! Adora! Eu queria que ele me ajudasse a cuidar! Cuidar que é bom, nada! Ele também num sabe! Mas dá carinho assim, é um pai carinhoso!” (Naiara)*

As culturas interpretam a diferença sexual em função do significado atribuído ao papel desempenhado por homens e por mulheres na reprodução, reforçando o que Badinter (1995) coloca como “amor romântico” e instintivo feminino, que por muitos anos regeu o modo de pensar das sociedades, como se a mulher fosse à única responsável pelo cuidado embasado unicamente na capacidade biológica de parir, gestar e conseqüentemente cuidar. Os homens, por não terem sido moldados para qualquer função específica, estariam incumbidos das demais funções, cabendo a ele as atividades sociais, políticas e econômicas (VILLELA; ARILHA, 2003).

Duas, das três entrevistadas que deixaram o parceiro, tiveram a experiência de relacionar-se novamente e contaram como foi vivenciar um novo relacionamento. Para Ester, o relacionamento ainda se mantinha na data da entrevista, enquanto Marisa relatava que tudo não passou de uma experiência breve. Marisa aponta que tem medo de relacionar-se novamente e a história de traição, vivenciada na gestação, se repetir. Agora, que tem responsabilidades pelo bebê, relata também ter medo de namorar uma pessoa com vícios, por exemplo, pois agora ela acredita que sua filha deverá ter um espelho, um exemplo a ser seguido.

*“Eu num arrumei, num é namorado assim né?! Tá começando agora; começamos a se conhecer, a conversar mais... Mas é mais recente, quatro meses! É que a gente já se conhecia vai fazer dois anos, mas agora a gente resolveu ficar junto! A gente era amigo né?! Conversava pra caramba... Aí resolveu tentar... Ele acompanhou tudo, a gestação tudo... Se conhece há um tempo! A gente já esperou bastante tempo pra ficar junto... Porque eu me separei, já conhecia ele, e ele sempre gostou de mim; então a gente ficou conversando, só que a gente resolveu esperar pra ver... Pra num agir na emoção, pra num ficar aquela coisa de ficar pressionada pela situação! Pela ocasião! Falei: “vamos esperar, vamos conversando tudo...” Então a gente ficou mais de um ano conversando só... Numa boa sabe?! Falando de nós!” (Ester).*

*“Aii... arrumei sim! Num vou mentir! Tinha um moço morando aqui com a gente, mas também nem quis me envolver mais... Uns negócios de droga aí... Que eu penso assim: eu tenho uma filha poxa... O que eu vou ensinar pra minha filha? Quero coisa boa pra minha filha... não quero fica ensinando... já basta o pai dela que faz o que faz! Agora eu vou ficar arrumando outra pessoa? E outra, é menina mulher né gente tem que ter o respeito que é mulher! Eu estou solteira graças a Deus! O que eu passei eu tenho até trauma! Só trabalhar mesmo e cuidar da minha filhota! É o que eu pretendo! E também o que eu passei... Da traição sabe... Eu tenho medo de me envolver com alguém... Às vezes eu fico com uma pessoa e já tenho medo de gostar! Porque eu tenho medo de passar o que eu passei!” (Marisa)*

Marisa, que foi traída pelo parceiro durante a gestação, viu a história de sua mãe se repetir. Ela conta que sua mãe também fora traída na gestação, motivo pelo qual ela guardou por muitos anos grande mágoa de seu pai. Ela refere que não gostaria de ver sua filha crescer sem a figura paterna, uma vez que ela sabe o quão dolorosa é esta experiência.

*“Crescer sem pai é a pior coisa que eu falo! Por experiência própria! A gente foi conhecer meu pai mesmo com 12 anos de idade... e hoje pra ele tanto faz tanto fez! Ele também traiu minha mãe na gravidez! Aí ficou aquele rolo.. Aí não ia visitar a gente porque ficava com medo da ex-mulher dele... Que hoje nem tá com ele né? Mas... A vida é assim mesmo né?! Vivendo e aprendendo... Antes eu até desejava a morte dele... Eu falava: “pra mim que morra”! Falavam: “Ah, você tem pai”? Eu falava: “Não! Meu pai já morreu!” “Ah, seu pai morreu”? Eu falava: “é”! Eu ia fazer dois anos! Do tamanho dela assim... Hoje assim, a gente cresce, amadurece.. Aí tudo que você fica pensando, desejando ao próximo, se arrepende! Porque tudo aquilo vai pra você, então eu acho que quem tem que pagar com eles, quem sabe também é Deus né?! Então num adianta ficar amargurando mágoas, porque a gente tá aqui nessa vida de passagem! Mas é assim mesmo... Todo mundo erra! Ninguém nunca é perfeito e nunca vai ser!” (Marisa).*

Diante de um novo relacionamento, algumas mulheres subentendem que é necessário ter um filho que seja de ambos, ainda mais quando o novo parceiro ainda não tem filhos biológicos. Nesta situação a mulher apresenta-se dividida, uma vez que ela já estaria realizada com seus filhos, mas acredita que seria necessário dar um filho ao novo parceiro. Esta situação é apresentada em uma das falas como um “dilema”.

*“Esse é o grande dilema da minha vida né?! (Risos). Porque eu sou nova! Eu estou separada... Mas num quero morrer sozinha né?! Ficar sozinha ninguém quer! E aí se eu arranjar alguém, que nem esse rapaz, ele num tem filho... É obvio que o sonho dele é ter filho... Já pois até na agenda dele quando ele quer ter filho! (Risos). Falei: “calma, vamos com calma... Acabei de ter nenê agora!” (Risos). Por mim, eu não teria mais! Eu tenho um menino e uma menina; graças a Deus! Eu num precisava ter mais! Hoje, nas minhas condições, eu não teria mais... Se eu ganhasse mais, eu até teria por minha conta! Mais uma menina eu queria, por minha conta! Agora, se eu relacionar com alguém, levar a sério, casar, essas coisas... A pessoa vai querer!” (Ester).*

Frente ao relacionamento conturbado, diante da traição do parceiro ainda na gestação, uma das entrevistadas refere que teve sua fidelidade questionada, uma vez que o parceiro manifestou o desejo de comprovar se realmente era o pai do bebê.

*“... Ela é a cara do pai! Quer ver uma foto dele? (e vai buscar um porta retrato) É a cópia! Olha a foto dele de criança! Ainda bem que nasceu a cara dele porque ele falava que o filho num era dele! Ele falou que queria fazer DNA quando nascesse... Mas eu num dei pra mais ninguém; só pra ele! Eu falei que queria mesmo fazer o DNA pra esfregar na cara dele que a filha era dele! Mas nem precisou, porque quando nasceu ele viu e ele falou que era a cara dele quando era criança, ficou emocionado... Ele chorou! De que adianta chorar? Chora e não vem ver! Não fica com a menina! Por causa da outra namoradinha dele né? Sei lá... A namorada deve ser mais importante que um filho! Deve ser...” (Ester).*

#### **5.2.4. Sexualidade e a maternidade**

Ao discutirmos sobre o retorno as atividades sexuais após o parto, apareceram nas falas das entrevistadas a retomada antes dos quarenta dias, apresentada no discurso como um desejo de ambos.

*“Hahahahaha... Quem fica quarenta? Magina... Ahhhh... Aconteceu! Depois dos sete dias... Aconteceu! Ninguém pediu... Chegou os dois e pronto! Aconteceu! (Risos)”.* (Ana).

Percebe-se uma forte preocupação da mulher em agradar e satisfazer os desejos do parceiro; embasadas em uma teoria implícita de que o homem possui desejos mais aflorados, comparado aos desejos femininos, e que a mulher precisa corresponder às expectativas do parceiro em uma espécie de obrigação. De acordo com as falas das

entrevistadas, para os homens a espera da quarentena seria mais difícil, como se eles não aguentassem esperar.

*“Retornei... Mas demorei... Ai depois que ela fez um mês... Quase dois meses aí eu voltei... Ele num queria respeitar muito não... Mas eu fiz respeitar! (Risos). É... Como sempre... Homem né?! Mas na hora de fazer ele respeitou! Eu conversava muito com ele... Eu falava: “me respeita porque eu estou num período difícil, estou com a nenê..” ele sempre me respeitou sim, mas ai ele sempre ficava: “ahh.. vai...faz” coisa de homem né? (risos). Mas eu falava: “não, me respeite”, aí ele me respeitou!” (Laís).*

*“Depois de um mês e pouco... Depois que acabou o resguardo sabe?! Uns 40 dias! Porque eu ficava mais com medo né?! Mas o menino não! Ele queria que queria... Eu falei: “se você quiser paciência! Arranje outra pessoa! Eu estou sendo sincera”, eu falei pra ele! “Eu estou sendo sincera, agora se você num puder esperar... Paciência... É minha vida que está em jogo! Ai ele falou assim: “Não... Eu entendo! Eu espero!” Ele ficou falando, mas teve paciência também! Num posso julgar também! Aí ele esperou.” (Marisa).*

*“Demorou assim, pra gente acabar voltando... A gente até, ficava nervoso... porque também, você sabe quando o homem num tem relação, fica meio estressado né?! Parece que fica de TPM! Mas sinceramente eu não me lembro quem foi... Acho que dormimos na cama e acabou acontecendo... Não foi chegar a pedir não...Aiii... Acho que foi mais ou menos um mês! Ehh... Um mês mais ou menos...Foi um mês!” (Janaína).*

*“Ele num esperou nem passar os 40 dias... É... Normal! Fazer o que né?! Eu num esquentava não... Por mim eu ficava tranquila... Num fazia questão não... Mais era ele! Então, ele... Sabe como é homem né?! Ele é novo, têm 36 anos, ele queria... Então a mulher tem fazer porque né... Foi normal! Fazer o que... Normal... Com 20 dias...” (Naiara).*

Assim, espera-se a satisfação do homem de modo que ele não busque prazeres em outros relacionamentos. A relação sexual aparece nas falas como um item importante para manter a fidelidade do parceiro; mesmo que a mulher tenha que negar o próprio prazer. Neste contexto, não comentar sobre o assunto, não conversar com o parceiro sobre as percepções sexuais é um modo de evitar outros tipos de violência, que não a sexual já explícita no diálogo. Chama a atenção, que ao mesmo tempo em que mulher parece enxergar a situação com normalidade, ela gostaria de poder mudar a situação, comentar, para que seja uma experiência “melhor”; porém sente-se reprimida pela violência, que é descrita como “ignorância” do parceiro.

*“Foi normal! O negocio é direto, vai, vai, no vamo vê lá direto... Eu acho que podia melhorar, mas pelo que eu conheço meu marido, ele é muito ignorante! Se eu for comentar essas coisas ele já parte pra ignorância; então eu prefiro ficar quieta... Entendeu?! Não comentar... Eu acho que podia ser melhor né?! Não! (riso tímido) Nem sempre! (está com vontade de ter relação sexual) mas... É marido, tenho que satisfazer se não vem outra e faz né?! Num pode dar brecha! Sempre foi assim! Normal... Ah, dói né?! Depois de tanto tempo... Porque quando eu estava com 42 semanas a gente já fazia mais ou menos uns 15, 20 dias que num fazia mais... Num estava dando mais... E sempre dói depois do parto mesmo!” (Naiara).*

As mulheres tentam não se comparar aos homens, negando os desejos; embasadas nos cuidados com o bebê em uma espécie de santidade por agora ser mãe, reprimindo as vontades enquanto mulher.

*Aguentei... “E outra, eu dava mais atenção pra bebê do que queria essas coisas, entendeu”?* (Lais).

*“Depois que a gente tem filho a atenção é toda pro filho né? Depois você vai ficar com alguém... Tem que rolar muita química! Não é ir pra cama com a pessoa porque acha a pessoa bonita, porque achou interessante não! Mas acho que muitas coisas mudam depois que ganha filho!” (Marisa).*

Apenas uma entrevistada relatou a dificuldade da espera durante o período pós-parto. Ela refere ter feito “preliminares” em seu parceiro, mas não refere ter recebido nenhum tipo de carícia.

*“Eu fiz nele né?! Preliminares... Essas coisas... Pra satisfazer né?! Pra num ficar no vácuo também né?! Eu tive que esperar né?! Mesmo naquela vontade.... Eu tive que esperar! Na hora assim, quando ouriçava, era ruim né?! Mas como eu estava de boa assim... estava até tranquilo ... assim tá lá no fogo... Num dá! Até que acabou e foi né?!” (Marisa).*

Existe na fala das entrevistadas um saber, ou ao menos uma percepção a cerca das modificações corporais do pós-parto e do processo involutivo do útero. Mesmo embasadas em saber popular, ou até mesmo em alguma orientação recebida por profissionais da saúde, sabe-se que há uma maior “sensibilidade” uterina após o parto e que de alguma forma, deveria ser respeitada.

*“Devia respeitar os 40 dias... Porque deu a luz né?! É um parto... Eu acho que o útero tá sensível, a mulher tá sensível...” (Naiara).*

*“Eu esperei os 40 dias, que tem que esperar; deu até um pouquinho mais, e aconteceu na hora que deu vontade... Aiii a gente conversava né?! Sabia que tinha que esperar esse tempo... tudo... que os médicos pedem e a gente já sabia... Nós dois quis! Juntos!” (Gisele).*

A espera para a retomada da sexualidade está embasada em orientações recebidas na maternidade e/ ou no saber popular. Está vinculada ao medo de uma nova gestação, o qual prefere esperar pela “quarentena” a ter uma nova gestação, não planejada. As mulheres também relatam o período pós-parto como uma fase de intenso risco, associado ao risco de infecção e a possibilidade de morte, sendo este medo um dos motivos para “respeitar o corpo durante a quarentena”.

*“Lá na maternidade (recebeu orientações), minha mãe sempre falou que num podia fazer por que se não engravidava de novo... Falei: meu Deus num posso não... Deus me livre! (risos). Lá na maternidade eles me orientou bastante também... Parece que num podia tal... Aí eu respeitei sim!” (Laís).*

*“Oh parto cesário não é igual parto normal! Cesário te costura por fora e por dentro! Por fora pode até tá cicatrizado, mas por dentro não! É minha vida que tá em jogo! E também quarentena você pode arrumar outro filho e eu não estou a fim de arrumar outro filho agora”... Eu falei pra ele: “Imagina, eu mal tive um filho vou arrumar outro?!” (Marisa).*

*“Tem que ser certinho: 40 dias! Eu morroooo de medo! Rsrrrs... Primeiro por causa das infecções né, eu tenho medo de infecção, é segundo... É porque você corre risco de engravidar, seu útero tá lá exposto e aberto né?! E mesmo de camisinha, corre o risco de estourar, e de ficar grávida novamente! É meu pesadelo! (risos). Engravidar novamente! Porque a gente tem que esperar né?! É orientação médica... E eu espero! Espero certinho!” (Beatriz).*

*“A gente tem que cumprir né? Tem que respeitar o limite do nosso corpo né?! A gente é um pé na vida... A gente quando ganha um filho é um pé na vida outra na morte! Na terra e um no caixão! (risos) Aiii... A gente corre muito risco! Então... Eu, falou que é corpo... Eu respeito muito!” (Rafaela).*

*“Depois de 40 dias! Antes de 40 dias a gente num fez nada! Depois de 40 dias a gente começou a praticar de novo! É que eu já tive dois... Aí já sabia já! Nós dois procuramos! Decidimos esperar para não engravidar de novo né?! Deus me livre! Nem na camisinha eu confio; que pode estourar, acontecer alguma coisa, então... Eu não confio! Então eu espero certinho! 40 dias... (Josiane).*

As práticas sociais da comunidade aparecem no diálogo. Além da pressão que muitas mulheres relatam sofrer do marido para o retorno prematuro a sexualidade no pós-parto; também sofrem com a pressão de outros atores dentro do meio cultural em que estão inseridas, uma vez que os membros da comunidade sabem da existência da prática da abstinência sexual e fazem da situação um motivo de piada.

*“... Porque minha vizinha... Ela falou: “aiiii não precisa esperar não”... Tudo isso...” Ela fez com 25 dias! Da minha filha eu cumpri... Do meu filho também... Ela fez muita coisa assim... Aí que minha vizinha ficava zuando ele até o dia que acabou a quarentena, ela falou para o meu parceiro: “Ah, acabou a quarentena e tal!” e ele: “ahhh é hoje..num sei o que tem” (risos)...mas demorou... E ela (médica) falou que era... 40 dias né? E... Eu sou assim: falou pra mim é tanto... Num ficou contando não! Ele ficava só zuando assim com os outros... Os outros ficavam assim pra ele: “tá de castigo... Não sei o que tem”...ele: “Ah depois eu desconto” (risos)... Mas ele... Ele é respeitador! Quase três meses! (Rafaela).*

O retorno à sexualidade tardio após o parto foi relatado em apenas uma das entrevistas. A entrevistada referiu ter adiado o retorno às práticas sexuais em função de estar separada, retomando somente após sete meses de período pós-parto; após ter iniciado um novo relacionamento.

*“Bom foi tranquilo o pós-parto, com relação à sexualidade, eu fiquei muito tempo né sozinha então num teve nada, nem... Num tinha nenhuma rotina nesse sentido... Depois de 7 meses... 7, 8 meses... Foi agora! Porque eu num tinha companheiro...” (Ester.)*

Com relação à frequência sexual do casal, algumas entrevistadas referem padrão reduzido, uma vez que ainda não se adaptaram ao método contraceptivo de escolha. Algumas manifestam o desejo por métodos definitivos, como a vasectomia e/ou laqueadura, para então sentirem-se seguras. Não sentir confiança no método adotado e o medo de uma nova gestação, aparecem como inibidores das práticas sexuais.

*“Antes a gente fazia com mais frequência... A gente fazia tipo, três, quatro vezes na semana... Mudou bastante! Agora, uma vez por semana... É pouquíssimo! E também que eu estou meio assim... Com medo de engravidar... E eu vou ficar mais segura quando ele fizer a vasectomia... (Rafaela).*

A distribuição de papéis apoiados no conceito de gênero faz com que algumas mulheres delimitem as funções dos membros do relacionamento embasadas nas

características biológicas de “ser homem” e “ser mulher”. Atribui a figura do homem quem deveria procurar pelo sexo; quando isto não ocorre às mulheres referem não sentir-se no direito de procurar pelo parceiro, uma vez que caberia ao sexo masculino esta função. Também manifestam desejo de receber carinho, além do momento do ato sexual.

*“Geralmente é o homem que tem que chegar... Então se ele não chega eu também não chego! Eu fico na minha! Até falei pra ele que ele... Ele tinha que ser mais safadinho... Ele é meio sussegadinho sabe? (risos) Eu falei: “ahhh... você é muito lerdo”! Devagar... Eu sou uma pessoa assim, não sou muito fogosa pra essas coisas sabe?! E depende muito do que acontece! Qualquer coisa me afeta, entendeu?! Tipo assim... Se eu discutir com ele... Já me afetou! E aí demora também! Se eu ver que ele está muito frio assim... Aí às vezes ele só me procura quando já não aguenta mais... Não dá muita importância... Aí eu já brigo com ele: “Você me tirou da casa dos meus pais... Eu num sou prostituta! Se você quiser prostituta na rua tem um monte”! Eu acho assim, o casal num tem que ficar só quando for fazer as coisas entendeu?! O casal tem que ter seus momentos né? Mesmo se não for fazer nada! E ele não é assim... Ele só acha que tem que ter seus momentos na hora que vai fazer alguma coisa! “Então, se eu não sirvo pra ele, sirvo só nessas horas, aí já me chateia também...” (Rafaela).*

As mulheres descrevem como foi vivenciar a sexualidade após o parto, no que tange as sensações, expectativas e medos. Algumas mulheres referem que no primeiro momento, logo após o período de “quarentena”, sentiram desconforto.

*“No começo era estranho! Porque como foi cesária né eu ficava com medo né?! Ficava assim: “ai gente será que vai estourar tudo aqui dentro de mim?”... Eu achava meio estranho, mas depois... Foi que foi! Foi bom... Mas foi bom! Num foi ruim não! Assim, no comecinho eu senti um desconforto né?! Porque os 40 dias você num usa...” (Marisa).*

Outras referem que a experiência foi “normal”. Quando questionadas sobre o que seria o normal, na visão delas; descrevem que o padrão de normalidade seria sentir a mesma sensação que sentiam anterior ao parto, que seria em alguns casos, a relação sexual prazerosa e livre de dores.

*“Ahh... Foi normal! A mesma coisa! A mesma coisa é o de sempre... Sempre do mesmo jeito! Sempre da mesma forma... Normal! Sempre como foi antes! Em relação à frequência... Continua do mesmo jeito também! Olha, umas duas vezes por semana né?! É, no começo da relação, era diferente, depois, vida de casado de nove anos... É isso daí mais ou menos!” (Josiane).*

*“Mas eu tive o resguardo normal, fiz o resguardo normal, aí depois que eu voltei a ter, mas foi normal... Num tive dor, foi normal... Não tamo tendo tanta relação assim... Já teve vez da gente ficar um mês sem ter, duas, três semanas, sabe?! Era normal (antes do bebe nascer), a gente fazia umas duas vezes na semana; agora com ele já tá mais difícil...” (Janaína)*

Um dos fenômenos apontados como um fator de alteração no comportamento sexual do casal é a chegada do bebê no ambiente familiar. A presença do bebê é apontada como inibidora da sexualidade das mulheres com seus parceiros, ainda mais no contexto da cama compartilhada, em que a criança dorme na mesma cama que o casal, ou até mesmo nas situações em que compartilham o mesmo quarto.

*“Mudou também! Tem o bebê que dorme lá no quarto com a gente, meu marido fica meio com receio, envergonhado, acha que a criança entende! (Risos)... Cinco meses... Aí fica meio tímida assim a relação assim mais... A gente espera ele dormir... Ele acorda, tem que parar... Essas coisas assim...” (Gisele).*

O fato de o bebê acordar durante a noite altera o padrão de sono do casal, assim o cansaço das noites mal dormidas e o cansaço oriundo do serviço, dentro e/ou fora do lar, passam a serem motivos para redução da frequência sexual. As alterações no sono e na sexualidade são descritos como fatores estressantes para o casal.

*“Não estamos tendo tanta relação assim... Já teve vez da gente ficar um mês sem ter, duas, três semanas, sabe?! Antes era normal, a gente fazia umas duas vezes na semana; agora com ele (com o bebê) já tá mais difícil porque ele não dorme direito à noite né?! Ele acorda sempre à noite; então a gente não dorme, a gente fica cansado, porque eu trabalho fora e ele também... Ele me ajuda a cuidar do bebê, tanto em casa, quanto no serviço; então acaba sobrecarregando os dois né?! Então a gente fica bem... Com os nervos a flor da pele” (Janaína)*

A cama compartilhada é para algumas mulheres um dos motivos que afeta negativamente a sexualidade do casal. Para outras, compartilhar o espaço com o bebê é uma solução para os desencontros entre a mulher e parceiro. A divisão de papéis dentro do lar faz com que a mulher “ocupe-se” com a criança e tenha menos tempo para o diálogo no relacionamento. Durante a licença maternidade, em que a maioria das mulheres fica sob os cuidados com o bebê e com o lar, o tempo para o marido é um pouco maior, de acordo com as entrevistadas. Ao retornar ao trabalho a mulher passa a

acumular atribuições e assumir responsabilidades dentro e fora do lar, sobrando menos tempo e disposição para a sexualidade.

*“Porque a gente... Não dava né?! Por exemplo, eu dormia, ele chegava... Até eu fazer ela dormir ele dormia, então a gente num comunicava muito um com outro né?! Aí depois a gente teve a ideia de tirar a grade do berço e por do lado da cama, aí ela dorme tranquila, agora que nós estamos indo mesmo! Era dia sim, dia não... Carinho, tudo... Normal!! Mudou mais por que eu voltei a trabalhar (após a licença maternidade)! É cansativo também... Ele está trabalhando eu também... É uma vez só! Eu chego cansada... Tenho que fazer janta, olhar criança, então a gente faz uma vez só!” (Josiane).*

A dedicação exclusiva da mãe ao bebê é apontada pela mulher como um dos motivos pelos quais ela acredita que o casal passa a brigar. O fato de a mulher não estar disponível para o sexo é descrito com episódios de violência e ameaças vindas do parceiro. Ao mesmo tempo em que a mulher acredita que precisa dedicar-se ao filho ela sente-se mal por não conseguir também atender os desejos do marido.

*“Ahhh... A gente num tá... Porque homem tem necessidade e eu me afastei um pouco dele por causa do bebê... Então eu acho que um pouco que ele ficava nervoso, e caçava briga comigo, era por causa disso... Tem hora que ele falava: “ahh... Eu vou procurar mulher na zona”, essas coisas, aí eu me sentia mal...” (Naiara).*

Além da chegada do bebê no lar, alguns casais ainda vivenciam a mudança na rotina sexual diante da presença de familiares, que passam a conviver na família com a finalidade de tentar auxiliar nos cuidados à mulher e ao bebê no período pós-parto.

*“Porque minha mãe ficava em casa, a gente não fazia nada... E aí ficamos até um pouco afastado um do outro, acho que foi por causa disso, sabe?! Da chegada do bebê né?!” (Janaina).*

A frustração de ter sofrido uma traição durante a gestação foi apontada como um dos fatores que deixou uma das entrevistadas desiludida. Apesar de ter vivenciado um novo relacionamento, e ter tido uma experiência sexual satisfatória, porém não duradora; não foram motivos para que a mulher passasse a enxergar a sexualidade da mesma forma que experimentava antes do parto. Após a maternidade ela passou a dedicar-se mais ao filho e acredita que este seja também um dos motivos pelo qual ela tenha percebido a redução do desejo sexual.

*“Mais assim, foi muito ótimo! Assim, mudou um pouco a relação... Antes eu gostava da coisa né?! Mas agora assim... Eu to tranquila eu não vejo uma pessoa ligada muito a sexo... Essas coisas... Num sei se é porque eu tive filho, entendeu?! Acho que sei lá... Depois que a gente tem filho a atenção é toda pro filho né?! Depois você vai ficar com alguém... Tem que rolar muita química! Não é ir pra cama com a pessoa porque acha a pessoa bonita, porque achou interessante não! Mas acho que muitas coisas mudam depois que ganha filho! Eu mudei! Em mim, sei lá... Acho que o fogo abaixa né?! Antes eu queria né?! Toda hora! Agora eu não sei o que aconteceu! A frequência... agora... que eu não tenho ninguém né?! Não fico com ninguém, e também não tenho vontade... se rolar rolou, se não rolar também...pra mim tanto faz! Que eu não sou ligada muito nessas coisas, já fui né... não sei se é por causa da traição que eu sofri né?! Ai a gente acaba que meio num colocando na cabeça né? (Marisa).*

Quando questionadas a cerca dos métodos contraceptivos. Algumas mulheres manifestaram o desejo pelo método definitivo, laqueadura ou vasectomia, porém em alguns casos a negociação com o parceiro não é satisfatória, assim passa a controlar as decisões sobre o corpo da mulher, ameaçando-a.

*“Esses dias nós tivemos uma briga muito feia! E a gente ficou um pouco separado, aí ele falou que num iria assinar os papel pra eu fazer a laqueadura! Aí eu falei que ele tinha que assinar, por que... Se eu for arrumar alguém daqui dois, três anos.. Eu não quero mais filho! Ele falou que não iria assinar o papel pra eu ter com outra pessoa, se fosse pra ficar separado, ele num iria assinar... E não foi!” (Naiara).*

Todas as entrevistadas referiram ter saído da maternidade já orientada quanto os métodos contraceptivos. Algumas mulheres referiram ter se adaptado ao método junto aos seus parceiros, principalmente aquelas que já faziam uso anterior à gestação. Outras mulheres relatam que após o parto não se adaptaram ao método de escolha. Com isso, referem à interrupção sem a consulta aos profissionais de saúde, estando vulneráveis a possíveis doenças sexualmente transmissíveis e também a gestações indesejadas. As entrevistadas tem ciência da disponibilidade dos preservativos distribuídos gratuitamente na rede de saúde e embora reconheçam os perigos de estarem desprotegidas ainda permanecem com as práticas que julgam ideais em seus relacionamentos.

*“Eu tomei a injeção, mais a injeção que eu tomei, receitada lá na maternidade, eu não lembro o nome... Eu passei muito mal com ela! Me deu tontura, dor de cabeça, dor no estomago... Depois dessa injeção também não desceu mais pra mim... Depois que eu tomei a injeção, passou uns três meses e nada ainda! Não desce... Eu até achei que eu estava grávida! Eu fiz um teste mais não deu nada não... A gente só tira*

*(referindo-se ao coito interrompido) porque eu não gosto de usar camisinha... Falta de ter não tem viu?! Porque tem! Mais num usa..."(Ana).*

As entrevistadas apontam também a dificuldade de conseguir conciliar o horário das consultas com as atividades profissionais. Chamou a atenção o fato de uma das entrevistadas, após um ano e três meses após o parto, não ter ido a nenhuma consulta com o ginecologista. Ela aponta no relato que não sabia a certo o local exato para retirar o medicamento prescrito. A mulher também descreve que acreditava que na unidade básica de saúde os profissionais fossem recusar remarcar a consulta que ela havia perdido.

*"Se eu fico com alguém é só uso o preservativo mesmo! Lá na maternidade a médica passou um remédio, quando eu tava amamentando né?! Que tinha que tomar o mês inteiro, sem parar... Sem dar parada... Acho que era no postinho que tinha que pegar esse remédio, uma coisa assim... Depois que eu tive a bebê eu não fui em nenhuma consulta com o GO! Agora que eu vou marcar... Porque as outras vezes eu estava tudo trabalhando! E um dia que eu fui também, desceu duas vezes no mesmo mês para mim, aí falaram que eu podia ir lá que eles marcavam né?! Mas eu fiquei assim: às vezes não vai querer marcar de novo né pra mim... Aí agora no final eu tenho que ir lá pra ver se meu útero voltou no lugar, num sei como é que tá né?! Porque é perigoso até dá doença, essas coisas que o povo fala que é perigoso cesária! Tem que fazer papanicolau pra ver se tem corrimento, essas coisas... Feridinhas... Até hoje não tenho nada... Eu só sinto assim, muita dor no pé da barriga, num sei se é por causa da cesária, quando muda o tempo sabe?! Fica meio dolorido"!(Marisa).*

Esta fala mostra-nos o quanto ainda precisa-se avançar no rastreamento e busca ativa das puérperas no serviço de saúde de modo que as recomendações do Ministério da Saúde sejam alcançadas. É previsto uma consulta após 42 dias pós-parto, mas na prática estas recomendações nem sempre são seguidas. As mulheres precisam participar de todo processo educativo em saúde, de preferência antes mesmo do pré-natal, para que possam compreender a importância dos cuidados de saúde no ciclo gravídico puerperal; compreendendo assim, que os cuidados à saúde não devem findar após o nascimento do bebê. Precisam achar nos serviços de saúde um lugar receptivo e acolhedor, em que se sintam a vontade para tirar dúvidas e conversar a cerca da sexualidade, métodos contraceptivos e planejamento familiar.

### 5.2.5. Auto imagem

As mulheres entrevistadas, ao fazerem um comparativo do prazer sexual antes e após o parto, relataram a redução do prazer; acreditando estar relacionada à autoimagem. O fato de terem engordado, ou terem uma cicatriz de parto cesária, por exemplo, para elas é motivo de vergonha e constrangimento. Frente à redução e/ou ausência de prazer sexual, algumas mulheres referem à prática da sexualidade como uma forma de satisfazer apenas o parceiro, uma vez que ambos não vivenciam a mesma sensação.

*“Porque eu achei que tinha até perdido o prazer desse negócio aí depois que eu ganhei o meu filho... Eu fiquei muito infeliz com o meu corpo... Aiiii... Eu achei que ficou diferente o prazer sexual sabe? Não tinha vontade... Eu fiz a primeira vez, mas não senti muito assim entendeu? O... Prazer mesmo! Não estava bom não! Pra mim foi uma coisa... Básica assim... Acho que eu fiz mais pra satisfazer ele mesmo, não a mim... Eu do meu filho eu engordei muito! E eu não me sinto bem às vezes com o meu corpo... Às vezes tenho até vergonha sabe?” (Rafaela).*

*“Olha, eu num sinto prazer como era antes não! Acho que mudou! Mudou! Não é a mesma coisa! Não é aquele fogo todo não... Sabe quando você para... Tenta chegar lá e num vai? Não sei o por que... Não sei explicar, mas não é a mesma coisa! Eu não sei se por causa da relação com o meu corpo, que eu fico vergonha de ficar pelada na frente da pessoa, o que que a pessoa vai pensar.. Às vezes quando eu vou fazer, tem que fazer no escurinho, mas não é a mesma coisa...sei lá... Eu fiquei muito constrangida!” (Marisa).*

Apesar de não estar satisfeita com o corpo e sentir vergonha da autoimagem, para algumas mulheres o ato sexual ainda é descrito como satisfatório, embora não sintam-se a vontade, o prazer sexual continua o mesmo, quando comparado ao período anterior a maternidade.

*“Foi bom também! Fica com vergonha né?! Do corpo, porque fica goorda! Engorda aqueles quilinhos... O corte da cirurgia... Envergonhada né?! Mas depois passou... To acostumada já... Seis meses já vai fazer... Assim, vergonha eu num tenho mais né?! Na hora assim... Agora eu quero emagrecer né mais! Eu to muito gorda! Meu corpo não é o que era antes! Eu queria voltar! Mas eu sei que é difícil voltar mas... Ah, normal Fica com um pouco de receio por causa do corpo, mas a sensação é a mesma!” (Gisele)*

Diante das modificações corporais do ciclo gravídico-puerperal, as mulheres manifestam o desejo de retornar as condições pré-gravídicas.

*“Agora eu quero emagrecer! Eu estou muito gorda! Meu corpo não é o que era antes! Eu queria voltar! Mas eu sei que é difícil voltar mas... Eu fico com um pouco de receio por causa do corpo...” (Laís).*

Nas falas, as entrevistadas relatam os sentimentos de tristeza e mágoa frente ao corpo modificado pela gestação, parto e puerpério. De certa forma passam a se culpar pelo ganho excessivo de peso. Há uma forte preocupação com o corpo antes mesmo das modificações ocorrerem de fato, uma vez que já é cultural associar a maternidade ao corpo fora dos padrões socialmente aceitos e pregados.

*“Foi Cesária... Deu quelóide... Que eu já sabia que ia dá... lá eles tiraram lá a quelóide que deu da outra... Mas deu de novo... Mas tá bom... Tá tudo bem graças a Deus... Eu do meu filho eu engordei muito! E eu não me sinto bem às vezes com o meu corpo... Às vezes tenho até vergonha! Por que a gente fica muito sensível... Muda muito o corpo da gente quando a gente ganha um filho... Minha irmã mesmo tem o corpo magrinho, bonitinho né? E ela fala que num quer filho por causa disso... Os peito cai... A barriga enche de estria... (risos baixos)” (Rafaela).*

*“Aiiii eu fiquei magoada! Ahhh eu fiquei triste! Ahh eu fiquei feia! Me estourou um monte de estria, meu corpo... Eu engordei demais... Eu ficava numa choradeira... Eu falava: “Eu era tão bonita, agora eu estou feia!” Mas agora não... Agora não... Está sumindo tudo! Estou voltando ao normal! Rsrrrs... Mas eu me senti... Nossa... Eu fiquei muito magoada! Eu falava: “Nossa... Olha oque eu fiz... Olha meu corpo... Quem mandou eu engordar demais, porque eu engordei bastante, aí... Mas agora eu estou bem, está voltando aos pouquinhos... Tá bom!” (Laís)*

Há no discurso uma grande preocupação com o olhar do outro frente o corpo modificado pela maternidade. O medo da crítica e do sarcasmo faz com que as mulheres alterem o modo de vestir e ser portar perante a sociedade. O corpo de mãe, diferente do ideal de beleza valorizado em alguns grupos sociais, fazem com que a mulher sinta vergonha e tente esconder as marcas deixadas pela gestação, parto e/ou puerpério. Apesar de gerar tristeza às mulheres, as alterações corporais são vistas como “resultado” de terem sido agraciadas por um bebê e ao mesmo tempo em que gera frustração, ter o corpo modificado, passa a ser aceito como consequência de um bem maior. Mesmo descrito como algo natural e inerente a toda mãe, as modificações corporais ainda são motivos de vergonha e necessidade de manter em sigilo, inclusive frente à sexualidade.

*“O meu corpo assim só ficou feio minha estrias, nunca mais sarou... Não uso minhas roupas como era antes... Morro de vergonha! Quando a gente tem uma gravidez... Você não fica a mesma! Sente constrangida né?! Com o que os outros falam... Com o que podem pensar... falam: “nossa.. uma menina nova dessa cheia de estria”? Tem gente que pensa né? É o que mais falam... exemplo: no meu serviço falam demais! O povo comenta! De mim não... Mas assim, de outras pessoas... Porque eu já nem deixo ver né?! É um constrangimento mesmo...A cesária não ficou feia não! Ficou bonitinha, mas... o ruim mesmo, o problema mesmo, foram as estrias!!! Ficou muito feia! Demais! Eu chego... de vez em quando, eu até choro! Você vai sair, não pode por uma roupa! Não pode por um short curto, que fica feio! Aii... eu falei assim: “aii, olha aqui o que aconteceu comigo”... Sabe, mudou muitas coisas, muitas mesmo, nunca é a mesma coisa! O peito as médicas falam que não cai; cai sim! Eu já não tinha né, aí depois que dei mamá um pouquinho daí já sumiu! Pode ver: é tudo bojo! Não tem mais nada! Sumiu de vez! O peito deu aquela caidinha! É tudo enchimento... mas é assim mesmo...vale a pena né?! É pelo filho da gente né?! Meu corpo era muito bem; eu num sentia vergonha de nada! Chegava lá e já era! Hoje não... Não sei se é porque eu fiquei assim... As estrias ficaram muito feias mesmo, deu outra cara, aí eu fico com vergonha... Às vezes você quer se soltar e não se solta... Que que a pessoa vai pensar?! “nossa, olha que coisa feia”! Eu penso isso né?! Cada um tem seu modo de pensa né?! Sei lá... Às vezes penso demais né?! Deve ser... Vai entender cada pensamento...” (Marisa)*

As mulheres que já experimentaram a maternidade anteriormente fazem um comparativo do corpo diante da primeira experiência como mãe e a experiência atual. Ao não conseguirem os mesmos resultados da vivência anterior, nos mesmos prazos, passa a referir frustrações. Em algumas situações, não ter atingidos as metas pessoais para o próprio corpo na primeira experiência como mãe, dá lugar a aceitação da condição atual.

*“Ahhh... Eu to me sentindo mal, porque da minha primeira gravidez, eu voltei meu peso, com dois meses eu voltei no meu peso sabe?! (falou com um sorriso sem graça) E agora com ele eu engordei muito; na primeira gravidez eu não engordei o tanto que eu engordei na segunda... E agora... E com ela (primeira filha) eu voltei, eu consegui emagrecer, e com ele (bebê) não; então eu to acima do meu peso, to com 10 quilos a mais do meu peso! Tive que comprar roupa pra mim porque minhas roupas, nenhuma me serve! Eu me sinto mal com isso! Tem hora que me incomoda! Eh... Incomoda! Eu to tentando... Só que eu não consigo parar de jantar... É que antes eu não jantava, e agora na gravidez, eu voltei a jantar! E agora amamentando também, eu num consegui parar de jantar e isso me faz engordar entendeu?!” (Janaina)*

*“Tudo que aconteceu no meu corpo mudou na primeira gestação né?! Aí depois continuou do mesmo jeito! Só a barriga que foi voltando... Mas normal... Mudou assim, encheu de estria, tudo... Mas do primeiro parto, agora o dele não! Do primeiro parto eu fiquei muito, muito chateada,*

*muito magoada... Mas depois eu fui acostumando e vi que aquilo num era o mais importante né?! Só o fato de você ver o seu filho, num sei se você tem filho, só o fato de você ver ele, ver que a barriga dele é perfeita, tudo é perfeito, que tudo é lindo... Aí eu não me importo com o meu!” (Beatriz)*

Enquanto algumas mulheres apresentam dificuldades para emagrecer, outras associam o aleitamento materno à perda de peso excessiva, manifestando o desejo de cessar a amamentação para enfim conseguir o peso que julga ser ideal, mesmo que para alcançar algumas metas pessoais tenha que fazer uso de automedicação, sem saber ao certo os riscos que o medicamento consumido pode trazer a mulher e ao bebê.

*“Aí, eu acho que num mudou não... Porque assim, eu engordo, mas eu emagreço rapidinho! Num mudou nada não... Pra mim num muda, os quilos que eu pego, eu já perco! Ele nasceu, depois de um mês, dois meses, eu já perdi tudo! Mas assim, eu quero tirar o mamá do bebê porque eu to muito magra, então eu preciso tomar remédio pra engordar... Eu já to tomando, e eu creio que faz mal né?! Tomando remédio pra engordar: vai pro leite! Vai fazer mal pra ele! Então eu quero tirar...” (Naiara)*

Os medicamentos hormonais orais e injetáveis também são descritos como possíveis provocadores do ganho de peso excessivo e alterações de humor na visão das mulheres. Frente ao que acreditam, algumas interrompem o uso sem consultar a opinião dos profissionais de saúde, mantendo um conceito errôneo sobre o assunto.

*E eu pra anticoncepcional eu sou muito chata assim... Num é eu, é meu corpo! Tem uns que me dá stresse, me deixa enjoada igual mulher grávida, sabe?! Tira o apetite... Então eu num... Eu to só no preservativo! A injeção me engorda muito e eu num quero! E os outros métodos também num me interessa! Eu quero mesmo é a cirurgia! Aí vai ser melhor!” (Rafaela)*

*“Injeção engorda! Engorda 22 quilos por ano! Então... Eu já sou gordinha! Já tenho uma forma de gordinha... Eu engordei 3, 4 quilos... Depois que eu comecei a tomar a injeção! Ela deixa inchada! O médico mesmo fala... Ela incha! Então parece que a gente tá comendo tanto... E a gente num tá comendo, é a injeção! Aí eu vou começar a tomar o remédio! Ahhhh... eu quero emagrecer! Porque a gente sente bem quando está do jeito que a gente quer, então por isso que eu parei de tomar a injeção né?! Eu quero voltar ao meu corpo normal! Porque quando eu estava grávida eu estava magra, ao invés de eu emagrecer depois que eu tive a minha filha eu engordei tudo! Engordei tudo que eu não engordei na gravidez! A gente quer ser feliz com o corpo da gente né?! É o que eu estou tentando! Parei a injeção, estou tomando remédio... Estou tomando direitinho, para não engravidar, até no momento da operação! Mas eu quero emagrecer! É o que eu coloquei na minha cabeça! Estou comendo menos... Porque a gente fala que não come! Comer a gente come! Só que*

*a injeção ajudava também né?! Mais agora que eu estou diminuindo... Ahhh... A gente fica triste né?! Eu fico chateada porque você não era do jeito que você é agora! Vai por uma roupa não serve!Poe outra roupa não serve! Vai ver um roupa não tem nada no guarda roupa servindo... Então você fica chateada com essas coisas... Aí você põe na cabeça “preciso emagrecer”, “preciso emagrecer”... Então é isso que estou fazendo, mas eu fico chateada! Uma coisa que agente quer fazer e num consegue né!?” (Josiane)*

As mulheres descrevem as cobranças de seus parceiros para que elas emagreçam. Elas apontam as falas do parceiro em tom de brincadeira, mas acreditam que por meio destas “brincadeiras” os companheiros expressam seus reais desejos. Estas cobranças afetam psicologicamente a mulher, que passa a se cobrar ainda mais e a sentir-se mal sobre si mesma. Após humilhar suas parceiras, alguns homens voltam-se cariosos e compreensivos frente à situação, porém a humilhação já foi expressa e a mulher já se sente deprimida e rebaixada.

*“Ele não fala! Fala na brincadeira né?! Que nem eu falo pra ele “você vai ver... eu vou voltar a ser magrinha”! E ele fica rindo... Esses dias eu pedi pra ele por minha comida e ele colocou só um pouquinho assim (mostra com a mão o quanto seria este pouco)... Aí eu falei pra quem é isso aí? Aí ele: “Está todo mundo de regime aqui!”(risos). Aí eu falei assim: “se for pra eu comer isso aí eu prefiro ficar sem comer!” Mas... na brincadeira né?! Como toda brincadeira tem um fundinho de verdade né?! Aí a gente fica meio assim... Meio chateada... Querendo desanimar... Aí também outro dia eu conversei com ele... Aí ele falou que eu não estou assim porque eu quero.. É porque eu não posso fazer regime... Porque se não o leite “seca...” (Rafaela)*

*“Ele me chamava de gorda! Aí que eu num gostava mesmo! Ele falava: “Você está gorda, você precisa emagrecer”... Ele não me ajudava muito sabe?! Aí que eu ficava mais magoada ainda... Aí ele não me ajudava muito... Ele só piorava! Falava: Ai, você está gorda! Ai não sei que tem...” (Lais).*

Algumas mulheres, diante das cobranças de seus parceiros pelo corpo feminino ideal, acabam devolvendo a ofensa, ao apontarem também os defeitos do parceiro. Assim acreditam estar vivendo uma relação de igualdade, uma vez que o “problema” não é uma experiência de apenas um dos sexos.

*“Nove anos né?! Já sabe tudo um do outro, praticamente! Às vezes ele comenta assim: “ai você está meio gordinha”! Eu falo: “você também”! (Risos) Que quando eu engravidei dele (do filho mais velho) meu marido engordou uns 15 quilos! É... Uns 15 quilos! (Risos) E ele não voltou até hoje o peso! (Risos).” (Beatriz).*

As mulheres descrevem que o diálogo e a compreensão do companheiro frente o corpo modificado são importantes. Apesar de nem todos os casais se ofenderem por este motivo, algumas mulheres ainda manifestam o desejo de mudança, como uma melhoria para si e não apenas para o outro.

*“Sabe, eu num tenho nenhum problema com a minha imagem, nenhum trauma de nada... Porque eu confio muito nele! Porque a gente sempre foi muito aberto um com o outro, já conversava bastante, então confia mais... Não tenho problema!” (Ester)*

*“Ele gosta do jeito que sou! Ele fala, olha amor se você quiser emagrecer tudo bem, se quiser ficar assim tudo bem, tanto faz... não tem preconceito, não tem nada! Sou eu mesmo!! Eu que quero fazer isso! Ninguém falou nada... Porque tem uma hora que chega né?! Tem homem que põe na cabeça, que olha e “antigamente ela não era assim”, mas não comenta nada! Nada não!” (Josiane).*

### 5.2.6. A VPI após o parto

A violência praticada pelo parceiro íntimo no relacionamento destas mulheres entrevistadas aparece disfarçadamente em outras categorias. As mulheres deste estudo enxergam a violência psicológica, por exemplo, como brincadeiras de mau gosto que as deixam chateadas. Enxergam o ato sexual, mesmo sendo uma vontade apenas do parceiro, como uma necessidade masculina o qual cabe à mulher atender. A violência aparece em diversos momentos neste estudo, mas nesta categoria em questão, abordaremos o momento em que mulher reconhece no discurso os episódios violentos. Na maioria das vezes a mulher reconhece que está exposta a algum risco, mas não sabe diferenciar o tipo de violência que está sofrendo, principalmente quando esta não é física.

Neste contexto, aparecem relatos da continuidade da violência no relacionamento, porém agora, as ameaças também passam a incluir o bebê. Em alguns casos, os parceiros utilizam da fragilidade da criança para praticar a violência psicológica contra a mulher. O ideal materno, já discutido anteriormente, como a figura da mãe que protege o bebê e zela pelo bem estar do mesmo, é colocada a prova frente às ameaças do parceiro. Enquanto mães, vivenciando seus papéis sociais, as mulheres tentam proteger os seus filhos e até acreditam que os motivos das brigas do casal sejam pela dificuldade de a mulher assumir suas funções. O homem cobra da mulher que ela

assuma os cuidados com o bebê e usa da violência quando as mulheres tentam compartilhar as responsabilidades. Ao se apresentarem como ameaça, as mulheres ficam com medo de distribuir as funções e assumem sozinhas as funções de guardiã do bebê.

*“Quando ele fica chorando muito, meu marido perde a paciência e fica falando em bater nele sabe?! Ele faz gesto, coisa assim, como se ele fosse bater no menino! Aí eu não gosto disso! Eu não gosto disso que ele faz, porque ele é muito estressado... Ele fala: “ah, eu vou te jogar na parede, eu vou te chacoalhar...” Ele fala isso, aí eu pego e fico chateada... Eu não gosto e acabo brigando com ele por causa disso! Mas ele nunca chegou a fazer... Ele só fala, faz gesto, faz assim com se fosse fazer e num faz... Aí aquilo ali eu fico com raiva... Assim, tem vez que a gente... Tem vez que... Vamos supor assim... Às vezes ele está querendo muito fazer uma coisa, e ele está com o bebê, vamos supor, e eu preciso que ele fique com o bebê porque eu também estou fazendo outra coisa; ele fica estressado, que ele quer que eu deixe de fazer o que eu estou fazendo pra ele poder fazer... Aí ele fala: “Ahh.... Na hora que eu....” (Janaina)*

A violência psicológica reflete-se em ameaças dirigidas à mulher ou a outros membros da família; por meio de promessas de agressões e gestos intimidativos. Uma característica comum àqueles que praticam este tipo de violência é a habilidade de encontrar o ponto fraco da mulher, que, em muitos casos, são os filhos, utilizando-os como alvo todas as vezes que desejar feri-la (FONSECA; LUCAS, 2006).

As mulheres referem que a chegada do bebê é um dos motivos das brigas, uma vez que nas funções distribuídas às mulheres ficam em desvantagem e sobrecarregadas; porém anterior à chegada do bebê na família, os motivos das brigas eram outros, ou seja, fica explícito nas falas que sempre houve uma “desculpa” para justificar a violência.

*“Porque a gente já brigava muito antes né, e agora nesse caso né de querer cuidar dele, como nos dois trabalhamos juntos eu preciso que ele me ajude a cuidar do bebê e ele acha que eu estou abusando dele entendeu?! Antes do bebê o motivo da briga era no trabalho mesmo, questão de trabalho, questão de casa, sabe?! Muito serviço!” (Janaina)*

Uma das mulheres entrevistada relata que sempre houve brigas no relacionamento do casal, durante a gestação as brigas cessaram e voltaram a acontecer após um mês do nascimento do bebê. Um dos critérios de inclusão nesta investigação era ter sido vítima de VPI na gestação. Na ocasião do pré-natal Marisa relatou ter sido vítima de insultos, porém percebemos no discurso que ela não reconhece a violência psicológica; uma vez que ela aponta que na gestação o casal não brigava. Ela reconhece como briga apenas a violência física, que após o parto voltou a acontecer.

Neste sentido, Fonseca e Lucas (2006), destacam que toda agressão física é precedida de um histórico de violência psicológica, que por ser expressa de maneira menos perceptível, acaba não sendo identificada pelas mulheres, atingindo o ápice com as agressões físicas.

Neste caso, a entrevistada ainda se culpa por sofrer agressões, como se fosse uma punição por ela ser “ciumenta”. A violência psicológica tende a rebaixar a mulher, fazendo-a se sentir culpada e posteriormente merecedora da violência física.

*“Agride sim! Nós dois nos agredimos! Assim, eu queria que não existisse briga né?! Que fosse uma família normal; em paz! Mas todo casal briga né?! Tem discussão mesmo... Já brigava (quando questionada sobre as brigas anterior a gestação) Brigava! (quando questionada sobre as brigas na gestação) Depois de um mês que eu tive o bebê que começou de novo (se referindo as brigas do casal). Eu tenho muito ciúme dele, e ele quer levar vidinha de solteiro! E aí eu num concordo! Entendeu?! Por exemplo: agora, graças a Deus, eu estou trabalhando e larguei um pouco do pé dele; mas no domingo, ele se arruma, põe uma roupinha, põe um tênis e fala: “eu vou dá um pião! Vou dá um rolê!” Ow, eu acho que ele é casado; tem família! Por exemplo: um dos motivos, eu acho também, é aquela saveiro ali, olha lá! Vê se aquilo ali é carro de homem casado? Aquela saveiro que está ali é dele ó! Só cabe duas pessoas! Pra que ele comprou aquilo ali? Então é um dos motivo das briga da também! Mas agora eu larguei pra lá também! Eu estou ligando um pouco mais pra mim! Não vou ficar me desgastando não!” (Marisa)*

Assim, ela passa a acreditar que a mudança do comportamento é dever dela e não do parceiro agressor. Até porque ela também se reconhece como agressora à medida que tenta revidar as agressões. Neste caso, a mulher isenta o companheiro da culpa pela violência.

*“Eu que sou meio estressada! Eu tentaria ser mais tranquila! É ser mais tranquila e largar a mão de ciúmes... É essa a questão!” (Marisa)*

Encontramos apenas um caso em que a mulher denunciou o parceiro agressor. A entrevistada relata que após a denúncia os episódios de violência deixaram de acontecer.

*“Desde quando ele nasceu! (que não brigam mais) Antes a gente brigava! Chegamos a separar! E uma vez ele colocou a mão em mim, mas eu fiz um boletim de ocorrência, fui à delegacia da mulher... Aí eu recebi a intimação, o oficial de justiça o procurou, conversou comigo e com ele, e nunca mais... Assim, de me machucar mesmo, foi uma vez! Mas*

*assim, de empurrar, essas coisas, ele já tinha feito! Mas depois que o oficial procurou a gente, conversou com a gente, nunca mais! Eu estava grávida de seis meses! Fiz o boletim! Fui até o fim! Até o fim não, porque era pra ele estar preso! Olha, a delegacia da mulher é ótima! Muito bom! Muito! Muito! Muito! Muito! A juíza até assinou pra ele ficar uns quilômetros de distância de mim, que agora eu num lembro, aí quando ela assinou isso, o oficial veio me procurar e ele (o parceiro) estava perto de mim... aí o oficial falou bastante coisa pra ele... Falou que se ele colocasse a mão em mim novamente, ele ia ser preso em flagrante, que ia ser procurado, que ele ia ter o antecedente criminal dele sujo... Que não era nem pra ele estar perto de mim se ele fosse inteligente... Ixe... Falou um monte de coisa pra ele! Aí ele nunca mais... Aí eu tive que ir à delegacia pra ver se eles iam mandar pro fórum, ou se eu iria tirar a denuncia... Porque só pelo fato dele ter colocado a mão em mim, ele poderia ser preso, entendeu?! Aí ela... Eu falei pra ela que eu não queria que ele fosse preso, que eu queria que ele pagasse pelo que ele fez de outra forma... ou pagando, fazendo serviço comunitário, ou pagando alguma multa, ou sujando o antecedente criminal dele; mas na cadeia eu não queria ver ele! Aí ela falou assim que não era ela quem decidia; quem iria decidir era o juiz, e que eu estava correndo um risco se eu levasse isso a sério... Se eu levasse a diante, aí eu preferi parar por aqui e ela falou que não era pra eu contar pra ele que eu tinha parado! Mas aí nunca mais também... Nunca mais ele fez! (Beatriz)*

Este comportamento adotado pela entrevistada é descrito por Dias (2006) o qual aponta que a mulher passa a vivenciar um conflito interno diante dos episódios de VPI, uma vez em que não deseja separar-se, ou que o parceiro seja preso, a mulher deseja apenas que as agressões cheguem ao fim; assim elas passam a buscar o socorro dos recursos sociais quando já não enxergam alternativas em si mesmas e sente-se impotente diante da situação.

Um dos lugares que as mulheres também passaram a recorrer por ajuda é o serviço de saúde, visto que a violência vem sendo abordada com uma questão de saúde. Cabe ao setor, acolher a mulher, minimizar os traumas e atuar na quebra do ciclo de

violência. Para isso, as autoras discutem que mudanças são necessárias; destacando a importância de ensinar os profissionais ainda nas universidades, a lidar com este fenômeno (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2007).

## *6. Considerações finais*

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idade das mulheres participantes deste estudo aponta para a compreensão do período em que se encontram. Tais mulheres estão no período produtivo de suas vidas. Quando falamos em produtividade, estamos ampliando os olhares além dos aspectos biológicos da maternidade, considerando as possibilidades de acessão profissional e realização pessoal. Algumas mulheres deste estudo relatam plena satisfação e realização por meio da maternidade. Ser mãe parece um sonho, que agora passara a se concretizar. Ao mesmo tempo em que descrevem a alegria da maternidade e a experimentação das potencialidades de seus corpos, descrevem o desejo de ir adiante, e alcançar sonhos e objetivos, além da limitação imposta pelos parceiros.

Para tanto, enxergam no trabalho fora do lar à possibilidade de alcançar as metas e objetivos. Por vezes, estas metas apresentam-se como bens materiais e bens de consumo, em outros momentos aparecem como uma possibilidade de vencer os desafios pessoais, como um desejo e uma motivação interna. Porém, ainda esbarram nos planos que o parceiro traça para si, e que muitas vezes é limitado aos cuidados com o bebê e com o lar. No cenário da violência por parceiro íntimo é ainda mais evidente a dificuldade das mulheres romperem esta barreira, uma vez que não contam com o apoio de seus parceiros e chegam a sofrer ameaças quando tentam experimentar a “liberdade” dos direitos femininos adquiridos no decorrer dos anos.

Por falar em direitos, percebemos que as mulheres muito têm a conquistar. Por vezes encontram limitações dos serviços públicos, como falta de vagas em creche, por exemplo. As mulheres acreditam que a elas cabem os cuidados com o bebê e lar, quando conseguem romper estas limitações, conquistando o mercado de trabalho, esbarram na dificuldade de deixar o bebê com terceiros, como se ao assim fazerem, estivessem abstenendo-se de suas atribuições enquanto mãe, que na fala das entrevistadas, seriam as funções de cuidado integral e participação em todas as etapas do desenvolvimento infantil.

Ao longo desta investigação, pudemos compreender o quanto as questões de gênero permeiam as relações. Por meio das narrativas das entrevistadas podemos perceber as construções sociais acerca dos sexos, limitando os papéis sociais de homens e mulheres ao que é socialmente difundido e aceito. As práticas atuais sofreram e ainda

sofrem nítidas influências do processo histórico da inserção de homens e mulheres na sociedade. Destacamos que ao longo da história as mulheres sempre estiveram em desvantagem em relação aos homens e estas práticas, mesmo que implicitamente, permeiam os discursos e a definição de papéis nos relacionamentos entre homens e mulheres.

Com a chegada do bebê no ambiente familiar, estas definições de papéis ficam ainda mais evidentes. Algumas mulheres colocam-se como responsáveis pelo maternar e apontam os homens como provedores do lar. Esperam que a paternidade possibilite a expansão deste papel, uma vez que apontam a necessidade de ter um parceiro que vai além da capacidade de manter financeiramente o lar; esperam pelo parceiro/pai carinhoso e que se dispõe a “auxiliar” nas atividades da casa. Em momento algum as participantes desta pesquisa relataram a divisão igualitária das tarefas com seus parceiros. Ao mesmo tempo em que gostariam de ser reconhecidas fora do lar, não dão espaço para que o parceiro “aprenda” a cuidar do bebê e a desempenhar atividades tidas como femininas.

Assim, entendemos que as questões de gênero ordenam as atividades sociais de homens e mulheres, portanto, da mesma forma que existe opressão às mulheres, existe também opressão ao homem; uma vez que à figura masculina associa-se ao papel de provedor, limitando-o de exercer outras atividades socialmente tidas como femininas. Deste modo, o processo de emancipação das mulheres torna-se cada vez mais lento.

Muitas mulheres esperam que com a paternidade, os seus parceiros passem a ser responsáveis e maduros. Em alguns casos, apostam na gestação e na chegada do bebê, para a mudança do perfil do parceiro, o que nem sempre ocorre, gerando frustrações e até mesmo o término do relacionamento. Mesmo nas situações onde o bebê foi desejado e planejado, a chegada dele no ambiente familiar acarreta em mudanças significativas na vida do casal.

Ao investigarmos as vivências maternas, percebemos que estas reajustam o modo de vida em função do bebê. Algumas passam a dedicar-se tão exclusivamente à criança, que deixam de praticar atividades antes tidas como prazerosas, como se a maternidade estivesse vinculada a sacrifícios e renúncias.

É no meio familiar e nas orientações recebidas na maternidade que as mulheres passam a buscar referências para os cuidados com o bebê e cuidados com a própria saúde durante o período pós-parto. Consideram as experiências de outras mulheres do meio social em que estão inseridas e algumas, mesmo sem compreender ao certo os significados do “resguardo/ quarentena”, cumprem a abstinência sexual, indicada pelos profissionais da saúde neste período.

Em contrapartida, algumas mulheres vinculam o ato sexual à prova de amor e esperam por meio deste conquistar a fidelidade do parceiro. Associam ao homem a necessidade de prazer sexual negam o próprio prazer e realizam as vontades do parceiro para agradá-lo. Muitas destas mulheres não percebem a violência deste ato e enxergam com certa normalidade, às vezes em tom de brincadeira, as falas ameaçadoras do parceiro ao dizer “não tenho sexo em casa então vou procurar na rua”. Algumas até reconhecem os perigos de não respeitar os “limites do corpo” no puerpério, mas ainda assim cedem frente às ameaças e desejos do parceiro.

Percebemos nas falas das entrevistadas, a maternidade vista com certa “pureza”, o que faria com que as atenções da mãe estivessem voltadas ao “anjinho”, o bebê, ficando o desejo sexual como algo fora de questão frente à pureza da maternidade. O que nos remete à imagem feminina, reforçada pela religião, de mães como puras e da mulher/amante como impura.

A vivência da sexualidade após a maternidade, em alguns casos apareceu alterada pelas modificações corporais do puerpério. Por vezes como uma autocrítica e em outros momentos como episódios de violência psicológica do parceiro frente às alterações corporais da mulher.

Percebemos que algumas mulheres conseguiram romper com os relacionamentos dominadores, porém nem sempre reconhecem a violência como tal, sendo esta apenas um “pano de fundo” frente a outros problemas do casal.

Por meio deste estudo percebemos o quanto as mulheres tem dificuldade de reconhecer os episódios de VPI, para enfim serem libertas da dominação e irem à busca de melhores condições de vida, ou seja, de uma vida livre de violência, gozando de todos os direitos conquistados até aqui. Percebemos também o quanto os saberes

populares e culturais são considerados nas práticas sexuais das mulheres durante o período pós-parto.

Deste modo, faz-se necessário, cada vez mais a educação em saúde. Desde muito pequenos, homens e mulheres, na condição de meninos e meninas, precisam ser ensinados sobre a igualdade de gênero. Sabemos que para alcançarmos este objetivo, levaremos anos, mas não podemos desconsiderar o tempo em que fomos ensinados a pensar o contrário.

Os profissionais de saúde precisam investigar o contexto familiar e buscar as mulheres que sofrem violência nas diferentes fases da vida, de modo a implementar práticas voltadas a conscientização para o reconhecimento da VPI. As redes precisam trabalhar articuladas, de modo que as mulheres em situação de violência sejam acolhidas e atendidas considerando o contexto biopsicosocial.

Acreditamos que este estudo trouxe um novo olhar para a questão da sexualidade após o parto, no qual as questões de gênero que permeiam essa vivência no pós-parto que já são bastante evidentes, determinando os papéis de mãe e de pai articulados com os papéis de homem e mulher na relação conjugal, se tornam ainda mais evidentes quando num contexto de VPI.

Ainda, entendemos que outras investigações precisam ser realizadas, de modo que o tema tenha a visibilidade necessária, e que mais achados possam embasar a prática dos profissionais de saúde, com vistas a uma assistência adequada as necessidades da fase pós-parto.

*Referências*

---

## REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E. S. V.; SILVA, I. A. Vivenciando la lactancia y la sexualidad em La maternidad: dividiéndose entre ser madre y mujer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 220-228, maio/ago. 2006.

ADAMCHESKI, J. K.; WIECZORKIEWICZ, A.M. Conhecimentos das mulheres relacionados ao período do puerpério. **Saúde e Meio Ambient**, v. 2, n.1, p. 69–83, 2013.

ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R.; SOUZA, F.G.M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ALMEIDA, M.S. **Sentimentos femininos**: O significado do desmame precoce para mulheres. 1996. 187 f. Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

ARISTÓTELES. A Política. 1ª. Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BELTRAME, G.R.; DONELLI, T.M.S. A maternidade e carreira: desafios frente a conciliação de papéis. **Aletheia**, p. 206-2017, mai/dez. 2012.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Scielo Public Health**, São Paulo, v.17, n.49, set/dez. 2003.

BRADEN, P. S. **Enfermagem materno infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2000. 524 p.

BRAGA, M. das G. R; AMAZONAS, M. C. L de A. Família: Maternidade e procriação assistida. **Psicologia em estudo**, Maringá v.10, n.1, p.11-18, jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno de Atenção Básica n.8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZELTON, T. B. **As primeiras relações**. São Paulo. Martins Fontes, 1992.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

CARVALHO-BARRETO, A de; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F; ALMEIDA, P.C de.; DeSOUZA, E. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n.1, v.22, p 86-92, 2008.

CASTRO, R; RUÍZ, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 1, fev.204.

CAVALCANTI, M. Sexualidade feminina: ontem, hoje e amanhã. *Revista Brasileira de Sexualidade*, v.9, n.1, p 35-44,1998.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o dialogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2002.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. London, Sage Publication, 1994. 643p.

DIAS, M. B. **A impunidade dos delitos domésticos**. Palestra proferida no IX Congresso Nacional da Associação Brasileira de Mulheres de Carreira Jurídica. Alagoas. Disponível em: <[www.mariaberenice.com.br](http://www.mariaberenice.com.br)>. Acesso em 27 de março. 2015.

DINIZ, N. M. F et al. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.37, n.2, p.81-88, 2003.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

DURAND, J.G.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.3, p.310-322, 2007.

ENDERLENE, C. de F. et al. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.3, p. 719-725, Jan./Fev.2014.

FONSECA, P. M. da; LUCAS, T.N.S. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas**. TCC. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2006.

FONSECA-MACHADO, M. de O. **Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros**. 2014. 153 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

GIAMI, A. Saúde sexual: a medicalização da sexualidade e do bem-estar. **Revista Brasileira de Sexualidade humana**, v.18, n.1, p. 263-77, 2007.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr., 1995.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1993.

HAWKES, G. **A sociology and sexuality**- Chapter 1- The specialness of sex: p. 5-16, Buckingham/ Philadelphia: Open University Press, 1999. (Trad. Elisabeth Meloni Vieira).

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: KRUG, E. G.; DALHBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002, p. 87-121.

JONG, C.L; SALADA, M.L. A; TANAKA, A.C.D. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.42, n.4, 2008.

KRUG, E.G.; DALHBERG, L. L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed., São Paulo, Atlas, 2001. 288p.

LEITE, M.T.de S. et.al. Ocorrência da violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.1 Jan./Fev.2014.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S; BITTAR, D.B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, p. 524-529, 2012.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher e a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 42, n.3, p. 467-73, 2008.

LOUDERMILK, D. L; PERRY, S. E; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LUZ, M.T. O lar e a maternidade: instituições políticas. In \_\_\_\_\_. **O lugar de mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. P. 09-31.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo: Saraiva, 2000.

MARCACINE, K.O. et.al. Prevalência de Violência por parceiro íntimo relatado por puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.4, 2013.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIANO, L. M. B. **A prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, durante a gestação atual:** análise da duração do aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna na amamentação. 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MARQUES, D. M.; LEMOS, A. Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. **Revista de Enfermagem UFPE**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 622-30, 2010.

MEIRA, T. D. H. **A violência por parceiro íntimo e sua interfase com a saúde reprodutiva da mulher.** 2013. 119f. Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOTTA, E. V da. **Ginecologia e obstetrícia do Hospital Israelita Albert Einstein.** São Paulo, 2012.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NOGUIERA-MARTINS, M.C.F; BOGUS, C.M. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, set./deze. 2004.

OLIVEIRA, A.P.G.; CAVALCANTI, V.R.S. Violência Doméstica na perspectiva de gênero e políticas Públicas. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.17, n.1, p 39-51, 2007.

PASSOS, E. S. **Palcos e plateias:** as representações de gênero na Faculdade de Filosofia. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, UFBA, Salvador 1999.

PAZ, A.M. Da. Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: um estudo de prevalência no Distrito Sanitário II da cidade do Recife. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.3, n.12, jan./Marc. 2008.

PEDRO, C.B.; GUEDES, O. S. As conquistas do movimento feminista como Expressão do Protagonismo Social das Mulheres, 1.,2010, Londrina. **Anais do I simpósio sobre estudos de gênero e políticas públicas**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010.

PERCHESKY, R.. P.; PARKER, R.; BARBOSA, R..M. **Direitos sexuais**: um novo conceito na prática política internacional; sex rights: a new concept in international politics practical. 1999.

PEREIRA, R. da C.; SILVA, C.M. Nem só de pão vive o homem. **Sociedade e Estado Brasileiro**, v.21, n.3, p-667-680, set./dez. 2006.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v.18, n.36, p. 15-23, jun.2010.

RODRIGUES, D. P. **Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais**. 2013. 114 f. Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

SAFIOTI, H.I.B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, v. 13, n.4, p. 82-91, 1999.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v 18, n. 4, jul-ago. 2010.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHRAIBER, L.B. et.al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.797-807, mai.2007.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, v.20, n.2, jul./dez. 1995, p.71-99.

SHIMO, A. K. K. ; NAKANO, A. M. S. Adaptação psico-física e social no puerpério: uma reflexão. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 58-65, 1999.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr. 2007.

SILVA, E.P, et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n.6, p.1044-53, 2011.

SOUZA, B. M. da S.; SOUZA, S. F. de; RODRIGUES, R, T. dos S. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jun. 2013.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP.**, v. 40, n. 3, p. 381-8, set. 2006.

STEFANELLO, J. ; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 3, jun. 2005.

WINGOOD, G.M; DICLEMENTE, R.J. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-Am women. **American Journal of Public Health**, v.87, p. 1016–1018, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. London School of Hygiene and tropical Medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva, World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intimate Partner Violence Facts**. disponível em <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaing/en/ipvfacts.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaing/en/ipvfacts.pdf)> \t "\_blank">. 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women [documento na Internet]. 2012 Nov. [citado 30 agosto 2013]. Disponível em:< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>>.

VILLELA, W. W.; ARRILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó, E. (org). **Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. 1ª edição. Campinas: UNICAMP, 2003, p.95-150.

*Apêndices*

---

**APÊNDICE A****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- PERÍODO PÓS-PARTO.**

## ROTEIRO DA ENTREVISTA:

- 1) Conte-me como está a sua vida depois do parto;**
  - 1.1. Conte-me como era antes do parto e como está agora,
  - 1.2. Conte-me como esta sendo após a chegada do bebê,
- 2) Fale como está, após o parto, o seu relacionamento;**
  - 2.1. Continua com o parceiro? Caso não continue, tem outro? Quantos são? Desde quanto tempo estão juntos? Porque deixou o companheiro anterior?
  - 2.1. Conte-me como foi à chegada do bebê em seu relacionamento.
- 3) Fale-me como se sente para vivenciar a sexualidade após o parto;**
  - 3.1. Conte-me como se sente consigo: com o próprio corpo, a maneira como se enxerga, com os sentimentos, com a percepção do outro sobre si, se a percepção do outro incomoda ou não: detalhar o sentimento.
- 4) Conte-me com quanto tempo após o parto você voltou a ter relações sexuais e como foi à experiência;**
  - 4.1 Foi escolha de quem o retorno da relação sexual?
  - 4.2 Com tempo de pós-parto a relação sexual aconteceu?
  - 4.3 Se relatar que esperou os 40 dias: Por que você acredita que deve esperar? Como foi para o casal este período de abstinência? De quem foi à decisão de esperar? De quem foi à decisão de retornar a prática sexual? Algum dos dois queria ter tido relação antes dos 40 dias? Se pudesse teria? Tentaram algum outro método para satisfação do casal?
  - 4.4 Se relatar que não esperou os 40 dias: Foi passada alguma informação/ orientação para o período pós-parto com referente à relação sexual? Qual foi a orientação? O que motivou a retornar antes do período orientado? Foi escolha de quem retornar antes?
  - 4.5. Alguma coisa mudou ou gera incômodo na relação sexual? O que mudou? Como era antes? Como está agora? Tem ou teve alguma queixa ginecológica?
- 5) Está fazendo uso de algum método anticoncepcional, fale sobre isso;**
  - 5.1. De quem foi à escolha do método? Você e seu companheiro conversam sobre o método? Você foi às consultas com ginecologista após o parto? Se não, por quê?
- 6) Conte-me como era sua vida sexual antes e como está agora, depois do parto, com a chegada do bebê.**
  - 6.1. Como se sente com a amamentação e sua sexualidade?
  - 6.2. Vocês conversam sobre o bebê? Pensam em ter mais filhos?
  - 6.3. Tem alguma coisa que você gostaria de mudar na vida do casal?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres

Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

#### Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher.

Para participar, você responderá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

---

Ana Márcia Spanó Nakano  
Coordenadora da pesquisa  
(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br  
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

---

Pesquisadora

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura da participante

---

**APÊNDICE C**
**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres

Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa:

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher.

Para participar, você responderá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

---

Ana Márcia Spanó Nakano  
 Coordenadora da pesquisa  
 (16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br  
 Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

---

Pesquisadora

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da participante

## APENDICE D

### Folder serviço

#### RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE APOIO

##### ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Onde buscar ajuda nos serviços de saúde em casos de agressão? Procure no seu bairro uma Unidade de Saúde da Família ou uma Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa para receber os primeiros cuidados, encaminhamentos e orientações.

No caso de agressão sexual (estupro) e/ou agressão física grave você deve procurar imediatamente a UNIDADE DE EMERGÊNCIA em qualquer dia ou hora.

SAMU – Ambulância: 192

##### UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP. Rua: Bernardino de Campos, 1000. Telefone: 3602-1134/3602-1143 (FUNCIONA COMO PORTA DE ENTRADA PARA ESSES CASOS?-DEMANDA ESPONTÂNEA?)

##### SERVIÇO DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AGRESSÃO SEXUAL – SEAVIDAS

Rua Eliseu Guilherme, 892, Jardim Sumaré. Telefone: 3602-2699. Atendimento de segunda a sexta das 8 às

18h. Acolhimento Unidade de Emergência: 3602-1134/3602-1143

##### ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

**CAPS III “Dr. André Santiago”**  
Rua: Pará, 1280. Telefone: 3934-6565.  
Horário de funcionamento: 24h

##### APOIO PSICOLÓGICO

**Clínica de Psicologia do Centro de Psicologia Aplicada - CPA - Campus da USP.** Telefone: 3602-3739/3602-3641  
**Clínica Psicológica - UNIP** Rua: Mariana Junqueira, 1346. Telefone: 3632-6401. Atendimento Adulto: segunda-feira 14 horas e terça e quinta-feira às 20 horas  
**Clínica Psicológica - UNAERP**  
Av: Costábile Romano, 2201. Telefone: 3603-6933

##### ASSISTÊNCIA SOCIAL

**FAS- FALE ASSISTÊNCIA SOCIAL.** Encaminha e dá orientações sobre negligência, violência (contra crianças, mulheres, idosos, deficientes e moradores de rua), pessoas em vulnerabilidade (risco). Também fornece informações sobre cursos profissionalizantes e informações jurídicas. Atendimento 24 horas. Telefone: 161 ou 0800 7730 161 (ligação gratuita).

##### **PROJETO ESPERANÇA Atendimento à mulher vitimizada.**

Rua: Augusto Severo, 819, casa 1. Telefone: 3611-6000. Vila Tibério  
Rua: Gonçalves Dias, 299. Telefone: 3636-3287

##### APOIO SOCIAL

Você também pode buscar ajuda nos serviços oferecidos por organizações não governamentais e no Fundo Social de Solidariedade da Prefeitura Municipal.

##### **ONG Maria Otilia Neix**

Rua: Saldanha Marinho, 664. Telefone: 3636-4949/3931-1202

##### **ONG Casa DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER (DDM) Esperança**

Rua: Visconde do Rio Branco, 361

##### ASSISTÊNCIA JURÍDICA

**Assistência Jurídica Municipal –** 3917-1702

**Conselho Municipal Direitos da Mulher –** 3610-1523

**Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher –** 3636-3311/3636-3287

##### ASSESSORIA JURÍDICA

**Assistência Jurídica –** 3636-5571  
**Faculdades COC –** 3602-9801  
**UNAERP -** 36037000 ou 08003388  
**UNIP -** 36026700

##### SEGURANÇA PÚBLICA

**POLÍCIA MILITAR: 190**

- É responsável pelo trabalho investigativo, registro do boletim de ocorrência (BO) ou termo circunstanciado (TC – em casos de ameaças ou lesões corporais graves. Rua Duque de Caxias, 1048. Telefone: 3635-3555/3632-5882

##### **INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML)**

- Realiza exame de corpo de delito para provar que houve algum tipo de lesão/violência. Rua: São Sebastião, 1339. Bloco 01. Telefone: 3636-2709 (FUNCIONA COMO PORTA DE ENTRADA PARA ESSES CASOS?-DEMANDA ESPONTÂNEA?)

##### TELEFONES ÚTEIS

##### **DENÚNCIA**

Disque Denúncia: 0800 7714407  
Denúncia Anônima: 147

##### **CENTRAL DE ATENDIMENTO -**

Este serviço funciona 24 horas por dia, de segunda à domingo, inclusive feriados. A ligação é gratuita. Fornece orientações sobre o enfrentamento à violência contra a mulher e alternativas para que a mulher se proteja, com informações sobre direitos legais, delegacias de atendimento especializado à mulher, instituto médico legal, defensorias, postos de saúde, centros de referências, casas abrigos e outros mecanismos de promoção de defesa de direitos da mulher.

**Central de atendimento à mulher - Ligue 180**

*Anexos*

---

## ANEXO A

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS		
DATANASC	( )	1.1. Data de nascimento: ____/____/____
CORAUTO	( )	1.2. Cor auto referida: ( ) 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
ESCODADE	( )	1.3. Escolaridade em anos estudados: ( )
RELIGIAO	( )	1.4. Religião: ( ) 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4, protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira, 7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstico, 12 ateu, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 14 não tem, 15 outras _____
OCUPACAO	( )	1.5. Ocupação: ( ) 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal
ESTCIVIL	( )	1.10. Estado civil: ( ) 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada
ESTMARIT	( )	1.11. Estado marital: ( ) 1 vivendo com um companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo
TEMPRELA	( )	1.12. Tempo de relacionamento em meses: ( )
NASCCOMP	( )	1.13. Data de nascimento do companheiro: ____/____/____ ( ) 222 não sabe
ESCOCOMP	( )	1.14. Escolaridade do companheiro em anos estudados: ( ) 222 não sabe
OCUPCOMP	( )	1.15. Ocupação do companheiro: ( ) 1 desempregado, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal
MORADIA	( )	1.20. Situação de moradia: ( ) 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida
RENDA	( )	1.21. Renda familiar em salários mínimos: ( ) 222 não sabe
PROVEDOR	( )	1.22. Provedor da família: ( ) 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros _____

## ANEXO B



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 464/2011

Ribeirão Preto, 21 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de novembro de 2011.

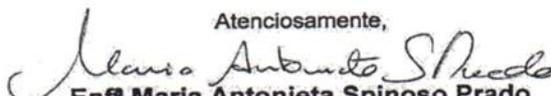
**Protocolo:** nº 1436/2011

**Projeto:** Violência por parceiro íntimo e suas implicações na saúde reprodutiva da mulher.

**Pesquisadores:** Juliana Stefanello

*Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

  
**Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profa. Dra. Juliana Stefanello**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP